



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
DE CHIMBOTE**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
DE ENFERMERÍA**

**EXPERIENCIA VIVENCIADA POR INTERNAS
DE ENFERMERÍA EN LA CONSTRUCCIÓN
DEL CONOCIMIENTO DEL CUIDADO
AL NIÑO LACTANTE HOSPITALIZADO
Y SU FAMILIA**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MS. ELSA ROCÍO VARGAS DÍAZ

ASESORA:

DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

TRUJILLO - PERÚ

2015

JURADO EXAMINADOR

**Dra. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ
PRESIDENTA**

**DRA. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA
MIEMBRO 1**

**DRA. CARMEN LETICIA GORRITI SIAPPO
MIEMBRO 2**

AGRADECIMIENTO

A Dios por mostrarme el
camino para seguir adelante.

A mi asesora por haberme
brindado su tiempo, experiencia y
acertada orientación en el presente
trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mi esposo por ser mi fuerza
motivadora para superarme
como persona y profesional.

A mis hijos por brindarme
su amor y apoyo constante
e incondicional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
RESUMO	viii
I. INTRODUCCIÓN	
II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL	13
2.1 Antecedentes del problema	13
2.2 Marco referencial conceptual	18
2.3 Marco teórico filosófico	33
III. ABORDAJE METODOLÓGICO	47
3.1 Tipo de Investigación	47
3.2 Método	48
3.3 Sujetos de Investigación	55
3.4 Escenario de la Investigación	56
3.5 Procesamiento de recolección de datos	58
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico	60
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	65
4.1 Resultados	65
4.2 Análisis y discusión de resultados	69
V. CONSIDERACIONES FINALES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	130

EXPERIENCIA VIVENCIADA POR LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO AL NIÑO HOSPITALIZADO Y SU FAMILIA

Elsa Rocío Vargas Díaz

Yolanda Rodríguez Núñez

RESUMEN

La presente investigación de naturaleza cualitativa, profundizó en la experiencia vivenciada por estudiantes de Enfermería en la construcción del conocimiento del cuidado al niño hospitalizado y su familia en servicio de pediatría de un hospital público en 2014, y consideró como objetivo analizar la experiencia vivenciada en la construcción del conocimiento del cuidado de enfermería al niño lactante hospitalizado y su familia como parte del rito de pasaje para tornarse enfermero. Las bases filosóficas se sustentaron en Waldow V., así como la contribución teórica de Watson y Colliere para conceptualizar el cuidado de enfermería. El abordaje metodológico fue la historia de vida, siendo nueve los sujetos de estudios seleccionados por saturación. Para el tratamiento de los resultados se utilizó el análisis temático. Emergieron cuatro grandes categorías y dos subcategorías. La primera categoría: iniciando la construcción del conocimiento del cuidado del niño y las subcategorías: dicotomía del aprendizaje universidad y hospital, adquiriendo competencias en el cuidado del niño hospitalizado. La segunda categoría: cuidado humanizado al niño lactante hospitalizado y su familia. La tercera: mirada de la interna de enfermería al cuidado profesional de la enfermera al niño hospitalizado. Y la cuarta categoría: sintiendo satisfacción por mejorar la salud del niño lactante con el cuidado brindado.

Palabras claves: Experiencia vivenciada, conocimiento del cuidado de enfermería al niño, niño hospitalizado y su familia, historia de vida

**EXPERIENCE AND EXPERTISE OF INTERNAL PRIVATE NURSING
COLLEGE ANTENOR ORREGO, ON INFANT CHILD CARE
HOSPITALIZED AND FAMILIES**

Elsa Rocío Vargas Díaz

Yolanda Rodríguez Guzmán

ABSTRACT

This qualitative research, deepened the experience lived by nursing students in the construction of knowledge of care for hospitalized children and family in pediatric ward of a public hospital, and considered like the goal to analyze the experience in the construction of knowledge of nursing care for the hospitalized infant child and family, as part of the rite of passage to become a nurse. The philosophical underpinnings were based on Waldow V., as well as theoretical contribution, Watson and Colliere to conceptualize nursing care. The methodological approach was the history of life, nine subjects selected by saturation studies. For treatment of results thematic analysis was used. They emerged four major categories, and two subcategories for the first category: starting the construction of knowledge of child care and subcategories: Learning dichotomy university and hospital, acquiring skills in the care of hospitalized children. The second category: Humanized care for the hospitalized infant child and family. The third: A look inside from professional internal of nursing care nurse to hospitalized children and the fourth category: Feeling satisfaction at improving the health of the infant child with the care given.

Keywords: Experience lived, knowledge of child nursing care, hospitalized child and family, life story.

**EXPERIENCE AND EXPERTISE OF INTERNAL PRIVATE NURSING
COLLEGE ANTONOR ORREGO, ON INFANT CHILD CARE
HOSPITALIZED AND FAMILIES**

Elsa Rocío Vargas Díaz

Yolanda Rodríguez Guzmán

RESUMO

Esta pesquisa qualitativa, aprofundou a experiência vivida pelos estudantes de enfermagem na construção do conhecimento do cuidado às crianças hospitalizadas e família na enfermaria pediátrica de um hospital público, e achou a experiência de analisar a experiência na construção do conhecimento assistência de enfermagem em à criança hospitalizada infantil e familiar, como parte do rito de passagem para se tornar um a enfermeira. As bases filosóficas foram ambas de sem Waldow V; e a contribuição teórica de Watson e Collière conceituar cuidados de enfermagem. A abordagem metodológica foi a história da vida, nove indivíduos selecionados por estudos de saturação. Para o tratamento dos resultados foi utilizada a análise temática. Eles surgiram em quatro categorias principais, e duas subcategorias para a primeira categoria: Começando a construção do conhecimento de cuidar da criança e subcategorias: Dicotomia da aprendizagem Universidades & Hospital, A aquisição de competências no cuidado de crianças hospitalizadas. A segunda categoria: Cuidado humanizado para a criança lactente hospitalizado e família. Do ponto de vista de enfermagem Interno para o cuidado profissional de enfermagem à criança hospitalizada. Quarta categoria: Sentir-se satisfeito com a melhoria da saúde da criança infantil com o atendimento prestado.

Palavras-chave: experiência sobre o seu trabalho, cuidando da criança, história de vida.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A inicios del siglo XXI estamos asistiendo a un periodo de cambios estructurales de la sociedad que exigen a la Universidad, asumir su función de excelencia académica orientada a responder a esta sociedad en transformación y adecuar su formación a la nueva realidad sociosanitaria, las expectativas de la demanda social y del mercado laboral.

En ese marco, la universidad no puede soslayar la contextualización en la que debe enmarcarse y tener en cuenta la evolución y el cambio del comportamiento sociopolítico y educativo, particularmente los modelos y paradigmas de la nueva formación universitaria.

En la últimas décadas la tendencia en la instrucción superior ha cambiado de una educación de modelo tradicional, basada en la suposición “enseñar”: es decir, que tiene su pilar fundamental en los contenidos y en la transmisión verbal de los mismos, de manera continua y acumulativa, la cual propiciaba inconscientemente la pasividad del alumno y favorecía la dependencia y el conformismo; para otro modelo orientado a un enfoque constructivista con activa participación del estudiante e incentivo a la investigación científica, la creatividad y el estímulo a la creatividad (1).

La Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) no ha sido ajena a estos cambios, a partir del año 2008 propone un nuevo Modelo Educativo para la formación de sus estudiantes, basándose en una educación con enfoque constructivista, y asumiendo el modelo de formación por competencias propuesto por

el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (Coneau). Este importante aporte establecía la implementación para el nuevo siglo de cuatro pilares de la educación, estableciéndolo como aprendizajes fundamentales: Aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser.

El referido modelo viene siendo implementado en todas las facultades y escuelas pertenecientes a la UPAO; entre ellas, ubicamos a la Escuela de Enfermería, la cual también ha tenido que ajustar su formación profesional y adecuarse al cambio y mejoramiento curricular basado en competencias, y en el marco de las exigencias derivadas del proceso de globalización, los nuevos perfiles demográficos-epidemiológicos, las demandas y necesidades sociales por mejores condiciones de vida y salud de la población, y el desarrollo científico-tecnológico en el Perú. Sin duda, este constituye un desafío para la enfermería y especialmente para las instituciones responsables de la formación profesional.

En cuanto a la formación profesional de enfermería, esta tiene que basarse en un enfoque paradigmático que responda a la situación actual del sistema de salud que exige buscar nuevas estrategias cognoscitivas y actitudinales que orienten una formación basada en valores. Pero lo más importante es la aplicación de estos paradigmas que promuevan cambios en los estudiantes y en el mismo docente para ofrecer un mejor cuidado de enfermería. Siendo así, la formación cognoscitiva que defina el logro de ciertas competencias al cuidado de la persona debe respaldarse en el documento curricular desarrollado en cada universidad, la Ley de Trabajo del Enfermero y el contexto social, cultural, económico, ambiental y político de su realidad regional, nacional e internacional.

A nivel nacional la formación universitaria para enfermería se desarrolla en diez semestres académicos, periodo donde el estudiante debe adquirir las competencias explicitadas en el perfil del egresado, y enfoca las áreas del cuidado de enfermería al niño y adolescente, al adulto y anciano, así como al ámbito familiar y comunitario. Todas estas áreas consideran transversalmente las políticas de salud nacional, el proceso salud-enfermedad y los objetivos del milenio.

Este último aspecto resalta la formación del nivel de Latinoamérica en el área de enfermería en salud del niño y adolescente, con la finalidad de aportar al logro del cuarto objetivo del milenio: “Reducir la morbilidad infantil” y su cuarta meta: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de 5 años entre 1990 y 2015 (2).

Estos importantes criterios se tomaron en cuenta para la reestructuración curricular de todas las escuelas profesionales de la UPAO en el año 2008, y específicamente en la Escuela de Enfermería se adoptaron algunos otros cambios curriculares en el 2010, considerando en el plan de estudios y asignaturas de formación general, básica y profesional. Como parte de las asignaturas de formación profesional ubicamos a las asignaturas de Enfermería en Salud del Niño y Adolescente I y Enfermería en Salud del Niño y Adolescente II, las mismas que contribuyen en la construcción del conocimiento del cuidado al niño hospitalizado y su familia y por ende al logro de las competencias en el estudiante de enfermería (3).

La investigadora lleva trabajando en esta área aproximadamente dieciséis años, tanto como enfermera asistencial como docente; frente a esa experiencia recoge varias inquietudes referente a la práctica del cuidado, tales como: ¿Las enfermeras son conscientes de la relevancia del trabajo con la mujer y el niño, en el

cumplimiento de meta del milenio?, ¿por qué las estadísticas de morbilidad no han disminuido de manera efectiva e incluso han desaparecido?, ¿cuál es la responsabilidad de las enfermeras en esta problemática nacional? Por otro lado, las estudiantes que son las futuras profesionales de la salud, ¿vienen recibiendo una formación consciente y responsable que ayude a superar esta problemática?, ¿los currículos a nivel nacional responden a esta exigencia?

En el transcurso de su vida profesional han ido dándose estas inquietudes y frente la necesidad de realizar la tesis doctoral, determinó profundizar referente a esta temática. Más aún, que desde el lado de la docencia–función que desempeña hace 16 años, es responsable del desarrollo de una de las asignaturas de Enfermería de la salud del niño y adolescente.

En el desarrollo teórico de estas asignaturas, se observa que los contenidos son desarrollados en diversos escenarios, aplicando metodologías variadas como conferencia-discusión, seminario-taller, estudio de casos (en las aulas universitarias) y prácticas clínicas en hospitales públicos y privados de nuestra localidad; sin embargo, ella considera que el tiempo de práctica resulta insuficiente para que el estudiante logre las capacidades en el cuidado del niño enfermo, aprender a identificar las reacciones emocionales del niño y la familia frente a la hospitalización, así como aprender a educar al familiar cuidador.

Esta experiencia clínica es un proceso importante y continuo dentro de la formación académica de los estudiantes de enfermería, y lo desarrollan de manera consecutiva en dos momentos marcados el cuarto y sétimo ciclo de su formación. Por otro lado, el plan de estudios de la Escuela de Enfermería de la UPAO, establece que la estudiante de pregrado debe realizar durante el último año una práctica de

internado (noveno y décimo ciclo), con una carga temporal de 150 horas mensuales de trabajo en los servicios de emergencia, medicina, cirugía, neonatología, pediatría, sala de operaciones y la unidad de cuidados intensivos de los diferentes hospitales de la ciudad de Trujillo, de nivel público o privado. Así como prácticas comunitarias en los puestos y centros de salud de la periferia de nuestra localidad, siendo supervisado por docentes de la universidad, denominados supervisores de internado y también por los enfermeros jefes de servicio de las diferentes instituciones de salud.

Es en el servicio de pediatría, se espera que la interna de enfermería logre consolidar sus competencias en el cuidado del niño hospitalizado y la familia, y consolide la aplicación de los conocimientos adquiridos durante su formación, demostrando competencia científica, técnica, humanística, ética y moral, a fin de proporcionar un cuidado holístico de enfermería según las necesidades que presenta el niño y su familia, enfatizando aspectos preventivos y promocionales de recuperación y rehabilitación, según sea el caso.

Sabemos que cada persona es única, y cada cual va en busca de lo que sus vivencias y experiencias de vida les entregan. En esa hipótesis centramos nuestra atención y comprobamos que el estudiante evidencia diversos conocimientos en el cuidado al niño y también actitudes diversas, siendo las formas más frecuentes en el dicho cuidado la de sentir temor al acercarse al niño o bloqueos al interactuar con la familia. Sin duda, las relaciones establecidas en la construcción del conocimiento de la protección al niño hospitalizado y familia serán las que proporcionen las herramientas a las internas de enfermería para el desarrollo de sus mejores posibilidades de su futuro profesional.

Las internas de enfermería al realizar sus prácticas de internado en un hospital público y/o privado, forman parte del sistema de salud e inician vivencias directas con el profesional de enfermería, enfrentando ella misma una diversidad de experiencias y situaciones que influyen no solo en su vida personal, sino también profesional. De esta forma, el interno, al ser parte del mundo laboral dentro de la enseñanza teórico-práctica denominado internado, vivencia lo que es el cuidado al lactante hospitalizado y a su familia.

La investigadora durante su experiencia profesional tanto en el área asistencial como docente, tuvo la oportunidad de trabajar y dialogar con internas de enfermería, quienes ratificaron los temores que sentían al pensar en la responsabilidad de atender a niños; sentían miedo de realizar los procedimientos a personas tan pequeñas y sentían inseguridad al brindarles el cuidado de enfermería, además refieren que muchas veces les falta experiencia para poder llegar a interrelacionarse con el niño y su familia; sobre todo al realizar los procedimientos durante su formación profesional no logran las habilidades y destrezas que se requieren para brindar cuidado al niño hospitalizado, porque solo lo realizan una vez o únicamente ven que otras compañeras lo realizan.

Así mismo, las internas de enfermería referían que es diferente calcular las dosis pues los niños no manifiestan sus dolencias y no es fácil hacerlos comprender lo que no deben hacer; además al cuidar al niño hospitalizado no solo tienen que ser aceptados por el infante sino también por sus padres, quienes al estar atravesando por una situación de crisis por la enfermedad de su niño a veces no colaboran. Todo lo manifestado lo atribuyen a que las horas de prácticas programadas en los cursos del niño no son suficientes, pero en todos los casos las internas sienten ser parte del

equipo de salud y eso los alienta a poner todo de su parte para culminar satisfactoriamente su formación académica.

Otro aspecto importante que se detectó, es el insuficiente número de niños hospitalizados, por lo que no se logra brindar cuidado a los menores con las patologías estudiadas en las clases teóricas, y no siempre tienen la posibilidad de realizar todos los procedimientos más de dos veces durante su formación universitaria, de tal forma que asegure al estudiante que llegado el momento de su internado pueda evidenciar las competencias declaradas en el currículo para brindar el cuidado al niño hospitalizado y su familia.

Estas competencias podrán evidenciarse siempre y cuando en su proceso de formación se haya tenido el cuidado de evaluarlas debidamente y superar los inconvenientes presentados. En tal sentido y tratando de asumir una posición crítica, respecto las estrategias de evaluación, la investigadora puede añadir que, si bien es cierto se declara que en la universidad se desarrolla un currículo por competencias, la práctica está orientada principalmente a medir el aprendizaje en relación a los aspectos teóricos. Los instrumentos de evaluación valoran de manera prioritaria aspectos cognitivos, a pesar que la Escuela Profesional de Enfermería ha implementado la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOPE), la cual evalúa habilidades y destrezas en el estudiante; sin embargo, sigue siendo débil la evaluación procedimental y actitudinal que se requiere en el cuidado al niño y su familia.

Pese a existir a nivel nacional una obligatoriedad a cargo de la Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Enfermería (Aspefeen) para ejecutarse el examen de fin de carrera con la finalidad de evaluar al estudiante que ha culminado

su décimo ciclo de estudios, las competencias adquiridas según el perfil del egresado considerado en el currículo, este examen es prioritariamente cognoscitivo y no responde a la evaluación de habilidades y/o actitudes propias para el cuidado al niño, adolescente y la familia. Este examen nacional cubre en parte las exigencias del Coneau que en su modelo de calidad y acreditación de las carreras profesionales de enfermería, considera de manera obligatoria un estándar referido a la evaluación de fin de carrera.

En ese marco de exigencia y respondiendo también a una propia iniciativa coherente a su modelo educativo, la UPAO ha planteado un proyecto que evaluará las competencias cognitivas de todos sus estudiantes durante el último año de su formación. En la escuela de enfermería, se ha avanzado una etapa más y en el presente año dicho proyecto pasó a la fase de implementación, quedando pendiente que el siguiente año este examen ampliará su evaluación no solo al cognoscitivo, sino también a los aspectos actitudinales, habilidades y destrezas. De esta forma será posible completar la evaluación de las competencias logradas durante la formación profesional.

Sin duda, esta situación en el proceso formativo es un continuum que exige construir, deconstruir y reconstruir el conocimiento, romper viejos paradigmas de acuerdo al desarrollo del contexto y las nuevas exigencias socioeducativas. Al menos, esa es la experiencia que se va teniendo en la universidad en estudio, que en los últimos quince años ha pasado por diversas reestructuraciones curriculares (a nivel institucional y otros enfocados en cada escuela) con el objetivo de dar mejor respuesta a la formación de calidad de los profesionales de enfermería.

Frente a esta situación, surge la necesidad de realizar la presente investigación cualitativa y recorrer el camino metodológico que permitirá la interacción con algunas de ellas para lograr comprender algunas dimensiones de esa experiencia.

El presente trabajo plantea el siguiente objeto de estudio y pregunta orientadora:

1.1 Objeto de estudio

Experiencia vivenciada por internas de enfermería en la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia.

1.2 Pregunta orientadora

¿Cuál es la experiencia vivenciada por internas de enfermería en la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia en el servicio de pediatría de un hospital público, Trujillo, 2014?

1.3 Pregunta norteadora

Háblame sobre tu vida que tenga relación con la experiencia vivenciada durante la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia.

1.4 Objetivo de la investigación

Analizar la experiencia vivencia en la construcción del conocimiento del cuidado de enfermería al niño lactante hospitalizado y su familia, como parte del rito de pasaje para tornarse enfermero.

1.5 Justificación y relevancia del estudio

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 Tuning Europeo, Latinoamericano y el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la calidad de la Educación Superior Universitaria (Coneau), en la cual 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 contempladas en la Ley del Enfermero Peruano, con la finalidad de que el profesional de enfermería tenga las competencias para brindar el cuidado de enfermería al niño y su familia (4-6).

El enfoque de competencias desde una perspectiva holística, demanda interrelacionar los aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales cimentado en una sólida base de valores éticos que aseguren un cuidado holístico; en este caso, al niño hospitalizado y la familia que contribuya a su recuperación y prevención primaria y terciaria.

Estas demandas deben ser escuchadas por la universidad; por ello, en este estudio, se partió de describir, luego analizar y discutir el proceso formativo que

se está aplicando para desarrollar competencias en el cuidado del niño y su familia en las estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería.

La presente investigación pretende mejorar el proceso formativo de la estudiante de enfermería en el cuidado del niño hospitalizado y su familia como parte del rito de pasaje para tornarse enfermero, ya que estará dirigido a generar las condiciones pedagógicas esenciales para facilitar la formación de las competencias basadas en las demandas sociales, profesionales y el proyecto ético.

Para la disciplina profesional de enfermería es un aporte fundamental, ya que al formar nuevos profesionales de enfermería con competencias para el cuidado al niño y su familia, se estará incrementando el estatus profesional de la enfermera, fortaleciendo su rol dentro del equipo de salud. Así mismo, busca abrir nuevas perspectivas de estudio en el área de la enfermería y ofrecerá subsidios para realizar otros trabajos sobre la temática. Proponer bases que permita el logro de las competencias durante su formación profesional en el área del niño y el acompañamiento exitoso en la práctica de internado de las estudiantes de enfermería.

Este estudio está estructurado en cuatro capítulos. En el primero, se explicitan la justificación y relevancia del estudio; en el segundo, se describe el referencial teórico-conceptual, considerándolos antecedentes de la investigación y las bases conceptuales y filosóficas que permitieron profundizar la discusión de los resultados; el tercero, considera el método con la que se desarrolló esta investigación cualitativa con abordaje de historia de vida; y en el cuarto, se presentan y discuten las categorías que revelan cómo es el proceso formativo

para el desarrollo de competencias en el cuidado del niño hospitalizado y su familia teniendo en cuenta los antecedentes de investigación, la base teórica y el análisis del contexto para posteriormente discutir y dar aportes en la formación de enfermeras con competencias para el cuidado del niño hospitalizado y su familia. Finalmente se presentan las consideraciones finales.

II. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del problema

Son pocos los estudios realizados con estudiantes de enfermería para hablar sobre el cuidado del niño y su familia:

- Avelino J. (7), realizó la investigación titulada “Vivencias de las madres frente a la hospitalización de su hijo escolar con asma bronquial” en la cual dio a conocer aspectos relacionados con las vivencias de siete madres de niños hospitalizados con asma bronquial, donde explica la experiencia maternal frente a la hospitalización de su hijo, no solo como proceso biológico sino también como proceso psicológico subjetivo, estudio cualitativo de trayectoria fenomenológica. Las categorizaciones permitieron comprender el fenómeno de la hospitalización considerado desde la experiencia maternal, donde se rescata la hospitalización como una experiencia emocional que trasciende lo psicológico, la percepción del rol materno que se traduce en brindar un amor maternal, así como favorecer la vinculación en esos momentos. Y lo fundamental del rol de la enfermera que permita brindar cuidados de enfermería más humanizados a nuestros usuarios y a la madre, como es la de comprender la situación por la que atraviesa la progenitora cuando hospitaliza a su hijo, brindándole apoyo emocional e información adecuada acerca de su estado.
- Zamalloa Z. (8), realizó un estudio sobre la vida cotidiana de los internos de enfermería en su práctica hospitalaria en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque (2011), y consideró como objetivo el describir y

analizar la cotidianidad. El abordaje metodológico fue la historia de vida, en el cual emergieron tres grandes categorías: El internado se constituyó en la interacción con el entorno hospitalario evidenciado por ansiedad y la falta de seguridad relacionada con la falta de habilidades. Finalmente en el internado se manifestó el encanto y desencanto por el trabajo asistencial.

- Cubas Y. (9), realizó la investigación titulada “Percepción del estudiante de enfermería de la USAT frente al cuidado del niño hospitalizado, en la cual analizó la percepción que el estudiante tiene durante su práctica clínica, la cual adquiere al llegar a la asignatura donde el niño a su cuidado presenta muchas patologías; la metodología fue cualitativa. Como resultados se obtuvieron las siguientes categorías: Impacto en el estudiante de enfermería frente al cuidado del niño hospitalizado; subcategoría: Percepción de carencia en conocimiento para el cuidado del niño hospitalizado. Como segunda categoría: Sentimientos que experimenta el estudiante de enfermería frente al cuidado del niño hospitalizado con las subcategorías: Sentimientos de culpa, sentimientos de sensibilidad y tristeza, sentimientos de miedo y temor. Como última categoría: Caracterizando el cuidado que brinda el estudiante de enfermería al niño hospitalizado.
- Rodríguez L. (10), realizó un estudio sobre vivencias de la madre acompañante de hijo lactante hospitalizado de corte fenomenológico en la perspectiva heideggeriana, siendo el propósito develar las vivencias de las madres de hijos lactantes hospitalizados, realizado en Chimbote. Encontrando que el modo de ser madre está basado en la angustia del *Ser-ahí* frente a la muerte, encontrándose así que las madres de familia son seres muy sensibles

que pueden estar preparadas para lograr un adecuado enfrentamiento a difíciles situaciones como es la hospitalización de un ser querido.

- Matheus H. (11), con su investigación “Percepciones de los estudiantes del cuarto semestre del Programa de Enfermería de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Acerca de las prácticas clínicas en Enfermería Pediátrica”, tuvo como objetivo general analizar la percepción que tienen los estudiantes acerca de la práctica clínica de Enfermería Pediátrica, su metodología fue cuantitativa utilizando como instrumento la escala de Likert, en cuyos análisis y resultados encontraron que la mayoría de los estudiantes percibieron favorable el contexto y la práctica clínica de dicha asignatura; no obstante, percibieron de manera desfavorable el tiempo asignado para el aprendizaje y el acercamiento hacia el niño durante la hospitalización cuyas reacciones demostraron sentimientos de pena por la enfermedad y alegrías en la recuperación con reacciones, muchas veces de desesperanza hacia los padres y familiares cuando desconfían de sus cuidados. Sus resultados fueron útiles para identificar tiempo y práctica para el aprendizaje y percepciones emocionales de los estudiantes.
- Francisco del Rey J. (12), realizó investigación cualitativa de grupo de discusión y análisis de contenido, que tuvo como objetivo conocer las concepciones que, sobre los conceptos paradigmáticos de la enfermería, cuidado humano, persona, salud y entorno, tienen las enfermeras, identificando los aspectos relacionados con la formación y la práctica profesional que influyen en la configuración de estas concepciones; de los resultados, emerge que las enfermeras del grupo estudiado manifiestan

satisfacción con los aspectos internos e individuales de su práctica e insatisfacción con los aspectos más externos y de grupo.

- Cibanal J. (13), con la investigación “Perfil emocional de los estudiantes de enfermería en prácticas clínicas. Experiencias de aprendizaje en el Hospital General Universitario de Alicante”, cuyo objetivo general fue conocer la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones de los alumnos de enfermería de dicha universidad, muestra un diseño cualitativo con enfoque biográfico narrativo como estrategia de investigación, el cual les permitió a través de estos relatos conocer e interpretar aquellas realidades que pretendieron estudiar, llegando a las siguientes categorías: Sentimientos, déficit de la práctica, situaciones complejas de la clínica y otros. Concluyeron con la apertura de un marco de diálogo que sirvió de foro donde se clarifique la actual situación del aprendizaje en el período de prácticas del alumnado de la escuela, se les da instrumentos y estrategias para la práctica reflexiva de su aprendizaje, tanto teórico como práctico, crearon vías para la mejora de la situación de las unidades hospitalarias con el alumno en prácticas, de forma que la carga laboral a la que se somete al profesional sea la óptima para el desempeño de todas sus competencias.
- Paranhos V. y Rino M. (14), a través del estudio cualitativo , descriptivo y exploratorio, identifican las percepciones de los estudiantes de pregrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo en Ribeirão Preto, Brasil, (PERE-USP) en relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje en dos cursos: "Seminario integrado: Proceso salud-enfermedad" y “Cuidado de la salud: Servicios, políticas y organización”, que se ofrecen a los estudiantes

de primer año en 2005 y 2006, e "Integralidad en el cuidado de la salud I y II", que se ofrece a los estudiantes de segundo año en 2006. La propuesta de los cursos era adoptar metodología activa y currículo basado en competencias. El análisis temático indica que los estudiantes disfrutaron de los cursos, destacaron el papel del profesor-facilitador en los puntos del ciclo pedagógico y aprendizaje registraron en las carteras de los estudiantes. Los estudiantes valoran su experiencia en el ámbito de la atención primaria de salud que se basa en la práctica interlocución teoría-profesional y cercanía con los principios del Sistema Único de Salud (SUS).

- Vollrath A. (15), con la investigación cualitativa de enfoque fenomenológico con la finalidad de comprender el significado de la experiencia de aprendizaje de transición del estudiante de enfermería y el significado de sus expectativas del aprendizaje para su futura práctica profesional. Del análisis comprensivo del tipo vivido fue identificado que el estudiante siente que al asumir responsabilidades experimenta sufrimiento e inseguridad por falta de conocimiento, no confía en sus habilidades y se siente solo; pero a medida que percibe apoyo adquiere confianza, autonomía y se integra al equipo. Siente además, que la enfermera es importante para la transición. Se lograron comprender en el proceso de transición los motivos para y los motivos por qué de sus acciones, y cómo se integra al mundo de la vida cotidiana de un determinado grupo social en un tiempo y espacio específico.
- Hernández, A. (16), realizaron un estudio con el objetivo de describir la opinión de estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chile, Temuco, respecto a las prácticas clínicas. Investigación

cualitativa y descriptiva. Llegando a la conclusión de que los estudiantes conciben las prácticas clínicas como una metodología activa importante para su formación profesional, son capaces de definir las, evaluarlas y reconocer instrumentos para ello, identifican el rol del docente como un elemento preponderante en el escenario clínico, como factor obstaculizador y facilitador según su experticia y formación en el área pedagógica. Identifican como competencias interpersonales relevantes en el docente: Comunicación efectiva, componente ético-valórico y en las competencias sistémicas: Debilidad en la valoración del proceso enfermero/a en las instrumentales y falta de orientación para la toma de decisiones.

2.2 Marco Referencial Conceptual

2.2.1 El proceso de formación universitario

En los últimos 25 años se han observado en el mundo las tendencias en el ámbito de la educación superior como: Expansión cuantitativa, diferenciación de las estructuras institucionales, los programas y planes de estudio, restricciones financieras y, en consecuencia, declinación de la calidad académica y de la investigación, así como la concentración de esta última en un pequeño número de países industrializados, y creciente brecha entre países desarrollados y en desarrollo (17).

Asimismo, en América Latina, la Universidad se ha visto enfrentada, en especial durante las últimas décadas, a una serie de cambios derivados en parte muy fundamental de la creciente demanda por

educación superior. El Perú no escapa de esa realidad pues el camino que debe recorrer para garantizar una educación superior de calidad es todavía largo. Nuestro país aún aparece en el puesto 67 de 142 países en el último ranking de competitividad económica internacional producido por el Foro Económico Mundial (2011-2012); es decir, cerca de la mitad inferior de países, agrupado todavía entre los países subdesarrollados. La composición de este Índice de Competitividad Global es muy indicativa del poderoso papel que juega la educación en todos sus niveles para lograr la competitividad internacional y el desarrollo (18).

Por otro lado, en el pilar de educación superior y capacitación nos encontramos en el puesto 77 a nivel mundial, afectados por la percepción de una pobre calidad en la enseñanza superior en general (puesto 128). Por último, existe un pilar crucial que permite solo a algunas economías mantenerse en la cima de la competitividad y desarrollo mundial: La capacidad de innovación. Aquí nos encontramos en el puesto 113 a escala mundial por las siguientes razones: Bajísima calidad de las 17 instituciones de investigación científica (puesto 109), disminuida inversión en investigación y desarrollo por parte de las empresas (puesto 118), escasa colaboración entre las universidades y las empresas en el campo de la investigación (puesto 103), y reducida disponibilidad de ingenieros y científicos (puesto 102) (18).

Como señala la Declaración Final de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior del 2009 (Unesco):

“Nunca antes en la historia fue más importante la inversión en educación superior en tanto esta constituye una base fundamental para la construcción de una sociedad del conocimiento inclusiva y diversa y para el progreso de la investigación, la innovación y la creatividad”.

En relación a la Carrera Profesional de Enfermería, se hace necesario enfatizar que la formación a nivel universitario es relativamente reciente en América Latina (data de los años 40). Durante las tres últimas décadas, 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. Incluso alrededor del 2005 la mayoría de los currículos de las escuelas y facultades de enfermería abordaban aspectos sociales, políticos, demográficos y epidemiológicos para la formación profesional en enfermería; es decir, muy pocos destacaban el ser y hacer propio de la enfermería (19).

De acuerdo a esta realidad, podemos afirmar que 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. Pese a algunos intentos que se han planteado desde las organizaciones rectoras como la Asociación Peruana de

Facultades y Escuelas de Enfermería (Aspefeen), poco se ha avanzado en el tema (20).

Es lamentable que la formación de enfermería en el Perú, aún no haya logrado ese desarrollo, pues es a partir de ella es que el estudiante fortalece competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión.

Antes de continuar, la investigadora considera necesario conceptualizar el término competencia, el cual fue abordado a partir de la década del 60 por el lingüista norteamericano Noam Chomsky, quien lo introduce como:

“(...) la capacidad y disposición para el desempeño y para la interpretación”. Su obra produjo una profunda renovación en la lingüística puesto que trata la lingüística del texto o discursiva, lo que provocó un cambio en el enfoque comunicativo (21).

Se presupone reconocer que se manifiesta una diversidad de interpretaciones y propuestas del término de competencia, aunque es importante precisar que en sus diferentes variantes se trata de incorporar una concepción más amplia y profunda de formación al generar objetivos y tareas dirigidos a demostrar desde la totalidad los elementos que intervienen en el proceso y que lleva a los resultados, donde:

- La competencia no se limita a la concepción de habilidades, puesto que esta expresa una integración dinámica que permite una actuación determinada que le confieren a la competencia un carácter actitudinal que la distancian de esta concepción, se orienta a una movilización dinámica personal de los saberes, puestos en acción, y avalados por sus valores lo que implica un compromiso, metodológico, actitudinal y axiológico.
- Se evidencia una exigencia por ser un profesional competente, donde se vincula no solo la formación formal recibida, sino que esta debe ser acompañada de un desempeño idóneo, siendo en ocasiones premisa para la selección de personas para un puesto de trabajo.
- Entonces, la competencia necesaria en todo proceso educativo y conocimiento especializado se formará en última instancia en la interacción que se establece en un proceso consigo mismo en el seno del colectivo laboral y el contexto profesional, lo que posibilita su actuación en diferentes escenarios.
- Se precisa de saber (conocimientos), saber hacer (habilidades, destrezas y capacidades), ser (valores) y saber estar (actitudes) todos en interrelación dinámica y movilizados en función de las exigencias contextuales conocidas o inciertas según la situación a que se enfrente el sujeto.

Partiendo de las consideraciones anteriores, la investigadora considera oportuno exponer que la competencia es una cualidad humana que se da en la relación sujeto-objeto caracterizada por la expresión de la

interacción dinámica entre el saber, el hacer y el ser, movilizados en un desempeño idóneo, demostrado en lo profesional, lo social y humano, que le permite saber estar con la complejidad de las características y exigencias contextuales del entorno en que se encuentra el sujeto (22).

Por su relevancia y significación presentamos la definición de Catalano A. (23), para quien la formación basada en competencias, además de responder a la necesidad de brindar una formación más adecuada al mundo del trabajo, permite recuperar los principios pedagógicos de los movimientos de la escuela nueva y de la pedagogía activa, los cuales proponen una formación vinculada con la práctica social y laboral.

Finalmente para Tobón S. (24), este enfoque por competencias no responde solo a las necesidades de formar profesionales para su inserción en el ámbito laboral exitosamente, sino que propone una formación articulada con el desarrollo de personas capaces de un pensamiento propio, con creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de sus actos y buscando el bienestar humano, responsables de su entorno y de su país (25).

A la par de la evolución y cambios en la educación universitaria, también la formación de enfermería ha ido evolucionando, pues como conocemos se inició en las escuelas anexas a las instituciones hospitalarias, donde se enfatizaba el carácter técnico de la profesión y su orientación biomédica, pero es a partir de la formación universitaria que se

busca fortalecer en el estudiante competencias cognoscitivas con base en los fundamentos teóricos (26).

En este contexto, la formación para enfermera se da a través de la riqueza teórica conceptual y la investigación rigurosa de la enfermería, conjugada con la práctica en los diferentes escenarios de la salud; además, exige destrezas particulares y capacidad para establecer vínculos significativos, determinar el curso apropiado de la acción y conducir la práctica, dando sentido a lo cotidiano y buscando el crecimiento de los seres humanos. Por ello, en este marco de investigación, la formación en enfermería destaca el significado de la enseñanza como estrategia de integración de conocimientos, práctica y actitudes basadas en cuidado humano; es decir, un encuentro entre personas donde se establecen relaciones reveladoras (27).

Al hablar del proceso formativo para enfermería, específicamente en la formación para el cuidado, para dar cuenta de este marco nos respaldamos en el enfoque y la enseñanza para el cuidado de Waldow; quien plantea 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 (28).

La formación de enfermería sobre el cuidado humano a la persona, se da en todas las etapas del ciclo vital; sin embargo, el ejercicio de la

práctica profesional en el área pediátrica exige de la enfermera, competencias necesarias que mejoren la calidad de su cuidado dentro del contexto de los cambios a nivel nacional y mundial. Se hace necesario mirar al niño no ya en la tradicional forma reduccionista, sino en forma holística. Los aspectos sociales, ambientales y psicológicos que constituyen su realidad, y que antes eran olvidados o superficialmente manejados, cobran importancia.

A través de este enfoque, la educación superior en enfermería, pretende llevar a los estudiantes a un aprendizaje mediante sus vivencias y experiencias realizando el análisis de situaciones, aportándoles desde su perspectiva sociocultural, sus valores y creencias, un razonamiento claro que les facilite la construcción del conocimiento. El docente es un conductor y facilitador a partir de la sensibilidad que establezca en la relación con su estudiante pues promoverá la creatividad y organizará el proceso para el aprendizaje de los diferentes conceptos de enfermería; así mismo, puede estimular a los estudiantes a apreciar la individualidad de cada persona, que fortalece la relación con sentimientos de empatía, compasión, elementos importantes en la relación enfermera-paciente (29).

2.2.2 Cuidado al niño lactante hospitalizado y familia

Los profesionales de enfermería proporcionan asistencia en muchos entornos a niños sanos, así como los que tienen enfermedades, lesiones y trastornos crónicos. Afortunadamente, la mayoría de los niños están sanos; sin embargo, los niños que necesitan asistencia sanitaria especial, precisan

un contacto frecuente con el sistema sanitario para conseguir y mantener un nivel de salud óptimo (30).

Para Ball J. y Bindler R. (30), los niños con enfermedades que requieren hospitalización, ya sea selectiva, planificada con antelación o resultado de una urgencia o traumatismo, están inmersos en tensión al igual que sus familiares.

En la actualidad, se entiende por niño “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”, y lactantes según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a los niños de un mes hasta los dos años de edad. Ello significa que para definir el término de este modo, tal como lo hace el artículo I de la Convención de los Derechos del Niño, se hace necesario conocer de las ideas transformadoras que se han dado a través del tiempo acerca de los niños y la consideración de estos dentro de la sociedad (31).

Para Ortigosa, J. (32) la hospitalización se define como el periodo de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad. Por su parte, el hospital, palabra derivada del latín *hospitium*, es decir, lugar en el que se tiene a las personas hospedadas, es un establecimiento o institución destinado al diagnóstico y tratamiento de los enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza.

Los actuales cuidados de enfermería al niño son el producto de una evolución gestada a través de los siglos en los que han resultado importantes el pensamiento acerca del concepto del niño, el desarrollo de la ciencia y tecnología y su impacto en la salud de la población, y la atención enfermera a través de los tiempos (31).

Tal es así, que históricamente se encargaban del cuidado los profesionales de la salud, y los padres solo tenían visitas con un horario muy restringido o completamente prohibido. A partir de los años 50, tras la demostración de las consecuencias emocionales de la separación entre la madre y el niño a través de las investigaciones de varios autores se documentó estas consecuencias como serios problemas emocionales y de comportamiento y se fueron introduciendo variaciones, llegando a ser necesario el cambio de roles tanto de los profesionales como de los padres (32, 33).

Actualmente, al planificar el cuidado del niño hospitalizado se debe tener en cuenta otros factores diferentes a la misma enfermedad, como que la hospitalización es solamente algo transitorio en la vida del niño; su ámbito natural, por decirlo de alguna manera, es su hogar, su jardín o su colegio y su grupo de amigos, razón por la cual se hace indispensable considerar y analizar las múltiples variables que condicionan las reacciones ante la enfermedad y la hospitalización, y que inciden directamente en el proceso de su enfermedad.

Por otro lado, para planear el cuidado es necesario considerar las diferencias significativas que por edad tienen los niños, pues como dice Von Pfaundler mencionado en Arias N. (34):

"Cada fase del desarrollo trae consigo una suma de especiales situaciones de carácter físico, químico y energético que hacen reaccionar de manera diversa al individuo frente a las diferentes influencias".

Lo cual implica un manejo personalizado del infante. La historia personal y social de cada niño también juega un papel muy importante pues a veces se olvida que a pesar de estar hospitalizado sigue perteneciendo a una familia que forma parte de su cuidado y trae unas prácticas, costumbres y creencias que allí en su núcleo primario aprendió (34).

Al operacionalizar los anteriores conceptos se pueden resumir algunas acciones muy importantes que el profesional de enfermería al cuidado del niño hospitalizado no puede ni debe descuidar para brindar a su paciente un manejo personal e integral como es el considerar dentro del cuidado de enfermería a los padres y/o cuidadores, quienes cumplen un rol muy importante para la recuperación del niño hospitalizado.

Todo lo anterior recoge los más elementales principios éticos y de respeto a los derechos que como paciente y como niño tiene esta personita que ha sido confiada a nuestro cuidado. Asimismo, hay que reconocer la importancia del trabajo interdisciplinario pues la coordinación y complementación de acciones que permitan en últimas la recuperación del

niño no podrán ser realizadas únicamente por la enfermera aunque su plan de cuidado contemple los tres entornos.

Los niños hospitalizados experimentan diversas emociones al encontrarse a un entorno desconocido, rodeados de extraños, expuestos a un equipamiento al que no están familiarizados y siendo testigos de visiones y sonidos intimidantes. Estos niños están sujetos a procedimientos no habituales para ellos, algunos de estos invasivos o dolorosos. Tanto para los niños como para los familiares se rompen sus rutinas y se ponen a prueba las estrategias habituales de afrontamiento (30).

La hospitalización para el niño implica la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y/o dolor, todo ello le genera temor. En el año 1958, Gellert decía: “Para el niño, el hospital es como un país extranjero a cuyas costumbres, lenguaje y horario debe acostumbrarse” (32, 35).

Es decir, la hospitalización fractura el estilo de vida de los niños y sus familias, con mayor razón a los lactantes que carecen de habilidades cognitivas para entender la hospitalización y es el grupo en que con mayor frecuencia se pueden dar comportamientos regresivos. Los niños tienen miedo y ansiedades relacionados con cosas tales como la oscuridad, los extraños y los monstruos. La hospitalización puede exacerbar estas ansiedades, dado que el entorno resulta extraño para el niño. Además de

manejar estas tensiones, el infante puede sentir que peligra su bienestar (36).

Según Walley L. y Wong D. (37), son factores importantes de tensión para los niños hospitalizados de cualquier edad: La separación de los padres o del cuidador principal, falta de autocontrol, autonomía e intimidad, procedimientos dolorosos e invasivos, miedo a la lesión o desfiguramiento del cuerpo. El factor más frecuente para los niños hospitalizados es la separación de sus padres, que se manifiesta por la ansiedad por la separación en tres fases: Protesta, desesperanza y rechazo o indiferencia.

La fase de protesta puede durar horas o semanas, el/la niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus llantos, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase, el niño/a suele ser considerado un mal paciente (37).

Asimismo, la fase de desesperación se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo/a y adaptado/a. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario. En la fase de negación el/la niño/a muestra más interés por

el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos (37).

En este sentido, la Asociación Americana de Cuidados Críticos definió un marco conceptual para el cuidado apoyándose en una premisa simple: Se obtienen buenos resultados cuando hay sinergia entre las necesidades de los pacientes, sus familias y las competencias de las enfermeras encargadas de su cuidado. La principal función del profesional de enfermería pediátrica es proporcionar cuidado de enfermería directa al niño y su familia (30).

La palabra “cuidado” procede del latín “*cogitatum*” que significa pensamiento y es definido a su vez como solicitud y atención con esmero para hacer bien alguna cosa. Roach (1993) citado por Waldow V. (38), considera que el cuidado a otra persona es una característica humana, es una forma de expresión, de relacionamiento con el otro ser, con el mundo, es una forma de vivir plenamente. Se inicia o se expresa de dos formas: como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño que se hace notar en todas las especies y sexos; sin embargo, ocurre entre los humanos predominantemente, considerando su raciocinio, capacidad de usar el lenguaje u otras formas de comunicación. El cuidado es una característica de enfermería que se intenta rescatar tanto en su conocimiento como en su arte.

El cuidado de niños hospitalizados requiere también considerar a sus familiares, el cual demanda el mismo enfoque sistemático para la toma

de decisiones que se aplica a los cuidados de enfermería de todos los pacientes. Este proceso de solución de problemas comprende habilidades tanto cognitivas como operacionales (39).

Considerando el vínculo padre-hijo esencial para el normal desarrollo de los niños, el profesional de enfermería animará a la familia a permanecer con el niño hospitalizado y a participar activamente en sus cuidados; reconocer a la familia como la influencia y sostén constante en la vida del niño es la base para desarrollar una relación auténtica con las familias, pues son los principales cuidadores y apoyo del infante; es decir, los familiares son importantes para ayudar al niño a recuperarse de una lesión o enfermedad.

Los esfuerzos para tratar y colmar las necesidades emocionales, sociales y de desarrollo que necesitan el niño y la familia que busca asistencia sanitaria en todos los entornos es un concepto conocido como asistencia centrada en la familia. Con frecuencia, se considera que la familia es un socio en la asistencia, aprenden las enfermedades de los niños y participan en las decisiones sobre su asistencia.

Por tanto, las familias adquieren una mayor confianza y competencia para asistir a sus niños, lo que ha llegado a ser aún más importante, ya que ellas cumplen una función cada vez mayor en la provisión de asistencia para los problemas sanitarios del niño (30).

Por otro lado, la enfermería tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para el paciente que cuida como para sus familiares, poniendo como

punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones. Por ello, el cuidar a la familia se convierte en un reto profesional, ya que nos salimos de los esquemas del cuidado clásico, donde el paciente es nuestro centro de atención, excluyendo por completo a la familia. Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario.

2.3 Marco Teórico Filosófico

2.3.1 Bases filosóficas del cuidado

El presente estudio tiene como fundamentos filosóficos del cuidado a Waldow R, así como la contribución teórica de Watson y Colliere para conceptualizar el cuidado de enfermería.

El estudio del conocimiento enfermero se ha visto influenciado a través de la historia por grandes corrientes de pensamiento y por un mundo en transformación. Como parte de esos cuatro conceptos metaparadigmáticos, presentamos enseguida el análisis del constructo cuidar-cuidado y sujeto de cuidado. Los cuidados enfermeros, bajo apariencias simples, se han convertido en sistemas complejos y diversificados, pues la enfermera asegura una presencia continua al lado de diversos grupos de personas, particularmente en el cuidado al binomio madre-niño y debe dar prueba, en todo momento, de solicitud, de saber adelantarse en acompañarlos tanto en situaciones felices como en el dolor, la angustia, incapacidad y a veces, la muerte. Adicionalmente, se

requiere de la enfermera competencias interpersonales para el cuidado de enfermería y recurrir además al conocimiento científico y la utilización de métodos sistemáticos de trabajo (40).

Se hace necesario en este punto asumir una definición clara de cuidado, para ello, presentamos la propuesta de Waldow V. (41), que señala que cuidar involucra cambios en el sentido evolutivo. El ser que cuida debe estar atento a sus acciones, comportamientos y actitudes, buscando perfeccionarlas y eso, en consecuencia, la mayoría de las veces involucra cambios. Por otro lado, el ser que es cuidado también se transforma en el sentido de crecimiento, evolucionando como ser.

Para Waldow V. (42), el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humano.

La palabra cuidado procede del latín “Cogitatum” que significa pensamiento y es definido a su vez como solicitud y atención con esmero para hacer bien alguna cosa. Según Roach citado por Waldow V. (38), era considera que el cuidado humano es una característica humana, es una forma de expresión, de relacionamiento con el otro ser, con el

mundo, es una forma de vivir plenamente. Se inicia o se expresa de dos formas: como un modo de sobrevivir, y una expresión de interés y cariño se hace notar en todas las especies y sexos, ocurre entre los humanos predominantemente, considerando su raciocinio, capacidad de usar el lenguaje u otras formas de comunicación. El cuidado es una característica de enfermería que se intenta rescatar tanto en su conocimiento como en su arte.

Para Colliere M. (43), cuidar es el arte que precede a todas las artes, sin él no sería posible existir, está en el origen de los conocimientos de todas las culturas. El cuidado está en todos los medios, en todas las culturas y es el punto de inicio en todas las formas de organización social, a fin de mantener y asegurar la continuidad de la vida de cualquier grupo, sea cual sea el clima y los recursos del medioambiente.

Los cuidados se encuentran en todas las etapas de la vida, Colliere M. (43), presenta la línea del cuidado y sustenta que:

“La vida de cada individuo se desenvuelve en una sucesión de pasos, desde el nacimiento hasta la muerte que da origen al rito de pasaje, el cual no se detiene; a lo largo de la vida atravesamos constantemente momentos dejando huella en la ruta de cada vida individual”.

Desde el nacimiento hasta la muerte, la vida es marcada por una sucesión de pasajes que, de superarse, demandan de participar en el cuidado, de ahí el interés de comprender mejor cómo desarrollar estos

grandes pasajes de la vida y lo que lo caracterizan, para entender mejor la importancia y el propósito de la atención que se han diseñado y creado para asegurar que toda la vida humana se realice, prosiga y se transmita.

Para Colliere M. (43), desde el nacimiento hasta la muerte, la vida es marcada por una sucesión de pasajes que, de superarse, demandan de participar en el cuidado, de ahí el interés de comprender mejor cómo desarrollar estos grandes pasajes de la vida y lo que lo caracterizan, para entender mejor la importancia y el propósito de la atención que se ha diseñado y creado para asegurar que toda la vida humana se realice, prosiga y se transmita.

El pasaje es la transposición de un paso, es un umbral. Cada pasaje nos introduce en una nueva fase de la vida. Entre dos pasajes hay un paso; es de alguna manera un nivel preparándose para avanzar en una nueva fase. De este modo, la marcha, para ampliar el campo del medioambiente de descubrimiento, aumenta y diversifica las representaciones, preparando la adquisición del lenguaje. Estos pasos son considerados como los niveles. Cada paso le permite integrar los cambios operados por el paso anterior y preparar el próximo pasaje. Los cuidados representan todos los recursos del ingenio y la creatividad que se despliegan para ayudar a superar los pasajes decisivos con el fin de asegurar la continuidad de la vida y así desarrollar la capacidad de vivir, o mejorar los esfuerzos para mantener y conservar para que no se desgaste, debilite o agote (34).

Algunos de los pasajes llegan con tal intensidad, provocando un cambio tan radical en un tiempo muy corto, que fueron protegidos en particular el nivel físico y social, exigiendo gran cuidado y gran atención las maneras de hacer. Fue en estos tiempos de crisis, en que el margen entre la vida y la muerte es muy estrecho, que buscaron "maneras de hacer" que fue el inicio de la atención más básica de cuidar y vigilar la vida (43).

Por otro lado, Watson J. (44), distingue el cuidado como valor humanitario y como compromiso moral y acto de protección a la dignidad humana. Considera necesario a la ciencia del cuidado, la división de las necesidades en dos tipos: Las de orden inferior y las de orden superior. Las de orden inferior comprenden biofísicas, las conocidas necesidades de supervivencia y las psicofísicas, que son las necesidades funcionales: actividad-inactividad y la sexualidad. Las de orden superior se dividen en psicosociales, que son las necesidades de integración (realización y asociación) intrapersonal e interpersonal que se constituyen como la necesidad de autorrealización.

Cuando se refiere al ser humano, Watson J. (45), lo percibe como una persona completamente integrada funcionalmente, cuidada, respetada, comprendida; sin embargo, pasible de vivir conflictos y crisis. En cuanto a la salud, la teórica la enfoca como un estilo de vida armónico entre mente, cuerpo y alma que lleva el ser humano a un alto nivel de funcionamiento físico, mental y social. La contribución de Watson para

la comprensión de la enfermería se hace notar cuando la fundamenta en el campo de las ciencias humanas y naturales, cuando visualiza el factor cuidar además del factor curar y enfatiza el cuidado humano como el icono de la teoría, de la práctica y de la investigación (44).

La visión humanista del cuidado de Watson es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones (45).

Para Watson J. (46), en el proceso de cuidar existe la intersubjetividad cuando la enfermera está con la otra persona, implica una transacción de cuidado humano entre dos personas con sus historias de vida. Esta fusión de campos y experiencias trasciende las dimensiones de tiempo y espacio. Es un instante de aprendizaje, de crecimiento, de reconocimiento del *self* (yo) de cada uno.

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 (47).

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer; el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga dicho cuidado, además, permite la preservación de la especie en la historia y espacio (47, 48).

Waldow V. (49), considera el cuidar-cuidado como proceso y resultado bajo una indisolubilidad y el encuentro de plenitud del hacer, el saber y el ser. El cuidar como un modo de ser y de relacionarse con comportamientos y acciones que involucran conocimientos, valores, habilidades y actitudes para favorecer las potencialidades de las personas en mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El cuidado como producto, fenómeno resultante del proceso de cuidar, es total, humano, armoniza relaciones, sensibiliza el humano de cada uno y energiza nuestro potencial para ayudar a otros a encontrar sus potencialidades para luchar contra las adversidades.

Para desarrollar el cuidado, es inherente la reciprocidad y la interacción de un ser -persona- que es cuidado, por otro ser -persona- que cuida. Según un punto de vista global, la persona es considerada en su totalidad, y según un punto de vista humanista, es percibida como un ser único. Para K  rouac S. (29), el centro de interés de la disciplina enfermera va más allá de las grandes corrientes del pensamiento que han contribuido al desarrollo del conocimiento y de las concepciones particulares de esta disciplina.

La ciencia enfermera “estudia la globalidad o la salud de los seres humanos reconociendo que est  n en interacción continua con su entorno”; para esta investigación aplicamos esta definición enfocando la enfermería como el estudio de la globalidad del binomio madre-niño y de su proceso de enfermedad reconociendo que est  n en continua interacción con su entorno hospitalario y con la persona que lo cuida (para exigencia de este estudio -la interna de enfermería-). La práctica de enfermería apunta a optimizar los entornos humanos para la salud y que es un sentido humanitario en la medida en que se interesa en preservar el respeto y la autodeterminación de la persona (29, 38).

Por otro lado, Colliere M. (50), refiere que el cuidado es una acción de ayuda, es escuchar a los pacientes, tener tiempo de unir la reflexión a la acción, expresar sentimientos, construir y evaluar junto con los pacientes y las familias proyectos de cuidados y curación de acuerdo a sus hábitos y creencias.

Es importante para nuestra investigación enfatizar que en todo este proceso, el centro de interés de la disciplina enfermera, lo esencial, el corazón y el alma de la enfermería se refiere al cuidado; la disciplina se interesa por el cuidado de la persona que está en interacción continua con su entorno. Tengamos en cuenta que en este ambiente, el cuidado recurre a la colaboración de varias personas como la familia, amigos, profesionales de la salud y particularmente el personal de cuidado enfermero y los estudiantes. Entonces, esta experiencia de salud es entendida como las situaciones vividas en relación al crecimiento, al desarrollo y a las situaciones problemáticas, incluyendo la enfermedad. La noción de persona engloba al individuo, la familia, al grupo y a la comunidad. El entorno comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico, etc.) y el medio externo (físico, social, político, económico, etc.). Asimismo, el cuidado está inspirado en los principios desarrollados párrafos arriba.

Durante los intercambios que vive la persona, la familia o el grupo con el entorno, se producen las experiencias de salud relacionadas con el desarrollo, situaciones de la vida o la enfermedad. “Acompañar” significa respetar el ritmo propio de cada persona, familia o grupo, sin imponer sus propios valores. La investigadora considera que este principio va en coherencia con su objeto de estudio y los sujetos de su investigación, pues al estudiar el cuidado al lactante hospitalizado, por su grado de dependencia, no puede ser excluido de la madre, generándose un binomio

considerado único y global, y cuya experiencia de cuidado debe verse como un “acompañamiento” por la estudiante interna de enfermería.

Por tanto, la familia es otra variable muy importante. Su presencia frente al paciente y su cariño son fundamentales, y el equipo de salud debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues es de gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. Si la familia no comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades; la familia, en lugar de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar. En realidad, la mayoría de las veces, la familia también necesita de cuidado y puede, a través de su comportamiento, estar expresándolo y solicitándolo (47).

Según Waldow V. (41) para que el cuidado realmente se dé en plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: La conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad.

Por lo anteriormente mencionado, el cuidado es la esencia de enfermería, este transforma la visualización de la enfermera como un modo de ser, relacional y contextual, caracterizándose por ser la única

acción verdaderamente independiente de la enfermería. Los procedimientos terapéuticos, técnicas, intervenciones, pueden ser prescritos, pero no el cuidado. En tanto, no se prescribe un modo de ser, no se dictan maneras de comportar, sino que estas pueden ser sugeridas, aconsejadas, más no prescritas (47).

Otro aspecto importante para nuestro estudio, señala que la enfermera se inspira en conocimientos específicos de la disciplina enfermera, integrados a conocimientos de otras ciencias en la comprensión de la experiencia humana en salud y los aplican a los principios específicos que guía su arte de cuidar. La enfermera adquiere y desarrolla sin cesar los conocimientos a partir de nuestro centro de interés que le es propio y de una concepción explícita de su disciplina. Sus conocimientos sostienen su intervención.

Esta base de conocimiento permite a la enfermera priorizar y organizar sus actividades con el objetivo de proporcionar un cuidado a la altura de la calidad de la vida humana. Por la naturaleza de este estudio, al profundizar las vivencias y experiencias de las estudiantes internas de enfermería, resaltó ampliamente hechos referidos a sus propios conocimientos y su influencia en la seguridad del cuidar-cuidado al niño y familia. Estos principios darán mayores aportes y serán profundizados en el capítulo de análisis y discusión.

2.3.2 Experiencia vivenciada

El conocimiento de enfermería que surge de la práctica y la relación con los desarrollos teóricos, se encuentra en las situaciones de enfermería expresadas a través de narrativas como experiencias vividas y compartidas entre la enfermera y el sujeto de cuidado, refiriéndose a la persona, familia o la comunidad (51).

La experiencia es algo privado e individual, incluye tomar información, evaluarla, transformarla y dar respuestas que incidan en el ambiente y que además coadyuvan la observación y la participación como eventos que requieren de la interacción continua entre la persona y el medio, siendo el contenido de esta interacción afectado por la memoria y el conocimiento; este proceso de interpretación da sentido y valor a la experiencia, provocando cambios en los sentimientos que tienen efecto sobre la percepción, cognición y comportamiento (52, 54).

A través de la narrativa de vida, la enfermera cuenta de su vivencia de una relación significativa que le permite reflexionar sobre su actuación, sus sentimientos, sus valores, sus metas y, sobre todo, refleja la visión del mundo que la enfermera tiene acerca del cuidado de enfermería (51).

Para Bertaux D. (55), la narrativa de vida de personas que se encuentran en una situación social similar o participando del mismo mundo social y centra sus testimonios sobre esos segmentos, procura enriquecer sus conocimientos adquiridos por sus experiencias directas sobre ese mundo o esa situación en la que se siente involucrado o la naturaleza inevitablemente subjetiva que se hará de la narrativa.

Como un relato de vida cuenta una historia de vida, esa narrativa es estructurada en torno a un suceso temporal de acontecimientos, situaciones, proyectos y a acciones que resultan; esta secuencia es de alguna manera la columna vertebral (55).

La interacción enfermera-sujeto de cuidado es un proceso que se construye en un momento de atención con todas las intervenciones de enfermería necesarias para mantener el confort del paciente y sus familiares. La narrativa de historia de vida surge de la experiencia que, vivida y compartida, proporciona los elementos que contextualiza el caso asociado (56).

La historia de vida de cada estudiante aporta su equipaje de conocimientos, sus experiencias y la vivencia de una relación cara a cara con la enfermera guía, con el paciente y su familia, lo que otorga comprender una comprensión sobre cómo se desarrolla la acción social y la intersubjetividad con el equipo de profesionales (57).

Bertaux D. (58) refiere que entre las experiencias vividas por un sujeto y la narración de estas experiencias se interpone, necesariamente, un gran número de mediaciones. Enfocar la atención de sobre esas mediaciones (percepciones, memoria, reflexividad del sujeto, su capacidad narrativa, los parámetros de situación de la entrevista, etc.) pueden conducir -es la posición "textual"- a la conclusión de que todo discurso autobiográfico, y por extensión, toda la narrativa de la vida, solo sería una reconstrucción subjetiva sin ninguna relación con la historia realmente

vivida. Ella solo estaría interesada como forma discursiva, como "texto"...
Ciertamente, hay mediaciones subjetivas y culturales entre la experiencia
vivida "bruta" y su narrativa. Entre una situación social o evento y la
forma en que son "vividos" en su momento por el sujeto; por ejemplo,
estar en sus esquemas de percepción y evaluación.

Toda experiencia de vida implica una dimensión social. Esta frase
de Alfred Schüts mencionado por Bertaux resume en sí el espíritu por el
cual los relatos de vida, como testimonios de la experiencia vivida, se
pueden poner al servicio de investigación sociológica (57).

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación asume un abordaje cualitativo con enfoque metodológico de la historia de vida, el cual admite el involucramiento del sujeto con el objeto de investigación, cómo una situación normal del estudio que puede conducir a propuestas de transformación de la realidad estudiada; es decir, la investigadora considera que las internas de enfermería tienen experiencias y vivencias del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia, y que tiene una historia de vida. Entonces, se trató de articular espontáneamente a la persona y a la vez su proceso de vida. Aquí se admite el involucramiento del sujeto con el objeto; es decir, el sujeto de la investigación viene a ser la interna de enfermería y el objeto es la experiencia de vida con el cuidado al niño lactante y su familia; por tanto, ambos se están articulando. Asimismo, se rescata la parte subjetiva, descriptiva e interpretativa de la historia de vida de las personas que experimentan y vivencian.

Para Polit D. (59) la investigación cualitativa refiere que el análisis cualitativa resulta una tarea formidable, es en particular desafiante para el investigador cualitativo por tres razones principales: Primero, no hay reglas sistemáticas para analizar y presentar los datos cualitativos; este es, por lo menos en parte, el motivo de que algunos criterios describan el método

cualitativo como “blando”. La ausencia del procedimiento analítico y sistemático dificulta la presentación de conclusiones de manera que su validez sea manifiesta. Asimismo, la falta de técnicas bien definidas y universalmente aceptadas obstaculiza la posibilidad de réplicas. El segundo aspecto que hace desafiante el análisis cualitativo es la enorme cantidad de trabajo que exige, pues el investigador debe organizar y dar sentido a páginas y páginas de material narrativo.

Según Hernández L. (60), los métodos cualitativos permiten permanecer próximos al mundo empírico. Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a la personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias.

Por su parte, Rodríguez G. (61) señala que de todos los métodos de investigación, la cualitativa es tal vez la que mejor permita a un investigador acceder a ver cómo los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea. La metodología de las historias de vida ofrece un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en datos personales en un modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas.

3.2 Método

Utiliza el método de historia de vida porque este enfoque permite un contacto más cercano con las internas de enfermería, la presentación de la experiencia vivenciada de ellos mismos en un intento de obtener su visión del campo de accionar de la enfermera en el cuidado al niño lactante hospitalizado y familia, así como de sus sentimientos, acciones y conductas durante el desarrollo de su internado.

La elección de la historia de la vida conserva la coherencia con el objeto de estudio; es decir, a través de este método solicitan a los sujetos de la investigación el relato de su experiencia vivenciada que se relaciona con un fenómeno particular que es el internado en el cuidado del niño lactante y su familia. La construcción de una historia de vida es cómo la persona representa a todos los aspectos de su pasado que considere relevantes a la situación actual. Los informes de investigación de su existencia en virtud de las exigencias del investigador (62).

Una historia de vida o historia personal es un registro escrito de la vida de una persona basándose en conversaciones y entrevistas. En este sentido, la historia de vida puede pertenecer a la existencia colectiva de un grupo, organización o comunidad. La historia oral de expresión también es utilizada por Queiroz (63, 64) para nombrar informes que registran la experiencia de uno o más individuos de una comunidad. En lugar de centrarse en los individuos que proporcionan datos, prioriza eventos, procesos, causas y efectos, por lo general con datos disponibles para las historias de vida. Según Atkinson R. (65), el foco de una entrevista oral a menudo se refiere a un aspecto concreto de la vida de una persona, por lo general la búsqueda de una

comunidad o persona recuerda acerca de un evento en particular, la materia, tiempo o lugar. Cuando ella se centra en toda la vida de una persona, se refiere a la historia de la vida (58, 63).

En tanto, Camargo A. (66) considera que la historia de la vida se adapta bien a los estudios de las situaciones sociales que consisten principalmente en secretos, siendo esencial que el conocimiento íntimo de los temas a poner de manifiesto y las tendencias oscuras que dan forma a la realidad social sean de diferentes categorías.

La historia de vida como método consta de dos características básicas: a) el autor utiliza en horizontal tratando de encontrar patrones universales de las relaciones humanas y las percepciones individuales b) la interpretación del origen y el funcionamiento de los fenómenos sociales, a través del tiempo mixta prevista por entrevistas.

Este método se recomienda para cuando los sujetos informan de su vida y los hechos y acontecimientos que han marcado y experimentado en su vida. La construcción de una historia de vida es cómo la persona representa a todos los aspectos de su pasado, que son importantes para el fenómeno social actual.

Por otro lado, Bertaux D. (58) define el método de la historia de vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, le dice al entrevistador cómo fue experimentado por el sujeto, lo que la búsqueda se centra en el punto de convergencia o divergencia de los humanos en sus condiciones sociales, la cultura y la práctica en el contexto de las relaciones sociosimbólico y la dinámica histórica.

Para Camargo A. (66), la historia de la vida puede tener varias utilidades, como autobiografía, entrevista biográfica, la historia de la vida como una fuente adicional de la investigación y la historia de la vida en apoyo de la investigación.

La historia de la vida, como apoyo a la investigación, sirve como el método fundamental, muestra la red de relaciones sociales, no solo es una fuente complementaria de datos. Se describen las experiencias humanas en su dimensión temporal y es capaz de alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. El respeto a la individualidad y la especificidad del actor, pero su discurso se divide, se reúne e interpreta. Este proceso puede ser de acuerdo con el contexto social en que se desarrolla.

En 1970, Bertaux D. (58), sociólogo estadounidense, acuñó los significados de los conceptos “la historia de vida de los términos” y la “historia de vida”. La primera se refiere a las historias simples o informes que son espontáneas en los encuestados. La segunda consiste en la historia de trabajo con el uso de otros documentos tales como registros médicos y pruebas legales, psicológicas, entrevistas con personas que conocen el tema o la situación en estudio. Por otro lado, sugiere el uso del término francés *récit de vie* (relato de vida), dentro del concepto de la vida y la historia de Denzin *histoire de vie* de equivalencia de la historia de la vida.

En el presente estudio hemos elegido la historia de la vida en el desarrollo de la historia de vida propuesto por Denzin, o *récit de vie* propuesto por Bertaux, creo que es el más adecuado para este estudio; por tanto, el estudio de las narraciones de la vida de las internas de enfermería son la fuente

de datos, porque lo que importa es la opinión de la materia, esto es lo que encuentra notable y fundamental en la vida.

La historia de vida de esta línea de razonamiento lleva a los investigadores de su pedestal del propietario para conocer los valores, porque lo que el hombre tiene que decir sobre su vida. Es el investigador que tiene el control de la situación. En su lugar, todo el estudio está dirigido por el entrevistado, desde su visión del mundo, lo experimentado los hechos y cómo interactúan con el presente. Este autor subraya que es la subjetividad natural de la autobiografía la verdad de este género (62).

Las internas de enfermería, como sujeto, expresan puntos de vista sobre el cuidado que brindaban al niño lactante hospitalizado y su familia durante el internado, mientras que la cuenta en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico que además de seleccionar los hechos determina el significado que se les asignen, logrando un verdadero equilibrio de su vida.

Para Glat R. (62), la diferencia en el método de la historia de la vida a otros enfoques metodológicos es el respeto que el investigador tiene a la opinión de la materia. El investigador cree en el tema. Y este no es visto como objeto pasivo de estudio. En cambio, el investigador y el objeto complementan y modifican el uno al otro en una relación dinámica y dialéctica.

Corroborando esta afirmación, Campbell (67) dice que las historias de vida constituyen la mejor manera de entender la cultura desde el interior como un todo viviente que se rige por la armonía interna, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es solo percibido. Por

tanto, el autor considera las historias de vidas que perdimos en la fiabilidad estadística que se gana en la interacción fructífera entre las proposiciones empíricas y teóricas.

Para Kohli M. (68), la construcción de una historia de vida no es simplemente una colección de hechos de la vida individual, pero sí el modo de imagen estructural en la que el individuo representa aquellos aspectos de su pasado, que son pertinentes en esta situación. Esta es una representación e interpretación que es objeto de estos hechos de acuerdo a sus creencias, valores y otros códigos.

La técnica utilizada para recolectar datos de la entrevista será en el Abierto, que consiste en establecer una interacción social; es el tejido de las relaciones humanas en un proceso de comunicación en la que había, por una parte, el investigador con su proyecto y se fijará en segundo lugar, que el demandado ha aceptado parte de la propuesta que nos dice de su existencia según las exigencias del investigador. Se trata de un trabajo de interpretación en virtud de la definición de que el demandado tiene acerca de las etapas de su vida. El filtro de percepción desde la selección de los hechos a ciertos aspectos, el fortalecimiento de los demás, la impresión en una palabra, su sello personal y de la narración subjetiva. El relator cuenta su vida a la clasificación o la valoración de determinados aspectos de la devaluación y el fortalecimiento de los demás.

En opinión de Glat R. (62), todas las entrevistas individuales sacan a la luz directa o indirectamente una serie de valores, actitudes y definiciones del grupo al que pertenece el individuo.

La historia de la entrevista de la vida debe ser prolongada por la constante interacción que tiene lugar entre el investigador y el informante. La observación, los informes de los recuerdos y la escritura deben centrarse en un tema.

La entrevista debe ser abierta, lo que significa no determinado *script* en el que se solicita al sujeto a hablar libremente sobre su vida o durante un determinado período o evento en que participó (62).

El demandado también tiene la libertad para desarrollar cada situación en cualquier dirección que estime conveniente. Es una manera de explorar más a fondo la cuestión. El papel del entrevistador es alentador, lo que no condiciona al informante a hablar sobre un tema; sin embargo, le obligan a responder.

En esta dinámica, la historia de la vida permite a los informantes para reanudar su experiencia a posteriori, con una interpretación exhaustiva. Por lo general, ocurre la liberación de un pensamiento crítico y la represión que a menudo viene a nosotros en un tono confidencial.

Por su parte, Pujadas afirma que el uso de la historia de la vida como un método significa reconocer que es una de las connotaciones de sentido común, el lenguaje poco común. Para él, hablar de la historia de vida implica que la vida es una historia y que la vida está indisolublemente ligada a todos los acontecimientos de una existencia individual visto como una historia y la narrativa de la historia.

Para Bertaux D. (58), la entrevista debe ser una combinación de escuchar y preguntar. La actitud de los cambios del investigador durante la

indagación. El principio se muestra pregunta y como se repiten las respuestas, sabes lo que encontramos, cada vez más preocupados por el nivel simbólico (valores, representaciones) y el hormigón en particular (la historia de la vida).

Thompson, citado por Bertaux D. (58), sostiene que la combinación de estos dos comportamientos significa que el investigador está listo "para recibir tanto a los imprevistos como se esperaba," lo que significa que la estructura de la entrevista no está determinada por el investigador sino por el informante. Es decir, el investigador debe estar preparado para cualquier pregunta.

El historiador de los acontecimientos de la vida en la vida de los participantes, incluidas las respuestas subjetivas de los acontecimientos. También se registraron las interpretaciones de los acontecimientos y las experiencias de los participantes en sus vidas, incluyendo su percepción de la causa y efecto (58).

La empatía debe ser aprovechada para el recuento de los participantes, no su vida, pero un día de su vida, su rutina diaria y ser conscientes de ello, y la confianza en el investigador (69).

El método de la historia de la vida en la enfermería fue traído de los 90, centrándose en una variedad de temas. Así, varios autores han utilizado este método en sus estudios, experiencia laboral y el objeto seleccionado para la investigación.

3.3 Sujetos de la investigación

El sujeto de estudio en el presente trabajo de investigación fueron las internas de enfermería que culminaron el X ciclo de estudios, en el semestre

académico 2014-II y realizaron la rotación en el servicio de Pediatría de un hospital público y aceptaron participar en la indagación, cumpliendo con el siguiente criterio de inclusión: Que hayan culminado su rotación de Pediatría y aprobado su práctica de internado hospitalario.

Fueron nueve el total de internas de enfermería que formaron parte del estudio, considerando los criterios de saturación y redundancia. A dichas personas se les aplicó un cuestionario sociodemográfico (Anexo 1) a manera de conocer su perfil y algunas características que podrían estar influyendo en el objeto de estudio. A continuación, presentamos un cuadro resumen considerando los datos sociodemográficos de los sujetos de investigación.

Seudónimo	Edad	Sexo	Estado civil	Tiene hijos	Condición* académica
E1	22	F	SOLTERA	NO	R
E2	23	F	SOLTERA	NO	R
E3	21	F	SOLTERA	NO	R
E4	22	F	SOLTERA	NO	R
E5	24	F	SOLTERA	NO	I
E6	25	F	SOLTERA	NO	I
E7	13	F	SOLTERA	NO	R
E8	22	F	SOLTERA	NO	R
E9	23	F	SOLTERA	NO	R

*R= Regular I= Irregular

3.4 Escenario de la investigación

La investigación se realizó en la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO), que es una institución civil sin fines de lucro, creada en el año 1988.

La Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) es una persona jurídica de Derecho Privado creada por Ley 24879 y su ampliatoria 25168, ubicada al norte del Perú en la ciudad de Trujillo.

La universidad tiene como fin la búsqueda y difusión de la verdad. Asimismo, desarrolla la inteligencia y el carácter para que sus graduados se desenvuelvan con un pensamiento crítico y responsable, agregando valor y contribuyendo al desarrollo sostenible de nuestra comunidad nacional e internacional.

La UPAO oferta la carrera profesional de Enfermería, la cual pertenece a la Facultad de Ciencias de la Salud e inicia sus actividades en 1995. Cuenta con cuatro enfermeras nombradas a tiempo completo, dos en la categoría de profesor principal, una en la categoría de asociado y una a tiempo parcial en la categoría de auxiliar; asimismo, con 45 docentes contratados. Han egresado 32 promociones hasta el 2014-20. El plan de estudio ha sido sometido a modificaciones y reestructuraciones desde que la escuela fuera creada, la última reestructuración se realizó entre los años 2013 y 2014. Gracias al trabajo y dedicación de sus docentes, la escuela ha participado activamente en el desarrollo de la región norte del país, pues los profesionales egresados contribuyen a mejorar los niveles de salud de nuestra sociedad y al cuidado de la misma.

Somos una escuela formadora de profesionales en enfermería, competentes, autónomos, responsables, honestos, solidarios y comprometidos socialmente en el cuidado de la salud del ser humano.

Nuestros egresados vienen ocupando diferentes cargos en las instituciones de salud de la localidad, la región y el país, demostrando competencia en el escenario en que les toque ejercer profesionalmente.

3.5 Procesamiento de recolección de datos

3.5.1 Técnica de recolección de datos

Previo a la realización de las entrevistas, la investigadora solicitó la relación de estudiantes internas de enfermería, que cumplieran con el criterio de inclusión. Con esta información la investigadora se contactó de forma personal y vía teléfono con las estudiantes pactando fecha y hora para la entrevista.

En todos los casos, las citas concertadas fueron efectivas y las entrevistadas llegaron puntualmente a la universidad, lugar que se tomó como escenario de entrevista. El tiempo que se precisó para completar el número total de entrevistas fueron dos meses.

La entrevista abierta en Historia de Vida acontece:

Sin un cuestionario predeterminado, en la cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida de un determinado período o aspecto de ella. A partir de sus colocaciones, el entrevistador irá formulando preguntas o tejiendo comentarios para esclarecer o profundizar determinado punto, sin embargo, la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son seleccionados por el sujeto (70).

Las entrevistas fueron grabadas en cintas magnetofónicas las cuales tuvieron una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente. Al aplicar el instrumento se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas: Autorización; que es el consentimiento para grabar la información y utilizarla para el estudio. Se conservó el anonimato; es decir, la no revelación de la identidad del entrevistado para la cual se utilizará seudónimos para identificarlo. Confidencialidad; que consiste en guardar el secreto y la reserva de la información (Anexo 2).

De acuerdo a la orientación metodológica, las interrogantes se iniciaron siempre con la pregunta norteadora “Háblame sobre tu vida que tenga relación con la experiencia vivenciada durante la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia” y terminaron cuando se consideró que no había nada más que acrecentar al respecto.

3.5.2 Procesamiento de los datos

Posteriormente se realizó el análisis de los discursos de los relatos de los estudiantes. El proceso analítico empleado fue el análisis de contenido que consiste en reportar en cada relato de vida los pasajes concernientes a tal o cual tema con el objetivo de comparar después los contenidos de esos pasajes de un relato a otro (55).

El análisis de contenido consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen la comunicación y cuya frecuencia de aparición pueden significar alguna cosa para el objetivo analítico seleccionado. Según Bardin L. (71), el tema es la unidad de significación que se libera

naturalmente de un texto analizado según criterios relativos a la teoría que sirve de guía a la lectura.

Los datos recolectados se revisaron con el análisis de contenido que permitió sistematizar la información y ejecutar tres etapas:

- a) La del preanálisis, que es la organización de las entrevistas y selección de las mismas.
- b) La descripción analítica, en la que las entrevistas son analizadas a profundidad en base a los referentes teóricos o hipótesis. Se crean los temas de estudios, se categoriza y codifican.
- c) La interpretación referencial, que revela a partir de datos empíricos o de la información recolectada las relaciones entre el objeto de análisis y su contexto más amplio, llevando a reflexiones que pueden generar nuevos paradigmas, estructuras y relaciones a estudiar (72).

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

3.6.1 Consideraciones éticas

Para realizar el estudio se tendrá en cuenta los tres principios del Código de Ética de Belmont Report, que son:

- El principio de Beneficencia, que comprende como máxima “por sobre todo, no hacer daño”. Este principio será puesto en práctica en el presente trabajo de investigación, informando y garantizando a los participantes que todo el aporte o información que ellos nos proporcionen no será en ningún momento utilizados en su contra y no se les causará daño.

- El segundo principio es el de Respeto a la Dignidad Humana, que comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información.

- El principio de la Autodeterminación significa que “los posibles sujetos de investigación tienen el derecho de decidir voluntariamente si participan o no en el estudio, sin el riesgo de exponerse a represalias o a un trato perjudicado”. También significa que “los sujetos tienen derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusar a dar información o de exigir que se les expliquen el propósito del estudio o los procedimientos específicos”. El principio de autodeterminación de una persona abarca el “derecho a no sufrir clase de coerción alguna. La coerción comprende la amenaza explícita o implícita, de represalias por no participar en un estudio, o bien, el ofrecimiento de recompensas excesivas por la aceptación de tomar parte”.

Así, las personas investigadas, es decir, las internas de enfermería, tendrán derecho a decidir voluntariamente su participación en el presente estudio y no sufrirán represalias o trato perjudicado. Asimismo, en ningún momento se les obligará a continuar con la investigación ni se les ofrecerá recompensas para su participación.

- El principio del Derecho al Conocimiento Irrestricto de la Información comprende también el “derecho de las personas a ser

informadas y tomar voluntariamente la decisión sobre la participación en un estudio”.

Las internas de enfermería que participaron en nuestra investigación fueron informadas en todo momento sobre el estudio y participaron voluntariamente.

- El tercer principio a emplear es el de Justicia, que incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad.
 - Derecho a un trato justo: “Los sujetos tienen derecho a un trato justo y equitativo, tanto antes como durante y después de su participación en un estudio”.

Como su nombre lo dice, estas personas recibieron un trato justo y equitativo, que en calidad de seres humanos se merecen, antes, durante y después de la realización del presente estudio.

- Derecho a la privacidad: “Las personas tienen derecho a esperar que cualquier información obtenida durante el curso del estudio sea mantenida en la más estricta confidencialidad, lo cual puede lograrse a través del anonimato o por otros medios”. El derecho a la privacidad será mantenido en todo momento ya que se garantizará el anonimato de las personas participantes.

3.6.2 Criterios de rigor científico

Los criterios que se utilizaron para evaluar la calidad científica del presente estudio cualitativo son la credibilidad y transferibilidad.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en estudio (internas de enfermería), recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. El objetivo del investigador es meterse en el mundo de las personas lo cual exige paciencia, reflexión y evaluación permanente para describir los sujetos de investigación

Este criterio fue alcanzado en este estudio a través de la confirmación de los hallazgos y revisión de algunos datos particulares (testimonios), volviendo a los informantes durante la recolección de la información y también durante el procesamiento y análisis de la información.

El criterio de la transferibilidad o aplicabilidad es el segundo criterio que tomaremos en cuenta para juzgar el rigor metodológico de nuestra investigación. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de

las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

Otro criterio es la consistencia conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. A lo largo del presente estudio de investigación se realizará comparación constante con resultados emergentes con teorías previamente formuladas.

La auditibilidad se entiende como la habilidad de otro investigador de seguir la posta o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia hará que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones igual o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares. Este criterio fue aprovechado en el momento de recolectar toda la información necesaria para poder analizarla posteriormente, sirviendo como registro a ser utilizado como medio para que otros investigadores puedan seguir la trayectoria de la investigación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones para el análisis y discusión de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por este tipo de categorías por considerarlas una técnica que permite evidenciar las “unidades de significado”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico seleccionado (71).

Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efecto didáctico porque algunas de ellas, en la práctica, ocurrieron simultáneamente:

- 1) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas.
- 2) Lectura minuciosa de todo el material transcrito.
- 3) Lectura de los relatos de cada estudiante sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus narrativas.
- 4) Destaque de las ideas centrales (temas) dadas por las entrevistadas, relativas a cada cuestión, siendo identificadas a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante registrar que para agrupar las categorías, utilizamos una técnica de subrayado colorido

computacional, que garantizó la credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale a decir que se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento se tuvo 15 unidades temáticas que permitieron luego construir las unidades de significado.

- 5) Consistió en el recorte de las informaciones que componían las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

De todo ese proceso de clasificación, emergieron cuatro categorías temáticas con subcategorías, las cuales son presentadas a continuación:

1. Iniciando la construcción del conocimiento del cuidado al niño.
 - 1.1. Dicotomía del aprendizaje: universidad-hospital.
 - 1.2. Adquiriendo competencias en el cuidado del niño hospitalizado.
2. Cuidado humanizado al niño lactante hospitalizado y su familia.
3. Mirada de la interna de enfermería al cuidado profesional de la enfermera al niño hospitalizado.
4. Sintiendo satisfacción por mejorar la salud del niño lactante con el cuidado brindado.

En concordancia con la modalidad de *life story*, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante con este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de

los seres humanos, respetando la individualidad y la especificidad del actor social, así como su veracidad conforme es relatada e interpretada por la propia participante (58).

- Las categorías presentadas emergieron de las propias narrativas de las internas de enfermería y fueron construidas a partir de los datos recogidos en las entrevistas, no antes de ellas, se configuraron las temáticas encontradas y respetó la veracidad de las historias de vida narradas (73).
- El método permitió que los sujetos de estudio realizaran una reflexión crítica sobre sus vidas relacionadas con el cuidado del niño lactante hospitalizado y su familia, pues en el momento en que relataban sus historias en un orden más o menos cronológico, revivían sentimientos positivos y negativos de ambivalencia, a la vez, episodios históricos, secuencia de hechos y transmisiones de acontecimientos que caracterizaron la experiencia vivenciada en el cuidado del niño lactante hospitalizado y su familia durante su formación profesional, logrando la meta de ser cuidador profesional, confirmando lo que refiere Minayo M. (74).

La historia de vida permite al informante retomar su vivencia en forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y muchas veces nos llega en tono de confianza. Es un mirar cuidadoso sobre la propia vivencia sobre determinado hecho.

Como se evidencia, el método de historia de vida permitió a las internas de enfermería que hablaran sobre sus experiencias y vivencias en la construcción del conocimiento del cuidado del niño lactante hospitalizado y su familia, lo primero porque lo sienten y lo segundo porque lo experimentan en su proceso de formación profesional. Fue la oportunidad para exteriorizar sus sentimientos y pensamientos reprimidos como una experiencia gratificante.

Los testimonios fueron analizados respetándose la individualidad y la especificidad de cada estudiante participante, por eso sus discursos fueron agrupados en categorías, de acuerdo con los temas que emergieron de los discursos de ellos. Es solo a partir del significado atribuido por cada participante a su historia de vida que el investigador puede determinar la orientación teórica del estudio. La principal ventaja del método Historia de Vida:

Es garantizar que la tendencia observada o los datos considerados dignos de interés científico son los apuntados por los propios sujetos, y no aquellos que el investigador, de fuera a priori, encuentra (62).

4.2 Análisis y discusión de resultados

Después de realizar un exigente tratamiento y análisis de la información, emergieron categorías y subcategorías que sin duda ayudarán en la profundización del objeto de estudio y contribuirá a la generación de un nuevo conocimiento. Enseguida presentamos dichas categorías:

1. Iniciando la construcción del conocimiento del cuidado al niño

Esta primera categoría integra dos grandes e importantes unidades temáticas que guardan coherencia entre sí: La subcategoría “Dicotomía del aprendizaje: universidad-hospital, donde incorpora testimonios que evidencian claramente que las prácticas de las asignaturas del área del niño en el la cual inician su formación en el cuidado del niño y las prácticas en el internado, no siempre guardan coherencia con la formación universitaria; más aún, se hace evidente al analizar la siguiente subcategoría “adquiriendo competencias en el cuidado del niño hospitalizado”, resaltando que las habilidades procedimentales son limitadas por las pocas oportunidades que se tuvieron durante la formación. Sin embargo, resalta mucho un aspecto importante en el currículo y que se vive plenamente en la práctica, es el “cuidado humanizado al niño lactante hospitalizado y su familia”, como eje transversal de la formación enfermera; sin embargo, la interna de enfermería tiene una “Mirada del interno de enfermería al cuidado profesional de la

enfermera al niño hospitalizado”, que es considerado como la tercera categoría y al finalizar la rotación en el servicio de pediatría va “sintiendo satisfacción por mejorar la salud del niño lactante con el cuidado brindado”. Enseguida serán profundizadas cada una de ellas.

1.1. Dicotomía del aprendizaje: universidad-hospital

La relación entre teoría y práctica es una de las preocupaciones principales que se produce en la actualidad en los ambientes académicos de la enfermería. Las instituciones universitarias entendían que en la carrera profesional de enfermería la práctica en su proceso de formación constituye un componente necesario para su desarrollo personal y académico, y la incluyeron sin reticencias en su oferta formativa y en la organización de los estudios. Sin duda, son en este momento las carreras que más consolidado tienen su práctica, incluyendo la existencia de instancias institucionales responsables de su desarrollo, así como, profesorado especializado con amplia experiencia profesional, previa o simultánea a su docencia académica y que conoce de cerca el mundo profesional al que se envía a los estudiantes. En este tipo de instituciones, la denominación predominante de este periodo formativo es de prácticas hospitalarias, las mismas que son supervisadas en contextos reales de trabajo, fuera de la propia institución académica (75, 76).

La práctica se revela como el marco idóneo donde convergen los mundos formativo y laboral, entendiéndose la práctica como “el periodo de formación que pasan los estudiantes en contextos laborales propios de la profesión, en escenarios reales externos a la universidad, y

trabajando con profesionales de su sector. Esa conceptualización es claramente evidenciada en los testimonios de las estudiantes:

(El internado) es una realidad completamente distinta al contexto que quizá nos muestran en la universidad... Nos legamos a familiarizar tanto con los niños hospitalizados que nos duele realmente, a diferencia cuando en la universidad hacíamos las prácticas clínicas en pediatría los atendíamos solo tres o cuatro horas cada día, dos días a la semana dependiendo si el niño se fue de alta y no sabíamos de ellos nada. Hay una gran diferencia en las prácticas de asignatura y el internado porque estar allí con los niños en el día a día, en un turno de mañana, de noche; es muy diferente. E2

En las asignaturas de niño aprendemos los conocimientos, lo más esencial y en el internado aplicamos todo lo aprendido. En el curso de niño, la docente está ahí contigo, y te corrige los errores y sientes que tienes una guía. Pero cuando estás en el internado ya estás sola y tienes que desenvolverte aunque a veces tienes un poquito de miedo. E9

A nosotros en el curso de niño II sí nos han enseñado, pero en el internado... necesitábamos sacar la dosis de manera rápida y se te puede ir un error, pero yo iba aprendiendo si me salía mal, practicaba más; por ejemplo, nos han enseñado ciertos procedimientos pero solo los básicos, los de menos complejidad y en el momento de entrar en el internado yo necesitaba haber tenido experiencia con otras cosas. E8

En el internado era algo diferente porque ya no teníamos al cuidado solo a un niño, sino que eran varios e inclusive las

enfermeras al iniciar no tenían confianza en nosotras pero a medida que transcurrían los días de internado en el servicio, íbamos aprendiendo y demostrando que sí podíamos, pero ya no nos entregábamos tanto a los niños porque no alcanzaba el tiempo pues teníamos que cuidar a todos los niño; claro, la enfermera estaba con nosotras, pero igual, teníamos más trabajo en relación a cuando estábamos en el curso de niño II.
E9

En esta variedad de testimonios se recogen diversas situaciones relacionadas a las vivencias y experiencias de las internas de enfermería que en los doce meses de práctica de internado detectan claramente las diferencias de lo que significa hacer una práctica de asignatura a la práctica de internado. En algunos casos llega a expresar claramente la existencia de una dicotomía entre ambos, así, lo evidencia el primer testimonio, que a su vez, se complementa con el siguiente, haciendo evidente lo dicho por Zabalza M. (77), que este es aún un periodo de formación, solo que se vive en el mismo escenario donde ejercerá su profesión. Algunas de las entrevistadas agregan que al vivenciar el cuidado con el lactante sienten la necesidad de aplicar todo su conocimiento adquirido pero también demostrar la destreza y habilidades en los procedimientos en un corto tiempo pues el contexto hospitalario les exige rapidez por la complejidad de cuidado que allí se vive y el número de personas que están bajo su responsabilidad de cuidado, a diferencia de su práctica de asignatura que solo enfocaba el cuidado a un solo niño durante un turno de práctica.

Esta vivencia de la práctica de su internado le hace vivir al estudiante un aprendizaje experiencial, caracterizado por englobar situaciones relevantes de aprendizaje directo en escenarios reales que le permite enfrentarse a fenómenos de la vida real, aplicar y transferir significativamente el conocimiento, desarrollar habilidades, manejar situaciones sociales, vincular el pensamiento con la acción y reflexionar acerca de valores y cuestiones éticas.

Este aprendizaje experiencial vivido por las estudiantes internas de enfermería les hace valorar el estilo de trabajo de cada enfermera; incluso una de ellas hace clara referencia que los procedimientos son diferentes y la estudiante tiene que adecuarse al estilo de cuidado que cada enfermera tiene. Es decir, la estudiante va valorando y asumiendo el modelo que va más a fin a ella.

Esa situación de formación práctica constituye, sin duda, espacios de transición, en la cual el estudiante se representa en el rol que desempeñará en el futuro. En algunas ocasiones adoptará las pautas y patrones de desempeño de quien opere como modelo pero en otras irá definiendo el rumbo de sus propias filiaciones profesionales. En este proceso el estudiante va legitimando con un esquema de interpretación la validez cognoscitiva y los comportamientos en la práctica. Estos saberes se formulan como postulados de cómo es y cómo se hace la tarea, esquemas pragmáticos relacionados con acciones concretas que se presentan como máximas recetas y postulados teóricos derivados de

cuerpos especializados de conocimiento de los distintos campos disciplinares.

A su vez, señala que la práctica profesional se presenta como una instancia insustituible de formación en tanto deja como saldo la internalización de un conjunto de saberes que referencian la iniciación al mundo del trabajo. Entre otros saberes destacan las actitudes técnicas, el contacto con recursos y herramientas de trabajo, la identificación de valores, los hábitos de trabajo, los rituales de interacción y las tramas simbólicas que se entretajan en la vida diaria de trabajo. Dicha práctica permite comprender mecanismos culturales que expresan rivalidad y competencias para ocupar posiciones de prestigio social, identificar modelos a imitar para configurar el pensamiento práctico.

Por esta razón, es importante la mediación y la ayuda ajustada a las necesidades del estudiante y del contexto, así como estrategias que promuevan un aprendizaje colaborativo y recíproco con profesionales, profesores y sus pares. Sobre el tema, debemos manifestar que la universidad en estudio, concuerda que la práctica de internado es aún un espacio de aprendizaje para el estudiante, en tal sentido, mantienen una estrecha relación, articulando los objetivos del hospital, con los objetivos de la universidad, a través de una docente coordinadora y varias docentes supervisoras de práctica de internado, cuya función es brindar ayuda a cada una de sus estudiantes, de acuerdo a sus necesidades.

Algunos autores refieren que existe dificultad para relacionar la teoría y la práctica, y la atribuye a la complejidad de las acciones. En esa

reflexión las acciones de cuidado producen infinidad de sutilezas que solamente pueden explicarse en situaciones idénticas, lo cual no es fácil si se tiene en cuenta que no hay dos situaciones iguales (12).

En este proceso de integración teórica-práctica enfermera, se argumentan diversas razones que la dificultan, destacando el hecho que durante mucho tiempo prevaleció una visión biologista y médica, sobre todo, relacionado con la salud, la enfermedad y la persona que vive diferentes circunstancias. Por otra parte, se apunta la gran variedad de los modelos de cuidados existentes. Tal es así que Francisco del Rey J. (12), discute en su investigación que la última razón del divorcio entre la práctica y la teoría está la indefinición del rol profesional, tal y como parece ponerse de manifiesto en diferentes estudios.

Esa dicotomía teórica-práctica está marcada por las diversas finalidades que se asumen en la formación y en el campo laboral. Así, la universidad da prioridad a la formación universitaria, y el hospital busca principalmente la atención de los pacientes. Cada una, trata de prevalecer sobre la otra, marcando aún más la dicotomía entre ambas instituciones. En ese contexto, la práctica parece separada, lejana o desconocida ya que las acciones son unilateralizadas a la finalidad del hospital y no de la universidad.

La investigadora conoce muy bien esta realidad e incluso en su experiencia profesional ha vivido de cerca esta clara dicotomía universidad-hospital. Sin embargo, en los testimonios recogidos no se ha evidenciado claramente este hecho, quizá se debe a que esta institución

universitaria cuenta con docentes que a la vez ejercen práctica asistencial y, como se mencionó líneas arriba, permiten la articulación de los objetivos que persiguen ambas instituciones. Pese a esta afirmación, nos atrevemos a manifestar que implícitamente se viven situaciones “diferentes” cuando se realiza una práctica de asignatura y una práctica de internado. Definitivamente, los objetivos en cada una de ellas son diferentes. Y en la segunda, la exigencia es experimentarlo en el mismo escenario laboral; por ello, las condiciones son diferentes y tienen que adecuarse a la realidad de este escenario. En ese marco, el siguiente testimonio resalta que la responsabilidad de cuidar en una asignatura durante el proceso de su formación es cercano a lo “ideal” por practicarlo con asesoría docente, paso a paso y cumpliendo con todas las normas establecidas. Sin embargo, en la práctica del internado las condiciones son diferentes y la situación más saltante es que tienen la responsabilidad de cuidar un mayor número de lactantes. Veamos:

(...) a medida que transcurrían los días de internado en el servicio íbamos aprendiendo y demostrando que sí podíamos, pero ya no nos entregábamos tanto a los niños porque no alcanzaba el tiempo pues teníamos que cuidar a todos los niños, claro que la enfermera estaba con nosotros, pero, igual, teníamos más trabajo en relación a cuando estábamos en el curso de niño II. E9

Frente a esta realidad, el estudiante durante sus prácticas de internado experimenta un estado de relativa incertidumbre frente a la

necesidad de responder a las demandas de una institución que le es ajena y extraña. También, tiene sentimientos de ambivalencia en la medida que, por un lado, la situación le posibilita crecer y desarrollarse como profesional, pero a la vez supone un abandono o prescindencia de lo que él se había representado sobre sí mismo respecto al desempeño del rol profesional. El contacto directo con el mundo del trabajo genera en el estudiante un shock y produce un impacto de desorganización debido a constatar diferencias entre el modelo profesional transmitido como ideal desde la formación académica y las pautas de desempeño que deben respetarse en la situación de práctica. Este desajuste es uno de los factores de mayor conmoción afectiva y de tensión, sobre la cual se entretajan estrategias defensivas (12).

Asimismo, la relación directa con el paciente genera un impacto afectivo particular pues el estudiante llega al primer encuentro condicionado por supuestos incorporados en su historia previa de formación. Las escenas indeseadas o temidas, las expectativas de cura, las imágenes sobre la relación terapéutica y la naturaleza del vínculo, las fantasías entorno a la tarea pesan sobre el accionar del estudiante en la práctica. Influyen también los modelos que el paciente ha elaborado sobre el “profesional”, que aquí es un estudiante.

En suma, la práctica enfrenta al estudiante invariablemente al contacto directo con el objeto de trabajo. Esto despierta producciones imaginarias, deseos, fantasías, temores y al mismo tiempo produce

fenómenos de resonancia intrasferibles según la historia singular de cada sujeto:

Cuando iniciamos el cuidado con los niños lo hacemos mientras ellos están sanos, pero en el séptimo ciclo de estudios aprendemos a cuidar a los niños que están enfermos y vamos a los hospitales, y cuando tenemos la oportunidad realizamos los procedimientos, pero son pocos en relación a los que en esa área se realiza y además está presente la profesora indicándonos qué debemos hacer.E8

Por ello, en la formación enfermera tiene un significado especial el aprendizaje en las prácticas clínicas que se llevan a cabo en centros de salud, hospitales, centros geriátricos, etc., y el aprendizaje se adquiere con la guía y tutela de enfermeras clínicas y docentes, en los problemas de cuidados de las personas que se atienden en las unidades en las que realizan las prácticas clínicas. El objetivo es que los estudiantes aprendan significativamente de la realidad, aplicando el conocimiento científico adquirido previamente en el aula. En este punto de la formación es frecuente que aparezcan diferentes visiones entre las expectativas de enfermeras clínicas y docentes. Las docentes han facilitado a los estudiantes la formación teórica, podría decirse que de manera ortodoxa, y las enfermeras clínicas desarrollan su práctica desde una perspectiva interpretativa de los conocimientos, lo que puede llegar a crear discrepancias entre clínicas y docentes e incertidumbre entre los estudiantes (12).

Por tanto, el papel del docente en la práctica no debería restringirse a crear condiciones o facilidades, sino a orientar y guiar explícitamente las actividades a través de dispositivos pedagógicos que les permitan a los estudiantes reflexionar sobre sí mismos y sobre las situaciones vividas. De esta forma, el estudiante podrá avanzar en aspectos de corte práctico-profesional vinculados al saber-hacer en aspectos de orden personal, relativos al rol profesional y a la construcción de las bases de su estilo de desempeño y, por último, en aspectos de orden socioinstitucional, ligados a la comprensión de las condiciones institucionales y sociales que influyen sobre el desempeño.

En ese sentido, las prácticas de internado en el plan curricular de la Escuela Profesional de Enfermería de la UPAO son consideradas en el noveno y décimo ciclo de estudios, lo cual resulta importante y trascendental dentro de la formación para enfermería, tal es así que se presenta como una instancia insustituible de formación en tanto deja como saldo la internalización de un conjunto de saberes que referencian la iniciación al mundo del trabajo. Entre otros saberes destaco a las actitudes técnicas, el contacto con recursos y herramientas de trabajo, la identificación de valores, los hábitos de trabajo, los rituales de interacción y las tramas simbólicas que se entretajan en la vida diaria de trabajo.

1.2. Adquiriendo competencias en el cuidado del niño hospitalizado

En diversas partes del mundo crece en importancia el enfoque de competencias como una nueva cultura académica y surgen opiniones a favor y en contra. Lo cierto es que estas aparecen como exigencias de la época y, por ende, en los criterios de acreditación de carreras y de programas. El currículo en la educación superior puede diseñarse tomando como centro de interés las competencias propias de cada profesión e integrándolas con los conocimientos y demás competencias (cognoscitivas, comunicativas, socioafectivas) que se requieren para actuar en un mundo tecnodigital y de permanente evolución sociocultural (78, 79, 80).

En todo el proceso de formación profesional de la enfermera se enfatiza la importancia de la interrelación enfermera-paciente, usuario y familia en los diferentes niveles de atención y aplica principios éticos y deontológicos de la profesión. También ofrece experiencias de aprendizaje en todos los procedimientos básicos de enfermería que contribuye en la atención del paciente: Administración de medicamentos, control de signos vitales, bioseguridad y satisfacción de las necesidades básicas, entre otras. En su desarrollo se utilizan las siguientes estrategias metodológicas: exposición-diálogo, análisis de artículos científicos, análisis de situaciones extraídas de la práctica, entre otros.

Es así que, la UPAO, comprometida con el logro de la calidad educativa, exige que las carreras profesionales tiendan a mejorar y actualizar permanentemente sus planes curriculares con miras a una formación integral, tal es así que el plan curricular de enfermería se ha

reestructurado en el año 2014, el cual se basa en una “expresión de saberes y experiencias” que forma enfermeros(as) altamente competentes para brindar cuidados de enfermería en las diferentes etapas de la vida sobre la base de conocimientos técnicos y humanísticos, promoviendo calidad de vida en las personas sanas o enfermas, con un enfoque personalizado, sin descuidar que forman parte de una familia y comunidad, considerando su contexto sociocultural.

En ese sentido, 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)direccionar 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 (81).

Nos referimos a la brasileña Waldow V. (82), 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.

Antes de continuar profundizando en el currículo con esta orientación se hace necesario definir qué entendemos por cuidado, toda vez que el currículo por competencias en enfermería está estructurado de tal forma que el estudiante desde los primeros ciclos de estudio tenga formación humana integral con competencias para brindar cuidado humano en todas las etapas del ciclo vital. En diferentes obras de Waldow V. (47) 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.

A pesar que la estudiante tiene formación ética en la profesión, muchas veces actúa según el contexto y forma parte de los vicios y la rutina que tienen los diferentes establecimientos y servicios de salud y copian modelos que están distanciados de los conocimientos, práctica y formación ética profesional, tal como se evidencia en el siguiente discurso:

(...) yo he tenido una experiencia: una enfermera que era nueva en el servicio y era tímida y todas las internas lo percibíamos y ella había dejado que el medicamento se extravase... en la piernita y tuvo una quemadura química... y las enfermeras en lugar de apoyarla la juzgaban por su inexperiencia... y de eso siempre me acuerdo, yo no lo vi pero cuando llegué a mi turno sus colegas comentaban y traté de investigar porque pasó eso y por eso es importante valorar las

vías, y el niño ya tenía más de un mes y días y no podían pasarlo a pediatría porque tenía la quemadura y yo me quedé pensando y dije puede que pase eso y hay que tener mucho cuidado. E9

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 (47).

En el contexto de este proceso formativo, los sujetos de cuidado (docente-estudiante) juegan un rol protagónico en la formación universitaria y la enfermera en los servicios de atención. El docente y la enfermera asistencial deben 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 vela. Como demuestran las siguientes narrativas:

Al llegar al servicio estaba un poco nerviosa, primero empecé con dudas, temores, sentía que me faltaba practicar más los procedimientos y leer un poco más de las enfermedades de los niñitos, sentía que me faltaba cosas por aprender, dudas sobre cómo atenderlos, cuidarlos, cambiarles el pañal, darles su alimentación por sonda, primero porque en los lactantes es un poco más difícil que en niños más grandecitos, pero poco a poco en el transcurso del servicio me estaba adaptando, ya iba con más seguridad, pero también tenía al lado las enfermeras del servicio y a una de las profesoras de la universidad y sabía que si no sabía las tenía a ellas para que me orienten y enseñen y nos ayudaban a administrar el medicamento. E4

Lo que yo hacía era pegarme a una profesora que me había enseñado y ella tenía la paciencia de ayudarte en ciertas cosas pues se busca la forma que otras personas te enseñen, yo traté de ganármelas a las enfermeras, terminaba mis quehaceres y me acercaba a ayudarles y les decía en qué las ayudo, dígame cómo puedo hacerlo; es decir, tratando que ellas vean que estoy interesada en aprender y algunas me enseñaban, me decían “eso es así” y poco a poco iba aprendiendo; por ejemplo, con el manejo de las bombas yo no sabía nada, no sabía ni siquiera cómo se coloca la dosificación, cuántas gotas, entonces poco a poco me estaban enseñando cómo se realizan las conversiones. E8

(las enfermeras) nos orientaban con qué niños teníamos que tener más cuidado, a quién evaluarlo más, porque también habían niños con problemas neurológicos, epilepsia o neumonía; es decir, enfermedades que debemos de ir conociendo, pero conforme avanzaba del día a día sentía que ya iba sabiendo, me sentía más segura, trataba de ser más independiente y también me apoyaba de las mamás porque les enseñaba algunas cosas, o les decía que me avisen cuando se terminaba el medicamento, o me ayudaban a darle el medicamento, además, que poco a poco me ganaba su confianza y cuando terminé pediatría me sentí muy bien porque me di cuenta que realmente se necesitan reforzar y aprender muchas cosas, y yo sí los reforcé. E4

En la Escuela Profesional de Enfermería de la UPAO la formación es centrada en un currículo con enfoque del cuidado, se inicia desde los primeros bosquejos del plan curricular, puesto que la disciplina de enfermería tiene su esencia en el cuidado integral de la salud de los seres humanos y el currículo de enfermería representa una formación que da prioridad a la interpretación y reflexión filosófica del ser (sujetos del cuidado en la formación correspondiente al docente-estudiante), a las relaciones y ambientes 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 (81).

Los estudiantes de enfermería, por cierto, deben cumplir con las distintas exigencias predeterminadas por los respectivos planes de estudios y normas de los centros asistenciales. Se estima que en estas asignaturas de formación profesional adquieren aprendizaje significativo en los dominios conceptuales (aprender y saber), procedimentales (saber

hacer) y actitudinales (saber ser). El ámbito práctico es una simbiosis entre el docente clínico y el estudiante, ya que en esta atmósfera se comprometen emociones, aspectos sociales, técnicas, procedimientos, humanización y un ambiente de aprendizaje complementado con la teoría (83).

La asignatura de enfermería en el área del niño II, es teórica-práctica y forma parte del cuarto año de la licenciatura en enfermería en el séptimo ciclo de estudios, a través de esta asignatura se pretende que el estudiante adquiera habilidad en la aplicación del Proceso de Cuidado Enfermero en la población pediátrica con problemas de salud a través del empleo de herramientas técnicas, instrumentales, actitudinales y de pensamiento crítico retomando la influencia del contexto demográfico, epidemiológico, ambiental y sociopolítico actual.

La formación del futuro profesional enfermero consta de un conjunto de competencias plasmadas en el currículo, es así que inicia al estudiante en la construcción del conocimiento del cuidado al niño sano y luego enfermo que está hospitalizado. En el cuidado del paciente enfatiza la valoración como una actividad esencial en el quehacer enfermero, lo integra en el trabajo y desarrolla habilidad en la entrevista y observación, examen físico, revisión de historias clínicas, así como el análisis e interpretación de datos lo que le permite establecer un buen diagnóstico de enfermería para la satisfacción de necesidades básicas del paciente:

Cuando uno va a la práctica es algo diferente pues debes de tener todos los conocimientos, y es diferente que practicar en

una maqueta, al niño hospitalizado tenemos que cuidarlo y nos encontramos con muchas patologías, nosotros tenemos que examinar, valorarlo, darle todos los cuidados. E9

Cristoffanini A. (84), considera que “es necesario un período de formación clínica relacionado con la atención de enfermos, como grado de integración de los conocimientos científicos y su aplicación a situaciones clínicas como forma de obtener un graduado capaz de enfrentar sus obligaciones futuras en el ejercicio profesional”.

A la hora de administrar los medicamentos al niño como internas tenemos que practicar las técnicas de asepsia para disminuir las infecciones cruzadas. Ha sido una experiencia muy bonita porque he podido experimentar otro tipo de cuidado porque es diferente el cuidado que se brinda a un adulto de un niño, pues debemos poseer el conocimiento y tenemos más cuidado porque el niño es más frágil, las dosis muchas veces son en centésimas y los procedimientos más minuciosos; sin embargo, a medida que el tiempo transcurría en la rotación me sentía más segura de lo que hacía y tenía mejores conocimientos. E7

Por tal motivo, previo a concluir su periodo de formación, el estudiante de enfermería de la UPAO ingresa al internado en el quinto año de estudios, que de acuerdo al plan de estudios del currículo de enfermería se constituye en una actividad indispensable para cimentar las competencias necesarias y optar por la titulación. Su importancia radica en brindar al estudiante oportunidades para la integración, profundización, aplicación y retroalimentación de todos los

conocimientos adquiridos durante su formación de pregrado en todas las áreas profesionales, especialmente en el área de pediatría.

Al inicio del internado, como estudiante las primeras semanas entras media tímida, tienes miedo a veces a que tal vez cometes errores, pero lo que yo he aprendido es cuando algo no sabes o tienes alguna duda es mejor preguntar aunque te dé un poco de vergüenza, luego verás que cada mes que pasa te vas adaptando, vas aprendiendo más cosas y los conocimientos que tú traes del curso de niño II los vas plasmando, pero a la vez una cosa es tener los conocimientos y otra cosa es la destreza, la práctica y durante la rotación de pediatría en el internado, vas adquiriendo la práctica y aprendes muchas cosas. E9

Cuando estás en el internado sientes ese temor y todos lo notan porque no estás segura que lo vas hacer bien, entonces pero para mí al principio sí fue dificultoso pero poco a poco llegué a conseguir mayor destreza. E8

La interna de enfermería es un ser único, que se encuentra en un momento trascendental dentro de su formación académica, y ya debe poner en práctica lo aprendido durante su formación para lograr las competencias como enfermera pediátrica sin ser aún profesional de enfermería. La interna realiza una labor muy ardua, ya que por un lado tiene que asegurar el bienestar del individuo como parte del cuidado y, por otro lado, tiene que pasar por una variedad de experiencias, conflictos correspondientes a esa vida cotidiana y que lo conllevarán a un análisis profundo más adelante en esta investigación. En otras palabras, es en este

proceso de interrelaciones constantes que el fluir de la vida social de las personas (mujeres y hombres) se construye día a día, ya sea a través de la vida cotidiana en general de los colectivos o de las vidas cotidianas particulares de cada individuo. Como demuestran los testimonios:

Ser interna de enfermería es todo un reto, porque es allí donde debemos demostrar y poner en práctica todos nuestros conocimientos y también adquirir nuevas experiencias. Es así que durante mi rotación en servicio de pediatría en el Hospital Belén de Trujillo pude evidenciar a distintos pacientes desde lactantes, preescolares, escolares y adolescentes. E5

Durante el transcurso del internado aprendí muchas cosas, como la administración de medicamentos en dosis más pequeñas y valorar el área de la administración del niño porque a veces se deja que se infiltren a extremos a algunos niños por descuido y llegan hasta la amputación. E3

Cuando terminé la rotación de pediatría durante el internado, aprendía mucho sobre cómo colocar vías, pero aunque me sigue siendo difícil porque causan pena cuando lloran mucho, es difícil conseguir venas pues se mueven mucho, pero al final fue un experiencia bonita. E9

Por otro lado, en relación a la administración de medicamentos debemos de tener más cuidado con ellos que con los adultos para brindar asistencia porque su piel es más sensible, las dosis son más pequeñas y tenemos que cuidarlos para evitar extravasación al administrar el medicamento y los niños no colaboran. E9

Es en la etapa del internado que la estudiante tiene mayor tiempo de contacto con el niño hospitalizado, que presenta alteración de alguna de sus necesidades básicas, lo cual requiere de ingresar a un hospital. El niño entiende el ingreso al hospital dependiendo de la edad que tenga, el carácter y de su desarrollo psicomotor, de cuántos días tiene que permanecer en el hospital, de la enfermedad que padezca, si siente dolor y molestias, si su físico ha cambiado y de quién lo acompaña; es en estas etapas tempranas del desarrollo cuando la enfermedad y la hospitalización generan mayor desconcierto e incertidumbre, provocando miedo o temor principalmente al dolor, a lo desconocido, a la separación de los padres, a quedar solos, abandonados y sin entrega de cariño, afecto, cuidados y amor; factores que afectan directamente el proceso de mantención y recuperación de la salud. El niño hospitalizado ha perdido su bienestar físico y psicológico que altera su vida y su ambiente a corto, mediano y largo plazo (85).

La interna de enfermería para lograr las competencias en determinada área profesional, específicamente en el área del niño, es necesario que adquiera habilidades, destrezas, conocimientos y actitudes, que dan la capacidad para actuar con eficiencia y satisfacción en relación a sí misma y al medio natural y social, para ello es necesario que tenga una experiencia práctica y comportamiento que necesariamente se enlaza a los conocimientos para lograr sus fines. Deja de existir la división entre teoría y práctica porque de esta manera la teoría depende de la práctica, implica la exigencia de analizar y resolver problemas y de encontrar

alternativas frente a las situaciones que plantean dichos problemas, la capacidad de trabajar en equipos multidisciplinarios y la facultad de aprender y adaptarse (86).

En relación al cuidado que se brinda al lactante, he experimentado aspectos positivos, se tiene mucho cuidado en la asepsia antes, durante y después de estar en contacto con el lactante y al administrar sus medicamentos, también el uso de bombas infusoras es un beneficio. E5

Cuando yo entro a pediatría salía de emergencia, pero pediatría es completamente diferente porque es conquistar a los niños enfermos y a sus mamás y uno no sabe cómo va a ser eso porque son pequeños, los procedimientos son más delicados y se requiere de experiencia tanto en los procedimientos como para entenderlos... Ellos no nos dicen qué les duele solo lloran, gritan y quieren estar con sus mamás. E4

En ese sentido, el internado es el inicio de la experiencia profesional, por tanto, es a la vez etapa de aprendizaje y de servicio, supervisado por la institución formadora que aún conserva la responsabilidad de garantizar que esta actividad reúna las características que le permitan cumplir con los objetivos educativos previstos. Para Cervantes R. (87), “en el internado el estudiante tiene la oportunidad de aprender haciendo y desde la perspectiva del plan de estudios viene a ser la contrapartida de la totalidad de las asignaturas, en la medida que en este ciclo, el interno, enfrentando a problemas, debe saber movilizar la

totalidad de sus conocimientos, habilidades y aptitudes para resolver una situación real. Por lo tanto, debe incluir experiencias de aprendizaje en el hospital, centros de salud y comunidad”.

Por lo mencionado, durante el internado, específicamente en el área de pediatría según los testimonios de las internas de enfermería, se logra adquirir las herramientas y establecer las competencias necesarias para brindar cuidado humano e integral al niño lactante hospitalizado, pero según los testimonios líneas arriba, requiere de mayor número de horas de práctica en el aprendizaje de los procedimientos en la asignaturas del área del niño, las técnicas de enfermería, adquirir estrategias para lograr la interrelación con el niño y la familia, por lo que se debe inventar otras maneras de relacionarse; es decir, desarrollar una actitud de empatía, ya que hay que meterse un poco en el mundo del niño para captarlo, y hacerlo, de algún modo, tuyo.

2. Cuidado humanizado al niño lactante hospitalizado y su familia

El cuidado es la esencia de la enfermería. La capacidad de cuidar es un atributo de la naturaleza humana, o lo que es lo mismo, del ser vivo, como propone Waldow V. (87), al considerar que las manifestaciones del cuidar son observadas en el reino animal y de cierta forma diferenciadas en la naturaleza en general. El cuidar del ser humano es la propia garantía para el mantenimiento de la especie, teniendo en cuenta la inmadurez de la cría humana al nacer.

Boff, L.(88) señala que el cuidado es la acción de proteger, que implica ayudar a la otra persona a tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio; siendo esta la esencia de la enfermería. Está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona y hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Para Waldow V. (47), el cuidado humano, sin duda, está imbuido de valores, los cuales, independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor, entre otros aspectos. Los profesionales de la salud (y otras áreas relacionadas con esta) no difieren en cuanto al objeto y sujeto de cuidado, sino en la forma cómo lo expresan, el cuidado puede y debe ser cultivado. Tal como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

[...] Me sentía más humana porque no solo era brindar atención como a todos, sino también ofrecer un cuidado específico; era sacrificarte y ganar más experiencia no solo para tu beneficio sino ver por los demás, no hacer las cosas por hacerlas sino para beneficiar a quienes cuidamos. E2

He podido apreciar las diferentes reacciones de niños que entran asustados al servicio de hospitalización pediátrica, así como también la alegría de otros por regresar por fin a casa después de muchos días dentro del hospital, tal vez la costumbre o rutina nos lleva a pensar que sabemos cómo se sienten, o cómo piensan, pero la verdad es que cada uno de ellos es único y especial, y hace que sus reacciones y emociones frente a cada situación sea distinta. E6

El cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, cuerpo y alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copártcipe en las transacciones de cuidados humanos (41).

Para que el cuidado realmente se dé en plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento y experiencia en la práctica de las actividades técnicas, en la prestación de informes y en la educación del paciente y su familia. A esto se debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado: La conjugación del conocimiento, de las habilidades manuales, de la intuición, de la experiencia y de la expresión de la sensibilidad (47).

En el proceso de cuidado es muy importante la recepción al niño que será hospitalizado; es decir, la acogida sirve de ejemplo, y durante la internación las relaciones entre el ser cuidado y los miembros del equipo de salud y demás funcionarios que trabajan en la institución influirán para que el

proceso de cuidar se desarrolle exitosamente (47). Como se demuestra en las narrativas:

La labor de enfermería, al ser una de las primeras personas con las que tiene contacto el niño, y siendo en la mayoría de casos, el primer procedimiento que realizamos la colocación de un catéter periférico, hace que sientan temor y miedo cada vez que nos acercamos a ellos, es así que cuando tenemos a nuestro cargo un paciente pediátrico no solamente es importante nuestro cuidado, sino también nuestro ingenio como enfermeras, de cómo llegar a tener un trato de armonía con el niño a fin de que él sepa que no solo le vamos a realizar procedimientos que le causen dolor, sino que también podemos “jugar” con ellos y a la vez monitorizar y aportar con su recuperación. E2

Por lo expuesto, el arte del cuidado de la enfermera, no solo se basa en administrar un tratamiento al paciente, sino también poder ayudar en su bienestar de manera holística, viendo no solo su dimensión biológica, sino todo como un ser humano integral. E6

El cuidado del niño hospitalizado es diferente al cuidado de otra persona, porque el niño no dice qué le duele y uno tiene que saber que el niño se comunica a través del llanto, uno tiene que saber cómo se comunica el niño contigo, por ello debemos de estar más pendientes porque el niño llora y tú tienes que saber por qué llora, ya que puede ser por hambre, porque se orinó, tiene algún dolor, tiene sueño. La forma de comunicarse del niño es a través del llanto a diferencia del adulto, aunado a estas manifestaciones del niño, nosotras

tenemos que conocerlos y además controlar sus funciones vitales para determinar la causa de su llanto. E9

En el campo clínico se desarrollan las experiencias en la gestión del cuidado para adquirir competencias disciplinares y genéricas propias del rol profesional; es decir, en las áreas asistencial, educación, administración e investigación. La práctica clínica que se desarrollada en este espacio implica una interacción constante entre el educando, el usuario, el docente clínico y las enfermeras asistenciales del respectivo servicio, y contribuyen a satisfacer la demanda asistencial y función docente (16).

Para Waldow V. (47), en el área de educación y enfermería, los trabajos han abordado tanto la enseñanza de cuidar como las aplicaciones de los modelos, enfoques pedagógicos que priorizan el cuidado y los relatos de enfoques y experiencias curriculares.

Podemos concluir que para brindar un cuidado humano e integral al niño hospitalizado, no solo es necesario tener los conocimientos, habilidades, destrezas, empatía, sino que además de enfocarse en el proceso de enfermedad y recuperación, es menester evaluar todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal del niño lactante, sin olvidar las necesidades de la familia y el contexto sociocultural.

El actual cambio de paradigma en la enfermería nos lleva a una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en la cual la familia ocupa un lugar preponderante, sobre todo cuando se trata del cuidado del niño. Cuando aparece cualquier enfermedad en la familia, la unidad es afectada en su totalidad. Son momentos en los que la familia se ve desvalida,

sin saber qué hacer, pendiente solo de estar cerca del hijo enfermo, sin otra preocupación prioritaria que atender lo que demanda al equipo de salud.

Por lo tanto, la familia es otra variable muy importante. Su presencia frente al paciente y su cariño son fundamentales, y el equipo de salud debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues es de gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. Si la familia no comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades, la familia, en lugar de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar. En realidad, la mayoría de las veces, la familia también necesita de cuidado y puede, a través de su comportamiento, estar expresándolo y solicitándolo (47), Lo evidenciamos en los testimonios:

A lo largo de mi experiencia como interna de enfermería en el área de hospitalización de Pediatría, he presenciado diversas situaciones... En el cuidado incluyen tanto al paciente (los niños hospitalizados), como a sus familiares y también al personal de salud que está a cargo de sus cuidados. E6

Bueno, en el caso de los lactantes es muy diferente eso porque se ve el sufrimiento de los padres.... Y nosotros ahí trabajamos más con los papás para ayudarlos a afrontar esta etapa. E1

Es diferente porque en los lactantes menores al tener diferentes patologías, los que conocen de la enfermedad son los padres y no el paciente, especialmente las madres sobre todo son las que padecen y sufren frente a la enfermedad de su niño. Inclusive, dentro de todos los casos que he podido atender, las mamás me refieren que prefieren estar enfermas

ellas antes que ver a sus hijitos sufrir y verdaderamente sí que es muy doloroso verlos sufrir tan pequeñitos. E2

Debe tenerse en cuenta que si la hospitalización es una situación o experiencia difícil para un adulto, es mucho más amenazante para el niño por su inmadurez emocional e intelectual para comprender la pérdida del ambiente familiar y de las personas significativas, los procedimientos y el acercamiento de personas extrañas. Esta situación puede ser más difícil si el personal de enfermería desconoce las necesidades del niño y la trascendencia que para su normal desarrollo tiene el núcleo familiar o quienes ejercen el papel de cuidadores y en quienes el niño confía (90).

(...) por lo que la gran mayoría enfrenta la situación de enfermedad alejada de sus familias, algunos tienen la suerte de contar con sus padres y otros solo con la madre o un familiar cercano que los cuidan mientras se encuentran dentro del hospital, esto genera en el niño frustración, ya que ha sido alterado tanto su ambiente como su estilo de vida, ya que estaba acostumbrado a correr, saltar jugar y algunos en ir al colegio, por un lugar lleno de médicos, enfermeros y otras personas ajenas a su entorno y que generalmente los conectan a monitores o catéteres que hacen que el niño se sienta asustado, temeroso e incómodo. E6

La hospitalización es una situación que conlleva a una alteración en el funcionamiento de la familia, en sus interacciones y en su contexto. Frente a la hospitalización de uno de sus miembros es necesario reasignar funciones dentro de la unidad familiar, por cuanto se presentan alteraciones en las

actividades y horarios de trabajo y de descanso, es necesario involucrar a otros familiares en el cuidado de los miembros del grupo familiar. En fin, se alteran los hábitos de la vida diaria (90).

Inmersos en esta situación también se encuentran los padres, asustados muchas veces con un enorme sentimiento de frustración, de dolor e incertidumbre, al ver a uno de sus hijos pasando por momentos tan difíciles a su corta edad, y no solamente la preocupación por ellos, sino también la angustia que les puede generar el hecho de que hayan dejado a sus otros hijos solos o en casa de familiares cercanos, que aunque sean de confianza siempre genera una preocupación. E6

La labor de enfermería es brindarle apoyo emocional a los padres, dándole ánimos, haciéndoles recordar momentos gratos y llenando las esperanzas de que pronto volverán a estar juntos como una familia unida, además nuestra labor con ellos tenía que ver con la educación que se les brindaba para que nos ayuden a cuidar de sus hijos. E5

Durante la hospitalización la presencia de la madre o familiar cuidador es una oportunidad para las enfermeras e internas de enfermería, porque el niño depende de los cuidados de la madre y el equipo de salud y la presencia de uno de los padres favorece en su estabilidad emocional del niño, además, nos permite educarlas sobre los cuidados especiales que deben tener con el niño y lograr que participen plenamente en la planificación y toma de decisiones, por ende, integrarlas para favorecer en el proceso de recuperación de su niño. Se puede evidenciar en los discursos de algunas estudiantes:

Al principio ha sido una experiencia muy bonita porque he podido experimentar un lugar nuevo, los cuidados que se han dado al lactante han sido también en conjunto con su madre, porque es la persona que está a su lado, porque es ella quien conoce los cambios que puede tener su niño... y las educamos como por ejemplo el lavado de manos antes de atender al niño, el cuidado de pezones, la posición al amamantar y los cuidados son diferentes en los niños mientras más pequeños son, los cuidados son más minuciosos. E7

En pediatría habían niños con bastantes patologías por lo que nosotras teníamos que ir instruyéndolos tanto a la mamá como a su familia sobre los cuidados que deben tener con él. Por ejemplo, en niños con síndrome de Down les enseñábamos a las madres como alimentarlos por sonda para que ellas mismas lo hagan cuando salgan de alta sus hijos... Las madres confiaban en nosotras porque también las educábamos a ellas sobre cómo cuidar a sus niños para que nos ayuden. E7

Enseñamos a las madres, interactúas con la madre, le brindas la consejería al cuidador, educamos a la madre, porque muchas veces las madres desconocen sobre los cuidados de los niños de acuerdo a su edad y la patología, pero también hay madres que si tienen conocimiento. E9

Nosotras en este servicio, a diferencia de otros, tenemos que trabajar con las madres o los cuidadores. También porque ellas nos apoyan en el cuidado y tenemos que educar a las madres y cuidadores a través de charlas educativas, con demostración y evaluación. E5

(...) encontrábamos con el pañal mojado y su madre no estaba con el niño, lo dejaba solo en reiteradas oportunidades, quedando expuesto a otras afecciones, cabe mencionar también que influye mucho el apoyo que pueden recibir o no las madres o cuidadores por parte de la familia. E2

Por otro lado, el "profesional cuidador" debe poseer algunas características especiales como la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato A. (91), señala que "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia"

Estas relevantes características no están del todo desarrolladas en los profesionales enfermeros(as), entonces la pregunta es: ¿Qué se está haciendo al respecto? Aquí se torna importante la formación que se les entrega a los estudiantes de enfermería en el pregrado, el sello que los impregna desde las escuelas de enfermería, explícito en los perfiles de egreso, misión y visión. Watson refiere al respecto que "la mayoría de los estudiantes reconocen en sus profesores la importancia de las actitudes del cuidado para su aprendizaje" (92).

Asimismo, la interna de enfermería durante su formación profesional considera tanto a las docentes en las aulas universitarias y a las enfermeras asistenciales que trabajan en los diversos campos clínicos en las que desarrolla sus prácticas, sus modelos, líderes en el cuidado humano, tanto para los usuarios como para ellos mismos. Tal como lo sustenta el testimonio:

Los padres que tiene un sufrimiento enorme porque en algunos niños no se sabe si van a continuar viviendo o no, tienen muchas dudas y a veces eso molesta a la enfermera, entonces los padres buscan en nosotras (las internas) las respuestas y prefieren preguntarnos a nosotras que a las mismas enfermeras, y tal vez ellas por la rutina se cansan de estar dando explicaciones sobre algo que ya saben y es obvio, pero tal vez para un padre de familia no, entonces tienes que explicarles una y otra vez con palabras que ellos entiendan.
E1

Las estrategias que el personal de enfermería y los padres desarrollan en colaboración para el cuidado del niño deben integrar las creencias y experiencias. Leininger M. (92), involucra asimilar sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores en sucesos tan diversos como la hospitalización, específicamente cuando se interactúa con él. Esta interacción requiere preparación, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que traen consigo los niños y la enfermera tiene que abordarlos en sus propios cuidados. Así como se sustenta en el testimonio:

Las madres adquieren más conocimientos en el cuidado, pero otras no y eso es lo difícil: tratar con personas que están formadas así y muchas veces no quieren cambiar los hábitos de vida que ellos tienen. E8

Podemos concluir según los testimonios y corroborados por los diferentes autores que para brindar cuidado humanizado al niño hospitalizado

es imprescindible incluir a su familia en el proceso, porque el niño depende de los cuidados de la familia, especialmente de la madre y el equipo de salud, y la presencia de uno de los padres favorece en su estabilidad emocional del niño, además nos permite educarlas sobre los cuidados especiales que deben tener con el niño y lograr que participen plenamente en la planificación y toma de decisiones, puesto que esta influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad.

En ese aspecto, la enfermería tiene muchos retos y debe ampliar su visión de cuidado frente a tales situaciones; el mismo que necesita ser planificado según la valoración respetando la edad del niño, su grado de instrucción, cultura y experiencias de la familia, lo cual es vivenciado por la interna de enfermería y a futuro si toma la decisión de especializarse como enfermera pediátrica brindará cuidado humanizado al niño hospitalizado centrado en la familia, logrando calidad en el cuidado y satisfacción del niño y su familia.

3. Mirada de la interna de enfermería al cuidado profesional de la enfermera al niño hospitalizado

Dentro de la sede hospitalaria es importante destacar que los resultados analizados constituyen una evidencia acertórica; es decir, le corresponden a los informantes, reflejar su realidad tal como la experimentaron, como la vivieron y el impacto que significó posteriormente en el momento de la vivencia.

Al referirnos a las prácticas de la interna de enfermería en el contexto hospitalario, en la cual tiene contacto con enfermeras y otros profesionales de la salud, observa el cuidado profesional de la enfermera que no siempre se da con respeto, buena comunicación y un buen trato que son importantes en la interrelación enfermera-paciente; considerando que el cuidado es principalmente humano cuando la enfermera que asiste es sensible a las necesidades del paciente, trata de manera amable e individualiza, capaz de inspirar confianza, hablando en un tono cálido y cordial, con la capacidad de escuchar y atender al llamado del paciente, comprender su situación de enfermedad y vulnerabilidad; sin embargo, en los testimonios refieren aspectos negativos en relación al cuidado profesional de la enfermera al niño lactante hospitalizado. Veamos:

Fueron gratas vivencias algunas, otras por parte del trato del mismo personal hacia los niños también un poco de decepción en cuanto al trabajo de las enfermeras porque como a veces los niños no manifiestan o no saben expresarse algunas licenciadas tal vez trataban un poco indiferente en cuanto al dolor que siente el niño, un poco de indiferencia hay en ese aspecto. E1

(...) en el área de neonatología, excelentes enfermeras; en el área de pediatría, el trabajo es un poco más dejado, un poco más de indiferencia hacia el sufrimiento de los niños; en el área de neonatología hay mayor dedicación y se nota la preparación que tienen esas enfermeras en cuanto al cuidado. E1

Al respecto, Watson J. (46) nos amplía el esclarecimiento de este postulado cuando considera que el cuidado humano efectivamente debe ser demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales, la comunicación y la empatía, asimismo, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, para poder aminorar las brechas entre la expectativa y la satisfacción de los pacientes y familia.

Si bien es cierto, durante su formación profesional las estudiantes de enfermería tienen contacto con las enfermeras y el equipo de salud, sin embargo, es en la asignatura de niño II que inician su interacción con el niño hospitalizado en periodos breves (dos días de cuatro horas por día), en turnos de mañana o tarde y generan una serie de encuentros, interacciones, acontecimientos, etc., a diferencia que en el internado el tiempo de interacción con el niño hospitalizado y su familia, la enfermera y otros profesionales de la salud, es mayor; por lo que las internas se encuentran bajo la tutela de la enfermera responsable del servicio de acuerdo al turno.

Entendiéndose por interacción a la forma sociológica que constituye un estudio del comportamiento colectivo de una naturaleza de opinión pública, a la vez ese interaccionismo social es el espacio trascendental que define la totalidad de los hechos que determinan la conducta del sujeto, en un momento

determinado. Por la manera en que se comporta un sujeto se puede saber qué es lo que hay presente en su espacio que vivencia, lo que podría afectar a su conducta, el contexto en el que se encuentra (89).

En muchos casos, en hospitales donde las internas realizan prácticas, no reciben el trato o el apoyo adecuado por las enfermeras profesionales que laboran en el servicio, mostrando indiferencia, actitud desinteresada frente a la inseguridad o temor de la interna ante determinada situación, como se evidencia en los testimonios:

(...) a veces no se llevan tanto el personal de salud con los familiares por la poca información que pueden darle o que le dan, o es la forma de explicarles sobre los diagnósticos de sus niños que no entienden los padres de familia, es poca la dedicación del personal hacia los padres de familia en explicarles lo que les pasa a su niño detenidamente, porque hay que ponerse en el lugar de ellos. E4

Además pude observar aspectos negativos del servicio, se pude evidenciar la falta de materiales y equipos que puedan abarcar a la totalidad de los pacientes que se encuentren hospitalizados; equipos tales como tensiómetros, pulsioxímetros operativos, entre otros. E5

Los cuidados de enfermería en este servicio, deben ser individualizados, especializados, interdisciplinarios, con un enfoque holístico. Por lo tanto, las enfermeras profesionales deben estar pendientes de los cambios del niño y la satisfacción de las necesidades básicas, las cuales son fundamentales en la determinación de los procedimientos que se deban realizar a los niños y la

oportunidad de los mismos. De la experticia que muestre la enfermera dependerá la mirada de la interna de enfermería, sobre el cuidado enfermero.

Es importante resaltar que desde el inicio de las prácticas de internado en la rotación de pediatría al primer contacto con las enfermeras y equipo de salud en el entorno hospitalario, marca mucho la opinión que tengan las internas de enfermería sobre el cuidado profesional de la enfermera al niño hospitalizado, porque es durante las prácticas que las internas observan las falencias en el profesional de enfermería y tienen una mala percepción de la enfermera en cuanto a su conocimiento científico y su aplicación durante el cuidado a los niños lactantes hospitalizados; este hecho va a influenciar en su futuro profesional. Así lo evidencian los siguientes testimonios:

Pero a medida que van pasando los días las enfermeras nos ven con otros ojos y si ven que uno se va desarrollando más, la enfermera te da la potestad de hacerlo tú sola, es decir, si ellas nos ven que vamos mejorando en los procedimientos y se dan cuenta que tenemos conocimientos y de esa forma te tienen confianza y nos dan seguridad para brindar el cuidado.
E7

(...) la primera rotación en hospital fue la de pediatría y cuando inicié las enfermeras decían: “no, ella no sabe nada” porque yo tenía miedo de hacer los procedimientos que no había hecho cuando llevamos el curso de Niño II y las enfermeras no te enseñaban. E8

Hay que aprender lo bueno que uno ve de las enfermeras y no lo malo, ves errores que cometen las enfermeras pero tú no

debes aprenderlos porque estás trabajando con niños más pequeños y son más sensibles, no se lo dices a las enfermeras pero para ti eso ya queda para no cometer tales errores. E9

La satisfacción en el internado es que habían enfermeras buenas y que te apoyaban y nos decían “cualquier cosa, preguntan nada más, porque ustedes están todavía en proceso” y nosotras teníamos la confianza de preguntar. E5

Por lo develado en los testimonios, podemos concluir diciendo que el personal profesional enfermero debe poner mayor énfasis en el momento de brindar el cuidado desde el primer instante en que tiene contacto con el niño hospitalizado, considerando sus características propias de desarrollo; además de evaluarse constantemente sobre cómo es que está brindado el cuidado y su interrelación con el equipo de salud. Las enfermeras en el entorno hospitalario deben ser agentes de cambio propiciando el trabajo multidisciplinario y en equipo, creando espacios de diálogo para la mejora continua de la calidad y de esta forma lograr satisfacer al usuario, en este caso al niño y apoyar al interno de enfermería, quien se está adaptando a este nuevo pasaje en su vida para lograr las competencias en el área del niño y está definiendo su futuro profesional.

4. Sintiendo satisfacción por mejorar la salud del niño lactante con el cuidado brindado.

En la actualidad la satisfacción del usuario interno y externo ha adquirido un notable relieve en el ámbito hospitalario, debido a la necesidad que existe de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud. Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida mediante la prestación de un servicio de mayor calidad; la satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" (93).

Sin embargo, también es importante la satisfacción de todo el equipo de salud y no podemos dejar de lado a la interna de enfermería, quien al realizar sus prácticas de internado forma parte de este equipo y logra satisfacción laboral por haber contribuido en el cuidado y la recuperación del niño hospitalizado.

Locke E. (94) plantea que la satisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene mediada por la importancia que para él tenga, lo que se traduce en que a menor discrepancia entre lo que quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción.

Asimismo, hizo una revisión de una serie de modelos causales y teorías que tenían relación con la satisfacción laboral. Posterior a este análisis, concluyó que la satisfacción laboral es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, siendo estos

valores congruentes o de ayuda para satisfacer las necesidades básicas, pudiendo ser estas físicas o psicológicas (94). Tal como se muestra en el testimonio:

(...) me daba pena ir a ese servicio, era muy triste para mí, pero poco a poco me fue gustando porque a medida que los niños van recuperándose te dan la satisfacción de verlos sonreír y te gusta observar el proceso que ellos ya pasan de la enfermedad y los ves saliendo bien cuando sonríen, están alegres, algunas madres salen con un cambio de mentalidad producto de la educación que se les ha dado durante la hospitalización. E8

La satisfacción podría ser definida como una respuesta sumaria, afectiva y de intensidad variable centrada en aspectos concretos y que tiene lugar en el preciso momento en el que el individuo evalúa un elemento. A lo largo de estas definiciones se observa además que la satisfacción laboral dependerá de las necesidades del individuo, de sus valores, así como de las diferencias entre sus expectativas o las recompensas que considera adecuadas y lo realmente obtenido (95).

La tendencia nacional es preparar a estudiantes como a docentes en el modelo educativo basado en competencias, para que puedan atender la demanda de salud que la actual sociedad les exige, con el cual se ayudaría a lograr la satisfacción de la interna de enfermería al cuidar al niño hospitalizado, porque su formación va orientado al desarrollo integral,

promueve la calidad educativa, contribuye a la detección de necesidades con base en el entorno y el individuo.

Asimismo, desarrolla la creatividad del estudiante, la iniciativa y capacidad para la toma de decisiones, integra la teoría y la práctica, como el trabajo manual e intelectual, promueve el cambio, proporciona autonomía al alumno, le permite ser, aprender y hacer; conjunta atributos, destrezas, habilidades, actitudes y valores, educa a partir de la construcción de un aprendizaje significativo hacia el entorno laboral, adaptando al egresado a los cambios sociales, todo esto debe darse a partir de la construcción de estrategias y alternativas para el diseño curricular.

En la disciplina de enfermería se debe ser conscientes de los valores que se adquieren y se desarrollan en la formación profesional y reconocer que las internas de enfermería sentirán satisfacción laboral cuando en la práctica clínica sean sensibles al dolor ajeno; respeten al individuo, sean tolerantes, acepten las diferencias, reconozcan al colega; cuando se atiende al paciente con respeto y dignidad, cuando se dé un cuidado individual, integral y continuo, se ocupen por su bienestar, le ofrezcan compañía y lo orienten en el transitar de la salud o enfermedad.

Es decir, la interna de enfermería logrará satisfacción del cuidado brindado al niño lactante a medida que brinde un cuidado enfermero de calidad; cuando participen en el alta del paciente con las recomendaciones para su recuperación en el hogar o cuando se ubiquen en su lecho de muerte para ayudarlo dignamente en este trance; cuando con su apoyo a las familias se logre que el dolor sea más tenue, la orientación más clara, el camino más

corto, la espera menos larga, gestionar nuestro proceso de crecimiento, se responsabilicen del campo de trabajo al otorgar el cuidado, desarrollar mecanismos competitivos de trabajo que aumenten la autonomía del paciente para que decida libremente, buscar una educación preventiva más que curativa (93). Como se demuestran en las siguientes narrativas:

Nos sentimos muy comprometidas a estar ayudándolos en todo lo que podamos, cuidándolos ahí presentes junto a ellos y ayudar al máximo y aprender lo más que se pueda para brindar un mejor cuidado a los niños que se encuentran en el hospital extrañando su casa. E2

Personalmente, me ha gustado mucho esta área, en el mismo pediatría tuve otra experiencia que se me ha grabado con los niños del área hematológica en donde están hospitalizados los niños con leucemia, durante mi internado hubo un niño de un año y fue totalmente diferente su cuidado que le di, ya que por una lado me sentía triste por su diagnóstico pero a la vez contenta de poder ayudarlo en el cuidado de su enfermedad durante más o menos una semana pude lograr en él caerle bien, simpatizarle, hacerle reír, jugar un momento con él, aunque a eso dependía de la enfermera que estaba de turno que nos daba el chance de hacer todo esto y no solo hacer que nosotras solas nos dediquemos a administrar el tratamiento. E2

Waldow concuerda con Colliere, pues refieren que parece imprescindible que la enfermería, como un todo, necesita no solo disfrutar de lo que hacen sino también valorar el cuidado en su plenitud, desde las

acciones más simples a las más complejas, ejerciéndolas con competencia, conocimiento, habilidad, sensibilidad y, también, placer. Es importante que las internas de enfermería se sientan orgullosas de ser cuidadoras (47).

Al final (del internado) también me gustó la rotación, creo que lo más bonito es cuando vemos que los niños salen de alta sonriendo, contentos y sobre todo sanitos y es incomparable lo que se siente cuando los padres nos dan las gracias cuando el niño es dado de alta. E7

En el internado se adquiere más destrezas, experiencia y brindamos un buen cuidado y las madres te agradecen cuando damos cuidados de calidad y cuando una enfermera tiene paciencia y es empática los familiares se dan cuenta y te agradecen y esa es la mejor satisfacción que una tiene, con los niños siempre están sus padres porque no se pueden despegar de ellos pues los niños siempre deben estar al cuidado de sus padres y yo siempre iba educando a la mamá cuando brindaba el cuidado sobre la enfermedad y cuidado del niño y la madre decía “señorita, gracias” y eso nos hace sentir muy bien y con satisfacción. E9

Pero al final para mi esta rotación ha sido una experiencia satisfactoria porque aprendí mucho por las cosas que pasé, las experiencias que viví, los sentimientos, porque nunca me había topado con esas emociones encontradas. E8

Al final (del internado) también me gustó la rotación, creo que lo más bonito es cuando vemos que los niños salen de alta sonriendo, contentos y sobre todo sanitos y es incomparable lo

que se siente cuando los padres nos dan las gracias cuando el niño es dado de alta. E7

Para lograr la satisfacción del desempeño que ha sentido la interna de enfermería en el cuidado al niño lactante hospitalizado durante su rotación en el servicio de pediatría, es necesario en primer lugar tener madurez y responsabilidad para identificar sus conocimientos y habilidades adquiridos en las asignaturas del área del niño y en segundo lugar esforzarse para fortalecer las deficiencias al respecto, para lograr satisfacer las necesidades del niño. Por otro lado, es el resultado extraordinario de la interacción humana, que se da entre el cuidador y el sujeto que recibe la acción del cuidado con calidad por la interna de enfermería y equipo de salud.

V. CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación permitió analizar la experiencia vivencia en la construcción del conocimiento del cuidado de enfermería al niño lactante hospitalizado y familia, como parte del rito de pasaje para tornarse enfermero, a partir de la historia de vida de la interna de enfermería.

Las prácticas que realizan durante su formación profesional las estudiantes de enfermería en las diferentes asignaturas del plan curricular y en el internado, se presentan como una instancia insustituible de formación, en la cual aprenden significativamente de la realidad aplicando el conocimiento científico adquirido previamente en el aula y define su rumbo profesional.

En las narrativas de las internas de enfermería se identifica la importancia del aprendizaje experiencial, así como, una dicotomía entre la teoría y la práctica en el

desarrollo de las asignaturas del área del niño, y esta con las prácticas del internado, por las diversas finalidades que se asumen en la formación y en el campo laboral; para lo cual es importante que de manera conjunta planifiquen la universidad y los centros hospitalarios las competencias que deben lograr las internas de enfermería al término de la rotación en el servicio de pediatría.

El estudio evidenció que existen diferentes visiones entre las enfermeras clínicas y docentes. Las profesoras facilitan al estudiante la formación teórica de manera ortodoxa y las enfermeras clínicas desarrollan su práctica desde una perspectiva interpretativa de los conocimientos, lo que puede llegar a crear discrepancias entre clínicas y docentes e incertidumbre entre los estudiantes.

Para lograr las competencias de la interna de enfermería en el cuidado del niño hospitalizado se requiere el logro de ciertas capacidades en el rito de pasaje de su formación profesional, las prácticas clínicas en las asignaturas de Enfermería en salud del niño I y Enfermería en salud del niño II, no debería restringirse a crear condiciones o facilidades, sino a orientar y guiar explícitamente las actividades a través de dispositivos pedagógicos que les permitan a los estudiantes reflexionar sobre sí mismos y las situaciones vividas. Asimismo, recomendar a los directivos académicos que las competencias de las estudiantes de enfermería estarían en parte logradas al llegar al internado con lo mencionado líneas arriba y el incremento del número de horas prácticas en las asignaturas del área del niño, y que la experiencia práctica esté enlazada a los conocimientos teóricos.

La formación teórica y las vivencias que el estudiante tiene en la prácticas durante su formación profesional, especialmente en el cuidado del niño, asegura el logro de cierta experiencia, el cual durante prácticas de internado adquiere las herramientas y establece competencias para brindar cuidado humano e integral al niño lactante hospitalizado. Los testimonios resaltan mucho un aspecto importante considerado en el currículo y que se vive plenamente en la práctica: El cuidado humano, como eje transversal de la formación enfermera y para brindar un cuidado humano e integral al niño hospitalizado, no solo es necesario tener los conocimientos, habilidades, destrezas, empatía, sino que además de enfocarse en el proceso de enfermedad y recuperación, es necesario evaluar todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal del niño lactante, sin olvidar las necesidades de la familia y el contexto sociocultural.

La hospitalización en el niño, es una situación más amenazante para el niño, por su inmadurez emocional e intelectual para comprender la pérdida del ambiente familiar y de las personas significativas, los procedimientos y el acercamiento de personas extrañas. Esta situación puede ser más difícil si al estudiante de enfermería desconoce las necesidades del niño y la trascendencia que para su normal desarrollo tiene en núcleo familiar.

Según Walley L. y Wong D. (37), son factores importantes de tensión para los niños hospitalizados de cualquier edad: la separación de los padres o del cuidador principal, falta de autocontrol, autonomía e intimidad, procedimientos dolorosos e invasivos, miedo a la lesión o desfiguramiento del cuerpo. El factor de tensión más

frecuente en el niño hospitalizado es la separación de los padres, manifestado en tres fases: Protesta, desesperanza y rechazo o indiferencia. En tal sentido, para brindar cuidado al niño hospitalizado es imprescindible incluir a la familia en el proceso, porque la recuperación del niño depende de los cuidados del equipo de salud, de la familia especialmente de la madre, considerando que su participación influye en gran medida en la evolución u obstaculización de la enfermedad.

Por lo develado en los testimonios, podemos concluir diciendo que el personal profesional enfermero debe poner mayor énfasis al brindar el cuidado desde el primer momento en que tiene contacto con el niño hospitalizado, considerando sus características propias de desarrollo; además de evaluarse constantemente sobre cómo es que está brindado el cuidado y su interrelación con el equipo de salud. Las enfermeras en el entorno hospitalario deben ser agente de cambio propiciando el trabajo multidisciplinario y en equipo, creando espacios de diálogo para la mejora continua de la calidad y de esta forma lograr satisfacer al usuario, en este caso al niño y apoyar al interno de enfermería, quien se está adaptando a este nuevo pasaje en su vida para lograr las competencias en el área del niño y definir su futuro profesional.

Para lograr la satisfacción del desempeño que ha sentido la interna de enfermería en el cuidado al niño lactante hospitalizado durante su rotación en el servicio de pediatría, es necesario en primer lugar tener madurez y responsabilidad para identificar sus conocimientos y habilidades adquiridos en las asignaturas del área del niño y en segundo lugar esforzarse para fortalecer las deficiencias al respecto, para lograr satisfacer las necesidades del niño. Por otro lado, es el resultado extraordinario

de la interacción humana que se da entre el cuidador y el sujeto que recibe la acción del cuidado con calidad por la interna de enfermería y equipo de salud.

Finalmente, se recomienda realizar otros estudios de investigación cualitativos y cuantitativos en la línea de la enseñanza aprendizaje del área de salud del niño, para develar, identificar otros determinantes sociales que estén contribuyendo en la formación profesional del estudiante de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calero, D. Tecnología Educativa. Realidad y Perspectivas. Lima. San Marcos; 1997.
2. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2ª ed. Chile: OPS; 2006.
3. Escuela profesional de Enfermería. Plan Curricular – tercera versión. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo; 2010.
4. Bravo N. Competencias Proyecto Tuning Europeo. Tuning América Latina. Disponible en: http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/cpacitacion_docente_2semestre_2007/competencias_proyectotuning.pdf
5. Vega Miche R, De Armas Urquiza R. Tuning-América Latina y su compatibilidad con el modelo curricular cubano. Reencuentro 2009: 73-82.

Disponible

en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34012025007>.

[ISSN 0188-168X](#).

6. Coneau. Curso de Especialización en Evaluación de Competencias Profesionales. 2ª ed. Lima; Perú: Servicentro SRL; 2010.
7. Avelino J. Vivencias de las madres frente a la hospitalización de su hijo escolar con asma bronquial. [Tesis para optar el grado académico de Magíster en Enfermería con mención en Salud de la Mujer y del Niño]. Chimbote - Perú; 2008.
8. Zamalloa, Z. Vida cotidiana de las internas de enfermería en su práctica hospitalaria. [Tesis de Maestría]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. Disponible en:http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/165/1/TM_Zamalloa_Garcia_Zoila.pdf
9. Cubas, Y. Percepción del estudiante de enfermería de la USAT frente al cuidado del niño hospitalizado. Chiclayo; 2012. [Tesis para Licenciatura en Enfermería]. Perú; 2014.
10. Rodríguez, L. Vivencias de la madre acompañante de hijo lactante hospitalizado. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Revista In Crescendo-.Ciencias de la Salud; 1, n° 1. 2014: 55-61. Disponible en:
<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/265/163>
11. Matheus, R. Percepción de los estudiantes del cuarto semestre del Programa de Enfermería de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado,

- acerca de las prácticas Clínicas en Enfermería Pediátrico. Barquisimient, Venezuela; 2009. Disponible en <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWY85DV4M382009.pdf>
12. Francisco del Rey, J. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Universidad de Alcalá, Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Alcalá de Henares; 2008. Disponible en: http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/2700/Tesis_De%20la%20pr%C3%A1ctica%20a%20la%20teor%C3%ADa.pdf.
13. Cibanal, L; Gabaldón, E y Cartagena de la Peña. Perfil emocional de los estudiantes de enfermería en prácticas clínicas: experiencias de aprendizaje en el Hospital General Universitario de Alicante. España; 2010. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/.../49442507.html.
14. Paranhos, V., Rino M .Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students. Rev Latino-Americana de Enfermagem. [Revista en la internet] 2010; 18 (1):109-115. Disponible en: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/3654>
15. Vollrath A., Angelo M., González L. Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque fenomenológico social. Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2011; 20 (Esp.): pp. 66-67.
16. Hernández, A.; Illesca, M.; Cabezas M. Opinión de estudiantes de la carrera de Enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. Ciencia y enfermería XIX (1): pp. 131-144, 2013.

17. Unesco. Varios factores incidieron. Disponible en:
<http://www2.minedu.gob.pe/dcu/files/libro7.pdf>.
18. Sineace. Educación Superior en el Perú: Retos para el aseguramiento de la calidad. 1ª ed. Diagramación Gráfica Alfánifer E.I.R.L. Lima; 2013. pp. 13-30.
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. Chomsky, N. El conocimiento del lenguaje. Su naturaleza, origen y uso. Altaza, Madrid; 1994.
22. Díaz, R. *et al.* Formación por competencias profesionales en las Universidades. Trabalho & Educação; 16 (1). 2007.
23. Catalano, A. Enseñar y evaluar en formación por competencias laborales: orientaciones conceptuales y metodológicas. Buenos Aires: BID/Fomin; Cinterfor/OIT. 2006. Disponible en:
<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/>
24. Tobón, S., et. al. Competencias, calidad y educación superior. 1ª ed. Alma Mater Magisterio. Colombia; 2007.
25. Tobón, S. Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. 3ª ed. Ecoe Ediciones. Bogotá; 2010.
26. Caro, S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Artículo de reflexión. Revista Salud Uninorte. Colombia 2009; 25 (1): pp. 172-178.

27. Marriner, A., Raile, M., Teorías y modelos en Enfermería. 5ª ed. España: Editorial Elsevier Science; 2003.
28. Waldow, Vera Regina, Cuidar: Expressão humanizadora da Enfermagem/Vera Reina. Petrópolis, R J: Vozes; 2004.
29. Kérouac, S., et al. El pensamiento enfermero. 1ª ed. España. Masson S.A.; 1996.
30. Ball J, Bindler R. Enfermería pediátrica. Asistencia infantil. España. Pearson; 2010.
31. Ruiz, D, Martínez R. Enfermería del niño y adolescente. 2ª ed. Madrid. Difusión avances de enfermería (DAE); 2003.
32. Ortigosa, J., Méndez, F. Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid; 2000.
33. Antoñanzas, E. Cuidados centrados en la familia en hospitalización pediátrica, eje de actuación de los profesionales sanitarios en la hospitalización pediatría. Disponible en:
<http://jornadasxilema.org/wp-content/uploads/2012/12/Cuidados-centrados-en-lafamilia-en-hospitalizacio%CC%81n-pedia%CC%81trica.-ElenaAnton%CC%83anzas.pdf>. 17.
34. Arias N. El niño hospitalizado: Ante todo un ser humano. Avances en enfermería. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; XII (1)
35. Baraibar, R. Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales. Oficina del libro. Montevideo; 1997.

36. Lau, W.K. (2002) Stress in children. Can nurses help Pediatric Nursing, 28 (1), 13-19.
37. Walley L, Wong D. Tratado de Enfermería Pediátrica. México. 4ª ed. Interamericana; 1996.
38. Waldow R, Cuidado humano o resgate necesario. 1ª ed. Porto Alegre, Brazil. Zagra Luzzatto; pp. 17-51-149.; 1998.
39. David W. Manual de enfermería pediátrica de Wong. 4ª ed. España. Mosby/Doyma Libros; p. 396: 1995.
40. Fawcett, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. 2ª ed. Philadelphia. F.A. Davis.
41. Waldow V. R. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
42. Waldow V. R. Cuidado expresión humanizadora de enfermería. Petrópolis RJ. Ed. Vozes; p. 190; 2010.
43. Colliere M. Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed. Lusociencia; 2003.
44. Watson J. Nursing: Human science and human care, a theory of nursing. New York: National League for Nursing; p. 158; 1988,
45. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston (USA): Little Brown; 1979.
46. Watson J. Caring science as sacred. Philadelphia. PA: F.A. Davis Company, 2005.
47. Waldow V. Cuidar: expresión humanizadora. México: Editorial Voces Ltda; 2008.

48. Boff, L. Saber cuidar: Ética de humano-cumplimiento para la vida. 11ª ed. Metropolis; 1999. Disponible en: [scielo:+iscui+es%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci-rttex+%26pid%3Ds1132-12962006000200004](https://scielo.org/plus/ver+es%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci-rttex+%26pid%3Ds1132-12962006000200004))
49. Waldow, R. (2004). O Cuidado na saude. As relações entre o eu o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes Brasil.
50. Colliere, M. Invisible women as health care providers, en Journal of Nursing Studies, vol. 23, n.2, p. 95-112; 1986.
51. Gómez, O. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarlo. Bogotá: UNC; 2011.
52. Brennan J. Historia y sistemas de la psicología. 5ª ed. México DF: Prentice Hall; p. 299; 1999.
53. Gerrig R, Zimbardo P. El estudio del aprendizaje. 17ª ed. México DF: Pearson Educación; p.171; 2005.
54. Takataloa J, Nymana G, Laaksonenb L. Components of human experience in virtual environments. Computers in Human Behavior. 24 (1): 1-15; 2008.
55. Bertaux, D. Narrativas de vida a pesquisa e seus métodos. 2ª ed. EDUFRRN. Sao Paulo. Brasil; p. 165; 2010,
56. OPS. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie Paltex, Salud y sociedad 2000. USA; 2013.
57. Schütz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires (AR): Amorrortu; 1977. Schütz A. Fenomenología del mundo social. Buenos Aires (AR): Paidós; 1972.

58. Bertaux, D. L'approche biographique: sa validé méthodologique, ses potentialités. Cahiers internationaux de sociologie; 69;.p. 197-225; 1980.
59. Polit, D. Investigación científica en ciencias de la Salud: Principios y métodos. México: Mc Graw Hill; 2001.
60. Hernández, L. Fernández, C y Baptista, P. Fundamentos de metodología de la investigación. Editorial McGraw Interamericana. España: Madrid; 2007.
61. Rodríguez G, *et al.* Metodología de la investigación cualitativa, Granada; 1996.
62. Glat R. Somos iguales a usted. testimonios de mujeres con deficiencia mental: 1989.
63. Queiroz, MIP informes orales: el "innombrable" a "decible". En: Simson, OMV (Org.).
64. Queiroz. Los experimentos con historias de vida: Italia-Brasil. Londres: Vertex, pp. 14-43; 1988.
65. Atkinson, R. La entrevista historia de vida. En: Gubrium, J. F.; Holstein, J. A. (Eds.). El manual de investigación entrevista: contexto y método. Londres: Sage; pp. 121-141; 2002.
66. Camargo A. Los usos de la historia oral y de la historia de vida. Trabajando con élites políticas. Revista de ciencias sociales, Rio de Janeiro, v. 27, nº 1, pp.5 – 28; 1984.
67. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 2ª. ed. Quito: CEAS, 1995.
68. Kohli M. Biografía: relato, texto, método. In: Bertaux, D. Biography. A. Society. Beverly Hills, c. USA: Publications. Inc, p. 61-75; 1981.

69. Streubert, R; Carpenter, R. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Company; 1995.
70. Santos R. S. Ser mãe de umacriança especial: do sonho à realidade. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem; p. 279; 1995..
71. Bardin L. Análisis de contenido. 70 ava ed. 70. Brasil; 2011.
72. OPS. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Serie Paltex, Salud y sociedad 2000. USA; 2013.
73. Santos R. S. Ser mãe de umacriança especial: do sonho à realidade. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Enfermagem, p. 279; 1995.
74. Hernández R, Fernández C y Baptista L. Metodología de la investigación. 4ª. Edic. Edit. McGraw Hill Interamericana. México; 2006.
75. Anaya Cintas F, Guirao Goris J. A., Huertas Mazón A, Moreno Pina P. Utilidad atribuida por los alumnos de enfermería de primer curso a las prácticas. Educare21 2004; 13. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare13/aprendiendo/aprendiendo2.htm>
<http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/practicas.pdf>
76. Rodicio M., Cortizas M. La formación en competencias a través del Practicum: un estudio piloto Competency training through Practicum: a pilot study. Universidade de A Coruña. Facultade de Ciencias da Educación. Departamento de Filosofía e MIDE. A Coruña, España.
77. Zabalza M, Rivera A. Un Panorama de la Didáctica Universitaria. Redalyc.org. 17 (55); 2012.

78. Unesco (2009). “Conferencia Mundial de Educación Superior 2009: Las nuevas dinámicas de la educación superior y de la investigación para el cambio social y el desarrollo” Paris, 5-8 de julio de 2009. Declaración Final
79. Vásquez A, Apablaza R., Osorio L., Zuñiga J. Construcción En Red De Un Currículo Basado En Competencias. Ciencia Y Enfermería XVII (3): 35-42, 2011 ISSN 0717-2079.
- Disponble en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300004&script=sci_arttext.
80. Larraín A, González L. Formación Universitaria por Competencias [Internet]. Guatemala: Consejo Superior Universitario Centroamericano; 2006.
- Disponble en: <http://sicevaes.csuca.org/drupal/?q=filemanager/active&fid=97> [Links].
- La Declaración Mundial sobre la Educación Superior para el siglo XXI(UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior. París: UNESCO; 1998. p.6, 34,7, 16.
81. Fanning M. Proceso formativo del estudiante de enfermería para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Tesis Maestría. Chiclayo, Perú; 2014.
82. Waldow V. Estrategias de enseñanza en Enfermería. Brasil: Vozes; 2005.
83. Hernández, Díaz, Ollesca Pretty, et al. Opinión de estudiantes de la carrera de Enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. Ciencia y Enfermería XIX (1): 131-144; 2013.
84. Cristoffanini, Alberto. El interno en los estudios médicos. En: Educación Médica y Salud.16 (2). Washington p.134; 1982.

85. Brewster, A. Chronically ill Hospitalized childrens concepts of their illness”
Pediatrics; 1982.
86. López, O., Farfán, F. El Enfoque por Competencias en la educación.
Universidad de Guadalajara.
87. Waldow V. R. Cuidado Humano: o resgateneessário. 1ª ed. Porto Alegre:
Sagra Luzzatto; 1999.
88. Boff L. El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra. Edit.
Trotta, p. 164; 2002.
89. Tedesco, J. Paradigma do cotidiano: Introdução a la construcción de un
campo de análisis social. Santa Cruz do sul, EDUNISC; 1999.
90. Guerrero, S. Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. Avances en
enfermería.
91. Furegato A, Prestupa S. O que a população sabe e espera do enfermeiro. Rev.
GaúchaEnferm. 2000; 20 (1):80-90. Comentado en: Ciencia y cuidado. 2007;
4(4):21-27.
92. Leininger M. Transcultural nursing: perspectives: basic concepts, principles
and culture care incidents. En: Transcultural nursing New York:McGraw-
Hill; p. 57-90; 1995.
93. Ministerio de Salud del Perú. Proyecto 2000. Un proyecto de innovaciones en
salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica. Lima-Perú.
94. Locke, E. "The nature and causes of job satisfaction", in Dunnette. Handbook
of industrial and organizational psicology. Chicago. United States. Rand
McNally College Ed; 1976.

95. Lawler, E. y Porter R. Antecedent attitudes of effective managerial performance. *Organizational Behavior and Human Performance*. 2.:122 – 142; 1967.

ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Condición académica:

Carga familiar:

II. PREGUNTA ABIERTA

Háblame sobre tu vida, que tenga relación con la experiencia vivenciada durante la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y familia.

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Las vivencias de las estudiantes de pregrado durante el internado en enfermería, es un estudio que está siendo realizado por la docente enfermera Elsa Vargas Díaz, bajo la orientación de la profesora Dra. Yolanda Rodríguez Núñez. Los objetivos de la investigación son:

Analizar las experiencias que la interna de enfermería vivencia durante su internado, buscar las herramientas para una mejor comprensión, reflexión, análisis de las adecuaciones de la enseñanza de enfermería como uno de los elementos principales para la articulación docencia-asistencia con ello mejorar el cuidado y a futuro la unidad en enfermería. Así como evaluar el saber y la práctica profesional obteniéndose modificaciones y transformaciones en la actuación de enfermería, en la enseñanza y en los servicios de salud.

El estudio contribuirá para abrir nuevas perspectivas de estudio en el área de la enfermería y proponer bases que permitan acompañamiento exitoso en la práctica de internado de las estudiantes de enfermería.

Para la recolección de la información se realizará una entrevista individual abierta, la cual será grabada en cinta casete, a las internas que acuden al campus universitario de la UPAO de la ciudad de Trujillo, Perú. Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo.

A las participantes que desearan participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además del esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

Las participantes pueden retirar su consentimiento en cualquier etapa de desarrollo de la investigación, sin ninguna penalización, ni prejuicio.

Ms. Elsa Vargas Díaz

Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán

Yo-----mediante los
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

Trujillo.....de.....de.....

Firma del profesional

Firma de la participante