



Significado de la valoración clínica en estudiantes de licenciatura en enfermería: Una costumbre

The meaning of clinical assessment among nursing baccalaureate students: A custom

Significado da valorização clínica em estudantes de licenciatura de enfermagem: Um costume

L. Cruz-Rojas^{a*}, M.A Cardoso-Gómez^b

^a Licenciatura de enfermería. Atención a la Salud. Ciencias Biológicas de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Ciudad de México, México.

^b Carrera de Psicología. Facultad Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Recibido: 16 Noviembre de 2016

Aceptado: 30 Noviembre de 2017

Resumen

La valoración clínica es un proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona. Sin embargo, se desconocen las condiciones que configuran la forma de valorar al individuo en la práctica cotidiana. **Objetivo:** Comprender el significado de la valoración clínica por estudiantes de licenciatura en enfermería. **Metodología:** Investigación Cualitativa, método fenomenológico, diseño descriptivo, donde cuatro informantes de ambos sexos de 20 y 22 años de edad, describen el cómo valoran; se realizaron entrevistas a profundidad, observación y notas de diario. El análisis de la información fue por el método J.W. Apps, en el que se reconoce el contexto que vive el estudiante al momento de realizar la valoración. **Resultado:** De las narraciones de los estudiantes del acto de valorar, se obtuvieron tres categorías y 10 subcategorías que al entrelazarse dieron lugar a diferentes significados. En este escrito se presenta uno de ellos: “Te vas acostumbrando”, intención que trasciende y permanece en el estudiante al momento de valorar. **Conclusiones:** El sentido de la valoración se configura a partir de lo que hace y dice que hace el estudiante durante la práctica clínica, quién al no visualizar su ejecución de forma tangible en tiempo y espacio, repite las conductas establecidas en el

<http://dx.org/doi/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63275>

*Autor para correspondencia, correo electrónico: cruz_lilia@hotmail.com

entorno por lo que se “acostumbra” a no apreciarla y mucho menos a realizarla. Significado que puede modificarse mediante la capacidad reflexiva del alumno y por aquellos que la enseñan.

Palabras clave: Valoración clínica; enfermería; fenomenología; significado; México.

Abstract

Background: Clinical assessment is a planned, systematic and continuous process that nursing professionals perform in order to obtain and organize the needed information to decide on the appropriate care. However, the conditions which influence on the assessments within the daily practice have not been sufficiently studied. Objective: To explore the meanings which baccalaureate nursing students attribute to clinical assessment. Methodology: This is a qualitative, phenomenological, and descriptive study in which four 22 and 24 years old informants of both sexes describe their understandings of clinical assessment. In-depth interviews were carried out, and observations and daily notes were taken. The information was analyzed through the J.W. Apps method. Results: From the students' narratives, three categories and ten sub-categories related to the meaning of clinical assessment emerged. This study presents one of them – “You become accustomed”, a posture which transcends and remains in the student when making subsequent clinical assessments. Conclusions: The sense of assessment is mediated by the students' experiences at the clinical practices where, sometimes, they do not tangibly visualize the corresponding execution, subsequently tending to repeat previously established determinations and “becoming accustomed” to demonstrate automatic responses. The meaning of clinical assessment can be positively promoted by enhancing the professors' teaching disposition and the students' reflexive capacity.

Keywords: Clinical assessment; nursing; phenomenology; meaning; Mexico.

Resumo

A valorização clínica é um processo planejado, sistemático e contínuo, que os profissionais de enfermagem realizam mediante um pensamento crítico para obter e organizar a informação necessária, para decidir o cuidado que se proporciona. No entanto, desconhecem-se as condições que configuram a forma de valorizar o indivíduo na prática cotidiana. Objetivo: Compreender o significado da valorização clínica por estudantes da licenciatura em enfermagem. Metodologia: Pesquisa Qualitativa, método fenomenológico, desenho descritivo, onde quatro informantes de ambos os sexos de 20 e 22 anos de idade, descrevem “o como valorizam”; realizaram-se entrevistas a profundidade, observação e notas de diário. A análise da informação foi pelo método J.W. Apps, no qual se reconhece o contexto que vive o estudante no momento de realizar a valorização. Resultado: Das narrativas dos estudantes do ato de valorizar, obtiveram-se três categorias e 10 subcategorias que se entrelaçaram dando lugar a diferentes significados. Neste escrito apresenta-se um deles: “A gente vai se acostumando”, intenção que transcende e permanece no estudante no momento de valorizar. Conclusões: O sentido da valorização configura-se a partir do que faz e diz que faz o estudante durante a prática clínica e quando não visualizar sua execução de forma tangível em tempo e espaço, repete as condutas estabelecidas no ambiente, pelo que se “acostuma” a não a apreciar e muito menos a realizá-la. Significado que pode modificar-se mediante a capacidade reflexiva do aluno e por aqueles que a ensinam.

Palavras chave: Valorização clínica; enfermagem; fenomenologia; significado; México.

Introducción

La enfermería como ciencia del cuidado de la vida humana¹, respaldada por un marco teórico propio de conocimientos² utiliza la metodología denominada proceso de atención de enfermería (PAE), para reconocer los problemas reales y potenciales que emergen de las necesidades de la persona sana y/o enferma¹.

La aplicación del PAE, en la práctica asistencial exige que los profesionales posean conocimientos, valores humanos, habilidades interpersonales, destrezas afectivas y motoras para que de manera organizada, dinámica y cíclica valoren, diagnostiquen, planeen, ejecuten o evalúen la condición en que se encuentra el individuo^{3,4}.

La valoración del estado de salud es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que realizan los profesionales de enfermería mediante un pensamiento crítico³ para recolectar, seleccionar y organizar la información de salud y/o respuestas humanas de la persona sana o enferma, con el fin de garantizar la efectividad y seguridad de los cuidados^{3,5}.

Para alcanzar dicho propósito, existen diversos modelos teóricos que fundamentan la forma de realizar la valoración como: los patrones funcionales⁶, las necesidades humanas⁷, el autocuidado⁸, etc., y que son retomados en los planes de estudios de las diferentes universidades para la formación de enfermeros profesionales^{1,9}.

De esta manera, se espera que el alumno al final de la carrera¹⁰ sea capaz de reconocer las respuestas humanas a través de su capacidad reflexiva^{3,11} y visualice los factores que ponen en riesgo a la persona sana (primer nivel de atención) o enferma (segundo o tercer nivel de atención).

Pese a la importancia de valorar al individuo en cada momento en que se ha de brindar un cuidado, diversos estudios en América Latina muestran las dificultades que tienen las enfermeras asistenciales para realizarla en la realidad cotidiana, algunas de ellas son: tiempo limitado⁴, nivel de conocimiento^{6,12}, el formato institucional de registro^{13,14}, o el interés por realizarla¹⁵.

En otra indagación, se describe que el personal de enfermería valora la esfera emocional o social del individuo, pero no existe su evidencia clara en los formatos institucionales¹⁶ y en otras sólo reportan los datos objetivos de la enfermedad¹⁷⁻²⁰.

Asimismo, existen diferentes instrumentos de valoración, basados en los diferentes marcos teóricos de enfermería^{10,21,22} con alto nivel de factibilidad^{17,23-25} que señalan la estructura para obtener las necesidades, preocupaciones o problemas de la persona²⁶, pero no reflejan la forma de su aplicación en el contexto de la práctica.

Los estudios anteriores, son insuficientes para dar cuenta de las experiencias que viven los estudiantes en la cotidianidad al integrar los conocimientos teóricos al momento de valorar, tampoco describen las condiciones que determinan la construcción del significado que permanece en su conciencia y que impulsa la forma en cómo la realizan.

Hay diferentes formas de conceptualizar el significado, pero todas se dieron a partir de los conceptos filosóficos de Edmund Husserl²⁷, quien señaló que las personas al estar conectadas con su mundo adquieren experiencias, conocimientos, habilidades o percepciones, por las cuales son “conscientes de algo”²⁷.

Ser consciente implica una transitividad que genera una intencionalidad, que recae en una acción, como lo indica Husserl: “el significado es la intención consciente, que impulsa u orienta la acción, que trasciende y permanece en la conciencia de acuerdo a la situación vivida por los seres humanos”²⁷.

El significado desde la perspectiva de la psicología cultural de Bruner²⁸, está relacionado con el desarrollo cultural del hombre pues surge de las formas de vivir, trabajar y compartir en un grupo o comunidad, es decir, de todo aquello que: “hace la gente, lo que dicen que hacen y lo que dicen que los llevó a hacer lo que hicieron”²⁸, por lo que una forma de comprenderlo es a través de escuchar lo que cuenta la gente, por la palabra narrada²⁹, que escenifica la subjetividad.

Blumer²⁹, señala que el significado orienta los actos del ser humano, ya que resulta “de y a través” de las actividades de interacción con los individuos y se conforma mediante un proceso de interpretación propia.

Reconocer en el estudiante el significado de valorar permite conocer las condiciones contextuales³⁰ vividas en la práctica clínica que configuran la intención de recolectar, analizar e interpretar la información de las necesidades de salud del individuo y comprender cómo dicha intención orientará, trascenderá y permanecerá en su consciencia al momento de ejecutar la valoración.

Visualizar el significado de la valoración adquiere importancia trascendental al comprender cómo y por qué valora en la forma como lo hace en el campo clínico, situación que abre la posibilidad de incidir en la enseñanza de la valoración clínica para garantizar la precisión y seguridad del cuidado.

Por lo que el objetivo del presente estudio fue comprender el significado de la valoración clínica por el estudiante de octavo semestre de la Licenciatura de enfermería de una Universidad de la Ciudad de México.

Los resultados que se presentan en este escrito corresponden al estudio: “Significado de la valoración clínica de enfermería por estudiantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia”³¹ donde se señalan las categorías y subcategorías para cada uno de los significados hallados.

Metodología

Investigación cualitativa, fenomenológica, con diseño descriptivo para comprender las condiciones que llevan a los estudiantes de enfermería a estructurar el significado del acto de valorar durante la práctica clínica escolar en una Universidad de la Ciudad de México en el año 2012.

Los participantes fueron 4 alumnos dos hombres y dos mujeres, alumnos regulares de octavo semestre, de 20 y 22 años de edad, sin experiencia laboral, que aceptaron de forma voluntaria describir su experiencia de valorar, con previa explicación de los objetivos, metodología y autorización para ser grabado³². Una vez que aceptó el primer estudiante, se le citó en la sala de profesores para la entrevista y al término de ésta se le preguntó si conocía a alguien que se interesará en participar, así fue como de forma gradual mediante la técnica bola de nieve³³ se estableció contacto con un segundo posible candidato, con quién se hizo el mismo procedimiento y posteriormente este último recomendó a otro estudiante, hasta integrar un grupo de cuatro participantes³⁴.

La recolección fue a través de la observación, notas en diario de campo y entrevistas en profundidad, aplicadas de manera individual, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad en el programa de Microsoft Word; a cada entrevista se le asignó un código alfa numérico E₁, E₂, para resguardar la privacidad de los participantes³⁵. Este proceso finalizó cuando se alcanzó la saturación de la información, “el punto donde no hay más que decir”³⁶ en respuesta a la pregunta de investigación.

El análisis de los datos fue a través de la metodología propuesta por J.W. Apps³⁷: 1. El estudiante describe de manera libre lo que hace y dice que hace para realizar la valoración en el campo clínico 2. El reconocer la estructura y la esencia del significado fue a través de leer de forma continua las narraciones para contestar: ¿Qué hay en esta narración? ¿Cómo valora el estudiante? y subrayar con colores las expresiones que señalaban las posibles unidades de significado del cómo valoran para agruparlas y asignarles un código. 3. La Construcción del significado de valorar surgió cuando se tejieron las categorías conocimientos teóricos y habilidades adquiridas, las vivencias de la práctica clínica y la subjetividad del estudiante con las 10 diferentes subcategorías que dieron lugar a la intención y que conducen el acto de valorar. 4. Para interpretar y hallar los posibles significados ocultos se realizó un análisis profundo de los datos descriptivos a través de preguntar al texto ¿Cómo valora el estudiante? 5. Buscar desde otra perspectiva el significado de valorar implicó invitar a dos docentes de la escuela con previa explicación del proyecto, para que desde su expertez opinaran respecto al acto de valorar en el campo clínico descrito por los estudiantes, con el fin de visualizar que tan cerca o que tan lejos se encontraban los hallazgos del estudio. 6. En todas las fases se practicó la suspensión de juicios desde que

los informantes describen la forma en cómo valoran hasta cuando se transcriben los datos, es decir, se respetaron las dicciones, palabras y pausas para presentar la información tal como la expresaron³¹.

De esta manera, comprender el significado de la valoración clínica en el estudiante implicó mirar en las descripciones qué y cómo valora en la cotidianeidad de la práctica.

Para realizar la investigación se tomó en cuenta los principios éticos de protección de la dignidad, el anonimato y la confidencialidad, señalados en los principios básicos de Helsinki³⁵ y los relativos a la Ley General de Salud Mexicana en materia de investigación³².

Resultados y Discusión

Las narraciones realizadas por los participantes describen cómo realizan el acto de valorar en el contexto de la práctica, de las cuales emergieron tres categorías y 10 subcategorías, como se muestra en la Tabla No. 1, al entrelazarse, dieron lugar a los siguientes significados: costumbre, difícil y complejo, llenar un formato, sin querer, ir a la persona y ganar la confianza; intenciones que trascienden y permanecen en el estudiante al momento de valorar.

Tabla 1. Categorías y subcategorías del significado de la valoración clínica

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	UNIDADES
Conocimientos teóricos y habilidades adquiridas	1. Obtener la información.	Medir signos vitales Exploración céfalo-caudal no tan detallada por el tiempo Enfocándose a la patología
	2. Identificar diferentes tipos de datos	Objetivos: Hidratación, coloración, rash, ulcera por presión. Subjetivos: tristeza, dolor, enojo en la persona
	3. Interacción con las personas.	No hay tiempo para valorar
	4. Razonamiento crítico.	Tú te das cuenta Necesita verle más
Vivencias de la práctica clínica	Perspectiva de la enfermería.	Valoración rápida Preocupación por hacer procedimientos Teníamos seis pacientes Se basaban en el diagnóstico médico Sacar al paciente Ayúdame a esto Esperar indicaciones médicas
	2. Contexto institución.	El formato institucional tiene espacio súper pequeño Únicamente los datos objetivos alterados Los datos subjetivos no eran relevantes Sacar al paciente Sobre carga de trabajo
	3. Interacción con el paciente	La parte espiritual la escucho Pasa desapercibida
Subjetividad del estudiante	1. Percepciones	No tienes mucho poder Confusión No puedes hacer nada Te vas acostumbrando No la vemos o no la visualizamos
	2. Memoria	Empezar con la rutina Empiezas a inspeccionar Valoras hasta cierto punto
	3. Sentimientos	Enojo, impotencia, inseguridad, molestia

Por ser un estudio amplio, el presente documento solo da a conocer las circunstancias que conducen a la configuración del sentido de valorar por costumbre.

El primer acercamiento del estudiante con la persona que cuida, inicia con el enfoque de atención sanitaria establecido:

“Empiezas con lo de rutina,”E2.1 (8-7) “lo primero que haces es saludarlo”E3.1(1-3) “te dice la enfermera: chécale signos a éste y, a éste y... a éste, y dices [comenta el alumno]: bueno, pues lo hago”E4.1 (2-1) “midiendo los signos vitales, te das cuenta de alguna posible alteración”E2.1(1-3) “la exploración física, que a lo mejor no es tan detallada por el tiempo, ¡sí, es céfalo caudal!, ¡claro enfocándote a la patología!”E2.1 (1-6), “revisas la coloración, hidratación, campos pulmonares, si tiene algún rash, alguna úlcera por presión”,E3.1(1-1)

En la práctica diaria, como lo señala J. Medina existe una clara tendencia a seguir los “esquemas del paradigma positivista de la institución”³⁸ donde el estudiante utiliza sus conocimientos teóricos y habilidades conforme a la patología³ que presenta la persona, de tal forma que al medir los signos vitales y realizar exploración física céfalo-caudal es para encontrar datos clínicos alterados como la hidratación, un rash, úlcera por presión, pero sin mirar las respuestas humanas^{1,26} que podrían derivar de los problemas de salud.

Circunstancia que predispone al estudiante a actuar en función del medio contextual que vive, donde la manera de aprender se basa en la repetición o memorización³⁹ de esquemas, es decir, el alumno recibe el estímulo de hacer cosas y responde con una conducta similar a la observable; en este sentido el aprende a que no se registran los datos subjetivos por el condicionamiento de las respuestas clínicas que se deben obtener, entonces hay una tendencia a adaptarse al entorno sin emplear su pensamiento crítico, para construir la situación que vive la persona.

Por lo que el significado está en función de la elección automática de buscar lo alterado en la práctica diaria, condición que difiere con la teoría de M. Leininger⁴⁰: “es posible dar cuidados efectivos y congruentes con el contexto donde vive la persona, identificar lo que requiere, lo que no necesita, pero también implica comprenderla”⁴¹, dentro una valoración holística.

En un segundo momento de interacción estudiante-persona cuidada, durante el día de práctica, la perspectiva de la enfermera clínica induce la forma en cómo efectuará la valoración:

“La mayoría de las enfermeras siempre la hicieron de una manera automatizada, llegan, se presentan, hacen todo” E1.1 (3-19) “En la práctica muy raras, muy pocas son las que sí valoran, pero...no es una valoración como debería ser, es una valoración rápida”. E2.2 (1-6) “Hacen una valoración a la ligera” E3.1 (8-15) “Buenos días, soy su enfermera, ¿Tiene dolor? ¿Qué comió? Si necesita cualquier cosa me llama, punto. E2.1 (9-16) ¿Cómo se siente?, todo, ¿está bien?, ¿No necesita nada?, ¿No?, Hasta luego y ¡se va!” E3.1 (8-16) “porque teníamos seis pacientes”E4.1 (9-15) “se preocupaban por hacer procedimientos, ser de cierta manera rápidas”E2.1 (5-1) “se basaban en el diagnóstico médico, en revisar venopunciones, soluciones...”E4.1(9-13) “lo que quieres es sacarlos a todos durante tu turno” [dice el alumno]E1.2 (1-5)

Lo anterior coincide con algunos estudios que muestran como la enfermera asistencial juega un papel central en la enseñanza y para algunos estudiantes es un referente e inspiración en su formación⁴², pero sí sus conocimientos, habilidades y destrezas de éste personal están en función a la cantidad de “pacientes” o “del factor tiempo”, entonces será la forma en que instruya y muestre al estudiante la forma cotidiana de percibir, mirar y seleccionar los datos objetivos que obtiene de la valoración rápida para realizar procedimientos. Realidad que concuerda con lo señalado por J. Medina: “la enseñanza práctica de la enfermería parte de unas plataformas conceptuales o perspectivas ideológicas de racionalidad técnica sobre el cuidado”⁴³ lo que también determinará en un momento dado la intención al valorar.

Sin embargo, los estudiantes han desarrollado ciertas habilidades perceptuales^{5, 38} a lo largo de las diferentes experiencias clínicas de la carrera que permiten ver más allá de lo biológico:

“Tú te das cuenta: pero si tiene esto y aquello, necesita [la enfermera] verle más” E2.1(2- 22) [dice el estudiante con tono de molestia] “el sentir del paciente queda a un lado”E2.1(3-6) “la parte espiritual que la paciente me daba, los datos subjetivos, pues no los ponía porque no eran relevantes en el ámbito clínico del paciente”E1.2(13-9) [al paciente] “a veces se le ve triste” E4.2 (2-5) “no acepta la comida, porque está enojado, y no es que no la tolere” E2.3.(2-5). “No puedes hacer nada porque te dejan cosas” E2.1(3.1) “que ¡vamos a instalar una sonda; ¡vamos hacer una curación, cambiar la venoclisis, preparar el medicamento! E2.1(3-4) “realmente uno no tiene como mucho poder, en cuanto al accionar”E3.1(1.14) “estás atendiendo a lo que la enfermera te dice: ayúdame a esto ¡ponte esto; has aquello, etc., entonces ¡no se puede! [demostrando impotencia]...E2.1 (3-1) “la sobre carga de trabajo, que nos impide”E4.1 (15-16)

Es factible visualizar como la habilidad perceptual^{11,38} del estudiante le hace mirar más allá y es capaz de reconocer en la persona que cuida; la tristeza, el enojo, el dolor; datos subjetivos que surgen de las respuestas humanas derivadas de los problemas de salud.

En la práctica cotidiana dicha información queda en segundo término, sólo los escucha, sin atenderlos, debido a que debe atender a la enfermera con la que está, hacer cosas y las actividades establecidas, lo que genera la sensación de impotencia al no poder actuar conforme a lo que sabe y detecta como importante.

Lo anterior muestra la poca oportunidad que el alumno tiene para analizar los datos objetivos y subjetivos, que puede identificar en la valoración clínica³ por sus conocimientos, pues todo queda supeditado a la cotidianidad vivencial que le hace sentir que lo importante es realizar procedimientos para “sacar” al paciente al final del turno o repetir de forma automática los procedimientos establecidos por la sobre carga de trabajo y seguir únicamente las indicaciones médicas, por lo que el significado tiende a configurarse en la forma en cómo se acostumbra a realizar el trabajo de enfermería.

La valoración comprende seis fases dinámicas³, una de ellas es la notificación y registro de los datos, que en la práctica diaria se realiza en los formatos institucionales:

“Las hojas de enfermería, dónde documentas, el espacio es súper pequeñito”E2.1(12-1) “son cortos, dos o tres líneas, retomo lo más importante” E1.2 (12-8) si escribías de más, se enojaban porque no le dejaste espacio al de la tarde, al de la noche “E3.1(6-15) “me aboco, digamos, nada más a los datos objetivos que yo veo”E1.1(1-10) “únicamente lo alterado” E3.1(6-9) “entonces no me detenía a revisar si había más signos y síntomas”E1.2(6-2) “¿Qué es lo que pones?” [cuestiona el estudiante y responde:] E2.1 (11-21) “el formato te hace como más robótico, pones lo que te pide, te vas acostumbrando”E2.2 (1-10) “te haces de cierta forma más sistemático “E 2.1(11-19) “se lograría más con la valoración [opina el estudiante] en lugar de parecer robot [las enfermeras] o esperar las indicaciones médicas”E 2.1(10-13) tanto me enseñan de valorar ¡para qué?” [voz seca y tono frustrante].

A lo largo de la carrera como lo señalan varios estudios^{1,5,11} los estudiantes han aprendido y son capaces de analizar de manera crítica los datos subjetivos, históricos y culturales que indican las necesidades humanas de la persona²⁶, no obstante, en la realidad cotidiana notificarlos en el formato institucional resulta difícil debido al insuficiente el espacio para registrarlos.

Diversos sentimientos se generan como el enojo, la impotencia, al percibir que “no se puede” modificar la situación que vive y termina por escribir únicamente los datos objetivos de la enfermedad, por lo tanto crea una sensación de confusión e inseguridad respecto a su hacer, lo que conduce a habituarse a que “la valoración pasa a segundo término”.

En este caso, el significado de valorar se determina por las vivencias en los campos clínicos cuando tratan de registrar en los formatos institucionales y no pueden porque el espacio es pequeño, o bien ante la experiencia de visualizar el enojo de la enfermera asistencial sí no hace lo que se le pide o al percibir que no tiene la posibilidad de modificar el escenario establecido en la institución, que aunado a la sensación de impotencia, dan la intención consciente de habituarse a repetir las conductas establecidas en el campo clínico de manera sistemática y permanente.

La interacción continua en dicho contexto hará que los estudiantes se “acostumbren” es decir, se adapten a la situación que viven y perciben, lo que determina la forma en cómo valoran en la realidad cotidiana. Fig.1

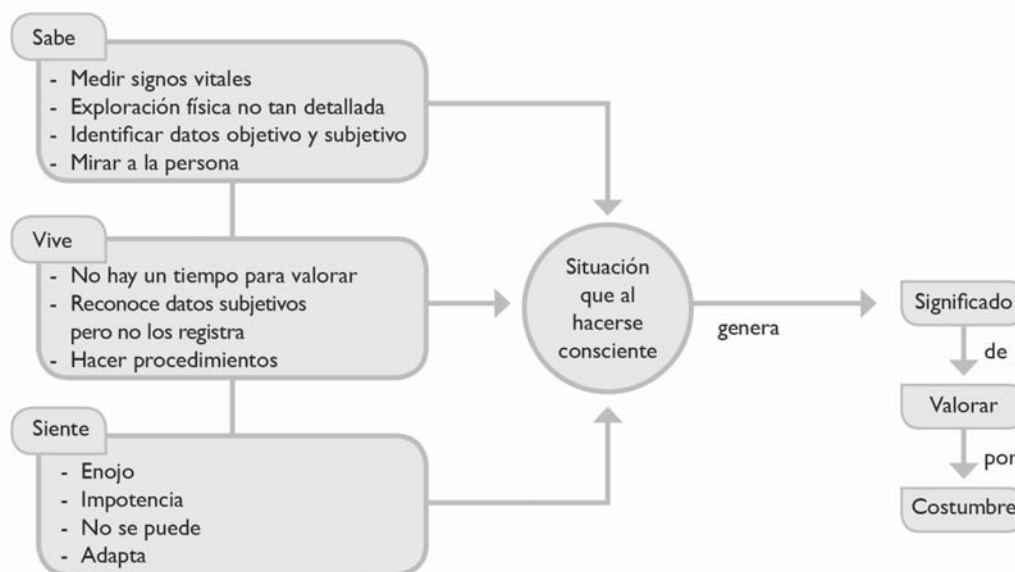


Figura 1. La valoración por costumbre.

Una vez que el estudiante se integra al equipo de trabajo, por lo general inicia su valoración con el enfermo más grave o aquel que requiera cuidados específicos:

“Valoramos pues igual”E1.1 (14-1) “íbamos a nuestro objetivo”E3.2 (5-17). “Me acerco con el paciente, le explico el procedimiento [...] le voy a dar un piquete, que sí le va doler un poco y... ¡ya!” E2.1 (4-1) “empiezas a inspeccionar” E1.1 (5-16) “por escoger el lugar, a ver el antebrazo, a buscar la vena, obviamente observas cómo está la piel: reseca, hidratada, si tiene algún moretón, si le poncharon una vena, se le infiltró... [se queda pensando...]E2.1 (4-1) “¡ah; bueno, se podría decir que sí valoras, hasta cierto punto”E2.1 (4.2) “Como muchas veces no la vemos o visualizamos, solo el procedimiento porque es lo importante, para sacar al paciente”E2.1 (13-5) “una enfermera ya con práctica, ya no lo hace”E2.1 (5-5) “son cosas tan pequeñas, tan simples que no nos damos cuenta”E3.1 (7-14) “pasa desapercibida”E2.1 (5-16) “a lo mejor yo la hacía sin querer, bueno, no con ese objetivo, mi objetivo era instalar la venoclisis”E2.1 (4-15)

Tal como lo señala Medina⁴³, cada vez que el estudiante se acerca a la persona que cuida, hay conocimiento teórico y habilidades tácitas de la valoración que le permiten mirar las necesidades de la persona, inspeccionar las condiciones físicas de la piel antes de realizar un procedimiento que conlleva de manera implícita un razonamiento y juicio clínico⁵ para elegir la vena que va puncionar, determinar el grado de dolor de la persona o reconocer la información importante, pero se soslaya al no reflexionarse de forma consciente.

Aunado a lo anterior, las vivencias en la práctica diaria como la falta de un tiempo y/o espacio específico, propician que el estudiante se adapte y se “acostumbre” a observar, indagar o analizar la información como una acción invisible.

Por la descripción anterior, se puede afirmar que los testimonios que manifestaron los informantes, permiten experimentar los escenarios clínicos que viven los estudiantes y comprender los significados que condicionan su intención de valorar en la práctica cotidiana, lo que da credibilidad al estudio.

Conclusiones

A pesar de que sin la valoración no hay garantía del cuidado, los estudiantes manifiestan que es difícil realizarla, porque no la visualizan en los campos de práctica en un lugar y tiempo específico de manera tangible.

La forma en cómo valora el estudiante a la persona que cuida durante la práctica clínica, está determinada principalmente por los formatos de la institución, la dinámica laboral que propicia la enfermería asistencial y la experiencia subjetiva que vive, situaciones que llevan a “que se vaya acostumbrando” a no apreciarla y mucho menos a realizarla. La repetición continua de dichas circunstancias conduce a que cada vez que recolecte, valide u organice la información referente a las necesidades de salud no la reconozca mediante un pensamiento crítico para la toma de decisiones al momento de ofrecer el cuidado.

Sí el significado de valorar está relacionado con la repetición y la adaptación a esquemas o paradigmas institucionales, entonces la valoración de las necesidades humanas se hace invisible, y sí esto sucede ¿Qué hacer con dichos factores determinantes y con la gama de teorías que los sustentan como indispensables para la ciencia de enfermería?

Los hallazgos presentados son impactantes en cuanto que dan a conocer, por propia voz del estudiante, cómo se adapta a los diferentes contextos que existen al interior de los servicios clínicos que difieren con lo que se aprende en la escuela, por tanto, se hace necesario buscar momentos de reflexión para construir nuevos significados del acto de valorar en la práctica diaria del cuidado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Financiamiento. Ninguno

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Telléz Ortiz S, García Flores M. Modelos de cuidados en enfermería: NANDA, NIC, NOC. México: Mc Graw Hill; 2012.
2. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª. ed. Madrid: Elsevier; 2008.
3. Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª. ed. España: Wolters Kluwer Health; 2014.

4. Alcaraz-Moreno N, Chávez-Acevedo AM, Sánchez Betancourt EM, et al. Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(2):65-74
5. Aguilar-Serrano L, López-Valdez M, Bernal-Becerril ML, et al. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 16(1):3-6.
6. Martínez-Olivares MV, Cegueda-Benitez BE, Romero-Quechol G, et al. Competencia laboral de la enfermera en la valoración por patrones funcionales de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(1):3-8
7. Montesinos-Jiménez G, Ortega-Vargas MC, Leija Hernández C, et al. Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2011;19(1):13-20
8. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos* 2013;24(4):168-77. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000400005>
9. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Organización curricular 2011. México: ENEO-UNAM.
10. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). Perfil del egresado 2011. México: ENEO-UNAM, 2011.
11. Brykczynski KA. Patricia Benner de principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería.* Barcelona: Elsevier; 2007. p. 140-60.
12. Rojas JG, Pastor-Durango P. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Inv Educ Enferm* 2010; 28(3):323-35.
13. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, et al. Proceso de enfermería: de la literatura a la práctica. ¿Qué estamos haciendo? *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(3): 17-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>
14. Reppetto MA, Fernandez de Souza M. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras Enfermagem* 2005; 58(3):325-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300014>
15. Batista-Sánchez MR, Alvarado-Gallegos E. Factores relacionados con la práctica del proceso de enfermería en servicios de hospitalización. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 23(2):83-90.
16. Currell R, Urquhart C. Sistema de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; (3) Oxford: Update Software Ltd.
17. Puga Mira MJ, Estrada Mosquera IC, Novo López S, et al. Valoración de los registros de enfermería informatizados en una unidad de hospitalización. En: SEDEN. Comunicaciones presentadas en el XXXII Congreso Nacional SEDEN. Madrid: SEDEN, 2008 [Consultado: 21 de agosto 2016]; Disponible en: <http://bit.ly/2mjQ6iw>
18. Gutiérrez-Valverde JM, Moreno Monsivais MG. Documentación de Enfermería en el Expediente Electrónico. *Desarrollo Científ Enferm* 2006; 14(1):10-16.
19. Rocandio-Sánchez E, Iturriaga-Cedillo L. Evaluación de las notas de enfermería sobre la atención integral otorgada al paciente. [Tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 2013
20. Morales Loaysa CS. Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
21. Gallegos-Torres RM, Díaz Guerrero R, Hernández Castañon MA, et al. Instrumento de valoración basado en el enfoque de Virginia Henderson. *Desarrollo Científ Enferm* 2008;16(9):396-401.

22. Uc-Chi NM, Cauch-Cob RH, Vázquez Cauch SG, et al. Congruencia entre valoración céfalo caudal y certeza de diagnóstico de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(2):75-82.
23. Teniza Noguez D. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2011;19(1):34-40
24. Vallejo, SJ, Rodríguez, PM. Valoración enfermera geriátrica: Un modelo de registro en residencias de ancianos. *Gerokomos* 2007; 18(2): 72-6.
25. González-Ruiz JM, Núñez Méndez P, Balugo-Huertas S. Estudio de validez de la escala de valoración actual del riesgo de desarrollar úlceras por presión en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2008; 19 (3): 123-31.
26. Herdman TH. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación.* 2012-2014. Barcelona: Elsevier España 2012.
27. Husserl E. Meditaciones cartesianas. En: Spadaro, MG. *La experiencia del ego de Husserl.* Revista de Filosofía 2006; (47): 6-9.
28. Bruner J. La psicología popular como instrumento de la cultura. En: Bruner J. *Actos de Significado.* Madrid; Alianza; 1990.p. 53-54.
29. Blumer H. *El interaccionismo Simbólico: Perspectiva y método.* Barcelona: Hora; 1981.
30. Palacios Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva* 2010; 21 (2): 68-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>
31. Cruz-Rojas L. Significado de la valoración clínica por estudiantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM [Tesis]. México: ENEO-UNAM, 2014.
32. SSA. *Reglamento de ley general de salud en materia de Investigación para la salud.* México: SSA; 1986.
33. Martínez-Salgado C. El muestreo en Investigación Cualitativa. Principios Básicos y consecuencias. *Ciênc. Saúde Colet* 2012; 17(3):613-9.
34. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. *Metodología de la investigación cualitativa.* Granada (España): Ed.Aljibes;1996.p.386
35. Asamblea Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial.* Venecia: Asamblea Médica 1983.
36. Cardoso-Gómez MA, Pascual Ayala R, Moreno Baena GM, et al. Investigación Cualitativa y Fenomenología en Salud. *Vertientes* 2007;10(1-2):25-32.
37. Apps JW. Dirección de un examen crítico en las prácticas de educación permanente. *Rev. Educ. (Madr.)* 1991;294:107-133.
38. Medina-Moya JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.* Barcelona: Laertes; 1999.
39. Martínez Riera JR, Cibanal Juan ML, Pérez Mora MJ. *Metodología y aprendizaje en el espacio europeo de educación superior.* España: Universidad de Alicante. 2010.
40. McFarland M, Madeleine M, Leininger. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería.* Barcelona: Elsevier; 2007. p. 472-497.
41. Ibarra-Mendoza T, Siles-González J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm* 2006;15(55):44-8.
42. Aljama-Corrales E, Ostigüín-Meléndez RM. *La enseñanza clínica en enfermería: un acercamiento multidisciplinario.* México: Instituto Politécnico Nacional, Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales; 2007.
43. Medina Moya JL, *Práctica Educativa y Práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva.* *Enferm Univ Albacete* 2002; (15): 1-23.