

Vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional

Elizabet Ledesma Giraldo

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Enfermería

Asesora:

Marcela Carrillo Pineda

Doctora en Educación y Sociedad

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín

2018

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. ANTECEDENTES	12
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
5. OBJETIVO	19
6. REFERENTES CONCEPTUALES	19
6.1. Aproximación fenomenológica	19
6.2. Acercamiento a la experiencia vivida como punto de análisis de la fenomenología. 20	
6.3. ¿Quién es la enfermera recién egresada?	23
6.4. A modo de conclusión, la recién egresada como sujeto de experiencias vividas	24
7. METODOLOGÍA	24
7.1. Tipo de estudio:	24
7.1.1. Enfoque cualitativo	24
7.1.2. Aproximación fenomenológica:	25
7.1.2.1. Fenomenología interpretativa de Martin Heidegger	25
7.1.2.2. Fenomenología hermenéutica o interpretativa como Método según Max Van Manen	26
I. Volverse a la naturaleza de la experiencia vivida	27
• Orientarse hacia el fenómeno que se estudia:	28
• Formular la pregunta fenomenológica:	28
• Explicar presuposiciones y conocimientos previos:	29
II. Investigar la experiencia vivida en lugar de la conceptualizada:	29
• Participantes	30
• Criterios de inclusión	30
• Criterios de exclusión	30
Enfermera 1	30
Enfermera 2	31
Enfermera 3	31
Enfermera 4	31
Enfermera 5	31

•	Muestreo:	31
•	Preparación de los participantes:	32
•	Recolección de la información:	32
•	Entrevista fenomenológica	32
III.	Reflexionar en los temas esenciales que caracterizan el fenómeno: Reflexión fenomenológica y hermenéutica	34
	Aproximación Selectiva o de marcaje.....	35
	Aproximación Detallada o línea a línea	36
	Aproximación holística o sentenciosa.....	40
IV.	Escribir el fenómeno a través del arte de escribir y reescribir: Escritura fenomenológica hermenéutica:	41
V.	Balacear el contexto de la investigación considerando las partes y el todo:	42
	Criterios de rigor:	42
a.	Credibilidad o autenticidad:	42
b.	Consistencia o replicabilidad:	43
c.	Confirmabilidad o reflexividad:	43
d.	Relevancia:	45
	Aspectos éticos.	45
e.	Identificación del riesgo:.....	45
f.	Evaluación independiente:	46
g.	Valor social y científico:	47
h.	Rigor científico:.....	47
i.	Consentimiento informado	48
8.	HALLAZGOS	49
8.1.	Mapas conceptuales y Transfiguraciones lingüísticas	49
8.1.1.	Enfermera 1: Cristina	45
8.1.2.	Enfermero 2: Mauricio	50
8.1.3.	Enfermera 3: Jenifer	54
8.1.4.	Enfermero 4: Camilo	59
8.1.5.	Enfermera 5: Sandra	62
8.2.	Temas de la experiencia de ser enfermera recién egresada	67
8.2.1.	No sentirse enfermera: ¿Ser enfermera o ser jefe?	68
8.2.2.	Sintiendo Miedo	73
8.2.3.	Aprendiendo a ser enfermera	78

9. DISCUSIÓN	88
9.1 El espacio vivido: entre la universidad y la práctica profesional	88
9.1.1. El servicio como espacio de aprendizaje.	90
9.2. El otro vivido: Del miedo a equivocarse con el otro hasta aprender de él.	92
9.2.1. El miedo a equivocarse con el otro	92
9.2.2. La mutualidad como comunidad de aprendizaje	94
9.3. El aprendizaje de “aquello necesario”: entre el cuerpo y el tiempo vivido	97
10. CONCLUSIONES	101
REFERENTES BIBLIOGRAFICOS	104
10. ANEXOS	112

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de análisis de la información.....	35
Figura 2. Abordaje selectivo.....	36
Figura 3. Abordaje detallado.....	37
Figura 4. Matriz de análisis.....	38
Figura 5. Mapa conceptual Enfermera 1.....	45
Figura 7. Mapa conceptual Enfermera 2.....	50
Figura 8. Mapa conceptual Enfermera 3.....	54
Figura 9. Mapa conceptual Enfermera 4.....	59
Figura 10. Mapa conceptual Enfermera 5.....	62

Lista de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.....	112
Anexo 2. Preguntas utilizadas en la profundización.....	115

RERSUMEN

El Presente estudio tiene como objetivo comprender las vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional. Surge a partir una motivación personal por ahondar en el proceso de formación de los profesionales en esta disciplina y en los distanciamientos teórico- prácticos en el inicio del ejercicio profesional. Así pues, la literatura contemporánea reporta que tanto social como profesionalmente se espera de la enfermera recién egresada la capacidad de realizar un ejercicio autónomo y competente de su práctica, sin embargo, estas no se sienten listas para realizarla de manera independiente causando altos niveles de estrés, angustia, decepción y deserción laboral en las nuevas enfermeras.

Esto ha motivado el estudio sobre la práctica de la enfermera recién egresada en otros contextos pero sin preguntarse específicamente por la vivencia propia de ésta. En Colombia, son pocos los trabajos encontrados sobre la enfermera recién egresada. Algunos indagan por las condiciones laborales y su relación con la satisfacción laboral, por la caracterización los egresados y por el desempeño laboral de éstos. Sin embargo, no se hallaron estudios que se preguntaron directamente por la vivencia propia de la recién egresada.

Plantear un estudio con el que se pregunte por las vivencias de la enfermera recién egresada durante el primero año de ejercicio profesional en nuestro contexto, es importante pues puede darnos herramientas para comprender la forma en la que éstas se acercan a la práctica profesional y así mejorarla, centra la mirada en la riqueza propia de la experiencia vivida de la práctica clínica como eje del desarrollo disciplinar, puede generar aportes para comprender las necesidades de formación y para preparar a las enfermeras de manera acorde a las exigencias de la práctica, el contexto y los pacientes, y puede ayudar a dar respuesta a los interrogantes propios de la naturaleza experiencial de la práctica profesional de enfermería.

Para ello, se plateó una investigación con enfoque cualitativo con aproximación fenomenológica interpretativa, desde la perspectiva filosófica de Heidegger y metodológica de Van Manen. Las participantes fueron cinco enfermeras recién egresadas con experiencia profesional entre tres meses y dos años quienes permanecieron en un servicio específico por lo menos los tres meses previos a la participación en la investigación y que trabajaban en hospitales de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. El muestreo se llevó a cabo por bola de nieve. La recolección de la información fue realizada por la investigadora principal y se usó como técnica la entrevista a fenomenológica, con un promedio de dos sesiones por participante, para un total de 9 entrevistas.

El análisis se hizo desde la perspectiva fenomenológica de Van Manen con un abordaje inicial selectivo, un abordaje detallado y un abordaje holístico que llevó a la construcción de cinco transfiguraciones lingüísticas una por cada participante y a la identificación de los tres temas esenciales de la experiencia de ser enfermera recién egresada. El primer tema se denominó “No sentirse enfermera: ¿ser enfermera o ser jefe?”, el segundo tema tiene que

ver con “sintiendo miedo”, y el tercer tema se asoció a “aprendiendo a ser enfermera”. Estos temas son, por ultimo discutidos y reflexionados a la luz de los cuatro existenciales planteados por Max Vanen que representan las categorías de análisis centrales y se denominaron: El espacio vivido: entre la universidad y la práctica profesional; el otro vivido: del miedo a equivocarse con el otro hasta aprender de él y el aprendizaje de “aquello necesario”: entre el cuerpo y el tiempo vivido.

Por ultimo las vivencia de ser enfermera recién egresada, según las participantes, se da en torno al inicio de la construcción de su identidad como enfermeras, por lo cual transita por un momento inicial de choque en el que se cuestionan el rol que asumen, situación que les genera miedo pero que de manera paralela les concientiza sobre la necesidad de aprender lo necesario para asumir el papel como enfermeras.

Descriptores: Educación en Enfermería; Enfermeras Clínicas; Investigación en Enfermería Clínica;

Descriptores: Nursing Practical; Professional Practice Gaps; Education, Nursing; Registered Nurses

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El propósito de este trabajo es contribuir de manera general a la práctica profesional de la enfermería y en particular a la de los recién egresados. Tiene su origen en el momento en que, después de obtener mi título como enfermera me tuve que enfrentar a la complejidad de las situaciones de cuidado. Periodo en el que parecía que mi formación durante el pregrado había sido insuficiente para enfrentar la práctica real de enfermería que, además, distaba mucho de lo que había vivido como estudiante.

En mis primeras búsquedas, pude constatar que social y profesionalmente, se espera de la enfermera¹ recién egresada la capacidad de realizar un ejercicio autónomo y competente de su práctica profesional, sin embargo las estudios llevados a cabo en diversos contextos, tanto europeos (1) (2), norteamericanos (3), asiáticos (4) (5) (6), muestran que las enfermeras no están listas para realizarla de una forma independiente (7). Así, la enfermera recién egresada se sitúa en medio de dos momentos inciertos: el primero, relacionado con los aprendizajes durante su formación profesional y el segundo, con el ejercicio de su nueva práctica laboral.

Respecto al primer momento, la formación profesional de la enfermera ha sido estudiada y descrita por Medina (8) (9), quien considera que ésta se ha visto sumergida en una racionalidad positivista que promueve como enfoque la producción y transmisión de conocimientos teóricos como fin último de la formación, los cuales terminan siendo inflexibles y separados de los contextos en los que fueron construidos, desconociendo el hecho de que se derivaron de las experiencias profesionales generados a partir de dichos contextos. (8) (9)

En torno al segundo momento, el de ejercicio del nuevo rol profesional, según diversos autores, las nuevas enfermeras manifiestan sentimientos de inseguridad y ansiedad al considerar que no se encuentran lo suficientemente preparados para desempeñarse de una forma adecuada en dicha práctica (10) (11) (12). Esta sensación de falta de preparación podría ser atribuible a la ansiedad que es generada por el miedo de cometer errores durante el ejercicio del cuidado, dado que según Greenwood (10) las enfermeras recién egresadas denotan déficit en términos de manejo del tiempo y la priorización de las actividades, pocas habilidades clínicas y de pensamiento crítico, dificultad para seguir conceptos médicos de forma apropiada, así como también problemas para relacionarse con otros profesionales de la salud (10)

¹ Para términos de esta investigación se hará uso del término “enfermera” para hacer alusión a los profesionales de Enfermería femeninos y masculinos.

Al ahondar en la búsqueda para intentar comprender este fenómeno de falta de preparación pude encontrar que los temas relacionados con la educación y formación de profesionales de enfermería son de gran interés hoy en día (13), y adicionalmente, abundan estudios sobre el tránsito de estudiante a enfermera desde diversos enfoques (1) (3) (4) (14) (15). Por lo que para comprender este problema opté por agrupar dichas miradas en dos vertientes principales: la primera relacionada con el choque que representa el cambio de rol para la enfermera recién egresada y la segunda como consecuencia de las brechas educacionales entre la teoría y la práctica enfermera.

En cuanto a la primer vertiente, el choque que representa el cambio de rol para la enfermera recién egresada, Newton y McKenna (11) consideran que el momento en el que la estudiante se vuelve enfermera y se enfrenta a su primera práctica profesional, es complejo y estresante debido a que el nuevo ejercicio profesional incluye un proceso de socialización en el contexto práctico que abarca no solo el desarrollo de habilidades y comportamientos necesarios, sino también el aprendizaje de las normas y valores asociados a la práctica, para los cuales, como se describió anteriormente, la enfermera no se siente preparada, argumento que apoya Greenwood (10). Mientras fue estudiante, la ahora enfermera, asumía un rol transitorio pues se encontraba sólo de paso; al convertirse en enfermera debe afrontar todas las responsabilidades implícitas para así apropiarse, actuar e interactuar de forma real durante la práctica (11).

Esta sensación de falta de preparación para afrontar la nueva práctica profesional, se nutre y se hace evidente cuando al asumir el rol profesional con todo lo que este implica, la enfermera recién graduada percibe que las expectativas frente a la práctica son diferentes a aquello que experimenta, lo que genera un sentimiento de ambigüedad, separación y choque. Sentimientos que hacen que el momento de transición sea traumático (3) (11).

Para dar entrada a la segunda vertiente desde la cual puede, de igual manera fundamentarse la sensación de falta de preparación, Saifán (16) define “el choque” como el distanciamiento entre la teoría y la práctica, es decir, la brecha existente entre lo que es enseñado durante la formación y lo que se experimenta en la práctica profesional, conclusión a la que llegan diversos autores.(15)(17) Al respecto, Burns (18) reafirma que existe una brecha entre la educación para la práctica que se les ha dado a las enfermeras y los requerimientos reales de éstas para la práctica profesional cotidiana; este distanciamiento refleja la disonancia existente entre los conocimientos y habilidades que los estudiantes de enfermería aprenden y usan de forma segura bajo supervisión académica y aquellos necesarios para que la enfermera desempeñe de forma segura una práctica profesional independiente.

A su vez, Brassel Brian and Vallance citados por Saifán (16), consideran que este choque y la brecha siguiente son fenómenos normales. Asume que el salón de clase jamás podrá dar cuenta de la complejidad de las situaciones de cuidado, por lo que debe comprenderse que

lo aprendido durante la formación no es para la aplicación como tal, sino que la teoría debe iniciar un viaje que la práctica debe continuar, a fin de generar conocimiento y habilidad.

Benner (13) en torno a la adquisición de experticia en la enfermera, ahonda en los distanciamientos entre lo enseñado en el aula de clase y lo vivido en el ejercicio real del cuidado; plantea que se ha hecho una interpretación errónea de la relación entre teoría y práctica, que consiste en el reconocimiento de la existencia de un saber derivado de la cualificación o experiencia profesional que se adquiere cuando las ideas preconcebidas y expectativas son contradichas en un contexto de situaciones reales, generando una nueva perspectiva y oportunidad de aprendizaje sobre la práctica y desde la práctica, una vez la enfermera se enfrenta a situaciones de cuidado (13).

Esta misma autora, en sus estudios desarrolla el tema de la cualificación profesional, la cual se da a partir de la experiencia que aparece como requisito previo para la adquisición de la cualificación. Esta última, es generada a partir de la interacción con los conocimientos traídos por la enfermera y solo es alcanzable avanzando por cinco categorías que fueron desarrollados y adaptados al contexto de enfermería basada en los estudios realizados por Dreyfus y Dreyfus (19). Estos autores, enumeraron el proceso para la adquisición de habilidades en los siguientes estadios: Principiante – Principiante Avanzado – Competente – Aventajado y Experto. En sus estudios, identificó y describió las competencias necesarias para la práctica experta de las enfermeras en un contexto de cuidado clínico cotidiano, las cuales agrupó en siete campos de acción y 31 competencias. (13).

La recién egresada como principiante avanzada (18) es aquella enfermera que puede realizar una ejecución del cuidado de forma aceptable, pues ya ha afrontado un número de situaciones prácticas que le permiten identificar los componentes significativos en éstas, pero que aun así, requieren un respaldo en el ámbito clínico para establecer un orden de prioridades, dado que sus acciones se basan en pautas generales pues apenas empiezan a percibir los rasgos significantes en experiencia clínica.

Hasta este momento me quedaba claro que los estudios entorno a la práctica de la recién egresada se habían abordado desde la mirada de los estudiantes próximos a egresar (20), de las enfermeras debutantes (21) (22) (23) (24), de las enfermeras expertas que trabajan con ellas (25) y de los empleadores (11); y que se habían incluido enfoques cualitativos (4) (26) (27), y unos cuantos mixtos (25) (28). En su mayoría se presentaban como estudios desde la perspectiva etnográfica y de la teoría fundamentada que describían los sentimientos de falta de preparación, angustia, miedo y choque respecto a la incursión en el nuevo rol (1) (3) (4); y que se había ahondado en el proceso de transición del estudiante a enfermera (4) (10) (11) (14) (15). Además, se encontró que se ha dado ya por sentada la brecha existente entre la educación, la práctica y sus requerimientos (18); y la incongruencia entre lo que es enseñado en el aula de clase, es decir, el ideal del cuidado y lo que es palpable en las situaciones reales de enfermería (16).

Adicionalmente, se encontró que se ha dado relevancia al asunto de la práctica como eje del desarrollo profesional y disciplinar, con lo que se han hecho aportes importantes a la comprensión de la adquisición de la experticia en el campo clínico (10). De esta manera, aunque dejan claras las cualidades y las formas de asumir las diferentes situaciones de cuidado, no profundizan desde una perspectiva ontológica sobre cómo la enfermera, transcurrió por esta primera parte de su ejercicio profesional, es decir, sobre la experiencia misma de ser enfermera recién egresada al comprender que ésta representaba una vivencia única, subjetiva y singular.

Al respecto, los estudios más cercanos que se encontraron fueron los desarrollados por Duchscher (21) (22) (23) desde el 2001, quien contaba con investigaciones que se interesaban por la experiencia de las nuevas enfermeras durante sus primeros 12 meses de ejercicio laboral. Para ella, el inicio de la práctica profesional representa un proceso de transición, un viaje tanto profesional como personal, en el que las enfermeras atraviesan por tres etapas: “Doing” (hacer), “Being” (ser) y “knowing” (saber) (23). De manera similar, otros estudios relacionados seguían inclinándose a otras problemáticas en términos del nivel de satisfacción laboral y su repercusión en la retención laboral de las nuevas enfermeras (14) (29).

Todas estas investigaciones se encontraron en otros contextos, europeos (1) (2), norteamericanos (3) y asiáticos (4) (5) (6), dada la problemática que existe sobre la falta de enfermeras (21) (22) (23). En Latinoamérica, en torno a los recién egresados, se identificaron estudios, en su mayoría Mexicanos (30) (31) (32) que se centraron principalmente en evaluar la coherencia de los contenidos curriculares con los requerimientos laborales que exige el contexto (30) desde la perspectiva de los egresados y de los empleadores. Además, se hallaron estudios sobre el desempeño de los recién egresados desde la perspectiva de los empleadores (31) y también otros que se relacionan con la incorporación de las egresadas de enfermería al contexto laboral, desde una perspectiva fenomenológica (32). Así mismo, resaltaron las investigaciones enfocadas al seguimiento de los egresados por diversas universidades como forma de evaluar sus diseños curriculares (33) (34) (35)

En el contexto colombiano en particular, son pocos los trabajos encontrados sobre la recién egresada. Entorno a esta, se encontraron estudios generales que indagan por las condiciones laborales (36) y su relación con la satisfacción laboral (37), por la caracterización los egresados (38) y por el desempeño laboral de éstos (39) (40) (41). Dentro de estos estudios, no se encontraron en el contexto Colombiano, trabajos que indagaran directamente por la vivencia del recién egresado. Por lo anterior, es pertinente indagar por la comprensión de cuál es la vivencia de la enfermera recién egresada durante su primer año de práctica profesional. Conocer esta vivencia puede ser útil, en la medida en que podrían identificarse elementos importantes para disminuir las dificultades que las enfermeras tienen durante ese

primer año y generar algunas estrategias para mejorar la práctica profesional en ese inicio e labor.

2. ANTECEDENTES

Los estudios encontrados entorno a las enfermeras recién egresadas son diversos. Estos estudios surgen a partir de la preocupación existente en las instituciones de formación y las contratantes frente a un creciente fenómeno del abandono profesional por parte de las nuevas enfermeras (42) (43) (44) (45). A raíz de esto, se vieron en la obligación de indagar sobre los sucesos que acontecían en el momento en que se producía el cambio de rol de estudiante a enfermera para comprender el motivo por el cual se producía el abandono laboral y así generar estrategias para mitigarlo y promover la retención laboral.

Los estudios revisados para la presente investigación pueden agruparse, primero partiendo de la identificación del choque que produce la nueva práctica profesional (2) (3) (7) (21) (22) (23) y las necesidades de preparación de las recién egresadas identificadas allí (1) (7) (10) (11) (12) (16), segundo el proceso de transición de estudiante a enfermera (21) (22) (23) (42) y tercero la necesidad de generar procesos de acompañamiento que favorezcan la transición (4) (14) (15) y ayuden a la retención laboral (42) (43) (44) (45).

2.1. Choque con la realidad y necesidades de preparación de las enfermeras recién egresadas

En 1974, Kramer (46) condujo un estudio con enfermeras recién graduadas en los Estados Unidos, donde encontró que estas se enfrentaban a un fenómeno de “choque con la realidad”. Este choque fue definido por ella como el momento en el que las nuevas enfermeras asumen roles clínicos y se enfrentan al sentimiento de falta de preparación para los papeles ante los cuales creían estar preparadas, momento en el cual evidencian la separación existente entre la formación profesional y las nuevas exigencias de la práctica (28). Aquí se evidenció en primera instancia la falta de preparación para el ejercicio profesional de las enfermeras recién egresadas.

Sobre esta separación, en 1999, Newton (20) identificó que los estudiantes se sentían poco preparados en aspectos relacionados con el conocimiento, así como en habilidades para la práctica profesional, y percibían que no estaban listos para asumir el futuro rol de profesional de Enfermería, al conducir una investigación con enfermeras en formación previo a su graduación; en él indagó sobre las percepciones que éstos tenían frente a las formas en las que se acercaban al conocimiento.

De la misma forma, Clark y Holmes (7) encontraron que los supervisores de las enfermeras recién egresadas tienen bajas expectativas en cuanto a la práctica de las nuevas enfermeras.

En un estudio realizado en Reino Unido con 105 enfermeras recién egresadas y cinco supervisoras de enfermería, encontraron que las nuevas enfermeras no están listas para una práctica profesional independiente puesto que les resulta difícil la integración de los conocimientos al momento del cuidado. Además, se destacan las debilidades de las nuevas enfermeras en el desarrollo de actividades técnicas, al punto de hacerlas equiparables a las habilidades mostradas por estudiantes de último año (7)

Estudios como estos concluyeron que no se podía asumir que las nuevas enfermeras fuesen competentes y cualificadas para la práctica independiente sin supervisión, a lo que se le sumaba otra problemática, y era que las bajas expectativas de las enfermeras supervisoras y de los contratantes aumentan la falta de confianza y el sentimiento de vulnerabilidad que tienen las enfermeras recién graduadas sobre si mismas (7) (47).

Por su parte, empezó a gestarse otra corriente de investigaciones con las que se buscaba evaluar los resultados de la educación de enfermería para la adquisición de competencias según los requerimientos de la práctica. Mumminen, Laine et al (48) utilizaron una escala de competencia en enfermería a 141 enfermeras supervisoras y 86 educadoras, donde encontraron diferencias significativas en los conceptos que estas tenían sobre el desempeño y competencia de las enfermeras recién graduadas.

Entre esas diferencias significativas, se destaca que para las educadoras el nivel de competencia de las enfermeras nuevas era notoriamente más alto en comparación a la evaluación realizada por las supervisoras, quienes consideran que el desarrollo de competencias básicas de las nuevas enfermeras era inferior al esperado (48).

Burns (18), en un estudio realizado en el 2008 en Estados Unidos, se acerca al tema de las competencias de las enfermeras recién egresadas como una forma de cerrar la brecha entre teoría y práctica. Parte del reconocimiento de la brecha existente entre la educación que se da para la práctica profesional de enfermería y los requerimientos de ésta. Mediante la aplicación de una escala de desempeño, mide cuál es el nivel de competencia de un grupo de enfermeras próximas a la graduación y cómo dicho nivel está influenciado por las instituciones de las cuales egresa y por las estrategias de enseñanza/aprendizaje usado en los diferentes programas (18).

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se propuso generar espacios de enseñanza y el pensamiento clínico mediante estrategias novedosas que involucren el desarrollo de juicio clínico en situaciones prácticas emergentes de forma tal que impacten el desarrollo de competencias de las nuevas enfermeras (18).

2.2. El proceso de transición de estudiante a enfermera

El proceso de transición de estudiante a enfermera es considerado por Marrero (32) como uno de los mayores pasos que dan las nuevas enfermeras al iniciar su carrera profesional, esto se da debido al choque con la realidad ya descrito (10) (11) (16) (21) (22) (46) en

donde las nuevas enfermeras perciben que no están suficientemente preparadas para asumir de manera eficaz las actividades profesionales (5) (18) (20) (48) (49) (50) (51).

Sumado a esto, la nueva enfermera se enfrenta a lo que la literatura denomina como violencia en el lugar de trabajo (6) (26) (28) fenómeno que se refiere a los constantes señalamientos, falta de apoyo y críticas a las enfermeras recién egresadas al portar las características antes descritas. Dichas situaciones hacen que el momento de transición de estudiante a enfermera sea estresante, angustiante y traumático (5) (18) (20) (48), hasta el punto de generar pérdida del interés por la profesión, abandono laboral y un consecuente déficit de en términos de fuerza laboral.(21) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) Así pues, los estudios en torno a la transición van desde la descripción de sus características (21) (22) (23), hasta las formas de afrontarlo (53) y tienen en cuenta las diferencias sustanciales que aporta el contexto sociocultural en el que se produce.(54)

Basada principalmente en los estudios de Kramer (46) (57), Duchscher realizó en el 2001 (21) una investigación con cinco enfermeras recién egresadas con el fin de explorar como estas enfermeras percibían sus primeros seis meses como profesionales en el marco del desarrollo e implementación de estrategias para retener el personal, por lo que le permitió comprender los procesos de socialización y profesionalización de los nuevos graduados de enfermería, a fin de que se mejorarán los proceso de orientación de la práctica y el entorno laboral. Donde encontró que para estas, los primeros seis meses de práctica representan un viaje, un proceso de búsqueda durante el cual las participantes llegaban a conocerse como profesionales y como individuos separados de su rol como estudiantes. Como resultado planteo las características y sentimientos que vivían las enfermeras en los 6 primeros meses de práctica (21).

Adicionalmente, Ellerton en 2003 (50), con el objetivo de describir desde la perspectiva de las enfermeras nóveles las experiencias en el proceso de transición de la universidad al campo clínico y la adecuación de la preparación que proveen los programas de enfermería para ejercer el rol en el dicho campo, encontró que en los primeros tres meses las nuevas enfermeras centran su atención en los desafíos diarios que encuentran en el campo laboral así como en las estrategias que usan para aprender a manejarlos. A raíz de esto, estas enfermeras no reconocen la importancia del conocimiento académico sino que valoran más la capacidad de llevar a cabo las actividades prácticas, razón por la que realizan los procedimientos y actividades aun cuando no entienden los resultados de éstos al estar enfocadas solo en cumplir con las actividades más que en reconocer su implicación en el contexto general del paciente.

En el 2013, Lee et al (53), expuso que en el contexto asiático, hay un patrón general en el proceso de transición de las nuevas enfermeras para convertirse en miembros experimentados del equipo clínico, y éste se da como un viaje en el que luchan “por ser parte”, el cual se caracteriza por tres temas: ser nuevo como ser débil, enmascararse, internalizar lo irracional y transformarse para obtener una posición. Para él desde la

perspectiva occidental las nuevas enfermeras están en un proceso de transición de novelas a expertas, mientras que desde la perspectiva oriental, las nuevas enfermeras están en un proceso de transición de “outsider” (forastero, extraño) a “insider” (que hace parte).

Fue Duchscher (21) (22) (23) quien propuso la teoría de la transición donde describe nuevamente como las nuevas enfermeras progresan a través de tres etapas hacer, ser y saber. Al considerar que las nuevas enfermeras experimentan una transición cuando inician la práctica profesional que no está separada de los procesos de socialización y profesionalización. Así plantea que durante los primeros 12 meses de experiencia se viven problemáticas emocionales, intelectuales, físicas socioculturales predecibles que se presentan de manera secuencial y a modo de patrones en los ámbitos personales y profesionales.

De estos estudios se destaca la importancia de generar estrategias que mejoren el proceso de transición, de forma que pueda ser menos traumático para las nuevas enfermeras.

2.3. Programas de acompañamiento

Los estudios anteriormente planteados sobre el choque con la realidad, las necesidades de preparación de las enfermeras recién egresadas y el proceso de transición de estudiante a enfermeras evidenciaron las necesidades de generar espacios de acompañamiento a las nuevas enfermeras con el fin de ayudar a que este paso no sea tan traumático de forma que puedan generarse mejores cuidados y promover la retención laboral de las nuevas egresadas (3) (4) (7) (11)

Por ejemplo, en el estudio realizado por Mumminen (48) se resaltó la necesidad de construir entre las enfermeras, las educadoras y las supervisoras, un consenso sobre las competencias requeridas por las enfermeras recién egresadas y los niveles de desarrollo de éstas, para un ejercicio autónomo de la práctica, con el fin de apuntar al desarrollo profesional desde el inicio de la educación hasta el fin de la carrera y obtener bases claras para que los educadores provean los pilares para el desarrollo curricular. (48)

Newton and Mckenna (11), exploraron en el estudio titulado “*The transitional journey through the graduate year: a focus group study*” llevado a cabo con 25 enfermeras de cuatro hospitales de Australia, cómo las enfermeras graduadas desarrollan el conocimiento y las habilidades durante los programas post- graduación. Estos programas son ofrecidos por las instituciones de salud a fin de generar espacios para la que los recién egresados realicen su transición de estudiantes a profesional y fortalezcan las habilidades y conocimientos necesarios para una práctica competente del cuidado. (11) (14)

En este estudio se describe cómo a través del tiempo y de las experiencias vividas en los programas de orientación (3) (14), la enfermera adquiere habilidades y destrezas para afrontar las situaciones cotidianas de la práctica haciendo énfasis en el manejo del tiempo, la asociación de la teoría a la práctica y la resolución de los problemas clínicos. Por ello,

see concluyó que el año siguiente a la graduación es fundamental para el desarrollo profesional y personal de las enfermeras, además, afirma que la preparación de los estudiantes previa a la graduación es ineficaz para disminuir el choque que se presenta una vez asumen el rol profesional (21) (22) (23).

Scott and Keehner (3), se preguntaron por la influencia que tienen los factores personales, la orientación y la educación continua de un grupo de enfermeras recién egresadas en Carolina de Norte, Estados Unidos, en relación con la satisfacción y la retención laboral. Como resultados encontraron que existe una gran relación entre la satisfacción laboral y el proceso de orientación que las enfermeras recibieron en su periodo de transición de estudiante a enfermera, dado que las enfermeras habían sido parte de programas de apoyo durante su primer año de egresadas demostraron una mayor satisfacción en su ejercicio profesional y un índice de retención laboral mayor a aquellas en situación contraria.

Como conclusión, estos estudios resaltaron la importancia de la estandarización e implementación de programas de apoyo a las enfermeras recién egresadas en su primer año de ejercicio no sólo para el desarrollo de las competencias necesarias sino como una forma de impactar los índices de satisfacción y asegurar la retención de las nuevas enfermeras en la práctica profesional (3)

Como se ha descrito, alrededor de la enfermera recién egresada en su primer año de práctica profesional se han realizado estudios desde diferentes perspectivas tanto cualitativas como cuantitativas, que incluyen los fenómenos de transición, la adquisición y desarrollo de competencias y las necesidades de acompañamiento para un ejercicio competente y para la retención laboral. (28) (58) (59)

2.4. Las vivencias de las enfermeras recién egresadas

En cuanto a las vivencias de las enfermeras recién egresadas, Marrero (32) (60) entre el 2009 y el 2014 llevo a cabo un estudio con enfoque fenomenológico cuyo objetivo fue comprender las vivencias de las enfermeras en su paso de estudiante a profesional al comenzar a trabajar en instituciones sanitarias de Tenerife, en España. Para ello entrevistó a un grupo de 20 enfermeras egresadas de la universidad de la Laguna que comenzaron a trabajar en instituciones sanitarias en Tenerife. Este estudio arrojó que las participantes manifiestan encontrar diferencias entre las ideas que tienen de su formación con la realidad laboral asociadas a la carga de trabajo o la rotación de servicios. Estas diferencias propician sentimientos de inseguridad y la falta de preparación como profesiones. (32) (60)

De manera similar Clark y Spinger (61) se preguntaron por la experiencia vivida de las nuevas enfermeras y encontraron que estas las describían como una experiencia en medio del caos, con sentimientos de estrés asociados a la sensación de no saber y como un proceso de continuidad en el aprendizaje, resultados que fueron apoyados a su vez por Parker, Giles & Mcmilan (62) y Ortiz (63)

Aun así, ha sido poco lo que se ha enfatizado en la vivencia propia desde la perspectiva de la enfermera y en la forma como ella construye o transita hacia la experticia en su práctica profesional. Por este motivo, el presente estudio se centra en comprender la vivencia de las enfermeras recién egresadas en el primer año de ejercicio profesional

3. JUSTIFICACIÓN

Plantear un estudio con el que se pregunte por las vivencias de la enfermera recién egresada durante el primero año de ejercicio profesional en nuestro contexto, resulta necesario e importante, por cuatro razones principales. La primera razón radica en que estudiar las vivencias de las nuevas enfermeras puede darnos herramientas para comprender la forma en la que éstas se acercan a la práctica profesional y así mejorarla. La segunda razón, es la de destacar y poner la mirada en la riqueza propia de la experiencia vivida de la práctica clínica como eje del desarrollo disciplinar. La tercera, desde una perspectiva educativa, donde se pueden dar aportes para comprender las necesidades de formación y para preparar a las enfermeras de manera acorde a las exigencias de la práctica, el contexto y los pacientes. La cuarta razón se da al reconocer los aportes metodológicos que puede otorgar un enfoque fenomenológico para dar respuesta a los interrogantes propios de la naturaleza experiencial de la práctica profesional de enfermería.

Desde el punto de vista de la práctica profesional, realizar una investigación con las nuevas enfermeras resulta relevante pues resalta la importancia de la enfermería como práctica. Esto se fundamenta en los postulados de Benner (13), donde se involucra la corporalización (13) (64) (65) del conocimiento adquirido de forma situada. Así pues, permite dar soporte científico a los conocimientos que cotidianamente las enfermeras construyen en el contexto de la práctica clínica así como a la adquisición de experticia a partir de la acumulación de su experiencia (13).

Igualmente, poner la mirada en la vivencia de la enfermera recién egresada nos puede ayudar a describir y comprender la manera en la que ellas encarnan el cuidado, la relación con los pacientes, los temores, las expectativas y los significados construidos entorno a estos. Estos aportes pueden utilizarse para la realización de intervenciones encaminadas a mitigar los miedos y a fomentar la capacidad práctica, el fortalecimiento de los proceso de reflexión y la toma de decisiones en las nuevas enfermeras (13) (18), con el objetivo de conseguir un mejor desempeño y por ende un mejor cuidado a las personas. (52)

Con lo anterior pueden darse herramientas a las instituciones de salud para conocer la forma en la que los nuevos profesionales contratados llegan a la práctica profesional, lo que puede indicar la necesidad conjunta, entre las instituciones contratantes y las formadoras; de implementar estrategias de intervención que ayuden a mejorar el desempeño práctico de la nueva fuerza laboral (18), de acuerdo a las necesidades y perfiles institucionales para el logro de la satisfacción y seguridad de los pacientes. (21) (22) (23)

Desde un punto de vista disciplinar, la vivencia de las enfermeras recién egresadas propicia la generación de nuevo conocimiento que permita dar un aporte para la comprensión de los fenómenos sociales y subjetivos que ocurren en el ejercicio profesional de las nuevas enfermeras (13), los cuales condicionan sus procesos de aprendizaje, de socialización y de construcción de identidad (23), lo cual puede dar bases para comprender cómo la formación profesional y el contexto profesional impactan en las nuevas enfermeras.

Con ello, pueden darse aportes para una mejor formación y un mejor acompañamiento que ayuden a una profesionalización más acorde a las necesidades y metas de la disciplina de enfermería de forma contextualizada (49), al tener en cuenta que se presentan unas condiciones especiales propias del sistema de salud y las condiciones dadas por las construcciones sociales particulares de Latinoamérica y Colombia. Así, el estudio de las vivencias de la enfermera recién egresada puede dar aportes para la descripción y comprensión de éste fenómeno en nuestro contexto particular.

Desde el ámbito educativo, este estudio cobra importancia pues destaca elementos asociados a la formación de las enfermeras y los resalta en el entramado de su vivencia en la práctica. Estos escenarios conllevan a cuestionamientos sobre la necesidad de espacios de enseñanza para el fortalecimiento de temas que Burns (18) y Mumminen (48) definen como pensamiento clínico, juicio clínico y el desarrollo profesional; invitando a su reflexión desde el momento de la formación, para consolidar pilares claves desde los planteamientos curriculares.

En esta misma línea pueden generarse nuevas perspectivas de análisis y comprensión respecto a los acontecimientos en la formación que son relevantes, o no, para las enfermeras una vez iniciada la práctica profesional. Con ello, puede abrirse las puertas para nuevas investigaciones que ahonden no solo en la experiencia de la nueva enfermera desde la misma perspectiva fenomenológica, sino que además mediante otras aproximaciones y enfoques de investigación pueda profundizarse y darse respuesta a las necesidades específicas de la enfermería y de las nuevas practicantes. De manera, podrían desarrollarse currículos más acordes tanto a las necesidades del contexto, como a las necesidades de las enfermeras recién egresadas y señalar si es necesario realizar intervenciones con el objetivo de construir nuevos conocimientos disciplinares que transformen la práctica de la enfermera y que conlleven a un mejor cuidado de los pacientes.

Por último, el aporte que este estudio, desde su perspectiva fenomenológica, se relaciona con la riqueza de su mirada ontológica, al considerar la vivencia de las nuevas enfermeras como una experiencia única y singular, donde ella como sujeto se reconoce como protagonista en el tránsito, construcción de su historia y aprendizaje como enfermera. Así puede resaltarse las vivencias de la práctica como eje para el desarrollo y avance de la enfermería.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las vivencias de la enfermera recién egresadas en el primer año de ejercicio profesional?

5. OBJETIVO

Comprender las vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional.

6. REFERENTES CONCEPTUALES

Los referentes teóricos propuestos presentan, en primera instancia, la perspectiva epistemológica en que se inscribe esta investigación, en segundo lugar, se presenta el sentido de la experiencia vivida, en el marco de dicha propuesta epistemológica y finalmente, en tercer lugar, se presenta, la enfermera recién egresada como principiante avanzada y como el sujeto con quien se va a construir la experiencia vivida.

6.1. Aproximación fenomenológica

La fenomenología es la ciencia de los fenómenos. Este término fue usado de manera indiscriminada por Kant (66) para describir el estudio de los sucesos y los objetos tal como éstos aparecen en la experiencia de los seres humanos. Para Hegel (67), la fenomenología fue la ciencia para conocer la mente.

Por su parte, Husserl (65) transformó la fenomenología en un método descriptivo y en el movimiento principal de la filosofía y las ciencias humanas. Con su fenomenología trascendental describe la forma en la que se constituye el mundo y cómo es posible experimentarlo mediante actos conscientes, por lo cual, describe lo que le es dado al ser humano en la experiencia inmediata, sin preconcepciones ni nociones teóricas (65).

En la obra “The crisis of European sciences and transcedental phenomenology” (68), Husserl enuncia la noción del “mundo dela vida”, es decir, el mundo cotidiano en el que el ser humano vive en actitud natural que está dada por sentada. “El mundo de la vida”, da la posibilidad de una fenomenología orientada de forma existencial donde se describen cómo los fenómenos se presentan en la experiencia vivida, así como en la existencia humana. (65)

Para Husserl la fenomenología no dirige la atención reflexiva al “qué”, sino a la vivencia del “qué” tal como aparece en la conciencia. Para la investigación fenomenológica husserliana, la vivencia es la cosa, mientras que el núcleo es “cómo” las cosas de la vivencia aparecen a la conciencia (65). Por su parte, la conciencia es el único acceso de los seres humanos al mundo pues es en virtud de ser conscientes que somos parte del mundo, en consecuencia lo que podemos conocer tiene que presentarse a la conciencia y lo que quede fuera de la conciencia queda por fuera de los límites de nuestra experiencia humana posible. (65)

Partiendo de Husserl, para Heidegger (65) (69), la fenomenología estudia los modos en los que el ser humano está en el mundo, por lo que es necesario permitir que las cosas del mundo hablen por sí mismas. Por ello, a diferencia de Husserl, para Heidegger la fenomenología es un proyecto ontológico en lugar de epistemológico por lo que en lugar de preguntarse por cómo el ser de las cosas se constituye como objeto intencional en la conciencia que se puede conocer, se preguntó por el significado del ser de los seres (cosas) (64) (65)

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los postulados teóricos y filosóficos de la fenomenología interpretativa de Heidegger (69) (70), quien considera que los seres humanos están “incrustados” en sus “mundos vividos”, ligados a su contexto. Desarrolla en concepto de “Throwness” argumentado que los seres humanos somos “lanzados” al mundo en un tiempo histórico específico, en un lugar específico y en un cuerpo específico, atributos que son definidos como los mundos vividos de la temporalidad, espacialidad, corporalidad y lo relacional y que representan la forma en la que los seres humanos están en el mundo (70).

Para Heidegger (69), la fenomenología busca hacer ver desde sí mismo aquello que se muestra, pero no es visible, y a su vez hacerlo ver tal como se muestra, es “ir a la experiencia misma” a su significado y no a su abstracción; para ello, no separa la razón de la emoción ni el sujeto del objeto, de forma que no se procura comprender el “qué” del objeto, es decir su concepto, sino el “cómo”, su forma de mostrarse, su significado, como experiencia a partir de la existencia (69) (71).

6.2. Acercamiento a la experiencia vivida como punto de análisis de la fenomenología.

La fenomenología como perspectiva teórica y filosófica, retomando la línea Heideggeriana, considera que para comprender las experiencias vividas es necesario aprender a mirar el mundo a partir de las experiencias en el mundo (69) (71) (72) (38), teniendo como meta la comprensión de la experiencia humana tal y como es vivida por el sujeto. Ante esto, para fines de este estudio, siguiendo una línea interpretativa, no se buscarán esencias, temas o

categorías meramente descriptivas, sino que se hará énfasis en el significado de la experiencia vivida (33) (35) (37) (73).

La fenomenología se diferencia de los diversos enfoques de las ciencias humanas, en que distingue entre la apariencia y la esencia, esto significa que la fenomenología siempre se pregunta la cuestión sobre cuál es la verdadera naturaleza o el verdadero significado de algo. La fenomenología nos pide reaprender a ver el mundo tal como lo conocemos en la experiencia inmediata, en otras palabras, la fenomenología no produce observaciones ni relatos empíricos o teóricos, sino que ofrece relatos del espacio, del tiempo, del cuerpo y de las relaciones humanas vividas tal como las vive el ser humano.

Según Van Manen (64), la experiencia vivida es lo que da inicio a la fenomenología y a donde la fenomenología misma se dirige, es el punto de partida y fin de la investigación fenomenológica. Dilthey, citado por Van Manen (64) considera que la experiencia vivida envuelve la forma más inmediata y pre-reflexiva de conciencia sobre la vida, una conciencia propia que obliga al ser humano a ser precisamente consciente de una experiencia mientras la vive, pues solo cobra significado en la posterioridad cuando se reflexiona sobre ella (64).

Por otra parte, Merleau Ponty (74) llama a la experiencia vivida como sensibilidad, dándole un carácter más ontológico de conciencia inmediata. Para Gadamer (75) cuando un algo es nombrado como “experiencia” se le asigna implícitamente la cualidad de un significado intenso que lo envuelve en lo que este autor denomina “totalidad significativa”. En esta línea, para Van Manen (64), las experiencias adquieren ese significado, precisamente, cuando el ser se apropia de ellas y genera con estos procesos interpretativos como meditaciones, conversaciones o inspiración.

Para Van Manen (65) las experiencias tienen una estructura temporal, es decir no pueden ser comprendidas en su inmediata manifestación sino solo reflexionadas cuando ya han sucedido, así la apropiación del significado solo podrá ser comprendida en su total riqueza y profundidad cuando ya ha sucedido, no mientras sucede.

Además, para Dilthey (76), están ligadas unas con otras, a lo que él denomina nexo estructural, esta relación se da en forma de patrones o unidades de significado que se convierten en partes de un sistema de experiencias relacionadas en un contexto, y explicadas desde él mediante un proceso de reflexión sobre su significado.

6.2.1. Los existenciales del mundo de la vida como guía para la reflexión de la experiencia vivida.

Según Van Manen, existen cuatro temas existenciales fundamentales que impregnan los mundos vitales de los seres humanos, de manera independiente a su situación histórica, social o cultural y que son eficaces para guiar el proceso de reflexión durante la

investigación fenomenológica (64). Estos existenciales forman la unidad del “mundo de la vida” los cuales se pueden estudiar de manera diferencial pero en su presencia existencial siempre se requieren unos de otros,

6.2.2. Relacionalidad: El yo – Otro vivido

Para Van Manen, el otro vivido es denominado también relacionalidad o mutualidad. Estas son las relaciones vividas que mantenemos con los demás en el espacio interpersonal que se comparte con ellos (64). De esta forma, cuando se conoce al otro, el ser humano se acerca a este en una forma corporal. Este existencial guía la reflexión al preguntarse cómo se vivencian el yo y los otros con respeto al fenómeno que se estudia, ¿Cómo están conectadas las personas?, ¿Cómo se vivencia el yo en la relación? (65).

6.2.3. Corporalidad – El cuerpo vivido

Se refiere al hecho fenomenológico de que siempre estamos de una forma corpórea en el mundo. Cuando el ser humano conoce a otra persona en su entorno o en su mundo, conoce a esa persona, en primer lugar, a través de su cuerpo. En la presencia física o corporal se devela algo sobre el ser humano mismo, pero a la vez se oculta algo (65). La reflexión de la vivencia puede ser guiada desde la corporalidad al preguntarse cómo se vivencia el cuerpo respecto al fenómeno que se está estudiando ¿Cómo objeto? ¿Cómo sujeto? ¿Cómo los deseos, miedos, alegrías, ansiedades se encarnan en el mundo que el ser humano habita? Mientras el ser humano esta corporalmente implicado con el mundo no se presta atención al cuerpo, por ello Sartre plantea que el cuerpo tiende a vivenciarse en silencio. (65)

6.2.4. Espacialidad – El espacio vivido.

Constituye el espacio sentido y generalmente es pre-verbal pues el ser humano no es consciente de él, no reflexiona sobre él. Aun así, el espacio en el que el ser humano se encuentra afecta el modo en el que se siente y más específicamente, el ser humano se convierte en el espacio en el que está (64). Este existencia guía la reflexión al preguntarse ¿Cómo se vivencia el espacio respecto al fenómeno que se está estudiando? ¿Cómo el ser humano configura el espacio en el que se encuentra, y como este espacio configura al ser humano? (65)

6.2.5. Temporalidad – El tiempo vivido

Éste existencia representa el tiempo subjetivo en oposición al tiempo de reloj o tiempo objetivo. Para Van Manen, el tiempo vivido es una forma temporal de estar en el mundo (65). Este tema guía la reflexión al preguntar cómo se vivencia el tiempo respecto al fenómeno que se está estudiando. A la vez, para el autor, el tiempo y el espacio están íntimamente ligados puesto que el espacio es un aspecto del tiempo y el tiempo se vivencia como espacio (65).

6.3. ¿Quién es la enfermera recién egresada?

Para Burns (16) las enfermeras recién egresadas se enmarcan en la categoría de principiantes avanzadas según los modelos de Dreyfus – Dreyfus (19) (77) y Patricia Benner (13).

El modelo de adiestramiento o capacitación técnica elaborado por los hermanos Dreyfus (19) (77) basado en el estudio de jugadores de ajedrez y pilotos aéreos, plantea que todo estudiante o aprendiz adquiere conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías de eficiencia los cuales son indicativo de cambios en tres facetas generales de la ejecución profesional experta. Este modelo define el principiante avanzado como un aprendiz quien gana experiencia al enfrentarse a situaciones reales, y empieza a desarrollar una comprensión del contexto relevante, le es notorio por señalamiento u observación, los aspectos significativos de diferentes situaciones; así, tras presenciar suficiente número de situaciones ejemplares, el aprendiz empieza a reconocer estos nuevos aspectos, no sólo por regla general específica sino basado en sus experiencias. (19) (77)

Tras la exposición a estas situaciones reales, la actuación del principiante avanzado mejora de forma aceptable llevándole a considerar y aprender más características (fuera de contexto aún), y le enseña lecciones importantes asociadas a las capacidades que busca y que son además necesarias. Es a raíz de la experiencia práctica en situaciones concretas, con elementos significativos, que el principiante avanzado empieza a reconocer que estos elementos están presentes, dada la similitud con ejemplos antes vividos (19) (77)

Patricia Benner (13) realizó una adaptación al campo de la práctica asistencial de enfermería del modelo de adquisición de habilidades e introdujo una nueva perspectiva frente a los distanciamientos entre lo enseñado en el aula de clase y lo vivido en el ejercicio del cuidado, al considerar que se ha hecho una interpretación errónea de la relación entre el conocimiento teórico y el conocimiento práctico, basada en estos postulados define a la enfermera principiante avanzada como las profesionales que han afrontado un numero de situaciones prácticas que les permiten reconocer en situaciones reales componentes significativos de forma que logran reconocerlos y clasificarlos como tales, así comprenden rasgos globales, que sólo pueden detectarse si el sujeto tiene experiencia. (13)

Las enfermeras principiantes avanzadas aun dedican mucho tiempo a la identificación de necesidades y busca un respaldo en el ámbito clínico, requieren, por ejemplo, que se les ayude a establecer un orden de prioridades, dado que actúan basándose en pautas generales, de esta forma los cuidados generales que dispensan al enfermo aun requieren el consejo de enfermeras que hayan alcanzado como mínimo la categoría de competentes en el desempeño de la función clínica, para tener la seguridad de que se atienden las necesidades prioritarias del paciente. (13)

Si bien Benner no establece un periodo de tiempo exacto para clasificar cada una de sus categorías, demarca el alcance de la tercera –Competente- como aquellas enfermeras que han estado expuestas a situaciones similares por dos o tres años; y aunque diferentes estudios (21) (22) (23) enfocados en la práctica de la recién egresadas, les enmarcan en los primeros doce meses de ejercicio profesional, Shoessler y Waldo (24), retomando los estudios de Benner (13) consideran la enfermera recién egresada como aquella cuyo tiempo de ejercicio profesional va desde el inicio de su práctica profesional hasta los 18 meses e incluso dos años de ésta, definición en términos de tiempo que tomaremos para la presente investigación.

6.4. A modo de conclusión, la recién egresada como sujeto de experiencias vividas

Para esta investigación las enfermeras recién egresadas (18) no son simplemente personas que acaba de recibir un título profesional. Ellas son sujetos de experiencias (64) (65), que se construyen día a día en el contexto de su práctica profesional. Las nuevas enfermeras están situadas en medio de dos momentos históricos: la terminación de su formación académica (3) (17) y el inicio de la práctica profesional (10) (11) (21) (22); este momento les genera miedo, estrés, angustia (16) (18) (23) y permean la forma en la que éstas crean significado a partir de la experiencia vivida y las llevan a la construcción de nuevas miradas en torno a su nuevo rol (23).

La recién egresada vivencia su nueva experiencia como enfermera donde el cuerpo es concebido como algo más que su estructura orgánica, el espacio es más que la infraestructura clínica y el tiempo algo más que el recorrido hecho por las manecillas del reloj. (64) (65). Ella corporaliza dicha experiencia para apropiarse de ella, en un espacio y un tiempo revelador de su mundo. (64) (65),

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio:

Se plantea una investigación con un enfoque cualitativo (78) de aproximación fenomenológica interpretativa (69) (70) (71).

7.1.1. Enfoque cualitativo

Este estudio buscó comprender las vivencias de la enfermera recién egresada, las cuales partieron de la experiencia de la enfermera, por lo cual representaron un fenómeno subjetivo que no pretendía ser cuantificado ni explicado, sino, como se mencionó anteriormente, comprendido. La investigadora, como enfermera, fue el instrumento para la recolección y análisis de los datos (70), y no fue ajena al hecho de ser enfermera con un interés específico en la práctica y las vivencias de las enfermeras que recién egresan, por lo cual, sus conocimientos y experiencias previas hicieron parte de su visión para la investigación, aun así, buscó dejar ver solo lo que fue significativo para la experiencia de las participantes. Ante este panorama, se reconocieron las vivencias de la enfermera como fenómenos sociales y simbólicos, atravesadas por los significados que ellas mismas otorgaron como fenómenos vividos (70) (78) y por los valores y motivaciones que los nutrieron (70).

Para términos de esta investigación, se consideró que dichos significados son creados, cuestionados y modificados a partir de las prácticas ejecutadas por los individuos y las motivaciones que les llevaron a realizarlas, por lo que se necesitó un estudio inclinado a la comprensión, el cual fue alcanzado mediante la inmersión en un paradigma interpretativo que asumió la existencia de realidades múltiples, diferentes, que no pueden resolverse a través de procesos racionales y lineales, o ser limitarlos a hechos cuantificable de relaciones causales (9)

7.1.2. Aproximación fenomenológica:

Este estudio retoma algunos postulados filosóficos de la fenomenología interpretativa planteada por Martin Heidegger (69) y los postulados metodológicos de Max Van Manen (64), quien asume los términos interpretativo y hermenéutico como similares.

7.1.2.1. Fenomenología interpretativa de Martin Heidegger

Según Heidegger (68), la palabra fenomenología proviene de “logos” que significa “dejar que algo sea visto” y de “fenómeno” que significa “eso que se muestra a sí mismo en sí mismo”. En esta línea, fenomenología significa “*dejar que lo que se muestra a sí mismo sea visto desde sí mismo, tal y como se muestra a sí mismo, desde sí mismo*” (68). El objetivo de Heidegger con esta definición fue según Van Manen (64) (65), destacar, que la fenomenología se dirige a “dejar mostrarse a sí mismo” algo que está oculto o escondido pero que “pertenece a lo que se muestra a sí mismo de un modo tan esencial que constituye su “sentido y fundamento” (65).

Heidegger (69) se preguntó cómo el ser de los seres (cosas) se muestra a sí mismo a nosotros como revelación del ser mismo, en lugar de preguntarse cómo el ser de las cosas se constituye como objeto intencional en la conciencia que se puede conocer. Dicho de otra

forma abordó lo ontológico en lugar de lo epistemológico, de forma que no fue el conocimiento de los fenómenos sino el significado de su ser lo que se volvió central para la fenomenología interpretativa (64). Es decir se centró en lo que los seres humanos experimentan en lugar de aquello que conscientemente saben (65)

Heidegger(69) consideraba que los seres humanos están “incrustados” (embeded) en sus mundos vividos, ligados a los contextos sociales, culturales y políticos los cuales le dan significado a la experiencia vivida, desde esta perspectiva, en lugar de buscar esencias, temas o categorías descriptivas, la fenomenología interpretativa se enfoca primordialmente en la supremacía del significado (70), por lo cual la fenomenología se rige por la determinación de estudiar los fenómenos tal como aparecen, se muestran, se presentan o se dan a nosotros, dirigiendo la mirada hacia donde se originan y configuran los significados y comprensiones que generan efecto formativo y efectivo sobre el ser.

En esta lógica, la fenomenología busca acceder al mundo que se vive de manera pre-reflexiva, es decir sin la conciencia de éste, destacando la cualidad singular y ordinaria de los fenómenos a través de los cuales se viven la mayor parte de la existencia cotidiana. (65)

Como perspectiva de investigación, la fenomenología se enfoca en los fenómenos subjetivos y asume que las verdades que resultan esenciales para la comprensión de la realidad están fundadas en las experiencias vividas de los protagonistas. Estudiar las vivencias de las prácticas de cuidado, se presenta útil para la Enfermería pues reconoce la experiencia humana de las enfermeras, como un asunto central de su objeto de estudio (73).

7.1.2.2. Fenomenología hermenéutica o interpretativa como Método según Max Van Manen

Para Van Manen (64) (65), la fenomenología en sus múltiples manifestaciones contemporáneas y orientaciones históricas alienta al investigador a ser crítica y filosóficamente consciente de cómo la vida, es decir, las comprensiones cognitivas, emocionales, encarnadas y tacitas; se configuran social, cultural, política y existencialmente. (64)

Para dicho autor (65), la fenomenología hermenéutica es un método de reflexión abstemia sobre las estructuras básicas de la experiencia vivida de la experiencia humana. Para comprender esta definición retoma los términos de “hermenéutica”, “experiencia vivida”, “método” y “abstemia”:

“Método se refiere al camino o actitud para aproximarse a un fenómeno; el termino abstemia significa que reflexionar sobre la experiencia tiene como fin abstenerse de

intoxicaciones provistas por teorías, polémicas, supuestos y emociones Hermenéutica significa que la reflexión sobre la vivencia debe regirse por un lenguaje discursivo y por dispositivos interpretativos sensibles que hacen posible e inteligible el análisis, la explicación y la descripción propios de la fenomenología. La experiencia vivida significa que la fenomenología reflexiona sobre la vida pre-reflexiva o pre-predicativa de la existencia humana tal y como se vive” (65),

Es decir, la experiencia sobre la cual el ser humano no tiene conciencia en cuanto no reflexiona sobre ella, sino que la vive de manera ordinaria, representando así su experiencia vivida en la cotidianidad.

Para lograr comprender las experiencias vividas por la enfermera recién egresada, se tomaron los postulados metodológicos planteados por Max Van Manen quien considera que es posible estudiar las ciencias humanas a partir de lo que denomina como “la interacción dinámica entre seis actividades investigativas”: volverse al fenómeno que realmente nos interesa, investigar experiencia como es vivida en lugar que como se conceptualiza, reflexionar en los temas esenciales que caracterizan el fenómeno, describir el fenómeno a través del arte de escribir y reescribir, mantener una relación pedagógica fuerte y orientada al fenómeno y balancear el contexto de la investigación considerando las partes y el todo (64) (65).

Aun así para el mismo autor (64) (65) el método fenomenológico no puede establecerse como un libro de reglas, un esquema interpretativo, un conjunto de pasos o un conjunto sistemático de procedimientos, por lo que plantea dichas actividades como aspectos metodológicos y características metódicas de la investigación en ciencias humanas que permitirán al investigador escoger o inventar los métodos, las técnicas y los procedimientos de investigación adecuados para un problema o cuestión particular.

Para términos de ésta investigación, las actividades anteriormente mencionadas se abarcaron a lo largo del proceso investigativo, desde la formulación de la pregunta, cruzando por el planteamiento del problema y el análisis hasta la escritura de los hallazgos. Estas actividades son descritas teóricamente a continuación:

I. Volverse a la naturaleza de la experiencia vivida

Centrarse en la naturaleza de la experiencia vivida, es centrarse en la esencia de un fenómeno. La experiencia vivida constituye el punto de partida y de llegada del enfoque fenomenológico, por lo que se tiene como objetivo transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia, la cual se muestre como un reflejo y una apropiación reflexiva de algo significativo donde el lector evidencie su propia experiencia vivida. Para el logro de esta empresa Van Manen

menciona tres aspectos relevantes: Orientarse hacia el fenómeno que se estudia, formular la pregunta fenomenológica y explicar las presuposiciones o conocimientos previos. (64)

- **Orientarse hacia el fenómeno que se estudia:** es la forma inicial de centrarse en la naturaleza de la experiencia vivida, lo cual requiere tener un interés y un compromiso con el fenómeno que se desea estudiar. En este apartado Van Manen trae a colación la necesidad de determinar el tema que se considera adecuado para la investigación fenomenológica, proceso que se logra al cuestionar la naturaleza de la experiencia vivida, es decir, la forma determinada en la que se está en el mundo, y si este fenómeno representa una experiencia que los seres humanos viven para poder orientarse hacia el mundo de la vida desde el interés por aquel fenómeno de forma que pueda plantearse preguntas esenciales sobre dicho fenómeno: ¿qué experiencia humana se considera como el tema central de la investigación? (64). En este estudio, este proceso inicio con un cuestionamiento continuo que como enfermera recién egresada me surgió sobre la forma en la que las enfermeras recién egresadas vivíamos los inicios del ejercicio laboral dado las personas a mi alrededor e incluso yo misma, esperábamos que estuviera lista para asumir el rol profesional, pero lo que vivía en este momento distaba totalmente de estas expectativas. Esta motivación se abordó de forma extensa en el planteamiento del problema y la justificación del presente estudio.
- **Formular la pregunta fenomenológica:** La fenomenología plantea la pregunta concreta: ¿en qué consiste tener una determinada experiencia? Plantear la pregunta fenomenológica representa para Van Manen la base para emprender la investigación, pues el cuestionar algo desde esta perspectiva implica preguntarse “cómo es algo” realmente, ¿Cuál es la naturaleza de esa experiencia vivida?; para la formulación de ésta, este mismo autor recomienda plantearla de forma clara y comprensible pero además considera que debe estar vivida por el investigador, para poder conducir al lector al cuestionamiento profundo sobre aquello que la misma pregunta plantea puesto que en caso de que se plantee de forma rotunda y demasiado directa puede provocar malinterpretaciones o subestimación de la naturaleza investigativa por parte del lector (64). La formulación de la pregunta de investigación, como ya se ha narrado, fue la esencia misma de mi motivación, a medida que viví mi experiencia me continuaba preguntando sobre el asunto de ser enfermera recién egresada pero no encontraba una forma en la que pudiera explicar o agrupar eso que quería investigar ¿Cómo es ser enfermera recién egresada? ¿Cómo se sienten las enfermeras cuando inician su práctica profesional? ¿Qué significa para las enfermeras ser enfermeras recién egresadas? ¿Cómo viven las enfermeras el inicio de su práctica? Todas estas preguntas me recorrían la cabeza pero no encontraba una forma de agruparlas por lo que fue necesario continuar en la elaboración y delimitación del fenómeno de estudio para poder plantearla de una

forma que para mí fuese clara. Me planteé entonces tras numerosas lecturas y discusiones con mi asesora y los seminarios de investigación el ¿Cuáles son las vivencias de la enfermera recién egresadas en el primer año de ejercicio profesional? Pregunta que sentí que recogía los principales aspectos de mi interés.

- **Explicar presuposiciones y conocimientos previos:** Van Manen (65) considera que no es posible dejar a un lado todo aquello que sabemos sobre la experiencia que se ha elegido para el estudio, lo cual representa un problema al denotar que el investigador puede predisponerse a interpretar la naturaleza del fenómeno dados sus conocimientos previos por lo cual recomienda en lugar de “ponerlos entre paréntesis”, explicitarlo aquellas creencias, opiniones, implicaciones, presuposiciones y teorías para así mantenerlas “a raya” y revertir dicho conocimiento exponiendo su carácter oculto. (65). En este ejercicio fue importante traer a la luz que como investigadora soy una enfermera en búsqueda de la experticia profesional, cuyo tiempo de ejercicio profesional durante este estudio estuvo entre los 24 y 36 meses, además de que tengo un interés en los temas asociados con las brechas educacionales y su influencia en la práctica profesional, inclinación que desarrollé desde mi formación de pregrado, por lo que he buscado comprender y describir la influencia de éstos fenómenos en la forma en la que las enfermeras nos acercamos a las prácticas cotidianas de cuidado, claro está, enmarcada en el rigor de la investigación cualitativa y con la clara disposición y deseo de emerger la voz del otro respecto a sus significados, construcciones, tránsitos y vivencias.

II. Investigar la experiencia vivida en lugar de la conceptualizada:

En esta actividad el autor se refiere a la recolección de los datos a manera de relatos experienciales o descripciones de experiencias de vidas en forma de discurso escrito u oral, con el objetivo de obtener material experiencial para la reflexión sobre “la experiencia vivida” cuyo significado es el asunto más importante en la investigación fenomenológica. Merleau Ponty citado por Van Manen considera que “volverse al fenómeno de la experiencia vivida” significa reaprender a mirar al mundo re-despertando la experiencia básica del mundo. (65)

La investigación fenomenológica “toma prestadas” las experiencias narradas por las personas así como las reflexiones que dichas personas hacen sobre sus experiencias para así comprender el significado de un aspecto específico de la experiencia humana, por lo que no son objeto de interés las conceptualizaciones que se hacen de estas experiencias sino la experiencia misma como es vivida. (65)

Van Manen (65) considera que las descripciones experienciales puede ser obtenidas de diferentes fuentes que incluyen: los protocolos de descripción de la experiencia, la

observación, la entrevista, la biografía, los diarios de reflexión, el arte y la consulta de documentación fenomenológica, además considera que puede ser de gran ayuda para tal fin tener en cuenta las raíces etimológicas de las palabras y la búsqueda de expresiones idiomáticas, los cuales al ser sujetos a reflexión aporten la obtención de descripciones directas de la experiencia tal y como es, sin explicaciones causales o generalizaciones interpretativas de la misma. (64).

La recolección de la información se realizó buscando siempre la comprensión de las vivencias de la enfermera recién egresada en su primer año de práctica profesional. Para ello, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- **Participantes:** La selección de los participantes se realizó basada en las preguntas propuestas por Valles (43): ¿Quiénes tiene la información relevante?, ¿Quiénes son más accesibles física y socialmente?, ¿En qué contextos seré capaz de reunir la mayor y mejor información acerca de mi tema de interés? ¿Quiénes están más dispuestos a informar? ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión?
- **Criterios de inclusión:** Enfermeras cuya experiencia en el ejercicio profesional estuvo entre tres y 24 meses, que corresponden a la categoría de principiante avanzado según el estudio realizado por Shoessler y Waldo (24) retomando las categorías de Benner (13) quien los describe como los enfermeros que, si bien logran identificar aspectos relevantes en las situaciones de cuidado, todavía están ceñidos a la norma pues aun carecen de la experticia suficiente para actuar de una manera flexible. Así mismo se incluyeron enfermeras que se hubieran desempeñado en un servicio clínico de la misma especialidad, en un hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, durante al menos tres meses de ejercicio profesional.
- **Criterios de exclusión:** Enfermeras que estuvieran prestando el año de servicio social obligatorio, dado que éstas como enfermeras rurales no se afilian a un servicio o especialidad definida, sino que hacen parte de la orientación general de la institución, generalmente de primeros niveles de complejidad; enfermeras que estén en procesos de inducción, o que se hayan desempeñado como auxiliares de enfermería o con experiencia previa en el área de la salud.

Basados en estos criterios los participantes fueron:

Enfermera 1: Enfermera de 28 años, mujer, soltera, egresada de una universidad pública de la ciudad de Medellín, con un tiempo de práctica de 15 meses perteneciente

al servicio de Nefrología, de una institución pública de cuarto nivel de la ciudad de Medellín

Enfermera 2: Enfermero de 25 años, hombre, soltero, egresado de una universidad privada de la ciudad de Medellín, con un tiempo de práctica de 8 meses, perteneciente al servicio de trasplantes, de una institución pública de cuarto nivel de la ciudad de Medellín

Enfermera 3: Enfermera de 28 años, mujer, soltera, egresada de una universidad pública de la ciudad de Medellín, con un tiempo de práctica de 18 meses, perteneciente al servicio de urgencias ginecobstetricias, de una institución pública de tercer nivel de la ciudad de Medellín.

Enfermera 4: Enfermero de 25 años, hombre, soltero, egresado de una universidad pública de la ciudad de Medellín, con un tiempo de práctica de 3 meses, perteneciente al servicio de urgencias, de una institución privada de tercer nivel de la ciudad de Medellín.

Enfermera 5: Enfermera de 24 años, mujer, soltera, egresada de una universidad pública de la ciudad de Medellín, con un tiempo de práctica de 8 meses, perteneciente al servicio de medicina interna, de una institución pública de tercer nivel de la ciudad de Medellín.

- **Muestreo:** Se realizó un muestreo por bola de nieve (43) (44). La investigadora al hacer parte de una comunidad educativa y asistencial, tuvo cercanía a enfermeras con las características necesarias para la participación en este estudio, quienes a su vez le ayudaron a establecer contacto con colegas que cumplieron con los criterios de inclusión descritos y desearon participar en el estudio.

El contacto con dichas enfermeras, se dio de forma directa o por mensajería en redes sociales: El abordaje en contacto directo se hizo de manera personalizada en los espacios comunes universitarios u hospitalarios; momento en el que se les informó sobre la investigación -sus propósitos y objetivo-, y se les invitó a participar. Al aceptar la participación, se concertó una siguiente reunión en el espacio que la participante consideró más cómodo y allí se llevó a cabo la entrega, lectura y firma del consentimiento informado y así mismo la entrevista.

El acercamiento por redes sociales se hizo mediante mensajería privada, donde de igual manera se les habló sobre el objetivo y propósito de la investigación y la intención de invitarle a participar. Al aceptar, se agendó un encuentro donde se entregó y diligenció el consentimiento informado para dar inicio a la entrevista.

- **Preparación de los participantes:** dado que se buscó comprender las vivencias de las enfermeras, no hubo más preparación de los participantes que el hecho de conseguir el consentimiento informado y su participación en la investigación.
- **Recolección de la información:** Para la recolección de la información y obtención de las descripciones de la experiencia vivida, se hizo uso de las herramientas propias de la investigación cualitativa (78) (79) (80) y de la aproximación fenomenológica (64) (65). Si bien Van Manen (65) (65) considera que el camino más directo para investigar sobre la naturaleza de una determinada experiencia, en este caso, la experiencia de ser enfermera recién egresada, sería pedirle a las enfermeras recién egresadas que relaten por escrito sus experiencias, es de importancia considerar que en general escribir representa una tarea difícil y obtener escritos experienciales se torna aún más difícil para aquellos que son ajenos al método fenomenológico, por lo que según considera el mismo autor hay una gran posibilidad de que los participantes no logren hacerlo. Además de esto, escribir supone una tarea reflexiva, lo que implica limitaciones para la obtención de descripciones libres de experiencias vividas, por lo que siguiendo las recomendaciones del autor, se optó por obtener las experiencias mediante entrevistas fenomenológicas.
- **Entrevista fenomenológica:** La entrevista fenomenológica se usa como medio de exploración y recolección de material narrativo vivencial así como para el desarrollo de una relación conversacional con el otro sobre el significado de su experiencia. Posteriormente este material es usado para la reflexión fenomenológica y el desarrollo de una comprensión profunda sobre fenómeno humano que se estudia. Esta se dirige a narraciones vivenciales pre-reflexivas en lugar de las narrativas culturales u opiniones socio-psicológicas. (65) (65).

Con el uso de la entrevista fenomenológica se intentó comprender las vivencias de la enfermera recién egresada durante el primer año de ejercicio profesional y se siguieron las recomendaciones dadas por Van Manen, en relación con: pedirle al entrevistado que pensara en situaciones o momentos concretos para posteriormente indagar al máximo sobre la experiencia vivida, permitir el silencio como forma de incitar al otro a reunir recuerdos o utilizar la última frase dicha por el participante en tono interrogativo para provocar la continuidad de su discurso (64) (65).

Se realizaron 9 entrevistas fenomenológicas (dos entrevistas a cada participante, exceptuando al enfermero 4 con quien no se pudo concretar la segunda). Cada entrevista fue grabada con un dispositivo móvil haciendo uso de una aplicación pública de grabado de voz, estas entrevistas tuvieron una duración entre 40 minutos y una hora y fueron guardadas como archivos de audio y subidas en una nube

personal y posteriormente se guardaron en una computadora personal para ser transcritas.

La transcripción fue hecha por la investigadora principal en las 48 horas siguientes a su realización y el audio fue reproducido en el software Windows Media Player, por lo menos, en cuatro ocasiones con el objetivo no solo de transcribir sino de darle sentido al escrito con las puntuaciones hechas por los participantes y para corregir posibles errores de transcripción. Por último, se hizo un paso de verificación donde se escuchó nuevamente el audio completo y se hizo lectura de la transcripción para ver el sentido completo y la fidelidad del texto.

Estos archivos transcritos se almacenaron como documentos de Microsoft Word con el código del participante, el número de la entrevista y la terminación “transcripción” (E01-1 transcripción), posteriormente se creó un segundo archivo donde fue editada cada entrevista con el objetivo de hacerla más coherente en términos de pronunciación y sintaxis tanto de las participantes como de la investigadora. Este archivo se denominó en la misma lógica del anterior, pero con la terminación “limpia” (E01-1 limpia), sobre el cual se realizó el primer proceso de análisis.

La totalidad de las entrevistas se llevó a cabo en tres bloques. El primer bloque se realizó entre los meses de abril y junio de 2017, el cual constó de tres entrevistas hechas a tres participantes diferentes y denominadas E01, E02 y E03, las cuales partieron de la pregunta ¿Cómo has sido tu experiencia como enfermera recién egresada? Con esta pregunta se pretendía introducir el tema general de cada una de las vivencias, permitiendo, al mismo tiempo, como lo recomienda Van Manen (31) (32), que fueran los participantes mismos quienes me mostraran los temas esenciales que componían cada una de las vivencias, sin que yo como investigadora introdujera alguno de mis preconceptos. Con el primer bloque de entrevistas se inició el proceso de análisis.

En el segundo bloque se realizaron tres más: E01-2, E02-2 y E03-2 que correspondieron a la segunda entrevista hecha a cada uno de los tres participantes iniciales, y llevaron a cabo entre los meses de Julio y Septiembre de 2017. Para este bloque se usó como pregunta provocadora ¿Cómo es ser enfermera recién egresada? Cambio que se decidió tras varias discusiones con la docente asesora, y la lectura continua sobre la formulación de la pregunta fenomenológica pues la anteriormente planteada no me permitió abarcar la riqueza de la vivencia que pretendía estudiar.

La realización de este grupo de entrevistas partió del análisis previo de las entrevistas ya hechas a partir de las cuales se construyeron preguntas profundizadoras de los aspectos identificados, mapas conceptuales de las

experiencias y redacciones de escritos experienciales, herramientas que fueron usadas para la reflexión conjunta con los participantes en dichas entrevistas. Además se incorporaron las preguntas que iban surgiendo durante la conversación para profundizar en los aspectos que los participantes enunciaban. Con el análisis de estas seis entrevistas se dio la construcción inicial de los temas de la experiencia de ser enfermera recién egresada.

El tercer bloque de entrevistas se hizo con dos participantes nuevos, entre diciembre de 2017 y Enero de 2018, estas se denominaron respectivamente E04-1 y E05-1, a este nuevo grupo de enfermeras se les realizó inicialmente una entrevista, partiendo de la misma pregunta provocadora y siguiendo el mismo esquema: generando preguntas a partir de los temas que se iban destacando en la conversación, pero además introduciendo preguntas sobre las dudas y ambivalencias que tenía de los participantes anteriores de modo que pudiese indagar sobre los temas y asuntos que estos proponían pero además de los que ya se estaban estudiando, con estas se realizó el muestreo teórico. Posteriormente se hizo una entrevista más al participante E05 siguiendo el mismo proceso, con el fin de dar respuesta a las dudas existentes de todo el proceso de investigación. La segunda entrevista del participante E04 no se pudo concretar puesto que no se contó con disponibilidad de tiempo de su parte

III. Reflexionar en los temas esenciales que caracterizan el fenómeno: Reflexión fenomenológica y hermenéutica

La reflexión fenomenológica tiene el propósito de intentar aprehender el significado esencial de una determinada experiencia. Con esta actividad Van Manen (64) (65) hace referencia al análisis para la búsqueda de la determinación y explicación del significado de la experiencia vivida, en este caso, el significado esencial de ser enfermera recién egresada. Aprehender la esencia de un fenómeno implica un proceso de apropiación, esclarecimiento y explicitación reflexivos de las estructuras de significado de la experiencia vivida, significado que resulta multidimensional y estratificado. (64) (65).

Este proceso de reflexión se logra, según él a través las aproximaciones, selectiva, detallada y holística, las cuales simultáneamente deben estar atravesadas por el análisis de los existenciales, el análisis colaborativo y la revisión bibliográfica; El análisis colaborativo y la revisión bibliográfica se dieron de manera implícita debido a la naturaleza de este trabajo investigativo, el cual al realizarse en el marco de un programa de formación estuvo siempre guiado por la asesora principal y bajo la mirada analítica del grupo de docentes y demás compañeros del programa académico en forma periódica. Por su parte, la reflexión de los existenciales a la luz de la experiencia de las enfermeras participantes se presenta en el apartado de la discusión.

En este apartado se presentará entonces, cómo se desarrollaron cada uno de los abordajes selectivo, detallado y holístico tal como se presenta en el siguiente mapa conceptual.

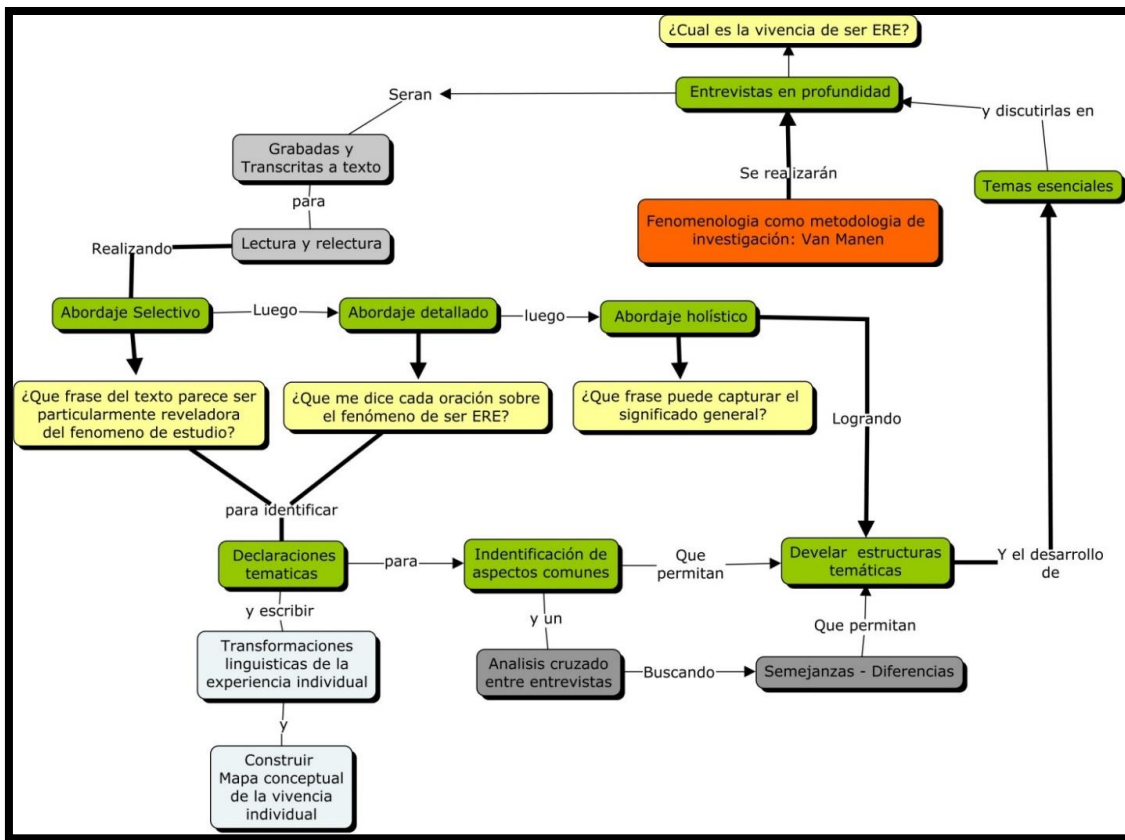


Figura 1. Proceso de análisis de la información.

Vale la pena aclarar que, aunque estos abordajes se presentan en forma separada, su desarrollo implicó un proceso dinámico y cíclico más que lineal ya que cuando se inició el proceso de análisis no fue claro si estas tres eran mutuamente excluyentes o si era necesario pasar por las tres. Fueron los mismos datos quienes me exigieron la utilización de los tres abordajes para intentar llegar a comprenderlos.

Aproximación Selectiva o de marcaje

En esta aproximación, Van manen propone la lectura del texto en varias ocasiones y formulándose la pregunta ¿qué frase o frases parecen particularmente esenciales o reveladoras sobre el fenómeno o la experiencia que se está describiendo? Estas frases son las que se subrayarán o marcarán (64).

Realicé este abordaje sobre el primer archivo denominado “limpio”. Inicialmente hice lo que Van Manen denomina como “lectura y relectura” del texto, planteándome

constantemente la pregunta propuesta. Esto me llevó a la selección de las frases que me parecieron significativas de la experiencia de ser enfermera recién egresada, las cuales fueron resaltadas, tal como se muestra en el ejemplo a continuación. A cada una de estas frases le realicé un comentario que contenía inicialmente el motivo por el cual consideraba que eran significativas, algunas interpretaciones prematuras que me suscitaban, así como ideas que asociaba a dichas frases y preguntas que me surgían alrededor de éstas. Este abordaje me tomó en promedio de dos a tres horas por entrevista.




<p>Entrevista 1 Fecha: 09-11-2017 Hora: 15:00 Lugar: Centro comercial Aventura Duración: 43:02</p> <p>Investigadora: cuéntame cómo es ser enfermera recién egresada y cuál ha sido tu experiencia siendo enfermera recién egresada</p> <p>Participante: cuando salí de la universidad digamos que el día de la graduación todos estaban muy felices, pero una parte de mí no estaba feliz porque ya me iba a ir de la universidad y no concebía eso, como que ¡por dios! ¿en que momento? No estoy preparada, pero no me sentía preparada, no... bueno no me sentía preparada en ningún sentido. ¡Me gradúe, pues que más, todos felices, me quería quedar..., ya empecé a regar hojas de vida por todas partes y a lo que fuera me iba a lanzar y eso es lo que nos toca a nosotros los recién egresados, ir a lo que sea y eso también da mucho temor porque el primer trabajo digamos que también lo va definiendo a uno si uno tiene miedo digamos de caer en un trabajo que no te aporte mucho como profesional inicialmente, pero bueno, empecé a trabajar en otras cosas: fui radioperadora, mientras tanto, mientras regaba hojas de vida sin afán, no tenía como afanes de empezar, simplemente quería que las cosas se fueran como haciendo, al principio, ¿cierto?, después de eso ya como que cada día uno decía, ¡No, cada día me estoy quedando sin trabajo y veía que mis otros compañeros ya comenzaban a tener trabajo y era más... ya empezaba a sentir presión hasta que una vez me llamó un colega y me dijo "ve están recibiendo hojas de vida, tienes la entrevista a las tres" y me fui para allá, me fui para "s", me fui bonita, pero yo nada más iba a entregar la hoja de vida, pero no, resulta que entregué la hoja de vida, me hicieron examen, me hicieron la entrevista y listo "empieza la otra semana" y yo "¿que?, ¿que esto? Dios mío, ¿que es esto?" Yo no sabía que sentir, estaba feliz, pero tenía mucho susto porque bueno, da mucho susto, porque nosotros veíamos por ejemplo a otros compañeros en su primer mes y por ejemplo recuerdo que colocaban un estado que era como "me dijeron que era muy difícil, pero no creí que era tanto" y yo como "¿que? O sea, si eso lo dicen ellos ¿yo que voy a</p>	<p> elizabeth ledesma giraldo Ógualvea eso de no te sustos preparada en ningún sentido</p> <p> elizabeth ledesma giraldo Desde ese momento empieza a compararse con el recién egresado</p> <p> elizabeth ledesma giraldo Se compara con el colega</p>
---	--

Figura 2. Abordaje selectivo

Aproximación Detallada o línea a línea:

Para este abordaje, el autor propone mirar cada frase o cada grupo de frases una por una y preguntarse ¿que revela esta frase o este grupo de frases sobre el fenómeno o la experiencia que se está describiendo? Tras finalizar el abordaje anterior necesité idear una forma en la cual hacer el “abordaje detallado”, para el cual tuve que diseñar un cuadro básico que constó de tres columnas: en la primera consigné la entrevista completa que extraje del formato denominado “limpia”, en la segunda columna asigné el espacio para las “declaraciones temáticas”, que son las frases que se destacaron como significativas de la experiencia de ser enfermera recién egresada una vez iniciado el análisis; y la tercer columna para los la reservé para los memos. Tal como se muestra a continuación:

Enfermera Medicina Interna
Tiempo de práctica: 8 meses
Entrevista 1

	<u>Interview</u>	<u>Thematic Statement</u>	<u>Memmo</u>
1	<p>Investigadora: cuéntame cómo es ser enfermera recién egresada y cuál ha sido tu experiencia siendo enfermera recién egresada</p> <p>Participante: cuando salí de la universidad digamos que el día de la graduación todos estaban muy felices, pero una parte de mí no estaba feliz porque ya me iba a ir de la universidad y no concebía eso, como que ¡por dios! ¿en que momento? No estoy preparada, pero no me sentía preparada, no... bueno no me sentía preparada en ningún sentido.</p>	<p>La ERE no se siente preparada en ningún sentido para iniciar la práctica profesional</p>	<p>Corporalidad</p> <p>¿Cuándo me dices "no me siento preparada en ningún sentido" a que te refieres? ¿A qué sentido?</p>
2	<p>Me gradué, pues que más, todos felices, me quería quedar..., ya empecé a regar hojas de vida por todas partes y a lo que fuera me iba a lanzar y eso es lo que nos toca a nosotros los recién egresados, ir a lo que sea y eso también da mucho temor porque el primer trabajo digamos que también lo va definiendo a uno si uno tiene miedo digamos de caer en un trabajo que no te aporte mucho como profesional inicialmente,</p>	<p>El momento previo a la práctica profesional</p> <p>La ERE siente temor antes de empezar a trabajar de conseguir un trabajo que no te aporte como profesional</p>	<p>¿Por que? podías contar me porque te daba temor caer en un trabajo que de pronto no te aportara profesionalmente, como es eso?</p> <p>Acá para mí hay una intencionalidad clara y es el reconocimiento previo que tiene la ERE de que en la práctica profesional se van a dar procesos de formación y aprendizaje, por lo cual teme llegar a un trabajo donde eso no suceda.</p>

Figura 3. Abordaje detallado

Así pues, la entrevista con las frases ya resaltadas y los comentarios hechos los puse en la columna número uno la de “entrevista”, para a continuación releer oración por oración. Al ser esta mi primera aproximación al análisis fenomenológico, no tenía claro cómo se supone que debía obtener las declaraciones temáticas, por lo que me surgían preguntas como: ¿las declaraciones temáticas corresponden a mis interpretaciones? o ¿se refieren a la misma idea que plantea el participante pero parafraseada por mí?, ¿Cómo debe ser escrita? Así que retomé las lecturas del texto guía donde identifiqué e imité la forma en la que Van Manen (31) realizó sus ejemplos y apoyada en los escritos de Medina (8) (81) asumí las declaraciones temáticas como elementos descriptivos de primer orden.

Las declaraciones temáticas resultan de la mirada a los datos desde de los abordajes selectivo y detallado en cada una de las entrevistas, En primera instancia no sabía qué hacer con todas estas, así que intenté idear formas diferentes de agruparlas, desagruparlas, enumerarlas y en últimas buscarles un “para qué”. Mi primera idea fue releer todos los documentos y agrupar las declaraciones temáticas con un nuevo elemento que rondaba mi trabajo pero que no sabía cómo encajar: por lo que intenté realizar un análisis de las declaraciones temáticas a través de una mirada transversal a los cuatro existenciales planteados por Van Manen (64) (65) (relacionalidad – Temporalidad – Espacialidad – Corporalidad). Así, le asigne un color a cada existencial (rojo para corporalidad, azul para

espacialidad, verde para temporalidad, y lila para relacionalidad) y retomé todas mis declaraciones temáticas repartidas en cada una de las 10 entrevistas y empecé a relacionarlas con cada existencial, hice una base de datos en Microsoft Excel y traté de organizarlos allí enumerándolos:

RELACIONALIDAD						
E01				E02	E03	E04
colega	auxiliar	paciente	familiar			
pero sí, uno se pone a comparar con otras personas que ya llevan más o menos un año y se adaptan mucho más fácil	Me ha parecido también complicado la parte de del manejo del personal, manejar como un punto medio de no ser de pronto un poquito exigente, regañar cuando tiene que regañar y a la vez ser humana con el personal es muy complicado	con los pacientes, en cuanto al contacto con el paciente, le he sacado mucho gusto a mi carrera por eso, porque cuando siente uno que ayuda pues, o sea, eso sí he podido, como que sí es lo que yo quería	Me ha parecido también complicado la parte de del manejo del personal, manejar como un punto medio de no ser de pronto un poquito exigente, regañar cuando tiene que regañar y a la vez ser humana con el personal es muy complicado			por ejemplo como lo que más lo evalúa a uno, porque entregando al colega, entonces como que no he tenido inconvenientes, aunque siempre se le pasan a uno cosas.
pero... de las cosas que yo...	pero... también tiene que...	pero... también tiene que...	pero... también tiene que...			El colega es quien evalúa

Figura 4. Matriz de análisis

Este trabajo me tomó aproximadamente dos semanas, después de las cuales, tras discutir y reflexionar con mi asesora, me di cuenta que estas declaraciones temáticas eran la base para construir las estructuras temáticas, las cuales son agrupaciones similares de declaraciones temáticas que esbozaron y aportaron al inicio de la identificación de los temas posteriormente.

El análisis detallado inicialmente fue abrumador y extenuante para mí, puesto que me tomé alrededor de 12 horas para cada entrevista, así que como investigadora novata creí que no era la forma adecuada. Esto me llevó nuevamente a retomar los textos de Van Manen, donde constaté que no había otra forma de realizar el análisis detallado y comprendí que el proceso que venía desarrollando me permitía desglosar cada parte de la entrevista y asimilar sus significados de manera más profunda. Esta ventaja me dio herramientas para posteriormente convertir cada entrevista en una historia narrada en piezas de rompecabezas que pude armar de forma más clara para ser re-contada de manera organizada pero guardando la voz de los participantes.

En la tercera columna, denominada “memos”, traté de incorporar los comentarios que traía del abordaje selectivo más las nuevas interpretaciones que consideraba tras el abordaje detallado, así como reflexiones de las entrevistas, y nuevas ideas entorno a las relaciones que iba encontrando entre entrevistas: similitudes, diferencias, contradicciones, entre otras.

Sin embargo al finalizar este proceso me invadió la sensación de que eran demasiadas declaraciones temáticas, demasiada información, demasiados textos extensos que no sabía

cómo organizar, ni como asociar. Así que intenté describir esta vivencia de una forma más gráfica que me permitiera conocerla sin tener que releer y releer. Ante este panorama opté, aunque Van Manen no lo incluye en sus pasos, por plasmar toda aquella información que estaba en mi cabeza y en los textos en mapas conceptuales que tuviesen que capturaran la vivencia de cada participante.

La construcción de los mapas conceptuales me permitió comprender aquel mar de datos que tenía en la cabeza y en el texto, para iniciar el proceso de reconocimiento de las complejidades en las relaciones de mi tema de investigación y de sus correlaciones. Estos mapas representaron además mi clave y guía para el abordaje holístico y la construcción de la transformación lingüística. Para su construcción utilicé el software CmapTools. Los mapas conceptuales se hicieron a la par de la lectura continua para el abordaje detallado de forma que se pudieron ir identificando las relaciones e interrelaciones de los aspectos temáticos de la experiencia.

El resultado de las aproximaciones selectiva y detallada también se concretó en la escritura de transformaciones lingüísticas. Van Manen define el proceso de redacción de transformaciones o transfiguraciones lingüísticas como *“la escritura y reescritura de las vivencias en párrafos más sensibles”* (64). Esto, consiste en escribir notas o párrafos a partir de las lecturas y de las actividades de investigación a medida que se van agrupando las declaraciones temáticas de las descripciones hechas por los participantes. Para este autor, la redacción de éstas consiste en un proceso hermenéutico y creativo.

La escritura de la transfiguración lingüística fue un reto más en este proceso fenomenológico pues inicialmente la idea tenida de los textos fenomenológicos propuestos me inspiró el concepto de “narrativa”, pero la narrativa en sí misma conllevaba en mi concepto un construcción propia del participante, la cual era poco probable de lograr, pero los ejemplos dados por los textos guías denotaban una construcción hecha por el investigador.

Según Merleau Ponty (82), “el mundo no es lo que pienso, sino lo que vivo” Para Van Manen esto significó que si se desea estudiar el mundo tal como se vive, es necesario comenzar con una descripción directa de la experiencia tal como esta es (65). Así pues, las primeras transfiguraciones lingüísticas que escribí las hice utilizando las declaraciones temáticas, unidas unas con otras a forma de narración, producto que al finalizar me resultó de difícil unión, incoherente, redundante y frío, allí resultó importante retomar la calidez de los textos transcritos de forma original en los cuales los participantes contaban por partes sus experiencias, esto unido a los mapas conceptuales fueron mi guía para la escritura.

Para ello, inicié la escritura de cada transfiguración lingüística guiada como ya lo mencione, por los mapas conceptuales de manera que pudiera unir coherentemente los diferentes estructuras temáticas, estos textos fueron a su vez utilizados en las entrevistas así como instrumentos para la validación pues fueron enviados a cada uno de los participantes

vía correo electrónico con el fin de que me contaran si al leerlos se veían plasmados y representados allí, además deje abierta la invitación para que nutrieran y corrigieran el escrito como quisiesen. A partir de estas transfiguraciones fue posible además identificar que aunque partí de las frases significativas de cada participante se empezaban a ver asuntos comunes como el desconocimiento, la influencia del proceso de formación, los aprendizajes y otros asuntos que empecé a contrastar con la matriz de estructuras temáticas.

Las transfiguraciones lingüísticas fueron usadas como parte de los resultados pues son los escritos que plasman la experiencia individual, por lo cual serán expuestas en el apartado correspondiente a los hallazgos.

Aproximación holística o sentenciosa:

Aquí se presta atención a los textos como un todo mientras se reflexiona sobre ¿Qué frase puede capturar el significado fundamental o la importancia principal del texto como un todo?, luego se buscará expresar ese significado formulando tal frase de modo que se exprese el significado fundamental o global de un texto (64).

El logro del abordaje holístico fue un proceso paulatino que se dio en sí mismo. Cuando inicié con los dos abordajes no tenía contemplado incluir el abordaje holístico en mi proceso de análisis, pues era demasiado general y, creía que no me permitía aprovechar la riqueza de los datos con los que contaba. Sin embargo, al ir y venir por y entre los datos y lograr avanzar en su comprensión, me di cuenta que había logrado abordar la experiencia de cada uno de los participantes de manera holística gracias a los dos abordajes anteriores.

La pregunta propuesta por Van Manen (64) para este abordaje vino a mi mente cuando intenté iniciar la escritura de los textos experienciales y constaté que si bien encerraban específicamente la esencia de las viviendas de cada participante, no lograba describir un momento exacto o un procedimiento para lograr puntualizar este abordaje, concluí entonces, que tras los abordajes anteriores y la lectura constante de los textos transcritos cabe oportunamente hacerse dicha pregunta, la cual clarificó de forma contundente la dirección de mi trabajo.

El abordaje holístico, a través de una mirada transversal, tanto a las declaraciones temáticas como a las transfiguraciones lingüísticas, me dio la posibilidad de la identificación de los temas que se presentan finalmente en el apartado de los hallazgos.

Saturación teórica

La saturación teórica de la información se logró con las nueve entrevistas realizadas. En primera instancia, como se narró anteriormente, tras el análisis del primer bloque de entrevistas se empezaron a identificar en los datos los posibles temas de la experiencia de ser enfermera recién egresada mediante la agrupación de los aspectos comunes y las divergencias de dichas experiencias. Estos, fueron profundizados en el segundo bloque de

entrevistas, donde además pudieron clarificarse y complementarse las primeras estructuras temáticas emergentes en el estudio. Tras dicho proceso se hicieron claros los temas que eran considerados por los participantes como esenciales de su experiencia vivida.

Posteriormente, el muestreo teórico fue llevado a cabo en el tercer bloque de entrevistas con dos participantes adicionales. Con ellos, mediante el relato de su vivencia se profundizó sobre los temas ya emergentes permitiendo identificar en sus vivencias la existencia de aspectos individuales, pero a la vez comunes que ya habían sido visualizados en las experiencias anteriores, aun así existían aspectos únicos en su experiencia los cuales debían ser rescatados y que se incluyeron como transfiguraciones lingüísticas en el apartado de resultados.

Además de ello, en logro de la saturación de la información se indagó con las participantes, mediante las transfiguraciones lingüísticas, las cuales fueron compartidas con las enfermeras recién egresadas entrevistadas para determinar si este texto daba cuenta de su experiencia como principiantes avanzadas, y dio pie para discutir y complementar sus experiencias en la siguiente entrevista y en otros espacios a concertar.

Cabe destacar el papel de los “memos” para el logro de la saturación de la información. En estos traté de incorporar desde el momento inicial los comentarios que traía del abordaje selectivo más las nuevas interpretaciones que consideraba tras el abordaje detallado, así como reflexiones de las entrevistas, y nuevas ideas entorno a las relaciones que iba encontrando entre entrevistas: similitudes, diferencias, contradicciones, entre otras.

Los memos representaron una herramienta clave para el proceso reflexivo como forma de abrir los datos y considerar aspectos susceptibles de profundizar en próximas entrevistas. Además fueron retomados de manera constante para nutrir el proceso de análisis, discusión y escritura.

IV. Escribir el fenómeno a través del arte de escribir y reescribir: Escritura fenomenológica hermenéutica:

Esta actividad consiste en la escritura del texto fenomenológico. En este trabajo representan la escritura de los temas que se presentaron en los hallazgos y la discusión. Para Van Manen (64) (65) la escritura es el acto mismo de la investigación fenomenológica y la creación de un texto fenomenológico constituye el objetivo principal del proceso de investigación por lo que la escritura no es un aspecto al que se llega al final sino que se va dando a lo largo del acto investigativo (64). El texto fenomenológico es un escrito sensible y reflexivo que va más allá del simple hecho de comunicar información, sino que tiene el fin determinado de ejemplificar la experiencia vivida.

V. *Balancear el contexto de la investigación considerando las partes y el todo:*

En este apartado Van Manen (64) retoma todo el proceso de presentación y propuesta de la investigación fenomenológica, e invita a los investigadores a una reflexión sobre la ética y los efectos de la investigación en ciencias humana. Para esto, tiene en cuenta la naturaleza de la investigación fenomenológica, sus propósitos comprensivo y transformador, por lo que nos exhorta a ser conscientes de los efectos que la investigación tiene sobre las personas participantes y sobre el investigador mismo. Para este cometido, se hizo uso de los siguientes criterios para garantizar el rigor científico durante el desarrollo de la investigación:

Criterios de rigor.

- a. *Credibilidad o autenticidad:* es el valor de la verdad, y permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas tal y como son percibidos por los sujetos, busca que el investigador deje a un lado las conjeturas y se centre en la realidad estudiada, por lo cual se logra cuando los hallazgos son conocidos como reales o verdaderos por las personas que participaron en el estudio (83).

Para tal fin el análisis de la información en esta investigación estuvo siempre enfocado en destacar y hacer emerger la experiencia vivida de la enfermera recién egresada, esto se logró en primera instancia reconociendo mi experiencia como enfermera recién egresada, declarando mis presuposiciones y conocimientos previos para que teniéndolos claros pudiera reflexionar sobre el fenómeno sin que mi experiencia interfiriera en mi labor investigativa. Además, los hallazgos estuvieron siempre en discusión en diferentes espacios académicos, teniendo en cuenta que este proceso investigativo corresponde a la propuesta de trabajo de grado en el marco de una maestría; de igual manera, las transfiguraciones lingüísticas construidas durante el proceso de análisis fueron enviadas a cada una de las enfermeras participantes solicitándoles su lectura y aportes en términos de aclaraciones o correcciones frente a lo que desearon decir. Estos mismos productos fueron discutidos y profundizados a lo largo de las entrevistas. Por último, se realizó una presentación de los hallazgos ante el grupo de participantes y otros invitados para fuesen estos quienes consideraran si el significado de la experiencia de ser enfermera recién egresada descrita en esta investigación era identificada por ellas como real, verdadera y emergente a partir de las vivencias construidas en sus respectivas prácticas.

- b. ***Consistencia o replicabilidad:*** Este criterio de rigor busca la relativa estabilidad de la información que debe recogerse y analizarse sin perder de vista la naturaleza de la investigación cualitativa, de forma que se asegure la credibilidad y la consistencia (83). Los procesos de recolección y análisis llevados a cabo por la investigadora se basaron en la propuesta metodológica de Van Manen (64), se siguieron y describieron de forma detallada y fueron sometidos a revisión y discusión junto con dos asesores, uno cuya línea de interés se apunta a la educación en enfermería en la cual se adscribe el presente trabajo y el otro con experiencia en la investigación fenomenológica. Se llevaron a cabo discusiones con la comunidad académica donde se incluyeron el grupo de investigación en cuyas líneas se inscribe el presente proyecto, y con los grupos de trabajo y espacios académicos de la maestría en enfermería a la cual responde como trabajo de grado el presente proyecto de investigación; a fin de lograr una realimentación en los análisis, discutir y resultados preliminares y finales e identificar inconsistencias. Por último, los resultados obtenidos fueron a su vez comparados y discutidos a la luz de la literatura.
- c. ***Confirmabilidad o reflexividad:*** se denomina también neutralidad u objetividad, criterio bajo el cual los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes, para lo cual se hace necesario que el investigador de cuenta de su papel e identifique sus alcances y limitaciones para controlar los juicios que le provoca el fenómeno o los sujetos participantes (83).

En este ítem partí reconociendo que soy, además de investigadora, una enfermera con un tiempo de ejercicio en la práctica cercano a los 24 primeros meses, en búsqueda de adquisición de experticia y con un interés sobre las brechas educacionales y su influencia en el desempeño práctico profesional, que desde el pregrado he buscado describir y comprender la influencia que tienen dichas brechas en la forma en que las enfermeras viven la práctica de cuidado.

Los participantes del estudio fueron elegidos mediante criterios específicos que iniciaron con el deseo propio de hacer parte de él, y fueron informados de cuáles eran los propósitos y el objetivo de la investigación y se les recordó en todo momento su autonomía para decidir sobre si permanecían como participantes y la opción de abandonar la investigación cuando así lo consideraran.

Con el fin de no fusionar mi voz con la de los participantes, pues era consciente que mi vivencia del fenómeno estaba muy reciente, realicé las siguientes actividades. En primer lugar, no partí de una guía de preguntas estructuradas, sino que basada las recomendaciones de Van Manen (31) (32), partí de una pregunta fenomenológica inicial para dejar emerger los aspectos relevantes que dieran cuenta de sus propias experiencias y no de mis temas preconcebidos como enfermera.

En segundo lugar, una vez iniciado el análisis del primer bloque de entrevistas se identificaron las estructuras temáticas que las participantes consideraron como importantes en su experiencia y que guiaron la profundización en las entrevistas siguientes. Así, a partir de los temas introducidos por las participantes surgieron dudas desde las cuales se construyeron preguntas (anexo 2) para la segunda entrevista con éstos mismos, de forma que, aunque como investigadora fui el instrumento en el recorrido de la recolección y análisis de la información, se buscó que fuera la experiencia que los participantes quieran compartir y consideraran como significativa la que realmente emergiera. Para ello, en todo este proceso fui conciente de cuales eran los aspectos de los datos en los que coincidía con las participantes y en cuales de éstos distaba, intentando en todo momento dar la voz protagónica a las participantes, pues reconocía que como investigadora era a la vez un sujeto de experiencias.

Las entrevistas fueron transcritas en el menor tiempo posible siguiente a su realización y posterior a eso la investigadora realizó el proceso de inmersión en los datos mediante la lectura, relectura, escritura y reescritura de textos experienciales y análisis para la identificación de los temas esenciales que retomen el significado de ser enfermera recién egresada, los cuales fueron estudiados a la luz de la literatura para favorecer su comprensión.

En tercer lugar, con los datos recolectados con cada uno de los participantes se realizó la escritura de las transfiguraciones lingüísticas las cuales sirvieron como insumos para la discusión en la segunda entrevista con cada participante, de forma que ellos estuvieran implicados en el proceso de análisis de su experiencia y pudiesen indicarme si veían plasmada la experiencia narrada en este escrito, si había vacíos, errores de interpretación entre otros. Estas transfiguraciones fueron cambiadas a lo largo del proceso de análisis, de discusión conjunta, por lo cual, al finalizar se compartió con estos mismos participantes el producto final de dicha transfiguración solicitándoles observaciones en los mismos sentidos antes descritos.

En cuarto lugar, durante diversos momentos del proceso de análisis, los resultados parciales fueron sometidos a la evaluación de varios expertos en

investigación y enfermería desde diferentes ámbitos, además de diversas presentaciones académicas en el marco de la maestría. Estas revisiones por parte de la comunidad académica y el acompañamiento constante de la asesora nutrieron la visión del fenómeno a la luz de los participantes.

- d. **Relevancia:** Permite evaluar el logro del objetivo del proyecto y se refiere además a la contribución a nuevos planteamientos teóricos y conceptuales con nuevos hallazgos (83).

Durante este estudio, la recolección de la información y su respectivo análisis se dieron como proceso continuo y se hicieron a la luz del objetivo planteado para el estudio, estos a su vez se diseñaron con base a unas problemáticas identificadas y en los aportes disciplinares que su estudio puede generar.

La importancia de ahondar en las vivencias de la enfermera recién egresada se evidenció en diferentes perspectivas: La primera relacionada con la importancia que tiene la generación de conocimiento sobre la cotidianidad de la enfermera en nuestro contexto, desde una perspectiva ontológica, acercándonos a la práctica más allá de la consecución de habilidades y el paso por los diferentes estados de competencia, para realmente comprender qué sucedía con las enfermeras desde el ser, desde su vivencia.

En segundo lugar, desde el ámbito disciplinar, este trabajo aporta a la comprensión de la experiencia misma de ser enfermera recién egresada, brindando aportes para el mejoramiento de los procesos de formación del nuevo talento en enfermería en Colombia, en miras de brindar un mejor cuidado a los pacientes, y de igual manera, acercarse a la forma en la que las enfermeras viven el primer año puede generar aportes para la disminución del impacto traumático, complejo y estresante y a las implicaciones que esto pueda generar en el desempeño profesional (73)

Aspectos éticos.

Este estudio tuvo en cuenta los requisitos planteados por Ezequiel Emanuel (84) que abordan asuntos tales como la identificación de los riesgos, el valor social y científico de la investigación, la evaluación independiente o posibles conflictos de interés, el consentimiento informado y el respeto por los sujetos inscritos.

- e. Identificación del riesgo: Esta investigación tuvo como objetivo Comprender las vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional y su propósito fue contribuir de manera general a la

práctica profesional de la Enfermería y en particular a la práctica profesional de la enfermera recién egresado. El acercamiento a la naturaleza de las vivencias de la enfermera, que buscó esta investigación fue de carácter interpretativo y comprensivo, dejando a un lado procedimientos experimentales o de intervención. Si bien no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas de variables biológicas o fisiológicas, se establecieron interacciones entre seres humanos capaces de alterar variables psicológicas o sociales de los individuos participantes, y que en algunas situaciones evocaron recuerdos dolorosos, atemorizantes o frustrantes relacionados con las vivencias en la práctica de cuidado, y que resultaron estresantes para algunas de las participantes. Por tal motivo según el artículo 10 de la resolución 0008430 de octubre de 1993 (85) que se encarga de la clasificación del tipo de riesgo de las investigaciones en salud, se enmarcó el presente estudio en la categoría de investigación sin riesgo, sin embargo, mi reflexión como investigadora me lleva a pensar que el riesgo no se da solo en los estudios experimentales, sino que puede darse en la interacción con los participantes para los cuales recordar su experiencia puede ser estresante dando lugar a momentos en los que éste pueda descompensarse de manera emocional o psicológica. Por esta razón se toma esta investigación como de riesgo mínimo.

- La investigadora veló por el bienestar de las participantes, se les garantizó un espacio tranquilo, privado y cómodo donde pudieron evocar dichas vivencias y expresar los significados que se construyeron a partir de éstas, además se les acompañó durante el tiempo que éstas necesitaron para su expresión, permitiéndose un espacio para la calma y el apaciguamiento del momento de crisis. Pese a lo anterior, durante el trabajo de campo se presentó una situación en la que una de las participantes manifestó estar viviendo una situación estresante durante la entrevista. Ante esto, se suspendió de forma inmediata la entrevista, se propició un ambiente de privacidad donde se escuchó a la participante hasta que estuvo tranquila, momento en el cual puse a disposición cualquier tipo de colaboración que necesitara.
- f. Evaluación independiente: Este trabajo se presentó en el marco académico de la Maestría en Enfermería, por lo cual, la investigadora que opta por el título a Magister en Enfermería, lo hizo como única responsable de llevar a cabo todas las actividades de investigación bajo la asesoría metodológica y disciplinar de la docente designada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Los intereses de este trabajo fueron meramente

académicos y no se involucraron instituciones más allá de las dependencias académicas anteriormente mencionadas, por lo cual no se presentaron conflictos de interés con instituciones alternas. Sumado a lo anterior, el diseño de esta investigación fue sometido a múltiples procesos de evaluación teórica y metodológica a la luz de expertos en las líneas de investigación y disciplinares en los contextos académicos, y fue presentado semestralmente ante un grupo de críticos quienes dieron su opinión y sugerencia. El presente trabajo fue sometido a la evaluación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (CEI-FE) quien concedió su aval en acta CEI-FE 017-23

- g. Valor social y científico: como ya se ha mencionado, el presente estudio buscó comprender las vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional., a fin de contribuir al desarrollo de la práctica de enfermería y la del recién egresado. Su valor científico se destaca en el hecho de ser una investigación de carácter disciplinar que aporta al cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería así como a su desarrollo científico, partiendo de la consideración de que existe un saber derivado de la práctica profesional, que ha sido desconocido históricamente en la enfermería; este saber considera la experiencia derivada de la práctica, como un elemento protagónico pues representa un requisito previo al logro de la cualificación profesional y se genera a partir de la interacción de los conocimientos o ideas preconcebidas de la enfermera y su interacción con un contexto de situaciones reales, en este encuentro se generan nuevas perspectivas y la oportunidad de aprendizajes sobre la propia práctica en el ejercicio profesional (13). En esta línea, el estudio y realce de la práctica de enfermería y el reconocimiento de su importancia nutre el cuerpo disciplinar y representan una forma de posicionamiento del papel de la enfermera en el equipo de salud.
- h. Rigor científico: Al ser una investigación con un enfoque cualitativo y de aproximación fenomenológica, se hizo una búsqueda de los significados que construyeron los participantes en sus experiencias vividas, las cuales fueron de carácter subjetivo. Como lo plantea Noreña et al (86), es posible garantizar el rigor metodológico y científico en la investigación cualitativa, reconociendo a la investigadora como instrumento para hacer emerger la voz de los participantes. Para tal garantía incluyeron como criterios de rigor en el estudio descrito los siguientes: credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad o reflexividad y relevancia.

- i. Consentimiento informado (**Anexo 1**): Esta investigación adoptó como pilares para su desarrollo, los postulados planteados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (87) -el cual recoge la mayoría de la regulación ética existente- el respeto por las personas, la beneficencia no maleficencia y la justicia. Para su garantía se realizarán las siguientes actividades:

Los participantes fueron elegidos bajo los criterios de inclusión anteriormente mencionados – Enfermeras cuya experiencia en el ejercicio profesional estuvo entre tres y 24 meses, que durante al menos tres meses de ejercicio profesional se desempeñaron en un servicio clínico de la misma especialidad, en un hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. Dicha elección se realizó basada en las necesidades de la investigación enfocándose en los participantes que posean la información del fenómeno que se deseó indagar y no se tuvieron en cuenta otros criterios a conveniencia para la investigadora o demás.

Los informantes participaron en el estudio bajo su decisión personal y se dejó como constancia la entrega y firma del consentimiento informado donde se especificó su voluntad de participar y donde se consignaron el objetivo de la investigación y su propósito académico, la opción de negarse a responder preguntas que considerasen como atentado contra su dignidad personal, su intimidad y demás, de igual forma se dejó clara su autonomía frente a la decisión de renunciar a su participación en el proyecto en el momento considerasen como beneficioso para ellos sin que ello representara sanción. Además se aclaró que no se presentarían beneficios adicionales a ninguno de los participantes por encima de otros más allá del aporte que estos puedan realizar a la comprensión de sus vivencias y el desarrollo de su práctica.

Los resultados obtenidos de la investigación pretendieron resaltar las experiencias vividas por las enfermeras recién egresadas. Para ello, la información obtenida fue devuelta a las participantes en textos para su lectura y aporte durante el proceso de análisis y escritura de hallazgos, así como en sesiones programadas finalizando los procesos de análisis del estudio, de forma que fueron ellos quienes decidieron que dichos resultados dieron cuenta de sus vivencias como profesionales. A la vez, se presentaron adelantos semestrales y presentaciones finales a la comunidad académica que permitieron la discusión de aspectos metodológicos y teóricos que aportaron al control los posibles sesgos en el proceso investigativo

Los nombres de los participantes no fueron revelados en ninguno de los procesos de recolección ni análisis, a cada uno de éstos se le asignó un código y un nombre ficticio, de modo que se garantizó la confidencialidad de sus identidades. Las entrevistas fueron transcritas por la investigadora y el manejo de dicha información estuvo siempre a cargo de ésta. La información recolectada fue custodiada siempre por la investigadora y se consignó en el computador de ésta al cual nadie más tuvo acceso.

Las grabaciones y transcripciones serán guardadas por dos años siguientes a la terminación de la investigación para ser evaluada si resultara necesario. Posteriormente serán eliminadas del disco duro en el que fueron almacenadas. Los análisis derivados de éstas que no contengan información sobre la identidad de los participantes, serán conservados por la investigadora con parte de sus construcciones teóricas que aporten a la línea de investigación y generación de conocimiento.

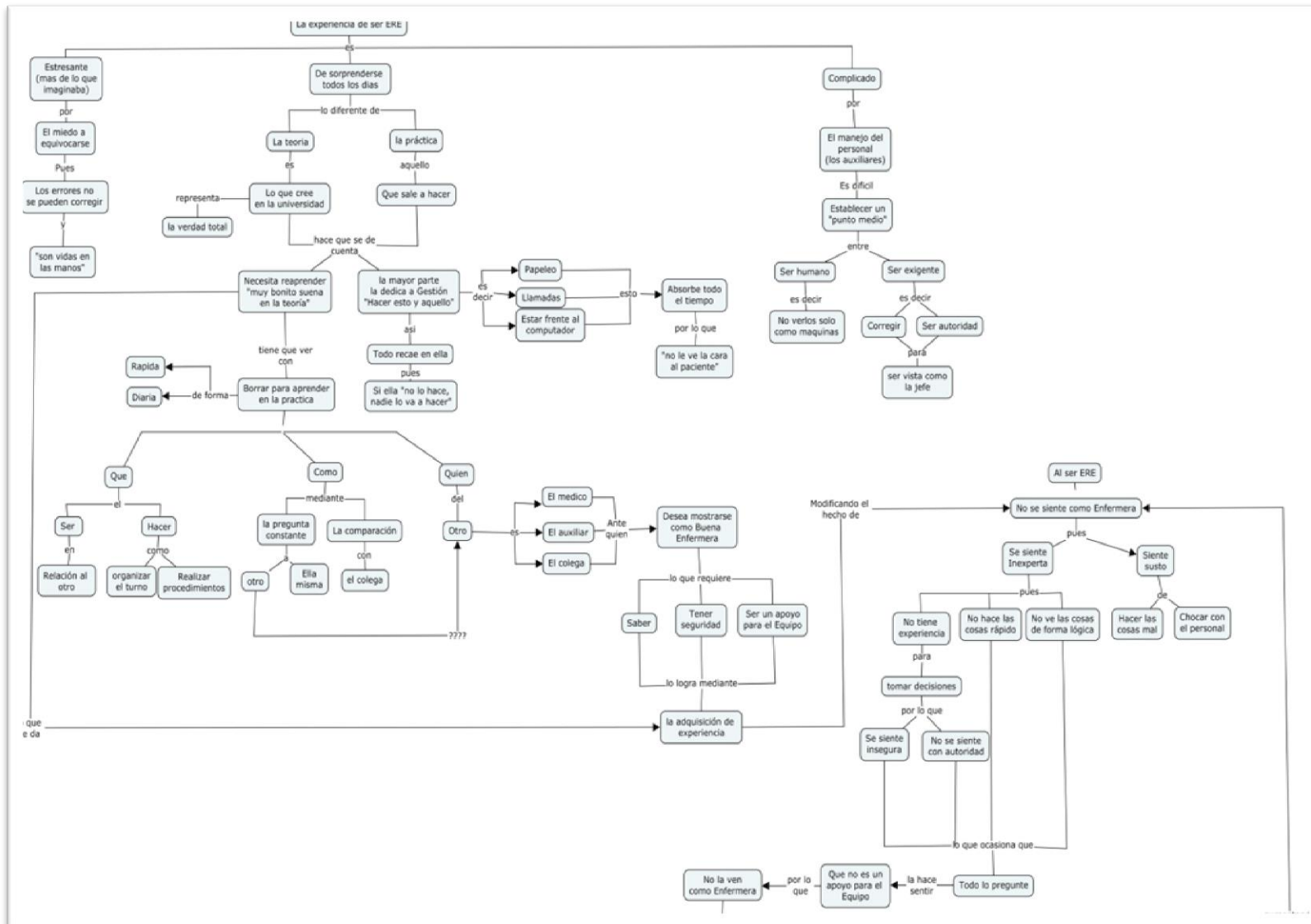
Los resultados tienen una finalidad académica, y buscan aportar a la construcción de conocimiento, al fortalecimiento disciplinar, y el avance de la práctica de enfermería, no representan ningún riesgo para los participantes dado su enfoque comprensivo e interpretativo.

8. HALLAZGOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio de dos formas: en la primera parte se ponen las transfiguraciones lingüísticas como forma descriptiva de las vivencias individuales de cada uno de los participantes, en la segunda parte del apartado se da cuenta de los tres temas centrales de la vivencia como enfermera recién egresada de todas las y los participantes.

8.1. Mapas conceptuales y Transfiguraciones lingüísticas.

8.1.1. Enfermera 1: Cristina
Enfermera nefrología
Tiempo de práctica: 15 meses



Cristina lleva 15 meses en un servicio de nefrología y se siente satisfecha con la forma en la que se desempeña en el momento, pero esto no fue siempre así: Ella recuerda que en sus primeros turnos* se preguntaba constantemente sobre cuáles eran sus responsabilidades, “¿Uno qué hace?, ¿Solo paso esto [las ordenes medicas] acá [Kardex de enfermería]?”; Cristina se sentía “inexperta” y con “susto”, dos sensaciones por las cuales en ese momento no conseguía sentirse como enfermera.

Ella narra que se sentía “inexperta” porque no hacía de manera “rápida” la revisión de medicamentos y las curaciones, además porque sentía que no le resolvía de manera rápida las dudas a las auxiliares. Le preocupaba mucho el no “ver de forma lógica” ciertos procesos, como cuando al revisar las evoluciones hechas por los médicos para el manejo de los pacientes, no lograba comprender el porqué de las decisiones que se tomaban. Según ella, esto retrasaba su quehacer pues se veía en la necesidad de preguntarle al médico cuáles eran los motivos de estas decisiones. Desde su perspectiva, ella veía que esto “impacientaba” a los auxiliares y a sus colegas, dado que les disminuía su ritmo de trabajo; y también a los médicos pues percibía que se molestaban con sus constantes preguntas.

Por lo anterior, constantemente afirmó que se sentía inexperta, asunto que, según ella, hacía que se sintiera también insegura para la toma de decisiones, pues permanentemente se cuestionaba si las decisiones tomadas eran las acertadas. A esto se sumaba una sensación de falta de autoridad que se nutría, entre otras cosas, por dicha inseguridad. En consecuencia llegó a pensar que no era un ente de apoyo para el equipo de salud pues el preguntar constantemente, el no hacer las cosas rápidas y el no sentirse con la experiencia ni la autoridad suficiente, le hacía sentir que tanto médicos, como auxiliares y colegas no la veían como una Enfermera, sino que sentía que éstos la veían como alguien en proceso de aprendizaje.

El segundo elemento que la hacía sentir que no era enfermera era el susto. El susto para ella apareció ante la posibilidad de equivocarse, pues para ella, los errores que se comenten en el área de la salud no se pueden corregir puesto que tiene bajo su responsabilidad “vidas en sus manos”, y el cometer errores afecta directamente a las personas de las cuales es responsable. Además, ella sintió susto ante los posibles conflictos que se podrían generar con los auxiliares de enfermería, pues para ella, desde inicio de su ejercicio profesional establecer una relación con éstos fue un proceso difícil pues no encontraba la forma indicada o el “punto medio” para tratarlos, pues ella quería tener una relación donde se resaltara su lado humano, pero a la vez donde ellos tuvieran claro qué debía exigirles y corregirlos en el momento que fuese necesario. Es decir, ella buscaba ese estado de equilibrio donde tanto ella como el auxiliar fuesen conscientes de que hay una relación entre seres humanos que sienten y que viven, pero que además hay una relación de autoridad.

Otro aspecto importante como enfermera recién egresada fue la gran sorpresa que sintió al evidenciar la diferencia existente entre “la teoría” y aquello que “realmente sale a hacer”. Cuando habla de la teoría, se refiere a todo aquello que aprendió en la universidad, es decir, los conocimientos teóricos y prácticos acumulados que le significaron la “verdad total”, en contraposición aquello que “sale a hacer realmente” hace referencia a las responsabilidades que asumió y a las formas en las que se hacen las actividades en el contexto en el que se desempeña. Al hacer esta comparación, Cristina se dio cuenta de dos cosas, una en relación al “panorama general de la práctica” y la otra en relación con las mencionadas formas de hacer las cosas.

Ella descubrió que durante su proceso de formación no logró ver el panorama real de lo que como enfermera realizaría al iniciar su vida profesional, pues se dio cuenta que un gran porcentaje de su quehacer se enfocaba a la gestión del servicio. Cuando habla de gestión se refiere a “hacer esto y lo otro”, es decir, a asuntos administrativos como papeleos, llamadas telefónicas y mantenerse frente al computador, tareas que son vitales para el servicio y de las cuales debe encargarse pues “nadie más se va a encargar de eso”, paralelo a esto, la gestión representó para ella, un conjunto de actividades que le impiden “verle la cara al paciente” pues al tener la responsabilidad de asumirlas debió delegar a otros el contacto directo y el diálogo con el paciente.

Por otro lado, Cristina vio que había costumbres que distaban de las verdades totales que había aprendido en la universidad, e identificó formas diferentes de hacer las cosas (la administración de medicamentos o los procedimientos de enfermería, por ejemplo), que en ocasiones fueron acertadas pues cuando las comparó con las formas que conocía, se dio cuenta que no eran aplicables en el contexto real, es decir, “suenan muy bonito en la teoría” pero en la realidad “no da” el tiempo, no dan los recursos o simplemente no es lo mejor para el paciente, en contraposición, también vio que hay cosas que en el contexto de la práctica profesional no se hacían de manera adecuada. Fue en este momento donde Cristina sintió la necesidad de reaprender según la situación que debe solucionar.

Reaprender, significó para ella borrar y reemplazar con nuevos aprendizajes. Se borra aquello que adquirió durante su proceso de formación en el pregrado, pero que al intentar aplicarlo en de la práctica, no fue de utilidad pues no le ayudaba a dar solución a los problemas que se le presentaban en el ejercicio profesional. Los nuevos aprendizajes le permitieron dar solución a la necesidad que el contexto le iba presentando por lo que debían obtenerse de manera rápida y continua para así evitar errores con los pacientes, así como las respectivas consecuencias. Para este fin, Cristina usó dos herramientas: la pregunta constante al otro y a ella misma, y la comparación con el colega.

En primera instancia preguntar fue para Cristina una herramienta con la que se aseguró de no cometer errores, pero además una herramienta que utilizó para aprender. Las preguntas se las hacía al otro, fuese médico, colega o auxiliar, y también a sí misma. Al médico le

preguntaba los temas clínicos en la evolución del paciente, así como en las decisiones que se tomaron respecto al mismo; al colega le preguntaba sobre cómo realizar los procedimientos cuando tenía dudas sobre estos; y a los auxiliares les preguntaba sobre cosas que había olvidado o de los que no estaba segura a la hora de hacer programaciones, entre ellas, por ejemplo los horarios de administración de medicamentos. Si bien nunca tuvo problema en hacer preguntas sobre las cosas de las que dudaba pues tenía la conciencia de que no podía saberlo todo, como se narró inicialmente fue esto lo que nutrió su sentimiento de inseguridad al considerar que su equipo de trabajo no la veía como un apoyo sino como alguien en proceso de aprendizaje.

A la vez, preguntarse a sí misma fue una práctica constante durante la revisión de las evoluciones médicas para el manejo del paciente, dicha práctica consistía en auto cuestionarse el porqué de las decisiones tomadas respecto al paciente, de forma que pudiese entenderlas y reflexionar sobre ellas, proceso que inicialmente la llevaba a preguntarle a los médicos, pero que posteriormente la llevó al aprendizaje y al razonamiento más lógico de lo que iba sucediendo con sus pacientes, además le ayudó a “salvar la patria” en varias oportunidades, es decir, a encontrar, tras la reflexión, que algunas acciones solicitadas eran en realidad un error que se había cometido y al discutir las con el médico esto se constataba y se podía intervenir.

Pero el aprendizaje no solo se dio en este proceso de pregunta al otro y auto-cuestionamiento, sino que además se dio en la interacción con su colega. Del colega aprendió a nivel profesional por comparación u observación para después realizar lo que denomina como “ensayo y error”. Estos aprendizajes también se dieron en las actividades prácticas como por ejemplo en la realización de procedimientos o en la organización de su día de trabajo, al observar de estos la forma en la que realizaban los procedimientos y priorizaban las actividades del día, las cuales quiso imitar, pero al realizarlas se dio cuenta que no eran efectivas para ella, así pues, intentó las estrategias observadas de otros colegas, las cuales le resultaban en ocasiones acertadas y en otras no, este proceso se siguió dando y ajustando hasta llegar al momento en que basada en sus experiencias previas encontró e interiorizó una forma indicada de realizar dichas actividades, con la combinación, modificación y/o corrección de las anteriormente intentadas, la cual le resultó eficiente y adecuado.

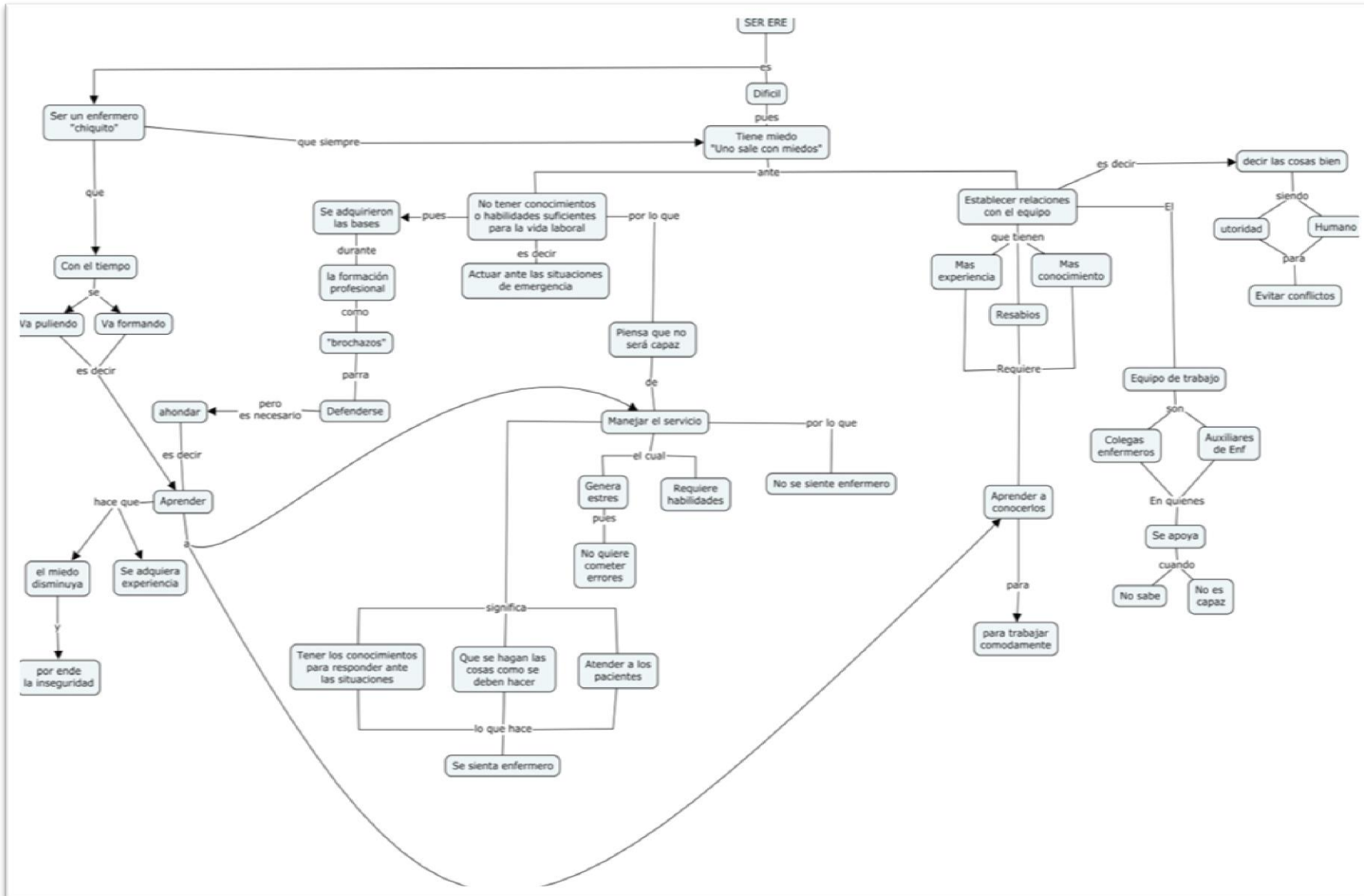
Pero el aprendizaje se dio también a nivel personal. En esta área Cristina lo asocia a la relación con los auxiliares, aprendizaje que vivió en términos de “títere y afloje”. Inicialmente se preocupó por encontrar un punto medio, es decir, un punto de equilibrio en el que pudiera establecer una relación con los auxiliares de enfermería viéndolos como seres humanos y no solo como máquinas de trabajo, como ya se narró, por lo cual buscaba ser humana y comprenderlos pero a la vez exigirles, así se dio cuenta que en ocasiones exigía demasiado y no era tan humana con ellos, pero luego se inclinaba hacia el otro extremo y notaba que era demasiado tranquila ante lo cual los auxiliares se “relajaban” es

decir, tomaban actitudes de confianza y descuidaban su responsabilidades, por esto el tira y afloje se dio constantemente durante su proceso de aprendizaje del “manejo del personal”, pero con el tiempo se empezó a cuestionar si realmente es posible encontrar un punto medio con los auxiliares de enfermería puesto que comprendió que la relación varia día a día y que algunos días en los que se presentan roces se hace más difícil la relación y es a partir de estos que se plantea que es necesario nuevamente ajustar su comportamiento

Estos aprendizajes la llevaron a construir su forma propia de ser y de hacer las cosas de las cuales como enfermera era responsable. Cristina considera que el momento exacto en el que desarrolló dicha forma es imposible de puntualizar pues “su forma propia” surgió precisamente de un proceso de “ensayo y error” haciendo y siendo de una forma y la otra hasta que encontró una específica con la cual se sintió cómoda obtuvo los resultados que consideró adecuados, los cuales en últimas consistieron en “ser una buena enfermera” que fue uno de los objetivos que se trazó desde el inicio de su práctica

Fue a medida que avanzó en el proceso de aprendizaje que sintió que el susto disminuyó, y que adquirió experiencia, lo que a la vez le ayudó a que la inseguridad se redujera. La experiencia y los conocimientos le llevaron a tomar decisiones acertadas que le hicieron sentir “que si sabía”, y “que era un apoyo para el equipo” lo que a su vez incrementó aquella sensación de “ser una buena enfermera”. Cristina vio la experiencia como la capacidad que adquirió al hacer las cosas de forma lógica al preguntarse el porqué de dichas acciones, lógica que además surgió en la interacción con los conocimientos que traían y los adquiridos.

8.1.2. Enfermero 2: Mauricio
Enfermero trasplantes
Tiempo de práctica: 8 meses



Mauricio ha estado en la unidad de trasplante por casi un año, él inició su ejercicio profesional en un hospital de bajo nivel, pero ni siquiera allí fue fácil ser enfermero recién egresado. Cuando se enfrentó a la complejidad de los pacientes de trasplante, se sintió como “un enfermero chiquito” que necesitaba “pulirse” y que “iría adquiriendo capacidades con el tiempo” para lograr “manejar un servicio”. Cuando hace alusión a “enfermero chiquito” se refiere a una sensación de falta de experiencia, de vulnerabilidad y/o susceptibilidad.

Mauricio se sentía vulnerable por lo que él denomina como “falta de experiencia” debido a la carencia de conocimientos y de agilidad a la hora de realizar todas aquellas actividades prácticas que, como enfermero le correspondían. Los conocimientos para él son todos aquellos elementos que debe saber para responder ante una situación de emergencia, mientras que la agilidad se enfoca en la capacidad de llevar a cabo los procedimientos prácticos de enfermería como la toma de hemocultivos, gases arteriales, entre otros.

Para él, la carencia de conocimientos y habilidades se debe a que la formación que recibió en la Universidad fue como un “brochazo” y aunque fue la base usada para defenderse al inicio de su ejercicio profesional, cuando se enfrentó a sus primeras situaciones críticas no supo cómo reaccionar ni cómo utilizar las “bases” que tenía. Es decir, no “supo qué hacer” en dicha situación, lo que le llevó a cuestionarse sobre su desempeño profesional, y a sentir que no sería capaz de hacer las cosas bien. Además sintió que no había cumplido con las competencias durante la formación.

Para Mauricio, no saber qué hacer implica a la vez no hacer las cosas bien, lo que significa “cometer errores”, acción que le genera miedo y estrés por tres razones: la primera es que tiene una consecuencia en los pacientes que están bajo su cuidado pues afectará o retrasará proceso de recuperación. La segunda tiene que ver con que equivocarse hace que sea regañado por sus superiores. Y la tercera tiene que ver con las implicaciones que dicho error tiene para el auto concepto de su desempeño, pues este error quedará en lo que él denomina como “su conciencia”, que es para él un asunto de ego puesto que le lleva a evaluarse sobre su capacidad como enfermero para manejar el servicio del cual es responsable.

Adicionalmente, “no saber” o “cometer errores” le hace cuestionarse si tiene las capacidades que se requieren para lo que denomina como “manejar el servicio”, por lo que en ocasiones piensa que “no va a hacer las cosas bien” o “que no cumplió con los objetivos que se propuso en la formación”, motivos por los cuales “no se siente enfermero”. Esto aumenta su sentimiento inseguridad. Dicho sentimiento a la vez repercute en su contra pues siente que al mostrarse inseguro disminuye la confianza que los auxiliares tienen en él.

Mauricio siente que cuando se es enfermero recién egresado, se transcorre por los sentimientos de vulnerabilidad y susceptibilidad. Se considera vulnerable ante el concepto

que el otro tiene sobre él, pero a la vez a su auto concepto sobre su desempeño, porque el carecer de conocimientos y habilidades ocasiona que sienta que el otro le recrimina por “no saber”, y esto a la vez le causa miedo.

Al enfrentarse a este entramado de sensaciones, Mauricio se dio cuenta que debía “aprender” y aunque era consciente que contaba con las bases que le dio la formación profesional, se percató de que era necesario ahondar y complementarlas para así transformar estos conocimientos en unos “más grandes”.

La necesidad de aprender nació en él cuando al intentar usar sus conocimientos en su nuevo campo profesional se dio cuenta, que hubo algunos aplicables y otros en los que le era necesario profundizar o reaprender y concluyó que era en ese momento en el que debía seguir “formándose”. Los aprendizajes para él se dieron en varios sentidos: se aprenden contenidos, se aprenden habilidades pero además, se aprende a “manejar el servicio” y a conocer al personal.

Tanto los contenidos, como las habilidades se fueron obteniendo con lo que él denomina el “tiempo”, en el que va adquiriendo la “experiencia”. En otras palabras, con el tiempo se fue formando en la práctica profesional y adquirió conocimientos de manera formal e informal. El asunto formal fue la consecuencia de la experiencia de su primer código azul, momento en el que identificó la necesidad de estudiar y hacer un curso de RCP (reanimación cardiopulmonar) para profundizar en este tema. De manera informal, en el sitio de práctica profesional aprendió primero el manejo del servicio y segundo, a conocer el personal.

El servicio representa una de las mayores responsabilidades para Mauricio, pues es todo aquello que él debe manejar. Para él, cada servicio es diferente y cada uno exige unas habilidades específicas. Por ello, para él, ciertos servicios le generaban más “estrés” y “presión” que otros, pues cuando era recién egresado sentía que no sabía cómo manejarlo dado que como narra, se quedaba paralizado cuando tenía que responder ante situaciones críticas, no tenía la agilidad requerida para atender a los pacientes y tener “todo en la cabeza” le representó gran dificultad. El servicio en el que él se encuentra, específicamente, le exige mayor atención, agilidad y concentración pues maneja muchas especialidades y pacientes complicados que le demandan que esté muy atento y “tenga todo en la cabeza” de forma que no se cometan errores.

Tener todo en la cabeza significa para él hacer que se cumplan todas las órdenes médicas - como toma de muestras, ayudas diagnósticas entre otras-, dado que el que esto no se haga genera errores que pueden ser mínimos o graves, categorizados según el impacto que tengan en el estado de salud del paciente: un error mínimo puede ser por ejemplo que no se tome una muestra a alguno de los pacientes, mientras que un error grave puede ser la no administración de un medicamento en un paciente que lo requiere de manera fundamental.

Su relación con el servicio consiste en “el manejo” de éste. Para él, una de las prioridades en su nuevo ejercicio profesional consiste, precisamente, en manejarlo de una buena manera, esto significa tener los conocimientos para responder a las situaciones críticas como los códigos azules, atender a los pacientes, es decir tener los conocimientos y las habilidades para desempeñar las actividades asistenciales (toma de muestras, hemocultivos, instalación de sondas vesicales); y hacer “las cosas como se deben hacer”, es decir, como está estipulado en los protocolos institucionales para que no se presenten complicaciones.

En segundo lugar, el personal es para él el equipo de trabajo, el cual está conformado por las colegas enfermeras y las auxiliares. Los enfermeros son quienes le enseñaron el manejo del servicio y la forma en la que se hacen los principales procedimientos prácticos de enfermería, además, cuenta que fueron sus compañeros quienes le advertían como eran en algunos casos ciertos “especialistas” para que así él supiera cómo comportarse con ellos. En últimas, el colega representa a quien hace que ser enfermero recién egresado sea más fácil.

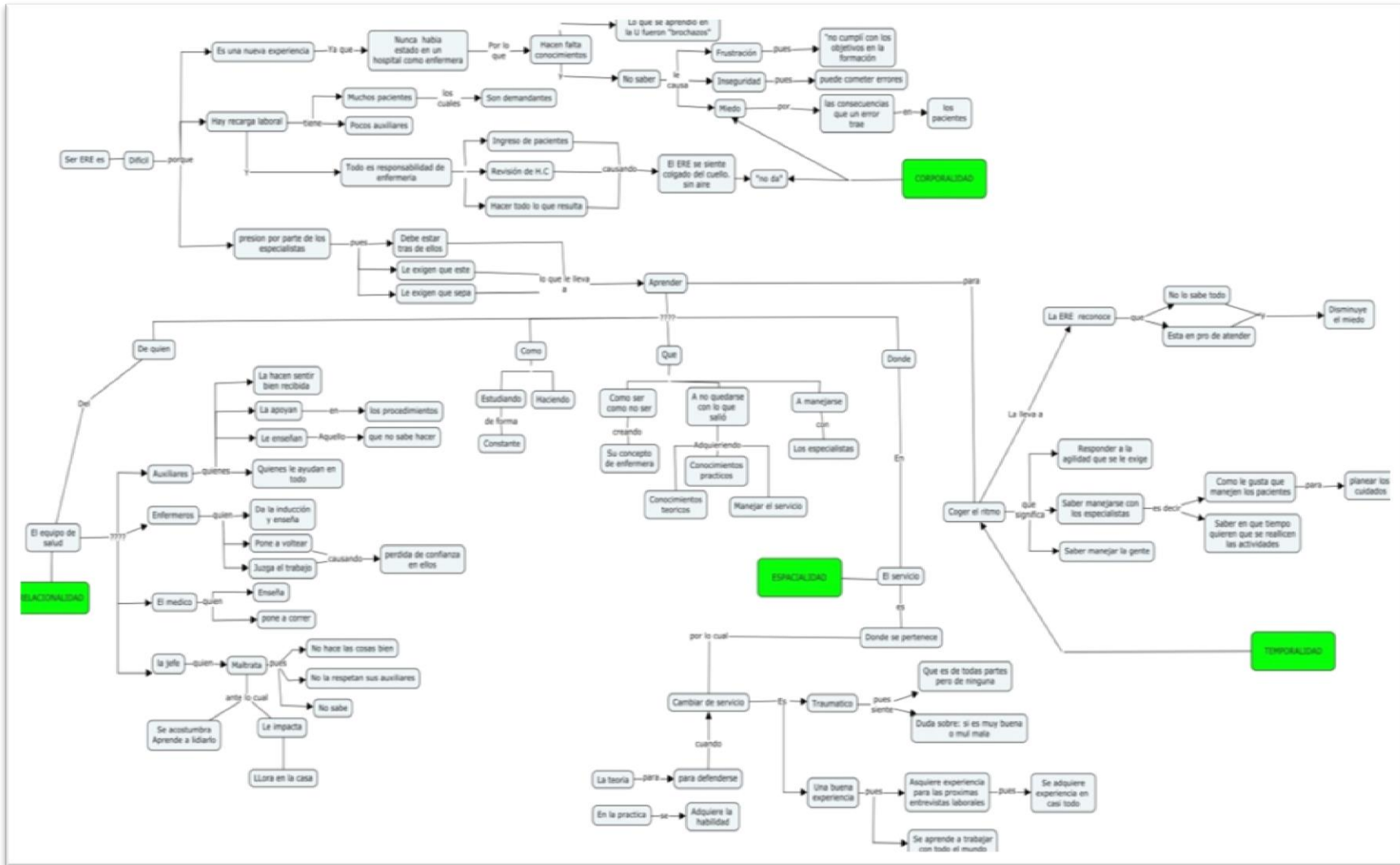
Los auxiliares fueron el principal apoyo con el que Mauricio contó pues son quienes le ayudan cuando no es capaz de realizar las actividades prácticas, tales como la canalización de venas o la toma de muestras para hemocultivos. Además, considera que los auxiliares son su principal respaldo cuando se equivoca, pues son quienes pueden hacerle caer en cuenta de su error para que no llegue a consecuencias mayores.

La relación con el equipo de trabajo fue uno de los aspectos que le causó miedo, pues estos para él tenían mayor experiencia y mayores conocimientos. Narra que en ocasiones sintió algunas actitudes no gratas con él. Por ello implementó dos estrategias: la primera es “adaptarse” que consiste en aprender a conocerlos, y la segunda es establecer una buena relación con ellos.

Conocer al equipo de trabajo implica saber cuáles son sus personalidades, sus caprichos y sus formas de trabajo para así poder “adaptarse”, esto tiene que ver con lo que él describe como “uno ve, uno respira profundo, uno se calma”. Según cuenta, esto se hace con el objetivo de “trabajar bien” o estar en “confort” que significa hacer un trabajo sin que le molesten las diferentes actitudes de su equipo, pues los conoce y sabe que sus actitudes no son personales, así puede lograr junto a ellos “manejar bien el servicio”.

Ahora bien, “establecer buena relación con el equipo de trabajo” consiste en “saber cómo decirles las cosas”; en el caso de los auxiliares de enfermería se refiere al hecho de “llamar la atención” pero siempre siendo humano con ellos, de forma que se les corrija, dejando claro que él “es el jefe” quien tiene la autoridad, y que ellos deben obedecer, pero sin generar discusiones o conflictos, y así tener unos buenos canales de comunicación y seguir teniendo al equipo como un respaldo.

8.1.3. Enfermera 3: Jenifer
Enfermera urgencias de ginecobstetricia
Tiempo de práctica: 18 meses



Jenifer lleva ocho meses como enfermera de urgencias de ginecología-obstetricia, pero cuando inició su ejercicio profesional tuvo que enfrentarse a la rotación por diferentes servicios, experiencia que fue dificultosa al iniciar su práctica pero que ahora la llena de satisfacción puesto que siente que la preparó para enfrentar cualquier situación venidera. Para ella, ser enfermera recién egresada ha sido una vivencia difícil pues “de lo nuevita que estaba no sabía ni irrigar” (es decir, no sabía ni cómo aplicar una solución para el lavado de una herida), a lo que se le sumó la carga laboral y la presión que sentía por parte del personal médico.

Cuando ella siente que no sabe, se refiere al sentimiento de carencia de conocimientos teóricos y prácticos que padecía al iniciar su ejercicio profesional. Ella fue consciente de esta carencia al relacionarse con su equipo, pues sintió que estos tenían algunas expectativas de ella, como por ejemplo, que tuviera los conocimientos sobre los temas que se discutían y las habilidades para hacer los procedimientos de enfermería que éstos le solicitaban. Esta situación le suscitó sentimientos de frustración, inseguridad y miedo a la falta de estos elementos que ella consideraba que su equipo esperaba.

Para Jenifer, la frustración llegó al sentir que la formación profesional que recibió no fue suficiente, sino que se dio a manera de lo que ella denomina como “brochazos”; este sentimiento se desencadenó precisamente por no saber aquello que su equipo esperaba que supiera, por lo que sentía que no había cumplido con los objetivos que se había planteado en el tiempo de preparación académica. Este conjunto de situaciones la hizo sentir insegura, pues creció en ella la duda de si sería capaz de asumir completamente las responsabilidades propias de una enfermera, motivo por el cual siempre prefería estar en compañía de otras personas para evitar cometer errores.

La sobrecarga laboral hizo difícil sus inicios como enfermera, pues sentía que ella era la encargada de resolver “todo lo que apareciera en el camino”, que consistía en llevar a cabo los procedimientos de enfermería pero además los asuntos administrativos, es decir, revisión de la ronda médica, egresos, ingresos y todas las solicitudes de auxiliares, familiares y pacientes. En ese momento notó que todos dependían de ella y que toda la responsabilidad le recaía, haciéndole sentir “hasta el cuello” o como si “le faltaba el aire”.

La presión que sintió Jenifer, por parte de los especialistas médicos, también hizo difícil el inicio de su práctica profesional, pues sentía que le exigían que estuviera junto a ellos para que se enterase de las órdenes dadas en la ronda médica, acción que consistía en acompañarlos mientras veían sus pacientes y emitían el respectivo concepto sobre el proceso a seguir. En su intento de cumplir con esta solicitud, ella sentía que la “ponían a correr detrás de ellos”, espacio en el que evidenció una vez más sus carencias de conocimiento al ser interrogada sobre información clínica de los pacientes que no siempre recordaba.

Para ella, los especialistas médicos conforman junto a los auxiliares de enfermería y los colegas enfermeros su equipo de salud. Los especialistas médicos a los que se refieren son en general ginecobstetras y médicos internistas, de quienes sentía presión pues le demandaban conocimientos, atención y dedicación frente a los pacientes que estos trataban, basados en sus gustos y conceptos propios sobre como ella debía cuidar a estos pacientes. A la vez representaron para ella una fuente de conocimientos y aprendizajes pues fueron ellos quienes le aportaron muchos de los elementos teóricos necesarios para el cuidado y le instaron a estudiar por su cuenta; en consecuencia es frente a estos que Jennifer quiso mostrarse como capaz, para ser reconocida por ellos como una buena enfermera, con quienes quisieran trabajar.

Los auxiliares de enfermería fueron para ella el apoyo principal durante el inicio profesional, pues le enseñaron a hacer las actividades prácticas que no sabía llevar a cabo (curaciones, paracentesis, entre otros); también le acompañaron cuando se sentía insegura, con el aliciente de que jamás se sintió juzgada por ellos, sino que fueron las auxiliares quienes la recibieron en los diferentes servicios y la hicieron sentirse como parte de ese espacio.

Las colegas enfermeras le hacían sentir emociones ambivalentes: de ellas aprendió el manejo del servicio y se sintió apoyada cuando no sabía, por lo que se sentía reconfortada al estar en su compañía, pero también le hicieron sentir en desventaja en su situación de nueva al recargarla de trabajo además de considerar que fue juzgada y tachada de “mala enfermera” por ellos, por lo cual desconfiaba de ellos.

Pero si bien fue en la interacción con el equipo de salud donde se enfrentó y reconoció la carencia de conocimientos, también fue en esta donde encontró la oportunidad de aprender. Para Jenifer los aprendizajes se dieron tanto en el ser como en el saber, es decir, ella aprendió “Como ser y como no ser”, pero además se aprendió “a no quedarse con lo que salió” de la formación profesional.

En cuanto a los aprendizajes personales, Jenifer destaca los adquiridos como producto de los conflictos que vivió durante ese primer año con su jefa inmediata, quien desde el inicio le manifestó la insatisfacción que sentía frente a su desempeño profesional y su rol como enfermera. Ésta le exigía que se “mostrara como jefe”, es decir, que no realizara actividades que fueran designadas al personal auxiliar y que no tuviera una relación de dialogo o cercana con ellos. Al no cumplir con estas condiciones, Jenifer sintió que fue catalogada por su jefe como una mala enfermera, incapaz de asumir el rol como jefe. Esta situación tuvo un impacto en el concepto que ella tenía de sí misma, haciéndole cuestionarse aún más sobre sus capacidades.

Para sobrellevar estas dificultades aprendió a “acostumbrarse” o a “lidiar con la gritería”, es decir, para ella ese tipo de situaciones de conflicto, así como el concepto que su superior

tenía sobre su rol eran imposibles de cambiar y no radicaban en fallas suyas, sino en las propias dificultades, que desde su perspectiva, tenía la jefe; por lo que decidió adoptar una actitud de “a palabras necias oídos sordos” y construir su ser como enfermera basada en lo que quería ser y lo que no quería ser como enfermera.

Por otro lado, en lo asociado con el aprendizaje profesional, Jenifer aprendió a no quedarse con lo que salió de la formación profesional, a manejar el servicio y a manejarse. Estos tres ítems le resultaron imprescindibles para lo que ella denomina como “coger el ritmo”. No quedarse con lo que salió, hace alusión a la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas. Los primeros los adquirió mediante estudio informal a partir de las necesidades identificadas en la interacción con el personal médico, lo que la insta a estudiar constantemente mediante la utilización de TICS para resolver asuntos inmediatos en la práctica cotidiana. También aprendió de los conocimientos que este mismo personal tenía y le transmitía durante la ronda médica. Por su parte, las habilidades las adquirió de una forma similar, y generalmente tras la enseñanza directa por parte del personal auxiliar y por los colegas quienes le acompañaron cuando se enfrentó por primera vez a alguna actividad que no conocía. Así, por repetición “haciendo” las aprendió y logró apropiarse de ellas.

Por último, aprender a manejarse tuvo que ver con la relación que ella estableció con el personal médico especialista. Jennifer aprendió cuáles son las formas en las que cada médico y/o especialidad desea que sean cuidados sus paciente, por consiguiente, los cuidados planeados por ella dependían del especialista o especialidad tratante. A la vez, ella aprendió cómo comportarse junto a ellos, es decir, si debe acompañarlos durante la revisión de los pacientes y hacerle preguntas durante este proceso, o si debe esperar a la revisión de las historias clínicas para la planificación de los cuidados de enfermería.

Cuando estos aprendizajes se dan es cuando ella considera que ha logrado “coger el ritmo”, que se refiere a la capacidad de hacer todo aquello que debe hacer y que le solicitan hacer. La relevancia que tiene “coger el ritmo” fue vivida por Jenifer de dos maneras, una tiene que ver con el logro de reconocimiento en torno a su desempeño por el personal médico y que desemboca en la adquisición de su simpatía, la cual logra identificar, según ella, cuando le manifiestan un “gusto al trabajar con ella” lo que se traduce en un reconocimiento como buena enfermera aportando a su auto concepto como enfermera.

La segunda manera se asocia a la garantía del aprendizaje obtenido que impacta de forma directa en la disminución del miedo inicial que sentía frente a la sensación de falta de conocimiento y allí comprende que no es posible saberlo todo, que siempre estará en un proceso de aprendizaje, y que los procesos no son perfectos, es decir, siempre habrá algo que mejorar y aprender.

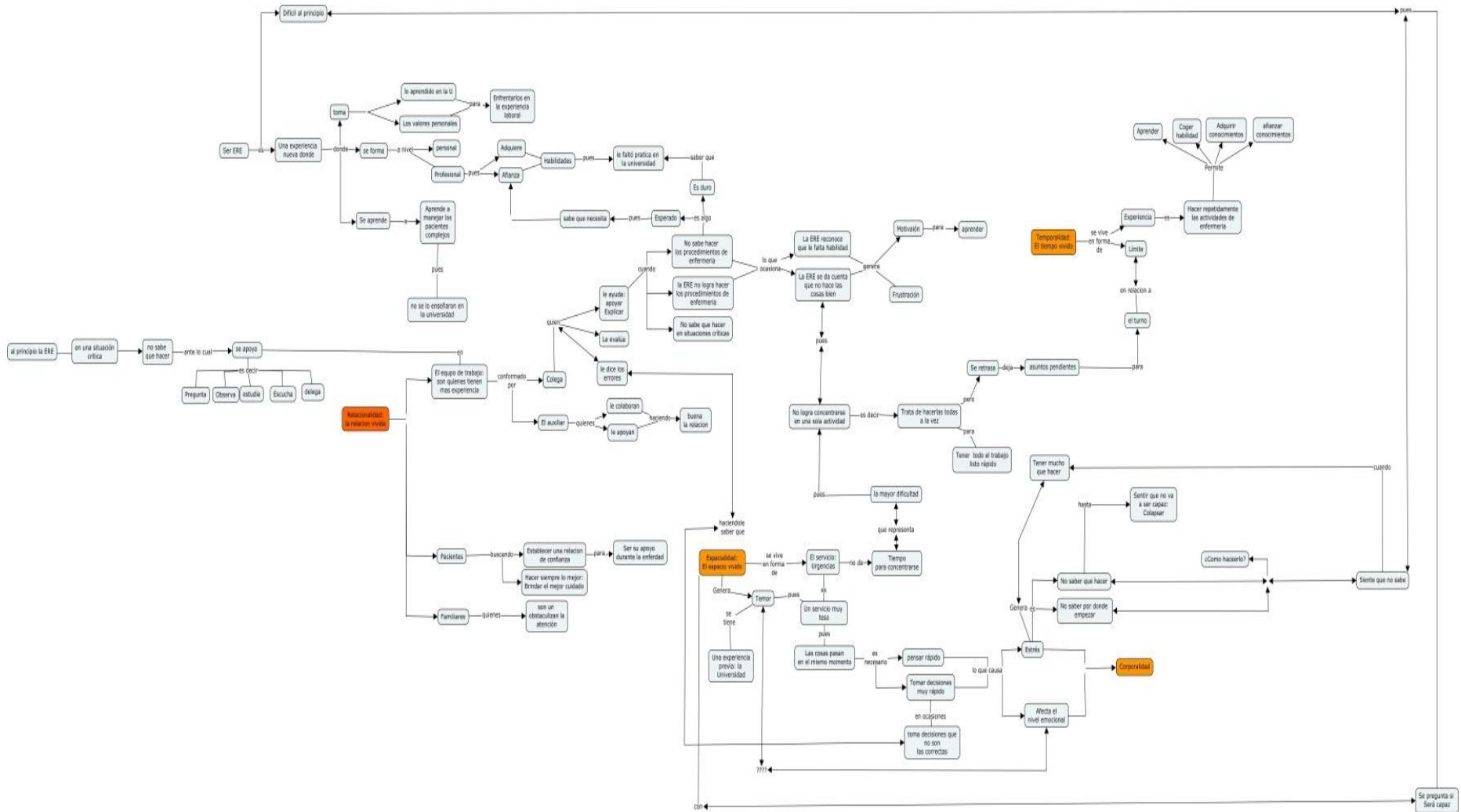
Para Jenifer, el servicio tiene una relevancia especial que ha sido transversal a toda su vivencia como enfermera recién egresada. Este espacio representó el lugar donde podría ser

acogida y pertenecer, además dónde se aprende lo clínicamente relevante para la especialidad en que se está, pero también, lo importante en el ámbito personal como nueva enfermera, pues se es allí donde inició la definición de sus gustos para proyectarse de forma profesional a futuro. El servicio ha sido un lugar en el que ella además ha medido sus capacidades al cuestionarse si es tan mala e incapaz de manejarlo o tan buena que puede estar en cualquiera que la asignen.

8.1.4. Enfermero 4: Camilo

Enfermero de Urgencias

Tiempo de práctica: 4 meses



Camilo acaba de iniciar su práctica profesional y lleva cuatro meses en el servicio de urgencias. Para él ser un enfermero recién egresado ha sido una experiencia nueva y difícil pues ha tenido que conjugar tanto los elementos aprendidos en la universidad como sus valores personales, para así enfrentar las exigencias de la nueva práctica, a lo cual se le ha sumado el descubrimiento de que hay demasiadas cosas que aún no sabe.

Cuando tuvo que enfrentarse a las primeras situaciones críticas, Camilo se sintió totalmente “enredado” al no saber qué hacer o cómo reaccionar, es decir, no lograba decidir qué acción realizar de manera inicial para la atención del paciente. Así mismo, se dio cuenta que el sentimiento de “no saber” se extendía a otras áreas, pues sentía que no sabía cómo abordar y dar respuesta a todas las responsabilidades que el rol profesional le asignó, como por ejemplo, la organización y priorización de sus actividades diarias, las cuales le abrumaron a tal punto que no podía idear una forma adecuada para iniciarlas.

Para él, la mayor dificultad radicaba en la incapacidad que sentía para “concentrarse”. Con esto se refiere a la dificultad para organizar y priorizar las actividades del día. Cuando se enfrentaba al múltiples tareas frente a las cuales sentía no ser capaz, Camilo adjudicaba la responsabilidad precisamente a esa falta de concentración pues en su afán de cumplir con todos sus quehaceres trataba de hacerlos todos de manera simultánea, actitud que ocasionaba todo lo contrario al objetivo inicial, pues en lugar de dar cumplimiento a sus deberes los dejaba todos empezados y no lograba finalizarlos lo que causó que en el cambio de turno dejara asuntos pendientes que debían resolver otros compañeros generando a la vez conflictos con sus ellos.

Situaciones como éstas lo llevaron a preguntarse si sería capaz de asumir toda la responsabilidad que tenía, específicamente al encontrarse en el servicio de urgencias, el cual considera que es uno de los más difíciles y de los que más exigencias tienen para los enfermeros. Desde su perspectiva, sentía que en el servicio de urgencias todas las cosas sucedían al mismo tiempo, lo que le obligaba a tener que pensar de una forma veloz y a tomar decisiones en el momento exacto en que estas cosas acontecían; situaciones para las que según él aún no se sentía preparado ocasionando que en muchas oportunidades tomara decisiones que posteriormente no consideraba como acertadas. Esta carga laboral hizo que se sintiera a punto de “colapsar”, debido, precisamente a las numerosas actividades con las que debía cumplir en su servicio, motivo que le ha generado lo que denomina como estrés, afectando su estado emocional.

Este entramado de vivencias provocó en Camilo dos sentimientos. El primero fue de frustración al darse cuenta que le hacían falta conocimientos y habilidades que debía haber adquirido durante el proceso de formación profesional y de las que ahora era consciente al vivenciar la experiencia de no saber. Pero de forma paralela se sintió motivado puesto que valía la pena reconocer que era de esperar que no todo lo hubiese aprendido en la universidad, sino que era precisamente en el espacio de ejercicio profesional donde debía

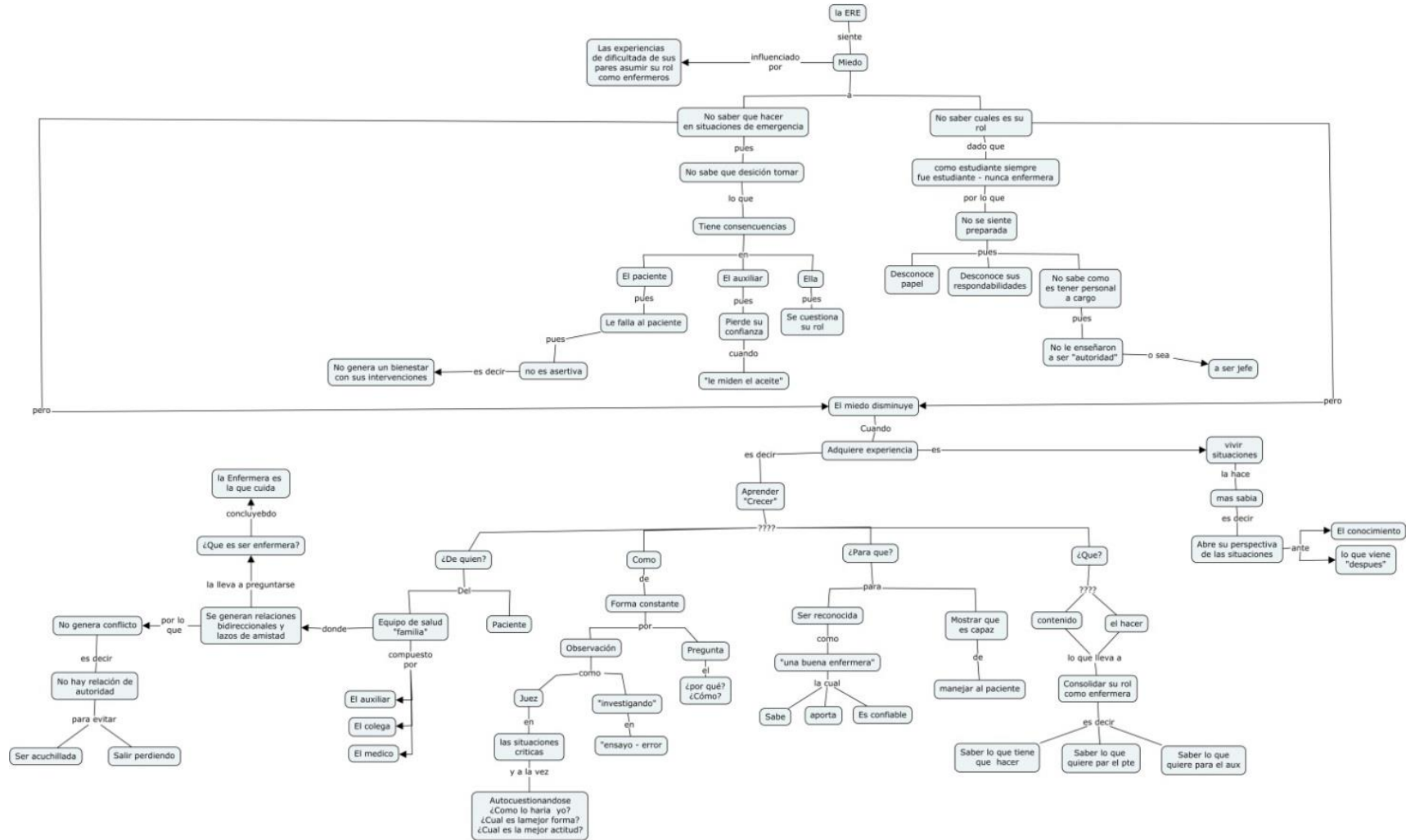
afianzar habilidades y conocimientos adquiridos en el espacio anterior y además aprender aquello que le hacía falta.

Ante la falta de conocimientos y habilidades Camilo ideó dos maneras de dar vuelta a su situación: Una fue buscando el apoyo de su equipo de trabajo y la otra fue el estudio continuo es su tiempo libre. Él notó que era necesario apoyarse en las personas que tenían más experiencia, en este caso, en las auxiliares de enfermería y en sus colegas. Los colegas, es decir los enfermeros en su mismo rango, fueron su apoyo en las ocasiones en las que estaba sobrecargado de actividades. A estos recurrió con preguntas en las situaciones en las que no sabía cómo realizar alguna actividad de enfermería o cuando carecía de alguna habilidad. Sumado a esto, sus colegas se encargaron de corregirlo al señalarle sus falencias y errores cuando de manera conjunta intervenían en situaciones de cuidado. Dicha evaluación por parte de sus pares, tenía según él, el objetivo de ayudarlo a desempeñar de una mejor manera su rol durante las situaciones críticas venideras.

Para dar respuesta a sus necesidades, Camilo se planteó el objetivo de realizar las actividades una por una. Para ello, se puso metas de tiempo para la finalización cada tarea y así, una vez terminada la primera, continuaría con las siguientes hasta cumplir con todas aquellas labores pendientes. Sin embargo, en ocasiones, debido a la carga laboral, continuó sintiéndose abrumado por todas sus responsabilidades, sin saber por cuál de ellas iniciar o con la simple certeza de que no podría responder a todas las activadas de su día. En este momento se dio cuenta que solo tenía una opción: continuar haciéndolas una por una y así poder dar respuesta a sus obligaciones una vez finalizado su turno, pero además con el fin de adquirir experiencia.

Para él, la experiencia, es aquello que le otorga nuevos conocimientos y nuevas habilidades. Esta se adquiere, desde su perspectiva, mediante la realización repetida y constante de las actividades que como enfermero le corresponden; pero paralelamente, es la experiencia la que le permite afianzar aquellas destrezas que ya posee desde su formación universitaria.

8.1.5. Enfermera 5: Sandra Enfermera Medicina Interna Tiempo de práctica: 8 meses



Para Sandra, la vivencia de ser enfermera recién egresada inició con un profundo sentimiento de miedo, nutrido por las experiencias de sus pares, quienes le contaban lo difícil que había sido para ellos asumir el ejercicio profesional. Lo anterior hacía que ella se preguntara si sería capaz de enfrentar este rol y de cumplir con las actividades que serían su responsabilidad.

Cuando inició su vivencia, el miedo seguía ahí y se daba en relación a dos razones: la primera tenía que ver con no saber qué hacer en las situaciones extraordinarias de cuidado. La segunda razón se dio por el desconocimiento del rol que debía desempeñar.

En primer lugar, para Sandra el hecho de no saber qué hacer ante una situación emergente de cuidado fue una de las sensaciones que vivió frecuentemente al iniciar la práctica profesional. Ella sentía miedo al encontrarse sola pues le significaba la obligación de tomar decisiones de las que era la única responsable, es decir, la conducta a seguir se regía estrictamente bajo las condiciones que ella determinaba, y en gran parte de estas ocasiones Sandra realmente no sabía qué decisión tomar. El agravante se da ya que el no saber qué hacer tiene consecuencias en tres líneas: consecuencias con el auxiliar, consecuencias con el paciente y consecuencias con ella.

Para ella, no saber tiene consecuencias con el auxiliar puesto que ocasiona, desde su perspectiva, una pérdida de la confianza por parte de éstos. Dicho de otra manera, cuando se presentan una situación de cuidado en la que no puede responder de forma adecuada o en la que el resultado de la decisión tomada no es el deseado, en su imaginario, esto causa que el auxiliar de enfermería sienta que no puede contar con ella, por lo que en situaciones siguientes, el auxiliar no le preguntará, ni se apoyará en ella, en conclusión no la tomará en cuenta.

La consecuencia del “no saber” asociada con el paciente está dada por el significado que para ella tiene la relación con éste. Cuando ella no sabe qué hacer y toma decisiones que afectan al paciente, incurre en un daño que consiste precisamente en “fallarle al paciente”, lo cual repercute a la vez en ella misma, pues fallarle al paciente es para ella fallar en su objetivo principal: en su ser como enfermera. Esta situación le causa un malestar que incluso impacta en su vida por fuera del hospital y en las relaciones que establece allí.

Y es en esta línea donde se notan las consecuencias para ella misma, pues “no saber” y ocasionar los impactos ya narrados en el paciente y en el auxiliar hacen que ella misma se cuestione sobre su rol como enfermera, sobre su capacidad y su desempeño como tal.

El segundo miedo que Sandra ha sentido durante su vivencia como nueva enfermera se relaciona con el desconocimiento de su rol. Para ella este miedo nace dado que mientras estuvo en formación siempre se sintió estudiante, más nunca se sintió como una jefe. En consecuencia, al iniciar la práctica y enfrentarse a todas las responsabilidades del rol profesional no se ha sentido preparada, pues sintió que desconocía el papel que debía

desempeñar y las actividades que debía ejercer. A ella le habían enseñado a estar con los pacientes y las actividades que esto conlleva pero nunca le enseñaron lo que debía hacer para el día, como organizarlo, como tener personal a cargo, o como ser “autoridad” frente al equipo de salud.

Aun así, Sandra ha sentido que el miedo ha ido disminuyendo gracias a los aprendizajes y a la experiencia que ha obtenido y al acompañamiento, guía e instrucción del equipo de salud, aunque considera que el miedo nunca desaparecerá pues nunca podrá saberlo todo. Cuando habla de “experiencia”, Sandra se refiere a vivir situaciones específicas como enfrentarse al paciente crítico: “a un paciente en código”, puesto que para ella cada paciente representa una experiencia en sí mismo; y fue a partir de la vivencia de estas experiencias que se hizo más “sabia”, es decir, fue allí donde su perspectiva se abrió no solo al conocimiento práctico de lo que debía hacer, sino además, al resto de componentes que conlleva una situación crítica, aquello que “viene después” como lo es la responsabilidad frente a la familia del paciente.

El equipo de salud representa una fuente de aprendizaje, un apoyo y un elemento para disminuir el miedo. Este grupo le instruye sobre cómo hacer sus actividades, lo cual le ha permitido considerar que no está sola al ser “la jefe”, sino que puede contar con ellos. Para referirse al equipo de salud, ella usa el término de familia, pues así lo considera: los auxiliares, los médicos y las enfermeras, establecen su relación en este servicio a modo de familia, una familia con unas formas de relación ya instituida en la cual, la nueva enfermera debe cuidarse de no ofender o tener conflictos con alguno de los miembros pues ello significaría crear un “mal ambiente familiar” en el que ella es quien más “sale perdiendo”.

Cuando Sandra habla de “Salir perdiendo”, señala la pérdida del apoyo del equipo de salud. Esto puede suceder si ella tiene “malas actitudes” con el personal, es decir, cuando les llama la atención o tiene algún tipo de conflicto. Estas situaciones le generan miedo pues perder el apoyo del equipo de trabajo significa enfrentarse a aquel sentimiento de “soledad” antes descrito, convirtiéndose en la única responsable de las consecuencias que las decisiones tomadas puedan traer. Ante este escenario Sandra prefiere evitar los conflictos con los colegas y auxiliares, aun cuando en ocasiones sabe que ambos hacen cosas con las que no está de acuerdo.

En esta familia no encontró jerarquías pues las relaciones entre los diferentes miembros del equipo de salud se establecen de forma bidireccional generándose lazos de amistad. Por ello, de manera inicial enfermera se sorprendió al ver que estas relaciones eran diferentes a las que esperaba, pues descubrió un trato de pares en el equipo de salud, donde todos pueden dar su opinión y construir en torno al cuidado. A la vez, esta nueva forma de relacionarse generó en ella un choque al no identificar la relación acostumbrada entre auxiliar y enfermera que da cabida al autoritarismo que ella suponía que debía ostentar como “jefe”.

Con el relato de Sandra, es posible distinguir un intento de diferenciación entre los términos jefe y enfermera. Ella siempre quiso ser “enfermera”, título que se asocia a la relación con los pacientes y las actividades de cuidado, mientras que durante su proceso de formación desechó el ser “jefe”, término que asoció al autoritarismo y a las relaciones de poder en torno al personal auxiliar. Por este motivo “tener que ser autoridad” fue el choque más grande que tuvo al iniciar su práctica profesional, pues allí se dio cuenta que debía hacer algo muy diferente a lo que esperaba: debía “ser la jefe”, o sea, ser la encargada de verificar que las auxiliares de enfermería realicen las actividades delegadas, regañarlas si no lo hacen o corregirlas si lo hacen mal, Esta función le generó incomodidad pues nunca se sintió con la capacidad -autoridad- suficiente para hacerlo y se cuestionó la razón por la cual debía asumir esta función.

El equipo de salud, a modo de familia, representa un grupo ya formado en el cual como enfermera recién egresada debe ingresar, para ello usó como estrategia lo que ella denomina como “entrar suavcito”, que consiste en asumir una posición no autoritaria, neutral, es decir todo lo contrario a “ser jefe”. De esta manera, mostrar que no quiere imponer su voluntad sino que acepta la oportunidad de aprendizajes con los miembros de este grupo. Por tanto, se dispone a escucharlos, sin imponer su voluntad o sus propias formas de hacer las cosas. Así, mientras “entra suavcito” la enfermera asume un rol pasivo, donde está dispuesta a escuchar y a aprender todo lo que el grupo le ofrece.

Entrar suavcito le permite sentirse acogida. A su vez, ser acogida le ayuda en el proceso de aprendizaje de su rol, pues así siente que puede contar con el apoyo y enseñanza tanto de enfermeras como de auxiliares, con el aliciente de que evitará ser “acuchillada”, es decir, juzgada, por los miembros del grupo. Pero Sandra siente que ella “se quedó suavcita”. Al iniciar el ejercicio profesional, ella pensó que “entrar suavcito” sería solo una estrategia ya que con el paso del tiempo adquiriría la “autoridad” necesaria para poderles corregir cuando lo considerara, aun así, hasta el momento no ha visto la necesidad de generar este cambio pues su actitud neutra representa su forma de “supervivencia” dentro de la familia, para así no tener conflictos con los diferentes miembros.

Cuando inició su vivencia como enfermera recién egresada tenía como objetivos: aprender, ser reconocida y cuidar. El aprendizaje se dio en varias líneas: Se aprende del colega, se aprende del auxiliar de enfermería y se aprende del médico, pero además se usan como estrategias la observación y la pregunta.

De los colegas se aprenden tanto asuntos administrativos como asistenciales. Durante los momentos críticos, por ejemplo, observó las funciones que sus colegas ejercían así como las diferentes formas y el orden que éstas utilizaban para planear su día y finiquitar sus actividades, así pues, junto con la instrucción de estas llegó a descifrar su forma propia de planear y llevar a cabo sus tareas. De los auxiliares aprendió generalmente asuntos asistenciales, los que me narra se relacionan al manejo de medicamentos e instalación de

infusiones. Los aprendizajes que adquirió junto a los médicos son en su mayoría clínicos los cuales le aportaron para mejorar la toma de decisiones en el manejo de los pacientes.

Por su parte la observación fue su principal herramienta de aprendizaje la cual la llevó en primera instancia a situarse en la posición de “juez”, pero además la llevó a lo que ella denomina como aprendizaje por “investigación”. La posición de juez la asumió desde momentos muy tempranos durante el inicio de su práctica profesional, y esta fue su forma inicial de enfrentarse a los miedos. Así, acudía a las diferentes situaciones clínicas críticas de las cuales no era la enfermera responsable y evaluaba el desempeño del equipo de salud auto cuestionándose sobre ¿Cómo se hace? ¿Cuál es la mejor actitud? ¿Cómo lo haría ella? ¿Cuáles son los aspectos positivos que podía aprender?, de igual manera intentaba identificar cuáles eran los errores de los participantes durante esa situación y cuál sería la mejor forma en la que ella lo haría. Situarse en la posición de juez le permitió adquirir, según ella, muchos aprendizajes que disminuyeron su sensación de miedo específicamente ante el paciente crítico.

El aprendizaje por investigación lo describe como aquel que logró con los pacientes. Este partió de la observación o valoración en cuadros patológicos específicos en los cuales ella realizó ciertas intervenciones, las cuales tuvieron en ocasiones resultados positivos, por lo cual decidió realizarla en otros pacientes que presentaran la misma situación, ante lo cual pudo medir y evaluar los resultados y describir patrones, así pues, cuenta que aprendió intervenciones favorables para el alivio de algunas condiciones de sus pacientes llevándola así a proponer y tomar decisiones basadas en estas experiencias.

Por ello considera que su aprendizaje se dio en términos de “Ensayo - Error” debido precisamente a la necesidad de “investigar” para poder identificar la asertividad o no de sus intervenciones, además considera que es un proceso que se da de forma continua, día tras día y es lo que la lleva a “crecer” y cobra importancia porque es a partir de este crecimiento que puede “ser más grande ante la visión del médico y de los colegas” lo que en conclusión le lleva a ser reconocida.

Además siente que no hay un momento exacto en el que se dio el aprendizaje, pues este es un proceso continuo, que se presentan día a día, hasta que llegan momentos específicos que denomina como “clicks”, así pues, narra que ella ha tenido sus “clicks” no solo a nivel práctico y sino en su re significación de la enfermería. Este asunto se dio en relación a sus cuestionamientos sobre “jefe y enfermera”, así como al miedo a no saber. Primero se empezó a preguntar ¿qué es ser enfermera?, este cuestionamiento surgió cuando se sintió presionada por sus jefes para mostrarse como autoridad frente a sus auxiliares, así, cuenta que considera que una enfermera es toda a aquella que cuida, por lo que, desde su perspectiva los auxiliares son a la vez enfermeras, sus pares, quienes tienen criterio y experiencia, por lo cual ella no siente que debe regañarlas, sino que prefiere trabajar junto a ellas, como una más. De esta misma manera llegó a generarse en ella el “click” frente al

miedo a no saber, pues consideró que si bien siempre ha querido ser tomada en cuenta, esto ya no le genera tanto miedo pues comprendió que si no es tomada en cuenta porque no tiene un conocimiento, ella lo aprenderá y en una próxima ocasión será tomada en cuenta por su equipo.

Por su parte, ser reconocida, significó para ella ser tomada en cuenta por el equipo médico, para tal fin, ella requiere poder mostrar que tiene conocimientos útiles al momento de resolver las situaciones que se presentan, pero además dar información oportuna y aportante para el manejo del paciente durante la ronda médica. Esto lo logra cuando es capaz de demostrar que “sabe” y que “es capaz”. Para demostrar que sabe ella se ve en la necesidad de responder cuando “le miden el aceite” lo cual consiste en la solicitud de ayuda por parte del personal auxiliar para que ella, como jefe, enfrente y resuelva situaciones de cuidado en las que son evaluados sus conocimientos y habilidades, para ella, es además el momento en el que las auxiliares depositan su mayor voto de confianza en ella y esperan obtener una respuesta que satisfaga sus expectativas, por lo que en este momento siente la presión de “responder o responder, lo que sea, pero responder” pues de no hacerlo cae en lo que considera como “fallarle al auxiliar” lo que es relevante puesto que como recién egresada ella quiere demostrarles a ellos que sabe y que tiene conocimientos para así consolidarse en su rol como enfermera, como “buena enfermera” la cual sabe “lo que tiene que hacer”, “lo que quiere para el paciente” y lo que “quiere para sus auxiliares”.

8.2. Temas de la experiencia de ser enfermera recién egresada

El término “tema” fenomenológico es definido por Van Manen como las estructuras experienciales que componen la experiencia vivida. Para este autor, es mediante los temas que el investigador fenomenológico llega al significado vivido, y le permite a su vez, tener control y orden en el proceso de investigación y en la escritura fenomenológica. (31)

Para las enfermeras participantes de este estudio, la vivencia de ser enfermera recién egresada es experimentada en torno al avance en la construcción de su identidad como enfermeras. Durante el primer año de práctica profesional, este grupo de profesionales vivenció un choque con la realidad al afrontar un desconocimiento frente al rol que debían asumir: ser jefes o ser enfermeras, el cual puso de manifiesto diversos desencuentros entre aquello que aprendieron en el aula universitaria y las exigencias que el contexto laboral tiene. Dichos distanciamientos le causan miedo pero que además evidencia una necesidad de iniciar un nuevo proceso de aprendizaje según las necesidades del nuevo espacio que vivencian, para lo cual ellas idean ciertas estrategias en un espacio determinado y en compañía de otros, que culminan con un reaprendizaje acerca de su papel como enfermeras y el inicio de la transformación de su identidad.

8.2.1. No sentirse enfermera: ¿Ser enfermera o ser jefe?

Las enfermeras recién egresadas, participantes de este estudio, al empezar la práctica profesional no se sienten enfermeras al experimentar un dilema en relación con su rol al situarse entre dos papeles: ser enfermera o ser jefe (E05-1D11). La diferencia existente entre el rol de jefe y el rol de enfermera surge desde el mismo espacio universitario, pues “...te dijeron en la universidad que ibas a ser la enfermera, o sea que no ibas a ser la jefe, eso nos lo dejaron claro” (E05-2D23). Para ellas, fue precisamente durante el proceso de formación profesional donde les enseñaron que el rol que deberían de desempeñar una vez se iniciara la práctica profesional sería el de enfermera:

“A uno en las clases todos los profesores le dicen: Es que ustedes van a ser enfermeros profesionales. Porque además le meten a uno que uno no es jefe de nadie.” E03-2

En consecuencia, las participantes, retoman el concepto de Enfermera para definirse a sí mismas entorno a la relación de cuidado que se genera con el paciente ya que “Un enfermero es quien cuida, un enfermero es quien sabe cómo se siente el otro, que siente empatía, que siente justicia, que siente respeto.” (E05-2D 29) y su responsabilidad tiene que ver específicamente con el cuidado de los pacientes, como lo describen a continuación dos de las participantes:

“Nos dejaron claro de que ibas a tener la responsabilidad del cuidado del paciente, o sea que eras vos la que iba a responder legislativamente y con todas las normas ante ese paciente.” E05-2D24

De acuerdo a esto, en el espacio académico siempre les enseñaron las actividades de cuidado, es decir, aquellas que involucran la atención directa al paciente, en este sentido, “Nos habían enseñado mucho a estar con los pacientes, a bañarlos, vestirlos, de todo” (E05-2D42), actividades que son denominadas a su vez, por diferentes participantes como lo “asistencial” (E01-1D8), o “los proceso de enfermería” (E02-2D62); y que se refieren a todos aquellos quehaceres prácticos e intervención con los pacientes, que van desde “tomar los exámenes, los gases arteriales, hemocultivos, pasarles una sonda” E02-1D45 hasta acciones más elaboradas como las curaciones que le exigen a la enfermera agilidad y destreza técnica.

Por su parte, el término “Jefe” está asociado a lo que las participantes denominan como “Ser autoridad”, o como una de ellas nombra: ser “la autoritaria, la dueña” (E05-2D56) y que se manifiesta en la relación vertical que se establece con el personal auxiliar, puesto que “... la que se supone que mandaba en el servicio, era yo, sobre mis auxiliares” (E03-2), es decir, debe generar una relación de autoridad donde quede claro que ella puede corregirlos y regañarlos en el momento que sea necesario:

“Que se tenga claro que nosotros somos los jefes y que ellos [los auxiliares] tienen que hacer caso a las órdenes y a las correcciones que les debemos hacer” E02-2D37

Ser jefe además incluye ciertas actividades de gestión, administración o “*manejo del servicio*” (E02-2D23), que representan la responsabilidad de garantizar “... *Que las cosas se hagan como deben ser, que no haya errores, que no se nos pasen procesos como ayudas diagnósticas, que se hagan, se tomen los exámenes a la hora que debe ser, que los pacientes estén bien atendidos.*” E02-2D13, y que son asumidas por las recién egresadas al darse cuenta que son ellas las encargadas de propiciar que cada actividad se lleve a cabo como debe de hacerse:

“Usted se da cuenta que usted manda, que el servicio de una u otra manera es suyo y que lo que usted no hace, no lo va a hacer otro” E03-2

Para ellas, inicialmente no había una diferencia sustancial entre el significado de ambos conceptos, –jefe o enfermera– pues estos correspondían, desde su perspectiva, a una misma actividad y se usaban de forma aleatoria para generar un método de diferenciación que las identifica como profesionales:

“Para mí, ‘jefe’ simplemente es como cuando yo le digo “doctor” al doctor, pero él no es doctor, es un médico. O sea, simplemente es un concepto que uno genera para identificar a una persona. Para mí es lo mismo ser jefe: identifica que vos hiciste una carrera profesional, pero sigo siendo enfermera.” E05-2D58

No obstante, empezaron a identificar una diferencia sutil entre ser jefe y ser enfermera, como se puede notar en el siguiente fragmento en el que la recién egresada corrige la forma de nombrarse como enfermera y no como jefe, ya que este último no era tan relevante en su ideal de práctica profesional:

“Cuando yo quise ser jefe... ¡no!, cuando yo quise ser enfermera... a mí me emocionaba mucho eso del cuidado, del conocimiento del ser humano; pero la parte en que yo iba a ser una jefe, que tenía que tener auxiliares, pues yo no entendía eso y no me interesaba” E05-D80

Contrario a ese ideal de práctica profesional que aprendieron en la universidad, el contexto les exigió algo diferente. Desde el momento mismo de su contratación y puesta en marcha del ejercicio profesional, a las enfermeras participantes, se les designó el rol de Jefe, pues como una de ellas cuenta: “... *Mi contrato decía clarito: enfermera jefe. Entonces, me contrataron para eso*”. (E04-2), y al vivenciar las actividades cotidianas una vez asumido su papel de profesionales se les sumaron, precisamente, funciones de jefe:

“uno se da cuenta afuera que uno si es jefe de la gente” E03-2

Las funciones de jefe tienen que ver con la “*gestión del servicio*” o como lo denomina otra de las participantes “*hacer esto y lo otro*”, haciendo alusión a una serie de actividades administrativas, es decir, “*muchas cosas de hacer llamadas, de estar en el computador de hacer esto y aquello*” (E01-1D26A). Estas responsabilidades abarcan gran parte de su tiempo “*prácticamente el 80 % de lo que hacemos es gestión*” (E01-1D6A). Por lo que llegan a un punto que no les permite realizar las actividades que desde su ideal de enfermera debían realizar, como los describen a continuación

“[las diversas actividades de gestión] absorben el tiempo y usted muchas veces quisiera como ir a ver al paciente a la cara, y decirle: -tienes una ayuda diagnóstica para tal hora, no puedes comer-” E01-1D26B

Además, la recién egresa empieza a darse cuenta que la jefe debe asumir actividades de apoyo ante su equipo, las cuales tienen que ver con el manejo integral del servicio es decir, “*desarrollar esa capacidad de grabarse todo, de tener en la cabeza todos los pendientes, todo lo que se dice en una ronda, cuando uno pasa la ronda con el médico.*” (E02-1D6).

Esta realización genera en las recién egresadas un sentimiento de decepción al corroborar que el papel que deben desempeñar dista del rol que, como ya se describió, se les había enseñado desde la universidad, pues las actividades atribuidas son diferentes a las que se esperaban y les parecen semejantes a actividades de secretariado, como lo muestran a continuación:

“El hecho de uno tenerse que estar la mayoría del tiempo sentado, revisando en un computador se torna como muy secretariado en enfermería, eso ha sido lo que más me ha tenido desilusionado.” E02-1D67

En este momento las participantes se enfrentan ante dos hechos: por un lado, no saben cómo ser las jefes que sienten que el contexto les exige, y por el otro, no saben cómo ser enfermeras en el ideal que tienen en relación al cuidado directo de los pacientes. En primer lugar, ellas narran que no saben cómo ser jefes ya que, durante su formación nunca asumieron las responsabilidades que esto conlleva:

“...Nunca tuve la oportunidad de sentarme en el lugar de la jefe y decir: bueno ¿qué vamos a hacer hoy?; y organizarme” E05-2D42.

“Yo sentía un desconocimiento total de lo que yo realmente iba a hacer, porque durante nuestra carrera nos pusieron en el lugar de la jefe, sino lo que íbamos a supervisar, pero me faltó mucho saber realmente, como jefes, que función íbamos a cumplir” E05-1D23

Este sentimiento nace, desde su vivencia, al no tener claridad sobre el papel que deben desempeñar como jefes, y sobre las funciones del día a día:

“Más o menos era como eso lo que yo sentía, como ¿uno que hace?, los primeritos turnos yo decía ¿entonces yo solamente paso esto acá? y yo ¿qué tengo que hacer?” E01-2D76

Además, no se sienten como jefes debido a que no saben cómo manejar personal, pues *“Me ha parecido también complicada la parte de del manejo del personal” (E01-1D10)*, dado que como ya se narró, en la academia siempre les enseñaron las actividades de cuidado directo, más nunca tuvieron que asumir el de manejo del personal:

“Nosotros nunca hemos tenido a cargo un personal, entonces uno sale como con susto como bueno, voy a tener que llegar a un servicio donde yo soy el que voy a dar las órdenes” E02-1D10

En segundo lugar, sumado al hecho de no saber cómo ser una jefe, se manifiesta en ellas la sensación de *“No me sentía como enfermera, ¡no!” (E01-1D36)*, es decir, no sentían que estaban realizando el cuidado de enfermería, en el sentido expresado anteriormente, de interacción directa con el paciente pues no sabían cómo llevar a cabo estas actividades, como lo expresa una de las participantes a continuación:

“Por ejemplo el primer día que estuve en trauma que me llegó un paciente accidentado, yo no sabía si correr o que hacer: si cogerle la vena al paciente, si pasarle los medicamentos, si envasar los medicamentos, si limpiarle las heridas. No sabía qué hacer, era totalmente enredado, nada” E04-1D25

De acuerdo con lo anterior, estas participantes enfrentan entonces una dualidad de roles: ser enfermera con responsabilidades asistenciales o ser jefe con actividades administrativas, disyuntiva que provoca cuestionamientos sobre ese ideal que traían de la enfermería, así como una duda sobre cuál debería ser el papel indicado a asumir y *“me di cuenta que choqué contra eso y entré en crisis: “¿qué soy yo?”. O sea, ¿qué es ser enfermera? ¡Es que ser enfermera no es autoridad, enfermería no es autoridad!” (E05-2D2).*

Pese a esos momentos de crisis, la recién egresada durante ese año se da cuenta que en la práctica real ser enfermera incluye ambos papeles, comprenden que no solo deben cumplir actividades de cuidado como les habían enseñado durante su formación, sino que también, es necesario hacerse cargo de los asuntos administrativas y de gestión, pues *“...si usted no lo hace nadie lo va hacer”. (E01-1D29)*. En con colusión, debían ser “Enfermeras” pero también “Jefes”:

“A usted también le toca ser jefe, a usted le toca decir “vamos a hacer las cosas así” E03-2.

Reconocer su responsabilidad ante ambos roles y además la sensación de no saber cómo desempeñar ninguno de éstos, lleva a la enfermera recién egresada a no sentirse enfermera. Dicha sensación emerge durante la vivencia de la práctica profesional, al constatar que les hace falta lo que ellas definen como “experiencia”, haciendo referencia a esa práctica

permanente *“que le va abonando a uno el aprendizaje y más habilidades. (...) Es hacer esto, lo otro, ir haciendo [las diferentes actividades de enfermería], lo que lo va llenando a uno de nuevo conocimiento, o va afianzando los que ya tenía.” (E04-1D61).*

El carecer de experiencia les significa una falta de conocimientos, y habilidades para la realización *“lógica” (E01-2D32)*, rápida y fluida de sus actividades asistenciales y administrativas *“por uno ser tan inexperto, que se demora mucho haciendo las cosas” (E01-2D20)*, pero también, para la toma de decisiones:

“Todavía no me sentía enfermera por eso, porque yo sentía que no tenía experiencia e intuía que me iba a topar como con esas decisiones que es que no le da a usted la universidad sino que eso se lo da la experiencia” E01-1D38

Sentirse inexpertas hizo mella en las participantes dado que es por esta sensación que consideran que *“sale uno siendo como un enfermero... pero un enfermero chiquito, un enfermero sin experiencia, un enfermero susceptible, vulnerable.” E02-2D31*, es decir, incompleto, carentes como ya se mencionó de conocimientos y habilidades necesarios para ejercer su papel de *“autoridad”* y para tomar decisiones asertivas:

“Como de pronto la inseguridad, la falta de experiencia no sé, es que, por eso como todo preguntaba, como la toma de decisiones no es como la así súper segura, o sea uno lo hace porque es que uno ya estando, usted sabe que lo tiene que hacer y usted basado en sus conocimientos, pero usted se queda pensando como... ¿así será? O ¿no será? Entonces lo voy a preguntar, entonces por eso, como esa inseguridad todavía no me dejaba sentir como que ya podía tomar decisiones seguras y que todo fuera a estar bien.” E01-1D42

Otras de las participantes narraron que no se sentían enfermeras, sino que seguían sintiéndose como estudiantes a pesar de estar ejerciendo de forma profesional: *“Cuando yo ingresé me pasó eso, como que yo siempre fui estudiante y de alguna forma en ese momento seguía siendo estudiante, no me veía como en un rol más {profesional}” (E05-2D52)*. Esto sucede, debido a que sienten que hay cosas que no saben y que deben aun aprender, y esta sensación, les impide sentirse como enfermeras, como lo refiere una de las participantes:

“Cuando entré a trabajar me seguía sintiendo como estudiante porque estaba aprendiendo, seguía aprendiendo, todos los días aprendía una cosa más” E05-2D53.

Pero además no se sienten enfermeras al considerar que su equipo no las ve como enfermeras pues como narra una de las participantes: *“es más que a usted no la ven como enfermera, yo creo que a la final es eso” (E01-2D68)*, es decir, no se sienten reconocidas como enfermeras pues no son un apoyo para su equipo al no poder tomar decisiones

autónomas que aporten a la resolución de los problemas que se presentan, sino que ante estas situaciones debe consultar para saber que hacer o preguntar para aprender.

“Cuando por ejemplo los médicos... usted sabe que los médicos se apoyan mucho en uno y entonces usted al principio cuando es tan inexperto, ¡ellos qué se van a apoyar en usted! si usted antes les está preguntando todo el tiempo, y eso, yo pienso que en ese momento ellos no lo ven usted como enfermero, sino como alguien, que está aprendiendo, que trabaja acá pero (risas), por así decirlo, entonces, y lo mismo de pronto las auxiliares la gente con que usted trabaja” E01-2D69

Para concluir, hemos visto cómo las enfermeras recién egresadas, participantes en el presente estudio, inician la práctica profesional con la intención de ejercer un rol de enfermera cuyo ideal se asocia al cuidado directo de los pacientes, pero se encuentran con que las exigencias de la práctica distan de dicho ideal y en cambio se les exige asumir un rol de jefe y en esta lógica, actividades administrativas y de gestión; ante esta situación las recién egresadas no se sienten como enfermeras pues no saben cómo asumir ninguno de estos papeles, situación que les produce miedo como se verá en el siguiente apartado.

8.2.2. Sintiendo Miedo

Las enfermeras recién egresadas participantes vivieron su primer año de ejercicio profesional sintiendo miedo, ya que, según lo narran *“siempre, un enfermero recién egresado es una persona llena de miedo” (E02-2D57)*. Muchas de ellas coinciden en afirmar que ese miedo se sintió sobre todo al inicio, en ese tránsito entre la formación profesional inicial y las primeras experiencias laborales:

“Ese miedo, cuando tú te gradúas y empiezas a trabajar en algún lugar, yo creo que en el recién egresado siempre va a estar” E02-2D35

El miedo es nombrado también como “susto” (E05-1D6) y “temor” (E04-1D72); y se presenta principalmente de dos formas. La primera es el miedo a “no saber” (E05-1D21); *El cual se presenta cuando afrontan las situaciones de cuidado durante la vida cotidiana de la institución y que se asocia directamente al “no sentirse enfermera”*. La segunda, está relacionada con el temor a chocar con el personal” (E01-1D 40), cuya relación se da específicamente con “no saber cómo ser jefe”.

En relación al primer miedo, las participantes narraron que el miedo a “no saber” se gesta desde el momento que culminan su formación universitaria, pues *“uno sale con miedos, uno siente que no tiene los conocimientos suficientes para enfrentarse a una vida laboral” (E02-1D3)*. Desde su perspectiva, lo que la Universidad les provee es *“un brochazo por encima” (E03-2D11)* o como también lo llaman *“...pincelazos.” E03-2D42*. Es decir, la

Universidad les da las bases para defenderse teóricamente, tal como lo expresan dos participantes:

“A uno le dieron la teoría de qué hacer, tiene como la noción” E02-2D2

“Gracias a dios tenía la teoría y con eso me defendí” E03-1D251

Sin embargo, consideran que los conocimientos prácticos son escasos pues aunque tuvieron la posibilidad de desarrollar algunos procedimientos, reconocen que llegan a la práctica profesional con pocas habilidades técnicas para el cuidado de los pacientes:

“Porque uno en la carrera, que yo me acuerde, mientras hacía mis prácticas cogí cuatro o cinco venas, entonces es esa falta de agilidad, en cuanto a esos procesos de enfermería” E02-1D32

Por tanto, consideran que dicha formación fue una preparación insuficiente para el ejercicio profesional pues *“en la universidad no alcanza uno a ver ese panorama que va a salir a hacer en realidad” (E02-1D6)*, por lo que reconocen que si bien la Universidad les otorgó unos saberes básicos para su práctica profesional, es su responsabilidad continuar con la profundización de ellos.

“Yo vi que uno sí sabía, o sea uno sí sabe, pero tiene reforzar ese conocimiento en la práctica y ahondar en lo que uno realmente necesita, porque el conocimiento es muy basto y realmente no se puede querer saber todo y de una vez” E01-2D10

En ese sentido, el miedo a “no saber” está fundamentado principalmente en la insuficiencia de los conocimientos y las habilidades necesarias para enfrentar las situaciones de cuidado, que algunos de ellos ya han experimentado al inicio de su práctica profesional, las cuales van desde el afrontamiento de momentos críticos hasta la toma de decisiones durante acciones cotidianas.

“[Sentía miedo] por falta de conocimiento y falta de agilidad en realizar muchos procesos de enfermería: desde tomar unos gases arteriales, hasta el mismo hecho de canalizar una vena.” E02-1D31

“Mi primer código azul que me tocó en “un pueblo” y, yo no supe que hacer. Lo único que hice fue salir corriendo con el carro de paro, pero me hice detrás del carro y no supe cómo actuar. Entonces, es miedo a esa falta de practicidad, de agilidad y de falta de conocimientos en sí, como tal” E02-1D34

Tener conocimientos y habilidades insuficientes, según lo expresan algunas enfermeras entrevistadas, hizo que sintieran temor frente a la posibilidad de encontrarse solas, sin el apoyo de los otros colegas, ya que consideran que, al estar sola, la responsabilidad en la toma de decisiones es mayor para ellas. Esto asunto se vuelve crítico cuando se tienen que

enfrentar a situaciones imprevistas: “...por la responsabilidad. Solo y netamente por la responsabilidad, porque tengo cuarenta pacientes para mí, yo soy la que tomo al decisión ante todo” (E05-1D26). Además, el temor está dado por no saber cómo enfrentar las situaciones imprevistas que surgen en la complejidad de la práctica profesional:

“...un pacientico tenía una hiperplasia prostática, tenía una sonda nelatón, estaba ahí medio puestecita y se le salió, -“¿jefe qué vamos a hacer?”, y yo -¿Qué voy a hacer?”. Son varias cosas, que cada día van saliendo, y la mayoría de veces no sé qué hacer y eso me da miedo.”E05-1D32

En otras palabras, el miedo a “no saber”, se traduce en el temor a “no hacer las cosas bien” (E02-1D41), lo cual, desde la perspectiva de las participantes, tiene dos desenlaces: uno de ellos es “fallarle a los pacientes” (E05-2D32) y el otro es que “disminuye la confianza de los auxiliares”(E05-2D12). Por una parte, las enfermeras sienten que les fallan a los pacientes cuando, al no hacer las cosas bien, tienen el riesgo de “cometer errores” (E01-2D21), posibilidad que les resulta aterradora ya que, como se narra a continuación, no son acciones susceptibles de corrección:

“Yo pienso que la enfermería es tener vidas en las manos. Si usted trabaja con computadores usted se puede equivocar y le tocó pagar el computador, y ya. Pero si usted se equivoca en su trabajo, y nos pasa todos los días que nos equivocamos, las cosas son muy difíciles de corregir o no se pueden corregir simplemente” E01-1D17

Así pues, cuando las enfermeras no saben cómo responder ante una situación de cuidado o lo hacen de una forma que no es la adecuada, y afectan de forma directa el proceso de salud de los pacientes que tienen bajo su cuidado, reafirman ese sentimiento de miedo que tienen de fallarle al paciente, ya que “es una de las cosas que genera más estrés” (E01-1D19), al ser conscientes de que, como se dijo anteriormente, ellas sienten que la vida de los pacientes en sus manos:

“... me daba miedo contaminar, me daba miedo que por culpa mía hiciera una infección urinaria, me daba miedo, pues ¡sí! que por culpa mía el paciente se complicara.” (E03-1),

Por otra parte, el segundo desenlace se da en relación con los auxiliares de enfermería, pues cuando “...sucede algo y yo no sé responder ante ello, siento que ellos ya no van a tener la suficiente confianza para estar conmigo, para preguntarme algo.” E05-1D29. No saber qué responder y cómo actuar ante determinadas situaciones frente a las auxiliares generaba un malestar, debido a que “Cuando yo no sabía me sentía mal, porque sentía que le fallaba a ella [la auxiliar]” (E05-2D48).

Ahora bien, tanto el hecho de no saber hacer las cosas bien, así como el perder la confianza de la auxiliar, hizo que las participantes, en la vivencia de ser recién egresadas, cuestionaran el logro de las competencias que debieron haber adquirido en la Universidad, ya que se interrogaban sobre si en realidad se cumplieron los objetivos propuestos durante el proceso de formación profesional, en la medida en que sintieron que no se logra cumplir con el papel que se espera como enfermera. *“Me dije a mi misma ‘no sirves para nada’, ‘la universidad no te sirvió’, ‘no sabes nada’...”*. (E03-2D14):

“... Tú tienes el título, tienes tu tarjeta profesional, pero te preguntaban -¿a qué horas pongo una insulina glargina? En esos momentos uno como por el estrés o algo, a uno se le olvida. Entonces uno dice: ¡Juemadre!, si eso yo lo vi en la universidad, o sea, no soy enfermero, no cumplí con mis competencias. Entonces, en momentos tan simples como esos.” E02-1D46

El segundo miedo que narran las participantes, tiene que ver con el temor a tener conflictos con el personal, el cual está relacionado con el miedo a no saber, ya que para la enfermera es muy importante generar una buena relación con todos sus colegas, sobre todo al iniciar la práctica profesional en miras de contar con un equipo del cual puedan aprender durante una situación emergente sin tener que preocuparse por ser juzgada por su carencia de conocimientos o habilidades:

*“Yo tenía (...) ese estado de tranquilidad con todo el mundo porque quería aprender porque no quería que me acuchillaran a la primera, de ese miedo que tenía de que todo el mundo me tirara o que me midieran el aceite y yo fracasara en eso.”*E05-1D35

En otras palabras, el miedo a que estas situaciones de conflicto se presenten radica en que para este grupo de enfermeras, resulta importante estar acompañadas al iniciar la práctica profesional, debido al miedo que sienten de no saber cómo responder a las situaciones de cuidado cuando se encuentran solas:

“mi miedo es estar sola, mi miedo no es solo de desconocimiento sino también, sentirme sola en el sentido del apoyo.” E05-2D82

Cuando hablan de personal, hacen alusión principalmente a las auxiliares de enfermería, quienes representan *“el equipo de apoyo”* (E02-1D58) y *“equipo de trabajo”* (E02-1D27) . Estos conflictos se refieren a los inconvenientes que se presentan cuando la enfermera hace uso de su *“autoridad”* (E04-1D77) como *“jefe”* (E02-1D05) y corrige o llama la atención a alguna de las auxiliares.

“Una auxiliar en especial, cuando yo llegué esa mujer me amaba, me adoraba, era la luz de sus ojos, entonces hubo un momento en que tocó llamarle la atención

porque se sobrepasó los conductos regulares, ella jamás en la vida me volvió a hablar” E02-2D38

Por este motivo, cuando los conflictos se presentan, desde la perspectiva de las participantes, es la enfermera quien siente que *“pierde más” E05-1D58*, puesto que *“... siento que cuando hay un conflicto pierdo ese brazo, o sea pierdo esa mano. Cuando hay un conflicto directo yo siento que ya no voy a estar con esa persona, voy a perder un elemento importante dentro de mi grupo” (E05-2D83)*, lo que implica enfrentarse sin un apoyo ante cualquier situación que pueda presentarse y para la cual no se sienten aun preparadas:

“Mi miedo es estar sola, mi miedo no es solo de desconocimiento sino también, sentirme sola en el sentido del apoyo.” E05-2D82

Mientras que al tener una buena relación con las auxiliares es una garantía de una mejor práctica profesional porque ellas les enseñan y las protegen de cometer los errores , lo que facilita la práctica profesional en la medida que se consolidan en el trabajo en equipo:

“porque dependiendo de ellos y de la relación que yo tenga con ellos eso me va a ayudar a que el funcionamiento de mi piso sea mejor, porque al yo tener una buena relación con mis auxiliares eso va a ayudar a la comunicación, va a ayudar a que de pronto si a mí se me pasa algo y ellos se dan cuenta también me lo van a decir, cosas como esas, es como hacer un equipo más consolidado.” E02-2D7

Finalmente, las enfermeras participantes concluyen que el miedo, tanto a no saber, como a tener conflictos con el personal, ha disminuido con el *“paso del tiempo” (E01-1D46)*. Es decir, en la medida en que avanzó su práctica profesional, las enfermeras fueron adquiriendo cierta experiencia, en términos de conocimiento y habilidades para el manejo del servicio y la toma de decisiones en los momentos críticos, de esta manera, tal como lo expresó una participante, *“(...) la disminución de la ignorancia genera una disminución del miedo de alguna forma” E05-2D7:*

“Ese miedo, como te dije ahora, a medida que uno va cogiendo agilidad, experiencia, que se va como acomodando a un servicio, a un trabajo, eso va pasando, va disminuyendo poco a poco, no desaparece de la noche a la mañana.” E02-1D43

No obstante, ese miedo no desaparece completamente, ya que el conocimiento inherente al área de la salud, es muy amplio e inacabable, por lo que en la práctica profesional de la enfermera, siempre habrá situaciones y asuntos nuevos y desconocidos.

“El miedo sigue, porque sigue el desconocimiento, es que en la rama de la salud el conocimiento es gigantesco entonces siempre va a haber algo que yo no sé.” E05-2D17

A modo de conclusión “sintiendo miedo” es una vivencia trascendental en el ejercicio de la enfermera recién egresada porque involucra los cuestionamientos que hace de su formación inicial y su papel como enfermera. Lo cual la lleva a la constante necesidad de aprender, como se describe en el apartado siguiente.

8.2.3. Aprendiendo a ser enfermera

Como hemos visto a lo largo de los dos capítulos anteriores, las enfermeras recién egresadas participantes de este estudio no se sienten como enfermeras al no saber ni cómo realizar las actividades directas de cuidado, ni cómo asumir el rol de jefe con sus respectivas responsabilidades de administración y gestión; situación que como también se narró, les genera miedo al no contar con los conocimientos ni las habilidades que consideran necesarias para el cuidado y al no saber cómo relacionarse con el personal auxiliar sin generar conflictos que interfieran su proceso de aprendizaje.

Así mismo, ha sido evidente y repetitiva la diferencia que ellas encuentran entre lo que aprendieron durante su proceso de formación y lo que experimentaron en el contexto práctico, una vez iniciado el ejercicio profesional; esta contradicción representó para ellas inicialmente una gran sorpresa, como alguna de ellas afirma:

“La experiencia ha sido como de sorprenderme todos los días de lo diferente que es la teoría, lo que uno cree en la universidad que va a hacer, de lo que uno realmente sale a hacer.” (E01-1D5).

Con teoría, las participantes, se refieren específicamente a aquello que se aprende durante la formación profesional, es decir, los conocimientos teóricos los cuales “*uno cree que esa es la verdad total...*” (E01-1D20). Por su parte, cuando se refieren a “lo que realmente sale a hacer” una vez tienen su título universitario, hacen alusión, tanto a las actividades de jefe, así como a la complejidad de las responsabilidades de cuidado directo, que como ya mencionamos, tampoco se sienten con la capacidad de llevar a cabo.

Esa discrepancia entre la teoría y la realidad, se da precisamente, al comprobar lo poco aplicable que resulta el concepto de verdad total que traían desde el espacio académico, al contrastarla en las diferentes situaciones cotidianas que tuvieron que afrontar durante el ejercicio su rol profesional, pues “*uno ve que no le sirve, o sea que el conocimiento que uno tiene o lo que uno pensaba no funciona para lo que uno tiene en el momento.*” (E01-1D49).

En otras palabras, hay costumbres que difieren de las verdades totales que ha aprendido en la universidad. Estas verdades si bien son acertadas, no son útiles al momento de dar solución a las situaciones que se presentan en el contexto real de la práctica de cuidado pues no tienen en cuenta asuntos como los recursos ofrecidos, o el tiempo con el que la enfermera cuenta, como lo describen a continuación:

“Hay otras cosas que uno dice: -sí, muy bonito suena en la teoría, pero si usted lo va a hacer así no le da ni el tiempo, no le dan los recursos, ¡No le da!” (E01-1D23A)

Sin embargo, para otras de las enfermeras, hay acciones de enfermería que en dicho contexto *“uno identifica como que acá las hacen así, pero no es lo debido” E01-1D22*, como bien se los han enseñado en la universidad; lo que les lleva a reflexionar y contrastar los conocimientos previos con los que llegan frente a las nuevas formas de hacer que observan en el sitio de práctica.

“obviamente, esas cosas que usted va aprendiendo de “acá se hace así” y entonces usted escoge si está bien o no.” E01-1D43

Este choque, entre aquello que se espera y lo que se vive en realidad, según varias de las participantes, evidenció la necesidad inminente de aprender pues *“Cuando uno se enfrenta a la vida laboral uno se da cuenta de los vacíos que tiene y uno puede profundizar en ellos, los puede reforzar, yo creo que uno en eso reaprende, uno se va formando.” (E02-1D54)*. Para este grupo de enfermeras fue a medida que enfrentaron las diversas situaciones que lograron identificar aquellos aspectos en los que, desde su perspectiva, necesitaban aprender y *“re-aprender” (E01-1D21)*:

“Uno mientras labora sabe que hay muchas cosas por aplicar y que hay otras que hicieron falta aprender y profundizar y estudiar.” E02-1D54

“(…) entonces usted va haciendo como esas adaptaciones y uno va como en la mente reaprendiendo o borrando cosas.” E01-1D23B

Reaprender significa para varias de las enfermeras entrevistadas *“borrar”* ciertos conocimientos, adquiridos en la academia, que no son útiles para dar solución a los problemas que el ejercicio profesional le exige, haciéndose necesario su reemplazo mediante el reaprendizaje de nuevas formas de llevar a cabo procedimientos de enfermería o el afrontamiento de situaciones de cuidado, los cuales ayudan a satisfacer las necesidades que aparecen en la cotidianidad del contexto en el las participantes se desenvuelven como se ejemplifica en el siguiente fragmento:

“Cuando uno va al sitio [de ejercicio profesional] le dicen: - ¡No, acá lo hacemos así!, por protocolo, o porque llevamos muchos años haciéndolo así. Entonces uno dice: -¡Ah! Bueno-, y borra esa información que traía de la universidad y dice – no, es que cada cosa es diferente (...), hay que reaprender.” E01-1D21

- **Estrategias para el aprendizaje**

Los diferentes aprendizajes que se dan en el contexto de la práctica se adquieren, según las participantes, teniendo en cuenta dos características: de forma constante porque *“uno sabe que toca estar estudiando todo el tiempo”* (E03-2D17), pero además, de manera rápida porque *“es que acá como es una vida, entonces usted tiene que aprender todo rapidito.”* (E01-1D16B). Dichas características tienen el fin de evitar errores y evadir las respectivas consecuencias que estos traen, en este caso, específicamente para los pacientes:

“En el caso de la enfermería si es de aprender todos los días, todos los días usted aprende y es obligado que usted todos los días corrija las cosas, aprenda más.”
E01-1D16A

Aprender es importante, pues es la forma que las lleva a *“no quedarse con lo que salió”* (E03-1D16), es decir, a adquirir tanto conocimientos teóricos como habilidades prácticas, cometido para el cual las participantes hicieron uso de varias estrategias, dentro de las cuales describieron: la comparación con el colega, *“la observación”* (E05-1D24), el ensayo- error y *“preguntar”* al otro” (E02-1D57),

Con relación a la primera estrategia, varias participantes narraron que aprendieron del colega por comparación *“porque uno se compara, uno dice: quiero ser así como ésta; o dice: no quiero ser así.”* (E01-1D33). Dicha comparación se genera en todas las áreas que están bajo la responsabilidad de la enfermera, como lo son *“en lo personal y en el quehacer: en procedimientos, en la manera de gestionar o en general”* (E02-2D62). Compararse con el colega parte de la observación previa de los comportamientos y actitudes que él asume frente a sus responsabilidades y que motivan a la enfermera recién egresada a idear un tipo de perfil de enfermera que desea ser:

“{Uno se compara} con los mismos compañeros porque al fin y al cabo es entre enfermeros. (...) uno decía: - me gusta cómo trabaja esta persona por esto o aquello. Entonces quiero o no quiero ser así” E01-2D61

En cuanto a la segunda estrategia, las enfermeras recién egresadas aprenden por observación pues *“aprendí demasiado de la observación, y decir: -bueno, lo primero que tienes que llegar a hacer es esto... mirar quienes tienen curaciones, hacer el pedido, o sea, ordenarte”* (E05-1D45). Esta estrategia les permitió en primera instancia situarse como alguna de las participantes denominó, en la posición de *“juez”* (E05-2D8). Observar, les da la oportunidad de presenciar situaciones clínicas de cuidado que no están bajo su responsabilidad, razón por la cual pueden centrarse en identificar las diferentes formas de afrontar las situaciones críticas y cuestionarse sobre cómo mejorar las acciones observadas. De esta forma la posición de juez fue, desde la perspectiva de ellas, una forma de superar el miedo:

“No era mi código pero yo estaba ahí aprendiendo, observando (...) desde la posición de juez yo empezaba a ver errores, detalles y cosas positivas también, que me gustaría aprender y así de alguna forma disminuía mi miedo” E05-2D5

La observación además permite realizar un aprendizaje por “investigación” (E05-2D74A) que se refiere al aprendizaje que varias participantes describen tras la aplicación de intervenciones y sus respectivos resultados:

“Por la observación, entonces tu valoras, tu observas durante un periodo de tiempo. Por ejemplo, un paciente distendido, vamos a ponerle una sonda nasogástrica, vamos a ver si ese paciente que esta distendido drena, y otro paciente que estaba distendido pues sí drenó. Entonces -¿por qué no le ponemos una sonda nasogástrica? E05-2D75A

Este aprendizaje parte entonces de la observación o “valoración” (E05-2D74B) de situaciones específicas o cuadros patológicos en los cuales la enfermera decide realizar intervenciones de cuidado, las cuales son valoradas para identificar los resultados que pueden ser positivos o negativos según el logro de la intención que con este se tenía. Cuando los resultados son positivos la enfermera replica dicha intervención y logra observar patrones en los resultados que son favorables para el alivio de las condiciones del paciente lo que le lleva a reutilizarlas y proponerlas en el momento que debe enfrentar la toma de decisiones, como lo describe a continuación una de las participantes:

“Un paciente con edema, con dificultad respiratoria, le pusimos una sonda; al que no le pusimos una sonda se murió, y al que si le pusimos y cambio drásticamente; pudimos medir, pudimos calcular, pudimos hacer esto, entonces ya: doctor ¿por qué no le ponemos una sonda?” E05-2D75B

Para otras participantes, la tercera estrategia de aprendizaje tiene que ver con un “Ensayo - Error” o “tire y afloje” debido precisamente a la necesidad de “investigar” para poder identificar la efectividad o no de sus intervenciones, por lo que consideran que es un proceso que se dio de forma continua, día tras día y fue lo que les llevó a “crecer” (E05-2D14):

“A ver... es que es un ensayo y error, es más complicado en personas porque todas somos diferentes, entonces no es como decir: esto mismo le va a servir a él, ¡no!, pero si hay ciertos patrones que se repiten en la mayoría, entonces uno va observando” E05-2D73

“Porque es que uno va como diciendo: así, probando a ver cómo va cuadrando, como en un tire y afloje, por así decirlo, y es difícil porque todas las personas son diferentes y a todos le funcionan cosas diferentes” E01-2D41

Finalmente, la cuarta estrategia está relacionada con “preguntar”, la cual se convirtió en la herramienta para asegurarse de no cometer errores, pero además para aprender, por ello, “Todo lo preguntaba, absolutamente todo lo preguntaba.” (E01-1D40). Las preguntas se realizan en aquellas situaciones en las que las enfermeras recién egresadas no sabían cómo hacer las actividades bajo su responsabilidad pero la pregunta representa a la vez una forma

en la que la enfermera reconoce el papel del otro en su proceso de aprendizaje y le solicita ayuda y apoyo:

“Por ejemplo, cuando uno tiene que canalizar un paciente y no le coge la vena, o tomar un electro que no le lee el electro, o hacer un procedimiento, una curación que uno no tiene ni idea de cómo hacerlo, tiene que preguntarle a un colega que sepa” E04-1D20)

- **Lo que se aprende del otro**

Las preguntas son realizadas *“A los colegas, a los auxiliares, a los médicos” (E04-1D30)* por lo que estos representan a la vez fuentes de aprendizaje. Al médico *“les preguntaba muchas cosas, porque para mí no eran lógicas, (...) yo lo requería para estar segura, y me sirvió para ir aprendiendo” (E01-2D33)* es decir, se les pregunta sobre asuntos clínicos en la evolución del paciente, así como en las decisiones que se tomaron respecto al mismo. En consecuencia, los aprendizajes que se adquieren al respecto son en su mayoría clínicos y aportaron al mejoramiento de la toma de decisiones en el manejo de los pacientes:

“Los médicos también hacen parte del mi aprendizaje, por lo que te decía de los medicamentos, eso lo aprendí de un internista, pero por ejemplo el paciente tenía hipertensión y la frecuencia estaba súper alta y le suspende el lavetalol y yo como...” ¿Por qué se lo va a suspender?, y días después le pregunte “¿Doc, por qué le suspendió el lavetalol a tal paciente?, - jefe por esto y esto”, entonces ahora también es un aprendizaje” E05-2D105

Además, *“les preguntaba mucho a las compañeras, siempre les preguntaba mucho, como para no cometer errores” (E01-2D1)*. El colega es quien ayuda a la nueva enfermera cuando tiene dudas a nivel profesional pero también personal, por ello, los aprendizajes que se obtienen de éstos se dan en ambos sentidos. A nivel profesional, las enfermeras se apoyan en sus colegas pues de éstos aprenden el manejo del servicio:

“¿en quién me apoyé? en mis colegas, porque ellos fueron los que me enseñaron como era que funcionaba el piso, como era que se deben manejar los diferentes procesos E02-2D18A

A nivel personal, aprenden del colega la forma de relacionarse con los otros profesionales del equipo pues *“hasta me decían: este especialista tiene muchos caprichos, no le prestes atención a tales cosas.” (E02-2D18B)*, es decir, el colega le enseña a la nueva enfermera las diversas formas en las que funciona el equipo, sus comportamientos o actitudes, para que así la enfermera debutante no se vea afectada por estas actitudes. Por otro lado, al observar al colega la nueva enfermera iniciar la construcción de algunos significados entorno a al tipo de profesional que desea ser basada en la comparación con el colega y en la reflexión frente a las actitudes de éste, que le ayudan a discriminar actitudes que desea aprender u otras que no:

“Aprendí muchas cosas que hay que hacer, pero aprendí muchas cosas que no hay que hacer (...), no hay que hacer en cuanto al trato a la gente, aprendí que uno no puede estar gritando a todo el mundo, tenía un ejemplo perfecto de cómo no comportarme” E03-2

A los auxiliares se les pregunta sobre cosas que por algún motivo se han olvidado o de los que no se está segura ya que para las enfermeras participantes *“ellos me fueron aportando mucho: -mira hacemos esto, hacemos esto-, y de acuerdo también a la auxiliar yo me sentía más libre de preguntarle: -mira no sé esto, ¿me podrías...?” (E05-1D51)*. Las preguntas hechas a los auxiliares corresponden, según narraron las enfermeras, en su mayoría a asuntos como administración de medicamentos:

“(...) el simple hecho de no saber a qué horas debe poner un medicamento en el kardex sino decirle a su auxiliar -ven dime, no sé, no me acuerdo, ¿qué horario debe ser o en cuanto se diluye un antibiótico?” E02-1D58

De ellos, las enfermeras participantes aprendieron generalmente asuntos asistenciales y prácticos, pues *“Hay veces que los auxiliares dan muy buenos aportes, y de eso voy aprendiendo también” (E05-2D56)*. En general, los aprendizajes tienen que ver con la administración de medicamentos, la instalación de infusiones o la realización de procedimientos, como narra una de las participantes en el siguiente fragmento:

“En mi vida había manejado yo un abdomen abierto, tampoco tenía idea como se manejaba, y una auxiliar se fue conmigo y me dijo -jefe ¿no ha manejado abdomen abierto?, y yo - en mi vida, ¡nunca!”, y me dijo -Venga pues, y me preparó el equipo y me dijo -Usted lo tiene que hacer, pe yo le voy a ayudar y le voy a decir cómo” E03-1D

- **Un aprendizaje tácito**

Además de esto, hay otro tipo de aprendizajes adquiridos por las enfermeras recién egresadas que van más allá de lo teórico, lo práctico o lo técnico. Estos aprendizajes se presentan de forma tácita y poco a poco las llevan a sentirse enfermeras. En esta lógica, las enfermeras aprenden a *“adaptarse” (E02-1D26)*, a identificar las necesidades del otro, a hacerse notar, y por último una manera propia de hacer las cosas. Aprender a adaptarse tiene que ver con aprender como relacionarse con el otro, es decir, *“lo que me tocaba era aprender como a conocer a las personas y aprender a tratarlas”.* (E02-1D16). Esto incluye, según describen, las formas en las que estos se comportan, sus temperamentos y las formas en las que reaccionan ante ciertas situaciones:

“Cada uno tiene resabios compliques. Uno tiene que aprender a llevarle muchas cosas a todas las personas y es en realidad difícil, entonces, desde mi experiencia personal, me fui acomodando a las situaciones, como adaptando a como se manejan los procesos (...).” (E02-1D10)

Adaptarse para uno de los participantes además se relaciona con “acostumbrarse” (E03-1) pues “uno ve, uno respira profundo, uno se calma”. (E02-1D15), y cobra sentido pues esto es lo que les ayuda a lo que otra de ellas denomina como “entrar suavemente”, es decir, “conocer el proceso, como ir acoplándote (...), no llegué a contraponerme, sino más calmadita” (E05-2D17), con lo cual se muestran dispuestas a aprender para romper la barrera con el personal y evitar choques:

“Al principio si me fue difícil, mientras me adaptaba, mientras le conocían el genio algunas personas, a algunos médicos. Unos son muy groseros entonces uno no se va a poner pues a pelear con ellos”. (E02-1D14)

A la vez, las enfermeras participantes aprenden a identificar las necesidades del equipo de trabajo de forma que “ya sabía cómo manejarme con los internistas, como manejarme con los urólogos, con los ortopedistas, con los pediatras, con todos”. (E03-1D77). Este aprendizaje tiene importancia pues les permite brindar cuidados coherentes con los procesos planeados por el equipo médico, así como la forma de trabajo de éstos. En esta lógica, la enfermera recién egresada aprende a flexibilizar su quehacer de forma que pueda responder a las necesidades y cotidianidades de su equipo:

“Uno va sabiendo cómo trabaja esa persona y como le gusta que uno maneje los pacientes, (...) hay unos que les gusta que uno les esté preguntando a medida que va haciendo la ronda, otros que no, que les gusta hacer toda la ronda completa y que nadie se les meta en eso y que ya si uno tiene preguntas o sugerencias las haga al final después de que ellos ya hayan escrito todo, después de que ellos hayan escrito y sacarlo a uno de la duda y cuestión también de agilidad” E03-1D84

Aprender a identificar las necesidades se da además en relación con el paciente. Para algunas de las participantes este reconocimiento resulta importante puesto que logran hacer un aporte que va más allá de la administración de un medicamento o la realización de un proceso práctico con el paciente y se centra, como lo narra una de las participantes, en brindarle atención y tranquilidad a éstos:

“Es que mira, tú sabes que a veces hasta los pacientes dicen o refieren mucho dolor, o están que no pueden dormir, entonces dicen: llamen a la enfermera; y uno va y realmente no puede, uno no va y le pone un medicamento pero uno les pregunta: ¿qué te pasa?, y ellos le cuentan cualquier cosa y usted ve que en ese transcurso del tiempo ya no vuelven a tocar el timbre, o dejan de llamar tanto, quedan como más tranquilos.” E01-2D30

Por su parte, tanto adaptarse como aprender a conocer las necesidades de los demás cobra relevancia puesto que le permite a la enfermera evitar conflictos y roces con los demás, cuya importancia ya fue explicitada en uno de los apartados anteriores; importancia que es ejemplificada por una de las enfermeras al notar que “a medida que van pasando los meses, a medida que tú te adaptas, a que aprendes a conocer tu servicio, a que aprendes a

conocer al personal, que sabes que esta tiene tal capricho, que este tiene tal capricho, que sabes que si una de ellas es un poco prepotente y le tienes que llamar la atención y vas a llegar con ella también diciéndole las cosas con un tono de voz de pronto que no se deba, de que vamos a empezar a chocar” E02-1D36

Las enfermeras además aprenden a hacerse notar por el equipo médico. Para ellos, este proceso consiste en aprender a hacer comentarios aportantes durante la ronda interdisciplinaria de revisión de los pacientes, pues *“Ellos constantemente miden eso, la calidad de tu participación, el ser asertivos; también uno tira como a perfilarse, como a tener calidad en tu aporte: -¿por qué no hacemos esto?; pero también como equipo: Doctor, ¿por qué no le quitamos esto?” (E05-2D64)*. Este tipo de comentarios develan su conocimiento de sobre el manejo del paciente, pero además la capacidad de aportar al equipo de salud opiniones que lleven al mejoramiento del paciente por lo que les imprime esto le permite a la enfermera “perfilarse”, de forma que la vean como una parte importante y aportante, lo que a su vez implica, desde su perspectiva, ser tenida en cuenta por ellos, como lo narra una de las participantes a continuación:

“si tiene por ejemplo dificultad respiratoria y tiene un berodual y tiene lavetalol o carvedilol tiene taquicardia y tiene presión pero en este momento tiene dificultad para respirar, “doctor ¿por qué no le suspendemos el lavetalol?” y él te pregunta “jefe ¿Por qué?” o algunos saben la respuesta “jefe ¿Por qué? -Por esto y esto”, ahí, ese aporte, esa opinión ellos la miden, (...), eso ellos lo tienen muy en cuenta para también tenerte en cuenta más adelante” E05-2D65

Por último, las enfermeras aprenden una manera propia de hacer las cosas, es decir, de llevar a cabo las actividades y responsabilidades de las enfermeras, al reconocer que *“por ejemplo, yo antes me estresaba porque yo he sido muy lenta, pero ya me relajo porque digo: yo soy así. O sea, yo soy lenta, yo me tengo que tomar mi tiempo, puede que otra persona sea muy rápida, pero yo tengo otras cosas que son chéveres, yo me analizo, (...) porque yo vi que cada uno tiene su forma de ser, lo importante es usted hacer las cosas bien.” (E01-2D64)*. Esta forma propia, les exige a las nuevas enfermeras la agrupación de las diferentes estrategias de aprendizaje ya mencionadas así como un proceso de reflexión sobre las acciones que realizan en su cotidianidad, como lo narran a continuación:

“Como me tocó con varias [Compañeras] diferentes, entendí que todas tenían un orden diferente entonces me fui acoplando al orden que a mí me salía más, mientras me acoplaba me demoré mucho entonces salía tarde, dejaba cosas pendientes, mientras sabía cuál era el orden que a mí me favorecía más, y ya me fui yendo” E05-1D46

Esta forma propia no tiene un momento determinado en el que se pueda puntualizar su obtención, pues surge a partir de todas las estrategias de aprendizaje ya mencionadas, hasta

que, según las participantes, estas logran encontrar el camino específico o “los clics” (E05-2D49A) con el cual se sienten a gusto y que las llevan a obtener los resultados que desean:

“No creo que haya un momento en el que usted se dé cuenta: -yo voy a hacer las cosas así, ¡No!. Hablemos con un ejemplo, las curaciones: hay unas que primero hacen todas las curaciones y después hacen todas las notas, o, [hay otras que] hacen una curación y hacen la nota; todas tiene como su manera. Yo digo que llegué a una manera de hacer las cosas después de probar haciéndolas de una manera y otra, y ver cual me funcionaba más a mí, cual me hacía rendir más el tiempo. Así mismo con todo, yo digo: de pronto así es que uno llega como a su manera de hacer las cosas.” E01-2D67

“Cada día uno tiene su crecimiento, no sé en qué momento, simplemente durante el proceso vas aprendiendo y durante el proceso te vas consolidando tu rol como enfermera” E05-2D49B

En este punto, la enfermera siente que aprende, sin ser consciente de ello, solo sabe que ya se empieza a sentir como una enfermera. Es así como empieza a transformar su identidad, como se presenta a continuación.

- **Empezar a sentirse Enfermera: Construcción de la identidad**

Con el transcurrir de su primer año de experiencia profesional las enfermeras recién egresadas participantes de este estudio aprenden a adaptarse, a identificar las necesidades del otro, a hacerse notar y a hacer las cosas de una forma propia con el fin de ser y “sentirme como enfermera” (E03-2), sensación que es lograda cuando ellas aprenden a “manejar el servicio”, o como otra de ellas denomina cuando “cogí el ritmo” (E03-2D80):

“Si ya si me siento enfermero, (...) porque ya tengo la capacidad de manejar un servicio, de atender a mis pacientes” E02-1D49

Cuando algunas de las enfermeras participantes aprenden a manejar el servicio logran dos objetivos: asumir el rol de enfermera y asumir el rol de jefe, ambos conjugados y representados en la acción única del manejo del servicio, puesto esto se logra cuando “todos los procesos funcionen como debe ser, como están establecidos según los protocolos de la clínica, como están estipulados, (...) y también al tener los conocimientos para que en un momento de estrés y de complicaciones de un paciente uno tenga la capacidad de reaccionar y de atenderlos.” (E02-1D39).

Así pues, en el “manejo adecuado del servicio”, las recién egresadas reúnen el ideal de enfermera que traían desde su formación profesional y que se asocia al cuidado directo, es decir a “atender a los pacientes”, al ir adquiriendo agilidad, habilidad y destreza en torno a las actividades prácticas que antes no lograba llevar a cabo, y que consideran necesarias para un desempeño eficaz en su rol como enfermeras y en consecuencia con el cuidado adecuada de los pacientes:

“te vas sintiendo un enfermero grande porque ya eres capaz de manejar un servicio, te vas sintiendo un enfermero grande porque ya tienes mucha agilidad para tomar unos hemocultivos, te vas sintiendo un enfermero grande porque ya no sudas no tiembblas a la hora de ir a tomar un examen.” E02-2D49

Pero además, se suma el nuevo rol que le exige en contexto de práctica, es decir, el de jefe y sus respectivas actividades de gestión y administración, es decir, desde la perspectiva de las participantes, ellas se sienten como enfermeras cuando han aprendido como asumir todas aquellas responsabilidades que el rol de jefe les exige, por lo que, según una de ellas, se siente como enfermera cuando logra que su servicio funcione bien:

“que las cosas se hagan como deben ser, que no haya errores, que no se nos pasen procesos como ayudas diagnósticas, que se hagan, se tomen los exámenes a la hora que debe ser”. E02-2D13

Por lo que es en este momento de aprendizaje y reaprendizaje que *“uno va teniendo como más experiencia y todo le va pareciendo más lógico” (E01-2D38)*. Dicha experiencia se manifiesta en la adquisición de agilidad y habilidad, así como en la capacidad propia del manejo de servicio, y es la protagonista en el proceso disminución de miedo inicial que las participantes narraron, aun cuando no garantiza su completa desaparición pues *“ese miedo, a medida que uno va cogiendo agilidad, experiencia, que se va como acomodando a un servicio, a un trabajo... eso va pasando, va disminuyendo poco a poco, no desaparece de la noche a la mañana.”(E02-1D44)*; pero además, es gracias a la experiencia lograda tras el aprendizaje que se va adquiriendo seguridad y si bien *“todavía me siento como enfermera ahí a medias, pero yo sé que, que mientras más conocimiento y seguridad tenga me voy a sentir como mucho mejor” (E01-1D4)*, es decir, es la experiencia adquirida tras el aprendizaje la que llevó a estas enfermeras a avanzar en el proceso de ser y sentirse como enfermeras:

“Yo digo que la experiencia es la que me ha dado la seguridad y la seguridad es la que me hace sentir que sí, que ya si soy enfermera” E01-1D44

A modo de cierre, como pudimos ver en este apartado los hallazgos giran alrededor del camino que emprende la nueva enfermera para avanzar en la construcción de su identidad como profesional.

Ellas viven un desencuentro inicial frente a las exigencias del nuevo campo laboral, un sentimiento continuo de falta de preparación y confusión frente a su rol, que les genera miedo pero que a la vez les motiva y les hace comprender que es necesario continuar aprendiendo lo que requieren para poder desempeñarse de manera satisfactoria. El aprendizaje de *“aquello que es necesario”* para ser enfermera sucede en un espacio específico como lo es el servicio, con el apoyo del equipo de salud y se da entre cuerpo y el tiempo. Esta adquisición las lleva a reconocerse a sí mismas como enfermeras y a ser

reconocidas como tales por el otro. A continuación presento la discusión de estos hallazgos desde una mirada transversal.

9. DISCUSIÓN

La experiencia vivida de las enfermeras recién egresadas participantes de este estudio, durante su primer año de ejercicio profesional se da en torno al avance en la construcción de su identidad como enfermeras. Este proceso es discutido desde cuatro los existenciales planteados por Van Manen. A continuación se presenta cómo la vivencia de la enfermera recién egresada se dio en un espacio vivido entre la universidad y la práctica profesional donde se resalta el “servicio” como lugar de aprendizaje. Así mismo en esta vivencia la enfermera pasa del miedo a equivocarse con el “otro vivido” hasta el aprendizaje de él. Finalmente, la recién egresada aprende “aquello necesario” para empezar a sentirse enfermera desde la vivencia corporal y temporal. Por último se da un espacio a la reflexión sobre la mirada integral de la enfermería desde los diferentes roles.

9.1 El espacio vivido: entre la universidad y la práctica profesional

Para Max Van Manen (64), la espacialidad, constituye el espacio sentido. Éste va más allá del espacio matemático pues tiene que ver con la forma en la cual dicho espacio afecta la forma en que los seres humanos se sienten.

En este estudio, las enfermeras recién egresadas entrevistadas viven su primer año de ejercicio en una constante comparación entre el espacio universitario y el espacio de práctica profesional el cual condiciona la forma en la que éstas asumen su rol. Para ellas, la universidad representa lo académico, el proceso de aprendizaje y la verdad total que sirve como base para iniciar su ejercicio profesional en el espacio de la práctica clínica. En consecuencia, mientras transitaron por este espacio las enfermeras participantes siempre se sintieron como estudiantes. Van Manen (64) explica este fenómeno al considerar que el ser humano se convierte en el espacio en el que vive, por lo cual, al encontrarse en un espacio de formación, la estudiante se siente siempre como estudiante.

En contraposición, el espacio de práctica profesional representa para ellas la realidad, lo que realmente se sale a hacer cuando ya se culmina la formación, por lo que de manera inicial no es pensado por la nueva enfermera como un lugar de aprendizaje sino, como un lugar de aplicación en el que se demuestran los aprendizajes adquiridos durante la academia y en el que no pueden dar espacio a errores, dada la responsabilidad y consecuencia que estos conllevan. Esta lógica se da según Medina (9) (81), debido a la racionalidad técnica bajo la cual continúan siendo formadas las enfermeras, en la cual se comprende la actividad asistencial en términos de destrezas que se deben practicar, dominar y aplicar. (9) (81).

En la experiencia de las enfermeras entrevistadas, la paradoja nace cuando al iniciar el ejercicio profesional y asumir las responsabilidades de la práctica este grupo de nóveles no se sienten como enfermeras, sino que al evidenciar en el contexto del ejercicio profesional la necesidad de aprender y reaprender, continúan sintiéndose como estudiantes, pues asocian de manera directa el proceso de aprendizaje y la incertidumbre del “no saber” a la identidad construida en el aula de clase. Para Duchscher (21) esta paradoja inicial es normal pues, durante los tres primeros meses de ejercicio profesional, las enfermeras recién egresadas se enfrentan a un periodo de ajuste frente al nuevo rol y sus responsabilidades, que implica además la aceptación de las diferencias existentes entre la orientación recibida en el periodo de formación profesional y el enfoque de la práctica provisto en el campo profesional. (21) (22), sin embargo en sus estudios no reporta el hecho de que sigan sintiéndose como estudiantes.

De manera contraria a lo encontrado en el presente estudio, Cohen (87) considera que es en el espacio de formación profesional donde las estudiantes de enfermería empiezan a sentirse como enfermeras, pues inician allí el proceso de socialización profesional y construcción de la identidad como tales, concepto con el que coincide Marañón (88) al considerar que la experiencia de ser estudiante en en si misma un proceso de construcción de identidad.

En esta misma lógica, Marañón (88) continúa afirmado que los estudiantes al ir culminando su proceso de formación han ido construyendo y modificando los significados entorno a la enfermería. Este proceso de “conformación identitaria” se da desde el ámbito profesional y personal y las lleva a desarrollar, según la autora, el sentimiento de “Ser enfermeras” y de “pertenecer al grupo profesional, asunto que resulta contrario a los encontrado en este estudio en las enfermeras recién egresadas.

Por otra parte, la relación existente entre la asociación del aprendizaje al rol sentido de estudiante podría comprenderse a la luz de lo planteado por Lefebvre (89) quien ausme que la dimensión espacial se vuelve para las personas un espacio subjetivo lleno de simbolismos construidos a partir de las experiencias personales desarrolladas en un espacio material (89). Pero la nueva enfermera choca con esta sensación, pues se ve obligada a asumir la responsabilidad de ser profesional, momento en el cual le incomoda seguir sintiéndose como estudiante, ya que los valores y significados relacionados con la práctica profesional, es decir, la de dominio absoluto y aplicación de destrezas, no son posibles de alcanzar dada su necesidad de aprender. Esto desemboca en la sensación de desencuentro entre las expectativas que traen del proceso de formación universitaria y las exigencias del contexto de práctica profesional.

La continua confrontación de espacios, universitario y profesional, implica para las enfermeras recién egresadas un cambio de paradigma, pues comprenden que el conocimiento necesario para la práctica profesional no es estático ni absoluto, sino que está en constante renovación y en constante adquisición. Esto trae consigo la conciencia de que puede ser enfermera aun cuando continúe su proceso de aprendizaje en contexto, el cual se

vuelve más específico y acorde a las necesidades que evidencia en la práctica, conciencia que es denominada por Schon (90) como práctica reflexiva.

Así pues, las enfermeras debutantes atribuyen nuevos significados al espacio de práctica clínica, el cual deja de ser el espacio de aplicación de los contenidos y destrezas obtenidas durante la academia, y se convierte en un espacio de aprendizaje y desarrollo profesional, tal como lo describen otros estudios (91) (92) (97) en los que se reconoce la práctica como un lugar de aprendizaje. En este escenario ya no tienen que sentirse como estudiantes a pesar de continuar en un proceso de aprendizaje, sino que pueden ser enfermeras en un espacio de práctica clínica que adquiere, como Lefebvre lo plantea, nuevos valores y significados que transforman su realidad (89), de manera que empiezan un tránsito para la construcción de una nueva identidad como enfermeras mediante un aprendizaje contextualizado.

9.1.1. El servicio como espacio de aprendizaje.

Este grupo de enfermeras evidenció la necesidad de aprender y reaprender al darse cuenta que aquello que traían de la formación profesional y que consideraban como verdad absoluta no era suficiente o no servía para dar respuesta a las necesidades que la práctica profesional en contexto les exigía. Esta necesidad de aprender concuerda por lo encontrado por diversos autores (1) (21) (22) (23). Ante esta situación, las entrevistadas, se vieron obligadas no solo a borrar, sino a reaprender nuevos conocimientos teóricos y habilidades prácticas, pero además descubrieron que era necesario depurar aquello que debían aprender e identificar un tiempo para hacerlo de acuerdo a las exigencias del contexto.

El aprendizaje en contexto se da en un espacio específico: el servicio, este hace referencia a las salas de hospitalización. Con el término “servicio” las participantes aluden a tres esferas diferentes: Primero un espacio físico, segundo un nivel de exigencia y tercero un espacio al que se pertenece. Según los estudios de Lefebvre (89), el espacio está compuesto por tres dimensiones: el espacio percibido, concebido y vivido.

En primer lugar, el servicio representa un espacio físico que congrega un grupo de pacientes generalmente de una especialidad definida, y un equipo de trabajo compuesto por auxiliares de enfermería y médicos. Desde esta perspectiva, el servicio representa el espacio percibido planteado por Lefebvre (89), el cual es apreciado por la enfermera en su rasgo físico, material y geográfico al congregar una especialidad específica y un grupo de trabajo (89) (94).

En segundo lugar, para ellas cada servicio es diferente no en términos estructurales sino en el nivel de la exigencia que les significa, pues les demanda la adquisición de unas habilidades concretas: atención, concentración, velocidad o agilidad, por mencionar algunas; con el fin de no cometer errores. Esta dimensión del servicio puede ser comprendido a partir de la definición que Lefebvre (89) hace de espacio concebido, en el

cual surge una representación del entorno como un espacio donde están incluidas las relaciones de orden que se imponen, así, constituye el espacio pensado en el imaginario de quienes lo habitan. En este sentido, es precisamente el servicio lo que les genera a las nuevas enfermeras un nivel mayor o menor de estrés, miedo o presión dependiendo específicamente del número de habilidades requeridas por él. (89) (94).

Pero además, en tercer lugar, el servicio representa la responsabilidad principal que adquiere la nueva enfermera y que se da en términos del “manejo” de éste, es decir, tener los conocimientos y las habilidades necesarios para responder a las exigencias específicas de cada servicio, pues como espacio para el ejercicio clínico, constituye para las entrevistadas un lugar en el que se encaja, al que se pertenece o por lo contrario del que no se logra ser parte, resultado que coincide con lo encontrado por Maraño (88), quienes describen la necesidad de pertenecer “Belong”, como una de las necesidades imperativas en el proceso de transición a la nueva práctica en las nuevas enfermeras.

El servicio es además el lugar en el que se miden sus capacidades, por esto, para las enfermeras noveles participantes es de suma importancia el manejo adecuado de este pues condiciona su desempeño como buena o mala enfermera. Tal como considera Lefebvre (89), puede evidenciarse aquí el espacio vivido, el cual expresa los simbolismos complejos ligados a la vida social de la nueva enfermera reflejando la subjetividad de éstas y los sentimientos que la experiencia espacial genera en ellas. (89) (94).

De esta manera, para las nuevas enfermeras es prioritario aprender a manejar el servicio dadas la necesidad de encajar en él, de ser aceptada por el grupo establecido que aportará a su proceso de aprendizaje pero además que será el encargado de ratificar su buen desempeño, su autonomía. Esto es explicado por Maraño (88) quien considera que hay un vínculo evidente entre la sensación de autonomía y la reafirmación que tienen, en su caso, los estudiantes de enfermería para ratificarse como enfermeros, pues la autonomía que se le concede a estos les permite experimentar la profesión y tomar conciencia de ella desde el ámbito práctico.

Este aprendizaje es contextualizado pues se da en torno a las necesidades específicas requeridas para cada una de las tareas que la nueva enfermera debe desempeñar y que aporta en últimas a la construcción de su nuevo rol tal como es requerido en el servicio de forma que va adoptando los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para iniciar el proceso de construcción de su identidad.

Para Gregory (95), el espacio clínico en el que las enfermeras interactúan con su grupo de trabajo se convierte en una fuente rica para el aprendizaje, éste se vuelve un espacio vivido en cuanto se vuelve un espacio pedagógico pues se producen espacios donde diferentes disciplinas discuten y coordinan prácticas proveyendo un contexto de aprendizaje que influencia las acciones siguientes de los involucrados, en este caso de las nuevas enfermeras. (95)

9.2. El otro vivido: Del miedo a equivocarse con el otro hasta aprender de él.

Las enfermeras recién egresadas de este estudio, viven la relación humana con el otro en dos maneras diferentes: en primera instancia, se empieza a reconocer a sí mismas como enfermeras a partir del concepto que considera que el otro tiene de ellas, y en segunda instancia aprenden del otro cómo ser enfermeras. Para Van Manen (64), la relación humana es nombrada como mutualidad, relacionalidad, es decir, “el otro vivido”, que consiste en las relaciones vividas que el sujeto mantiene con otros en el espacio interpersonal que comparten (65). En esta experiencia, el ser humano busca lo común y lo social como forma de encontrar un propósito en la vida.

9.2.1. El miedo a equivocarse con el otro:

Según Van Manen (64), cuando el ser humano se acerca a otro y vivencia la relación humana, se acerca a este de manera corporal logrando una impresión de éste en la manera física que se presenta ante él.

Las enfermeras participantes de este estudio empiezan a definirse a sí mismas como enfermeras de acuerdo a dos conceptos: el primero es el propio, el cual depende de la capacidad que ellas evalúan en sí mismas para responder a las exigencias del rol que desempeñan. El segundo concepto es generado por el otro, su equipo, a partir del reconocimiento que estos hacen de dicho rol. Por este motivo las enfermeras participantes sienten miedo cuando, al iniciar la práctica profesional, son conscientes de que no saben ni cómo ser enfermeras ni como ser jefes, puesto que ello significa la posibilidad de equivocarse con el otro, es decir, el paciente y el equipo.

Equivocarse con el paciente implica para las nuevas enfermeras fallar en su rol como profesionales, puesto que desde esta perspectiva ellas son las encargadas de cuidarlo y realizar acciones que aporten a su bienestar, por lo que cometer un error no solo genera un daño al paciente sino que además impacta de forma negativa el concepto que ellas tiene de sí mismas al sentirse poco preparadas para ser enfermeras o simplemente no sentirse enfermeras. Esto coincide por lo encontrado por Marrero (96) quien reporta que la responsabilidad que las nuevas enfermeras sienten por sus pacientes es uno de los principales estresores, ya que cometer un error es visto por ellas como un problema moral que conlleva un cargo de conciencia, frustración y rabia. Esto produce en las enfermeras un sentimiento de falla personal (97).

Mientras que la posibilidad de equivocarse con el equipo de salud se presentan de varias maneras: La primera se da cuando la nueva enfermera no sabe cómo asumir el nuevo rol de jefe por lo que no sabe cómo generar una relación adecuada con los auxiliares de enfermería, es decir, una relación en la que haya el reconocimiento de la jerarquía existente pero que además pueda darse en buenos términos para no generar conflictos. Esta necesidad se da ya que, por un lado, quiere ser vista como capaz de asumir el título de jefe en el que debe corregir, ser autoridad y propiciar que todo se de manera adecuada; pero además, desea garantizar que no haya roces y conflictos con los auxiliares quienes representan su

principal apoyo. Esta sensación es denominada por Malouf y West (98) como la necesidad de encajar “fit in”. Estos autores plantean que las nuevas enfermeras sienten preocupación al iniciar la práctica profesional debido a la interacción con el equipo de trabajo, destacando el deseo de no parecer ignorantes o incapaces de asumir la práctica de enfermería frente al equipo de trabajo.

Sumado a esto, es precisamente del miedo a generar conflictos y roces con el personal de donde se desprende la segunda posibilidad de error. La nueva enfermera teme la posibilidad de equivocarse en el trato con los auxiliares con el fin de evitar conflictos, puesto que ella tiene miedo de quedarse sola, de perder el apoyo de este personal. De la misma manera lo reporta Skar (93), quien encontró que las enfermeras aprenden a lidiar con los desacuerdos que se generan con su equipo de trabajo pues consideran importante mantener un buen clima de laboral dado que eso afecta de manera directa el proceso de aprendizaje. Para las enfermeras entrevistadas en esta investigación, tener conflictos con el personal dificulta el ser aceptada en el grupo ya configurado en el servicio, es decir, no encajaría, no pertenecería, pues son éstos quienes se encargan de acogerla, de ser su apoyo y de enseñarle. Esta necesidad fue también identificada por Malouf y West (98) quienes encontraron que las nuevas enfermeras consideran importante para su proceso de transición al ejercicio profesional el establecer relaciones sólidas con el equipo de trabajo. Por ello, como reporta Newton (99), para las nuevas enfermeras es preferible adaptarse a las prácticas existentes incluso cuando consideran que son contrarias a las que se les ha enseñado en la formación profesional, esto según Skar (93) se da para evadir los conflictos en lugar de trabajo, hallazgo identificado en otros (99) (100).

La tercera tiene que ver con la posibilidad de que el otro evidencia que le faltan conocimientos y habilidades, por esto la nueva enfermera teme no saber cómo responder los cuestionamientos de los auxiliares, o no tener “todo en la cabeza” para dar respuesta a las inquietudes que tienen los médicos; teme además no ser un apoyo para su equipo si estos evidencian que necesita aprender, ya que en esta perspectiva, puede ser catalogada por su equipo como incapaz, como poco apoyo o como mala enfermera; lo que coincide con lo reportado por Malouf y West (98) quienes hallaron que para las nuevas enfermeras es importante que el equipo con el que laboran las perciban como poseedoras de conocimiento, y capaces de llevar a cabo con éxito la práctica de enfermería, a fin de evitar con que las autoras denominaron como vergüenza “shame”, refiriéndose al resultado que pueden obtener las nuevas enfermeras al ser percibidas con déficit de conocimientos necesarios para completar las tareas diarias de enfermería. Esto pone de manifiesto el temor que las enfermeras participantes de este estudio viven no solo de no sentirse como enfermeras sino además de no ser vistas como tales.

En esta misma lógica las nuevas enfermeras, necesitan demostrar ante su equipo de trabajo conocimiento, habilidad, seguridad y la capacidad de efectuar un rol activo. Pero de forma paralelas necesitan demostrárselo a sí misma, mediante la interacción con el equipo de salud y la resolución de las necesidades que estos tienen en torno al estado de salud del paciente. Esto concuerda con lo encontrado por Duchscher (21) (22) (23) al reportar que cuando las nuevas enfermeras se enfrentan a situaciones para las que no tiene suficiente

conocimiento y habilidad son expuestos como incompetentes lo que reduce su credibilidad a los ojos de los colegas y dificulta su proceso de transición (98)

De acuerdo a lo anterior, se genera en ellas el miedo al error pues al incurrir en este en su idea se afecta de manera directa el concepto que el otro tiene sobre el rol que ella desempeña y a la vez, este error en relación al paciente le permite emitir un juicio sobre su propio desempeño en relación a la intervención que logra. Ambas opiniones, es decir, la del otro y la de sí misma impactan en la concepción que la enfermera tiene de su papel como profesional. Esta relación directa fue resaltada por Duchscher, (21) quien encontró, de la misma forma que se describe en el presente estudio, que las enfermeras recién egresadas hacen juicios duros sobre su desempeño cuando sentían que no intervenían adecuadamente una situación clínica en los pacientes críticos.

Para Van Manen (64), desde el punto de vista fenomenológico, el ser humano busca en la experiencia del otro lo común y lo social a fin de darse a sí mismo un propósito en la vida, un significado (64). El propósito de las enfermeras recién egresadas de manera inicial tiene que ver con proyectarse no solo como enfermera, sino que además como las jefes del servicio, esto con el fin de ser tenidas en cuenta por el equipo de salud, es decir, de ocupar un lugar notable donde se les reconozcan sus conocimientos como enfermeras y la capacidad de responder por las actividades bajo su responsabilidad.

Por ello, no saber cómo responder ante una situación crítica, es decir, no saber ser enfermera, y no saber cómo manejar al personal a cargo, es decir, no saber ser jefe, produce en las nuevas egresadas un alto nivel de miedo, temor o estrés, pues equivocarse con el paciente pone de manifiesto su falta de conocimiento y habilidad, las hace sentir como si no estuvieran listas para ser enfermeras pero además, lo que resulta peor aún para ellas, es que otros evidencien que no está preparada y cuestionen su capacidad o las cataloguen como malas enfermeras

Aquí, logra puntualizarse el hecho de que, para las enfermeras participantes, el papel del otro está dado por la forma en la que con su interacción estos influyen en el inicio de la construcción y definición de su rol profesional, así como la significación de los conceptos de enfermería, autoridad y cuidado.

9.2.2. La mutualidad como comunidad de aprendizaje

Cuando las nuevas enfermeras se enfrentan a la práctica profesional y encaran la necesidad de aprender a asumir un rol para el que no se sienten preparadas, idean múltiples estrategias de aprendizaje: observación, pregunta, ensayo –error, entre otros, las cuales convergen en un punto: la presencia del otro. Para poder aprender cómo ser enfermeras e iniciar la construcción de la identidad profesional al transcurrir por su primer año como recién egresadas, las participantes destacan al equipo de trabajo como la principal fuente de aprendizaje profesional y personal. Según Van Manen (64), cuando las personas conocen al “otro”, es que se genera la oportunidad de desarrollar una relación conversacional que le permite a ambos trascender sus propios “yoes”.

Para Gregory (95), el otro desempeña un papel vital para la enfermera en el proceso de aprendizaje gracias a la interacción que se presenta entre profesionales en un contexto específico de trabajo los cuales concentran gran potencial y riqueza para el aprendizaje y adquisición de experiencia. Varias investigaciones concuerdan en que la naturaleza compartida del contexto laboral y la forma en la que este se configura, reuniendo diferentes perspectivas de conocimientos, crea oportunidades para que los profesionales se desplieguen, compartan y aprendan una gama extraordinaria de conocimientos (101) (102)

Para las enfermeras participantes de este estudio, el otro está encarnado en el equipo de salud o equipo de trabajo. Este constituye un grupo ya formado a manera de familia o comunidad que se sitúa, como ya se mencionó, en un espacio específico que es el servicio, y posee unas reglas y valores determinadas. Los médicos, auxiliares y enfermeras colegas son los integrantes de este grupo al cual la enfermera debutante intenta adjuntarse. Esto concuerda con lo reportado por Skar (93) quien incluye a las enfermeras graduadas, enfermeras especialistas, médicos y otro personal de salud como la comunidad de trabajo descrita por sus participantes.

El equipo de trabajo representa para las enfermeras entrevistadas una comunidad de aprendizaje pues es en medio de ésta donde las debutantes vivencian un proceso de amaestramiento en numerosas áreas, que abarcan no solo la adquisición de conocimientos y habilidades para la práctica asistencial sino además el aprendizaje de las diversas formas en las que se debe interactuar en la denominada “comunidad”, para así integrarse a ella y pertenecer, pues le significa una fuente conocimiento y aprendizaje profesional pero además su principal apoyo durante el primer año de ejercicio. Esto coincide con lo planteado por Cohen (88) quien considera que las nuevas enfermeras además deben aprender las normas y valores de la profesión como forma de construir identidad, pero contrario a lo encontrado en este estudio, Cohen considera que es un proceso que se da mientras las enfermeras son estudiantes. De igual forma, Takase (92), reporta que las nuevas enfermeras aprenden de otros y esto está relacionado con el nivel de competencia que ellas tienen de sí mismas.

Si bien la literatura reporta el lugar de trabajo como espacio de aprendizaje, perspectiva estudiada de manera notable (92) (93) (101) (102) (103), en este estudio sobresalió la importancia de la relación que se crea entre la nueva enfermera y su equipo de trabajo para el aprendizaje de ésta en su primer año de práctica profesional, para lo cual Wenger (105) considera que las personas interactúan en su espacio de trabajo y generan unos proceso de aprendizajes colectivos, allí, se presentan entonces comunidades de prácticas gracias a la constante interacción generada en este espacio, aportando a la construcción de identidad y a la generación de nuevos significados. Dicha comunidad de aprendizaje conforma un equipo en el que se comparten áreas de competencia y conocimiento especializado, los cuales tienen importancia para las enfermeras pues se comportan como mentores, modelos de rol o fuentes de conocimiento de acuerdo a lo que su actividad de trabajo le proporciona. (93)

Aprender del otro implica para la nueva enfermera un juego de “tíre y afloje”, es decir, una búsqueda constante de equilibrio, para ser aquello que el otro espera de ella, para ella

sentirse como una buena profesional, pero además, de manera paralela obtener del otro aquello que ella necesita para ir construyéndose de manera profesional. Para el grupo de enfermeras participantes, en este proceso ellas aprenden a mostrarse dispuestas a aprender, pero además debe mostrarse como capaces, como poseedoras de conocimientos y habilidades que le hagan aportante para el equipo de trabajo y que no la muestren como incapaz de asumir las responsabilidades, resultado que coincide con lo encontrado por Malouf y West (98)

Skar (93) encontró, de manera similar, que las enfermeras aprenden a idear estrategias para tener acceso a las diferentes fuentes de conocimiento, dentro de resalta una manera de lidiar con las diferentes personalidades del equipo de trabajo para así tener acceso al conocimiento especializado y adquirir experiencia. Para este juego la enfermera de manera inicial busca ser aceptada por el grupo por lo que se muestra dispuesta a aprender de los auxiliares y de los colegas, evita conflictos con los auxiliares para así poder contar con ellos para suplir su falta de conocimiento y habilidad, una vez puede contar con ellos, estos representan su principal apoyo pues son quienes le enseñan.

Según Skar (93), las enfermeras buscan comprometerse en las relaciones interpersonales que generan el sitio en el que laboran puesto que para ellas establecer buenas relaciones con los pares es importante para aumentar su confianza en situaciones particulares pues esto les ayuda no solo al prepararse para realizar sus actividades sino además para encontrar confirmación de sus acciones, además es importante dado que estas buscan de manera activa apoyo en su comunidad de trabajo.

Los aprendizajes que logra del otro se dan en múltiples sentidos, inicialmente la nueva enfermera busca aprender de ellos elementos puntuales que le sirvan para la práctica cotidiana, es decir, se apoya en ellos para la toma de decisiones sobre la administración de medicamentos, sobre qué hacer en circunstancias específicas o sobre el cómo llevar a cabo una intervención o procedimiento de enfermería, todas estos aprendizajes iniciales ayudan a mejorar sus habilidades prácticas las cuales son una de sus principales preocupaciones al empezar la práctica. Resultados que concuerda con los descritos por Skar (93) quien considera que las enfermeras buscan guían de otras personas en sus áreas de trabajo para confirmar, construir y desarrollar su conocimiento práctico.

Pero además, las nuevas enfermeras aprenden de sus colegas el manejo del servicio - que abarca el nuevo rol que asumen como jefes-. Las colegas les enseñan la forma de organizar el día, les muestran cómo manejar el personal y les ayudan a comprender la forma de priorizar las actividades, estos aprendizajes se dan de forma evidente, es decir, las nuevas enfermeras son conscientes del proceso que llevan para aprenderlo. Esto concuerda con los hallazgos de Bauer and Mulder (106) y Estabrooks et al (107), quienes describen que las nuevas enfermeras consultan y aprende de otras enfermeras cuando tienen necesidades de aprendizaje en tareas específicas, pues las ven como poseedoras de experiencia y de conocimiento. En esta misma línea Skar (93) encontró que en los servicios de cirugía, por

ejemplo, las enfermeras buscan aprender de otras enfermeras, que estén especialmente entrenadas en el área.

Sin embargo, las enfermeras aprenden del equipo otro tipo de habilidades de manera más tácita, estos aprendizajes tienen que ver con la comparación, puesto que observan en ellos habilidades y actitudes que someten a un proceso reflexivo a partir del cual deciden si lo aprenden o no. Estos aprendizajes impactan de manera directa la construcción de su identidad como enfermera. Para Skar (93) a las enfermeras les resulta útil y formativo seguir y observar a compañeras más experimentadas y que eran sobresalientes en algo específico para aprender esto de ellos.

En conclusión las enfermeras participantes de este estudio aprenden en una comunidad específica la forma en la que se relacionan con el grupo de trabajo y además aprenden a identificar las necesidades de éstos. En dicho proceso de aprendizaje, las participantes van transformando su identidad al asimilar conocimientos en la interacción multidisciplinaria que dicha comunidad les provee conocimientos interdisciplinarios que la enfermera ve como necesarios e importantes para complementar y mejorar el rol que desempeña.

9.3. El aprendizaje de “aquello necesario”: entre el cuerpo y el tiempo vivido

Las enfermeras recién egresadas participantes de este estudio viven el cuerpo en torno a la adquisición de “lo necesario” para poder desempeñarse como enfermeras. En el cuerpo se aprende y se transforma su rol; pero dicho aprendizaje no puede separarse de la forma en la que vivencian el tiempo: la experiencia. Por lo cual, cuando las nuevas enfermeras aprenden y encarnan lo aprendido, el aprendizaje se convierte en experiencia la cual es necesaria para transformarse y consolidar la construcción de su identidad enfermera.

Desde el punto de vista fenomenológico (102) (108), la noción de encarnación no se refiere al cuerpo como organismo perceptible y objetivable que provee los mecanismos cognoscitivos para el aprendizaje, sino al cuerpo como es vivido, englobando una reflexión sobre la subjetividad del cuerpo. Desde esta perspectiva, el aprendizaje se constituye cuando las experiencias se incorporan en el cuerpo, se mezclan con las experiencias previas y se convierten en nuevos hábitos, (82) (107)

Para Merleau Ponty (46), el cuerpo es inseparable del espacio y del tiempo (65) pues este es el “medio” de “ser hacia el mundo” (82) pues es a partir del cuerpo que el sujeto se expresa en el mundo, al estar unido al mundo a través de su cuerpo de forma que éste no solo es un objeto observable sino que representa una dimensión propia del ser, es decir, la corporeidad, en la cual está encarnado, y trasciende su significado objetivo, biológico y perceptible convirtiéndose en un cuerpo vivido, aprehendido, asumido y reasumido en las experiencias. (108).

Al iniciar la práctica profesional, las enfermeras recién egresadas participantes de esta investigación tienen su mirada puesta en la ganancia de contenidos y habilidades que le

permitan desempeñarse de manera satisfactoria en el área práctica. Lo cual coincide con lo reportado por Maraño (88), quien en su estudio con estudiantes de enfermería, narra que el sentimiento de “ser enfermera” se fortalece durante la formación profesional cuando al estudiante se le concede autonomía para ejecutar acciones que le permiten a su vez anclar el ejercicio profesional en el cual tengan plena libertad para decidir basados solo en su juicio.

Sin embargo, para las participantes de esta investigación, son los aprendizajes que logran de manera tácita: la forma de relacionarse con el personal, la seguridad para la toma de decisiones, el encuentro de un lugar dentro del equipo de salud, el sentirse parte aportante para éste, los que transforman su vivencia y aportan a la construcción de su identidad como enfermeras. Este conjunto de aprendizajes conforman lo que las nuevas enfermeras denominan como “aquello que se necesita” para la apropiación de su rol. Esto puede ser comprendido a partir de lo que Benner (13) define como conocimiento práctico. Para esta autora hay un conocimiento inmerso en el quehacer cotidiano de las enfermeras que en ocasiones no puede ser teorizado, y que emerge a partir de las vivencias y circunstancias diarias a las cuales las enfermeras se enfrentan aportándoles la experiencia necesaria para responder de manera acertada a las necesidades prioritarias de los pacientes.

Ese “aquello necesario” es obtenible “con el paso del tiempo”, es decir, con el paso de los días y el enfrentamiento a múltiples vivencias. El tiempo es vivido por las nuevas enfermeras en dos sentidos, primero es el instrumento que les ayuda a disminuir la angustia y el miedo; y segundo, el tiempo da las respuestas ante lo que no se sabe, pues con este se aprende. Así pues el tiempo es aquello que la enfermera anhela y espera al iniciar la práctica profesional pues es la herramienta que resuelve las dificultades y le otorgan conocimiento y habilidad mediante el hacer cotidiano y repetido de las actividades prácticas una vez empieza su ejercicio profesional.

Este cambio es explicado también por Benner (13). Para esta autora, las enfermeras principiantes y principiantes avanzadas, categoría en la que se inscriben los nuevos enfermeros (24), apenas pueden encargarse de las situaciones de cuidado a las que se enfrentan, pues son poco conocidas para ellas haciendo necesario que lleve a cabo un proceso de rememoración de lo enseñado en el proceso de formación para dar respuesta las necesidades que deben satisfacer. Sin embargo, este aspecto cambia con la adquisición de experiencia, pues al alcanzar la categoría de competentes, alrededor de los dos años, deja de ser necesario para ellas guiarse de manera puntual por lo aprendido durante la formación, al haber construido nuevos aprendizajes que les permiten valorar las situaciones de cuidado y tener en cuenta las iniciativas que la experiencia les permite crear para trazar un camino que les lleve a obtener los objetivos deseados, identificando prioridades que los llevan incluso a omitir pasos que el principiante avanzado no hubiese dejado a un lado.

Cuando las enfermeras hablan del “paso del tiempo” en últimas hacen una referencia a la adquisición de “experiencia”, la cual es el elemento faltante y necesario según las recién egresadas, para llevar a cabo el ejercicio esperado de su práctica de cuidado, lo que coincide

con los postulados de Benner, quien considera que la experticia y el juicio clínico en la práctica de enfermería se adquiere al transitar por cinco etapas durante las cuales las nuevas enfermeras se enfrentan a situaciones de cuidado a partir de las cuales aprenden de manera práctica a identificar los aspectos fundamentales y las necesidades de los pacientes (13). Por esto las enfermeras participantes en este estudio vivencian la temporalidad en términos de experiencia. A su vez, la experiencia se adquiere cuando la enfermera corporaliza lo aprendido. En esta lógica, el tiempo vivido y el cuerpo vivido no pueden separarse.

Según Merleau Ponty (82), el ser humano está en su cuerpo y no tiene la posibilidad de salir de él, siempre está con él, ya que el cuerpo está situado en el tiempo y en espacio; el cuerpo habita en el mundo por lo que pertenece al espacio y al tiempo y se combina con ellos, incluyéndolos. Así las enfermeras viven el tiempo como experiencia, pero no pueden separarla del cuerpo pues es a través de él que la obtienen y es esta la que las transforma para resignificar su rol.

Por lo anterior, cuando las enfermeras se refieren a experiencia, no logran llegar a una definición clara, pues no la vivencian de forma consciente, sino corporal. Para algunas, la experiencia es simplemente lo que les hace falta, es decir, lo que carece al ser recién egresadas. Para otras de ellas, la experiencia tiene que ver con la agrupación de conocimientos y habilidades para atender situaciones de cuidado, y se obtiene con el “hacer”, que es en el cuerpo, es decir con la ejecución repetitiva de aquello práctico. Así pues el cuerpo no es solo en donde se encarna el aprendizaje sino que además es a través del cual se adquiere el aprendizaje. Mientras que para otras la experiencia representa cada uno de los casos y circunstancias que padecen los pacientes y a los que ellas se enfrentan.

Pero en últimas, cada uno de estos participantes hace alusión a un concepto que no es definible, ni identificable en un momento exacto pero que asocia la adquisición corporal de “lo necesario” que la hace sentir “capaz”. Este proceso las lleva a lo que ellas definen como “su forma de hacer las cosas”, es decir, la manera que les resulta más apropiada, lógica y cómoda para cumplir con sus quehaceres. Este método es identificado y construido precisamente a partir de la “experiencia”. Para ello, la nueva enfermera ha pasado ya por múltiples momentos de lo que Schon (90) denomina como práctica reflexiva, al llevar a cabo una acción, una posterior reflexión sobre éste y posteriormente y una reflexión sobre la reflexión ya generada.

La experiencia está asociada al elemento que guía la toma de decisiones pero que se basa en una reflexión que las enfermeras han hecho al vivir situaciones anteriores y a al afrontamiento que hicieron de estas así como la reflexión de sus resultados, que fundamenta la toma de decisiones en la actualidad, no solo al momento de responder ante una situación específica de cuidado sino en todos sus asuntos como enfermeras, asociado la forma de hacer los procedimientos, la forma de planear sus actividades, la forma de priorizar las tareas y de distribuir el tiempo. Lo cual coincide por los postulados de Benner en torno a la adquisición de experticia y juicio clínico (13).

En el proceso de dilucidación de este método las enfermeras logran describir estrategias tales como la observación, la pregunta constante y el ensayo error; así también se pueden

identificar mediadores como el equipo de salud (102) (108) (110), pero para estas enfermeras no es posible identificar un momento exacto en el que el aprendizaje o adquisición de “eso necesario” se logra, como tampoco un camino que especifique la forma en que logran la adquisición de la experiencia más allá del “hacer” y del paso del tiempo. Esto puede comprenderse a partir de los postulados de Sartre citado por Van Manen (65) quien plantea que el cuerpo tiene a vivenciarse como ignorado en silencio.

Una “forma propia de hacer las cosas” representa entonces una de las metas que se trazaron las enfermeras participantes pues les significa el momento en el que logran definir una sensación de “capacidad” para llevar a cabo con seguridad las tareas cotidianas que incluyen asuntos como la organización de su día de trabajo, es decir la distribución adecuada del tiempo; la realización de procedimientos prácticos de enfermería como curaciones o la forma adecuada de intervenir en una situación crítica. Este sentimiento de capacidad es retomado por Takase (92) como “competencia” y lo define como una perspectiva holística que recoge la habilidad de una enfermera para demostrar de manera efectiva un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que son requeridos para asumir sus responsabilidades profesionales.

Por ello el proceso de aprendizaje realizado por ellas no solo se limita a la adquisición de nuevos conocimientos teóricos a manera de contenidos sino que además agrupa y necesita la capacidad dada en el cuerpo de hacer enfermería, motivo por el cual no logran puntualizar un momento exacto para el logro de éste puesto que lo viven en su cuerpo en el día a día. Esta mencionada “capacidad” es la forma en la que logran ser enfermeras en aquel espacio. Es decir, logran ser enfermeras además cuando en su cuerpo pueden mostrarse como las enfermeras, cuando son vistas por el otro como enfermeras y cuando ellas, a partir de la capacidad expresada en su cuerpo pueden sentirse como enfermeras, que puede entenderse en términos de Gallo (109), quien considera que desde el punto de vista de la fenomenología del cuerpo, este es vivenciado, intuitivo y experimentado, puesto que es un ser situado corporalmente en el mundo.

Así no basta solo con tener los conocimientos teóricos, los cuales la enfermera ha traído en cierta medida desde la formación universitaria; y no basta con adquirir habilidades durante la práctica profesional. La enfermera los corporaliza, apropiarse de ellos, para así crear una forma propia, en su cuerpo, y que denomina experiencia, la cual le otorga la seguridad, confianza y capacidad para así sentirse enfermera y para así mostrarse. Esta forma propia es definida como “hábitos”, según Merleau Ponty quien considera que para incorporar algo es necesario que deje de hacerse de manera consciente, sino que se corporalice para que se vuelva una extensión del cuerpo, un hábito..

A modo de cierre de esta discusión, podríamos decir que los datos también ponen de manifiesto una confusión existente en las enfermeras recién egresadas desde la perspectiva disciplinar, quienes al culminar el proceso de formación profesional no han logrado integrar los diferentes roles de enfermería. Esto fue evidenciado en mayor medida con la diferenciación entre ser jefe y ser enfermera. Para Kerouack (111), los roles de enfermería

son el cuidado, la investigación, la formación y la gestión. El primero rol, enfocado al cuidado a la persona hace alusión a la creación de un cuidado individualizado, y a la enfermera como instrumento terapéutico. El segundo rol, es de investigación se inspira en la práctica de cuidado para así lograr el desarrollo de conocimientos disciplinares que aporten a la salud la persona y su familia. El tercer rol, de formación se encarga por su parte de difundir los conocimientos que resultan esenciales para la práctica de enfermería. Y por último el cuarto rol de gestión de cuidados enfermeros representa como un proceso heurístico, con el cual se pretende movilizar recursos humanos y del entorno para favorecer el cuidado de las personas.

En el contexto mexicano (112), la Jefe, Gerente o Gestora en enfermería, se encarga de planificar, de dirigir, de controlar y de organizar tantos recursos financieros, materiales y humanos para promover el cumplimiento de las metas de una institución, y representa un líder para el personal de enfermería que presta el cuidado. Por su parte, en el contexto colombiano, Quintero y Gómez (113) encontraron una diferenciación de éstos términos: para los pacientes “Jefe” hace referencia a los profesionales de enfermería, quienes toman la forma de enfermera principal, y cuya responsabilidad tiene que ver con garantizar el buen funcionamiento del servicio, realizar rondas periódicas para verificar el bienestar de los pacientes, garantizar el cuidado de todos éstos, así como atribuir tareas, supervisar y corregir al personal auxiliar mientras que el cuidado directo es asumido por las auxiliares de enfermería quienes están en contacto directo con los pacientes brindándoles cuidados, es decir, acompañándolos durante el baño, proporcionándoles confort y administrando medicamentos. (113)

En esta investigación se pudo evidenciar que la integración y reconocimiento de la gestión no es lograda en el inicio de la práctica profesional donde además según las participantes no hay unas adecuadas competencias para su ejecución. Sin embargo este panorama cambia con los procesos de aprendizajes que ejerce la nueva enfermera quien avanza en la construcción de su identidad al reconocer el rol de gestora como imperativo para el cuidado de sus pacientes.

10. CONCLUSIONES

- Las enfermeras recién egresadas participantes de este estudio, situadas en el contexto de salud colombiano, vivencian miedo al iniciar el ejercicio profesional debido a un sentimiento de falta de preparación para asumir las responsabilidades que la práctica les exige en términos de conocimientos teóricos y habilidades prácticas, situación que les hace puntualizar un distanciamiento entre aquello que les enseñaron durante la formación profesional y de aquello que les exige el contexto laboral.
- Las enfermeras participantes de este estudio experimentan de manera inicial un sentimiento de confusión frente al rol que desempeñan en el campo profesional.

Dicha confusión da muestra de una falta de comprensión respecto a la integralidad del ser enfermera que se nutre además de una sensación de falta de competencias asociadas no solo al rol asistencial, sino además al rol de gestión

- La vivencia del primer año de ejercicio profesional es una experiencia que transforma la manera de ver tanto el conocimiento teórico como la práctica de enfermería para las participantes. Estas ven la teoría como una verdad total que les fue enseñada durante el proceso de formación universitaria constituyendo la base que debe ser aplicable en la práctica. Estos conceptos cambiaron al verse inmersas en el quehacer de enfermería, el cual les hizo evidenciar que no era posible la aplicación de conocimiento exacto y rígido, sino que era necesario someterlo a procesos reflexivos en relación a las necesidades del contexto nuevo en el que se estaban desempeñando, generando un nuevo significado del espacio práctico. Este se transforma en el elemento principal para continuar el proceso de aprendizaje de cómo ser enfermera.
- Las enfermeras participantes de este estudio, además, vivencian el inicio de su práctica profesional advirtiendo que es necesario seguir aprendiendo. Inicialmente el aprendizaje se centra en procesos técnicos y contenidos puntuales que consideran esenciales para la realización cotidiana de sus responsabilidades. Sin embargo, con el paso del tiempo las nuevas enfermeras, de manera tácita, aprenden lo que denominan como “necesario” para realizar su labor. Este aprendizaje, se relaciona la capacidad en el cuerpo de “manejar el servicio”, el cual tiene que ver con “adaptarse”, “hacerse notar”, “identificar las necesidades del otro” y “encontrar su manera propia de hacer las cosas”. De esta manera, aunque las participantes no logran describir un momento puntual en el que alcanzan estos aprendizajes, notan que una vez que poseen esta capacidad pueden nombrarse a sí mismas como enfermeras y ser vistas por los otros como tales.
- La experiencia de ser enfermera recién egresada, también transcurre en el cuerpo, es decir, en la capacidad de corporalizar el aprendizaje y la práctica del cuidado. Esta es la manera mediante la cual son vistas y se muestran como enfermeras al experimentar la adquisición de saberes en una trayectoria experimentada a lo largo del tiempo, es decir, en el tiempo vivido. Este logro solo es obtenible a partir de la experiencia compartida con los otros, con quienes se refleja y avanza en la construcción de su identidad como enfermera. En otras palabras, es la interacción con otros, en un espacio vivido como el servicio clínico donde se sienten acogidas, participantes y competentes en una comunidad de aprendizaje.
- Finalmente con la realización de este trabajo se recomienda en el ámbito institucional brindar un mayor acompañamiento a las enfermeras recién egresadas en términos de procesos de inducción y acoplamiento al nuevo campo asistencial para así disminuir el sentimiento de miedo y angustia ante la posibilidad de cometer errores, y a la vez para disminuir las posibles equivocaciones y consecuencias

respectivas para los pacientes y las nuevas egresadas. En el ámbito educativo se recomienda identificar las necesidades existentes en el contexto de salud de forma que los planteamientos curriculares sean coherentes con las necesidades existentes en el campo profesional para que así los procesos formativos sean aún más claros y comprensibles para las futuras enfermeras evitando así la sensación de desencuentro de ambos contextos. Además se recomienda profundizar en el fortalecimiento de la integración de los diferentes roles de enfermería al concepto mismo de “ser enfermera” con el fin de facilitar el inicio de la construcción de la identidad durante el proceso de formación. sus aprendizajes en un espacio vivido del servicio clínico donde se sienten como acogidas y parte de una comunidad de aprendizaje.

Limitaciones

Es necesario destacar que cada una de los temas descritos en los hallazgos es susceptible de profundizar dada la riqueza ontológica de la experiencia vivida de las enfermeras recién egresadas. Esta profundización quizá no se logra de la manera deseada debido las limitantes de tiempo definidas por los términos de cumplimiento del programa académico en el que se inscribe.

REFERENTES BIBLIOGRAFICOS

1. Rosenzweig M, Giblin J, Morse A, Sheehy P, Sommer V, Bridging the Gap Working G. Bridging the Gap: A Descriptive Study of Knowledge and Skill Needs in the First Year of Oncology Nurse Practitioner Practice. *Oncology Nursing Forum* [serial on the Internet]. (2012, Mar), [cited July 10, 2018]; 39(2): 195-201.
2. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35(8):1-7.
3. Scott ES, Keehner-Engelke M, Swanson M. New graduate nurse transitioning: Necessary or nice?. *Applied nursing research*. 2008, 21: 75 - 83
4. Kumaran S, Carney M. Role transition from student nurse to staff nurse: facilitating the transition period. *Nurse Education In Practice* [serial on the Internet]. (2014, Nov), [cited July 10, 2018]; 14(6): 605-611.
5. Cleary, M., Horsfall, J., Muthulakshmi, P., y Jackson, D. (2013). A good day in nursing: Views of recent Singaporean graduates. *Contemporary nurse*, 45(1),126-133.
6. Liang H, Lin C, Wu K. Breaking through the dilemma of whether to continue nursing: Newly graduated nurses' experiences of work challenges. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2018, Aug), [cited July 16, 2018]; 6772-76
7. Clark T, Holmes S. Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *Int J Nurs Stud*. 2007 Sep;44(7):1210-20
8. Medina Moya JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Universitat de Barcelona, 2005
9. Medina, J. L. Sandín, M.P. Epistemología y enfermería: Paradigmas de la investigación en enfermería. *Enfermería Clínica*, 1995, 5(1), 32-4
10. Greenwood J. (2000) Critique of the graduate nurse: an international perspective. *Nurse Education Today* 20, 17-23.
11. Newton JM, McKenna, L. The transitional journey through the graduate year: a focus group study. *International journal of nursing studies*. 2007,1231-37
12. Saintsing D, Gibson L, Pennington A. The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. *Journal Of Nursing Management* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited July 10, 2018]; 19(3): 354-359.
13. Benner P. From novice to expert. *Menlo Park*, 1984.
14. Rush K, Adamack M, Gordon J, Lilly M, Janke R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: an integrative review. *International Journal Of Nursing Studies* [serial on the Internet]. (2013, Mar), [cited July 10, 2018]; 50(3): 345-356.
15. Valdez, AM, 'Transitioning from novice to competent: what can we learn from the literature about graduate nurses in the emergency setting?', *Journal Of Emergency*

- Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association. 2008 34, 5, pp. 435-440
16. Saifan A. AbuRuz M, Masa Deh R. Theory practice gaps in nursing education: a qualitative perspective. *Journal of social sciences*. 2015, 11 (1): 20-29
 17. Scully NJ. The theory-practice gap and skill acquisition: An issue for nursing education. *Collegian*. 2011;18(2):93–8. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.00
 18. Burns P. Competency development in new registered nurse graduates: closing the gap between education and practice. *The journal of continuing education in nursing*. February 2008: 39 (2)
 19. Dreyfus, S. (2004). *The Five-Stage Model of Adult Skills Acquisition*. *Bulletin of Science Technology & Society*,
 20. Newton, J.M., 1999. *Ways of knowing: student nurses' perspectives*. Unpublished EdD. Monash University, Melbourne.
 21. Boychuk Duchscher JE. A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of continuing Education in nursing*. 2008: 39 (10)
 22. Boychuk Duchscher JE. Out in the real world. Newly graduated nurses in acute-care speak out. *JONA*. 2001, 31 (9).
 23. Boychuk Duchscher JE. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *JAN*. 2008, 17.
 24. Shoesler M, Waldo M. The first 18 months in practice. A developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for nurses in staff development*. 2006, 22 (2).
 25. Wolff A, Pesut B, Regan S. New graduate nurse practice readiness: perspectives on the context shaping our understanding and expectations. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2010, Feb), [cited July 10, 2018]; 30(2): 187-191.
 26. Malouf N, West S. Fitting in: a pervasive new graduate nurse need. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2011, July), [cited July 10, 2018]; 31(5): 488-493
 27. Kelly S, Courts N. The professional self-concept of new graduate nurses. *Nurse Education In Practice* [serial on the Internet]. (2007, Sep), [cited July 10, 2018]; 7(5): 332-337
 28. Henderson A, Ossenberg C, Tyler S. 'What matters to graduates': An evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse Education In Practice* [serial on the Internet]. (2015, May), [cited July 10, 2018]; 15(3): 225-231
 29. Rydon S, Rolleston A, Mackie J. Graduates and initial employment. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2008, July), [cited July 10, 2018]; 28(5): 610-619.
 30. Juarez flores, et al. Opinión de egresados en enfermería sobre la congruencia de los contenidos curriculares con los requerimientos laborales. *Enfermería universitaria*. [Serial en internet]. (2015, october), [Cited July 10, 2018]; 12(4): 197-203
 31. García-Cardona M., Zárate-Grajales R. A., Matus-Miranda R., Balseiro-Almario C. L., Balan-Gleaves C.. Opinión de los empleadores respecto al desempeño de los egresados del Plan Único de Especialización en Enfermería de la ENEO. *Enferm*.

- univ [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Jul 18] ; 10(1): 14-20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100004&lng=es.
32. Marrero Gonzalez CM. Estudio fenomenológico de la experiencia de incorporación al contexto laboral de enfermeras recién egresadas de la Universidad de la Laguna entre 2009 y 2014. [Dissertation]. Universidad de la Laguna. 2017
 33. González M. Seguimiento De Egresados De La Carrera De Enfermería Fes Zaragoza UNAM. México. 2005. Disponible en Internet: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v10/pdf/carteles/0181-F.pdf>
 34. Müggenburg M., Pérez I., Ortiz P. Egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM): calidad de la formación. 2003- 2008;7(3):1 Disponible en internet: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/>
 35. González Velázquez MS, Crespo-Knopler S, Cuamatzi-Peña MT. Seguimiento de Egresados de Licenciatura de Enfermería FES Zaragoza UNAM. Des Cientif Enfer. 2009;17:1---7.4. Carmona-Mejía B, González-Velázquez S, Crespo-Knopfler S. Opinión de los egresados del plan de estudios de la licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza--- UNAM. México. Enfer Glob. 2012;28:180---91.
 36. Cifuentes Rodríguez JE, Manrique Abril FG. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. av.enferm. [Internet]. 2014 July [cited 2018 July 18] ; 32(2): 217-227. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46207>.
 37. Quintero IL, Biela R, Barrera A, Campo aa. Factores asociados a la satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga, Colombia. Revista f.c.s. 2008;5(2):76-81.
 38. Correa AE; Palacio ML; Serna LE. Situación laboral de los profesionales de enfermería en instituciones de salud del municipio de Medellín. En Investigación y Educación en Enfermería. 2001: 19 (2) 10- 22.
 39. Argote LA; et al. Los egresados y su desempeño en el medio: un desafío de las instituciones formadoras del recurso humano en salud. Colombia Médica, vol. 32, núm. 4, 2001, pp. 169-173 Universidad del Valle Cali, Colombia
 40. García Ospina C, et al. Desempeño profesional de los egresados del programa de enfermería de la universidad de caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación (manizales 1995-2004). Revista Hacia la Promoción de la Salud [en línea] 2007, 12 (Enero-Diciembre) : [Fecha de consulta: 18 de julio de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689008>> ISSN 0121-7577
 41. Bautista Rodriguez LM, Jimenez SJ, Meza JJ. Desempeño laboral de los enfermeros (a) egresados de la Universidad Francisco de Paula Santander. **Revista Ciencia y Cuidado**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 64-70, oct. 2015. ISSN 2322-7028. Disponible en: <<http://respuestas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/340>>. Fecha de acceso: 17 jul. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.22463/17949831.340>.

42. Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U., y Salanterä, S. Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *International Scholarly Research Notices*, 2013. doi: 10.1155/2013/916061.
43. Flinkman, M., Isopahkala-Bouret, U., y Salanterä, S. (2013). Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *International Scholarly Research Notices*, 2013. doi: 10.1155/2013/916061.
44. Cowin, L. S., Hengstberger-Sims, C. New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2006 43(1), 59-70.
45. Liang H, Lin C, Wu K. Breaking through the dilemma of whether to continue nursing: Newly graduated nurses' experiences of work challenges. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2018, Aug), [cited July 16, 2018]; 6772-76
46. Kramer M. *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. C.V. Mosby Company, St Louis. (1974).
47. Hickey, M. T. (2010). Baccalaureate nursing graduates' perceptions of their clinical instructional experiences and preparation for practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 35-41.
48. Mumminem O, Laine T, Isaho H, Huply M, Leino kilpe H, Meretoja R Do educational otucomes correspond with the requirements of nursing practice: educators and managers assessments of novice nurses profesional competence. *Caring sciences*. doi: 10.1111
49. Dyess, S. M., y Sherman, R. O. (2009). The first year of practice New graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403.
50. Ellerton, M. L., y Gregor, F. (2003). A study of transition: The new nurse graduate at 3 months. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(5), 103.
51. Godinez, G., Schweiger, J., Gruver, J., y Ryan, P. (1999). Role transition from graduate to staff nurse: A qualitative analysis. *Journal for Nurses in Professional Development*, 15(3), 97-110.
52. Thomka L. Graduate nurses' experiences of interactions with professional nursing staff during transition to the professional role. *Journal Of Continuing Education In Nursing* [serial on the Internet]. (2001, Jan), [cited July 18, 2018]; 32(1): 15-19.
53. Lee H, Hsu M, Li P, Sloan R. 'Struggling to be an insider': a phenomenological design of new nurses' transition. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2013, Mar), [cited July 17, 2018]; 22(5/6): 789-797.
54. Ebrahimi H, et al. Violence against new graduated nurses in clinical settings: A quialitative study. *Nursing Ethics*: 2016, 24 (6): 704-715
55. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, et al. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs* 2003; 42: 90-96
56. Simons S. Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Adv Nurs Sci* 2008; 31: E48-E59.

57. Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1978). *Bicultural training and newgraduate role transformation*. Wakefield, MA: Contemporary Publishing.
58. Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *The Journal of nursing education*, 42(10), 437.
59. Goode, C. J., Lynn, M. R., Krsek, C. y Bednash, G. D. (2009). Nurse residency programs an essential requirement for nursing. *Nursing Economics*, 27(3), 142-147.
60. Marrero González Cristo Manuel, García Hernández Alfonso Miguel. La vivencia del paso de estudiante a profesional en enfermeras de Tenerife (España): un estudio fenomenológico. *Ene.* [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 17] ; 11(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100004&lng=es.
61. Clark C, Springer P. Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing Outlook* [serial on the Internet]. (2012, July), [cited July 17, 2018]; 60(4): e2-e8.
62. Parker V, Giles M, Lantry G, McMillan M. New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2014, Jan), [cited July 17, 2018]; 34(1): 150-156.
63. Ortiz J. New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurse Education In Practice* [serial on the Internet]. (2016, July), [cited July 17, 2018]; 19:19-24.
64. Van Manen M. *Researching lived experience*. The althowuse Press. London, 1997
65. Van Manen M. *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. CA: left coast press. Walnut Creek ,2014.
66. Kant E. Parton HJ. *Groundwork of the metaphysics of morals*. New york. Harper torchbooks. 1964
67. HegelHegel, G.W.F. *Phenomenology of Spirit*. (Trad. A.V. Miller). Oxford: Oxford University Press. 1977
68. Husserl E. *The crisis of European sciences and transcendent phenomenology* Northwstern University Press. 1970
69. Heidegger M. *Ser y tiempo*. Editoraia Trota. Barcelona, 2003.
70. Beck CT. *Routledge international handbook of qualitative nursign research*. Routledge. London, 2013
71. Muñoz, LA. Alacoque, LE. *Metodología de la investigación fenomenológica en Enfermería*. Cap. 2. En: *Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didacta*. Serie Paltex Salud y Sociedad 2013. Washington D.C.: OPS; 2013.
72. Adué, I.M., Chervo, M.A., Do Prado, M.L., Carraro, T. E. *La fenomenología en la producción de conocimientos en enfermería*. Cap. 8. En: *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 n.9. Washington D.C.: OPS; 2008.
73. Streubert HJ. Carpenter DR. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. Wolters Kluwer, 2011.
74. Merleau Ponty M. *The visible and the invisible*. Evanston, 1968

75. Gadamer H. *Truth and Method*. Seabury, New York 1975.
76. Dilthey W. *Poetry and experience. Selected Works, Vol. V*, Princeton University press. Princeton, 1985
77. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the era o the computer*. Free Press. New York, 1986.
78. Creswell J. *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th edition. Thousand Oaks, CA: SAGE. (2014).
79. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial síntesis, 2007.
80. Valles MS. *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas; 2002.
81. Medina Moya J. El proceso de comprensión en el análisis de datos cualitativos en educación. *Magis: Revista Internacional De Investigación En Educación* [serial on the Internet]. (2014, July), [cited July 11, 2018]; 7(14): 39-54. Available from: Fuente Académica Premier.
82. Merleau-Ponty, M., 1962. *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Ltd.
83. Restrepo E. *Etnografía: alcances técnicas y éticas*. Envión editores. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2016.
84. Emanuel, Ezequiel. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? siete requisitos éticos. En: *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas* [On line] Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf Resolución No 008430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de Invima [sitio web] https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf
85. Noreña AL, Alcaraz Moreno N, Rojas JG, Robolledo Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* 2012; 12 (3). P 263-74
86. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas –Cioms. (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra: Cioms / OMS. Versión en línea recuperada de http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
87. Cohen HA. *La enfermera y su identidad profesional*. Grijalbo. Barcelon 1988.
88. Maranon AA, Pera MPI. Theory and practice in a construction of professional identity in nursing students: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(7):859–863. doi: 10.1016/j.nedt.2
89. Lefebvre, H. *La producción del espacio*. Madrid: Capitán Swing Libros. 2013

90. Schon, Donald. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós, 1998.
91. Wagter J, van de Bunt G, Honing M, Eckenhausen M, Scherpbier A. Informal interprofessional learning: visualizing the clinical workplace. *Journal Of Interprofessional Care* [serial on the Internet]. (2012, May), [cited July 11, 2018]; 26(3): 173-182.
92. Takase M, Yamamoto M, Sato Y, Niitani M, Uemura C. The relationship between workplace learning and midwives' and nurses' self-reported competence: a cross-sectional survey. *International Journal Of Nursing Studies* [serial on the Internet]. (2015, Dec), [cited July 11, 2018]; 52(12): 1804-1815
93. Skar R. How nurses experience their work as a learning environment. *Vocations and learning*, 2010 (3)1-18
94. Pinassi, Andrés. Espacio vivido: Análisis del concepto y vínculo con la geografía del turismo. *GeoGraphos* [En línea]. Alicante: Grupo Interdisciplinario de Estudios Críticos y de América Latina (GIECRYAL) de la Universidad de Alicante, 2 de junio de 2015, vol. 6, n° 78, p. 135-150
95. Gregory LR; Hopwood N; Boud D, *Journal Of Interprofessional Care* [J Interprof Care], ISSN: 1469-9567, 2014 May; Vol. 28 (3), pp. 200-5; Publisher: Informa Healthcare; PMID: 24404847
96. Marrero Gonzalez, C., Garcia Hernandez, A. (2017). Reflexiones de enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.06>
97. Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners* [serial on the Internet]. (2017, July), [cited July 16, 2018]; 29(7): 403-409
98. Malouf N, West S. Fitting in: a pervasive new graduate nurse need. *Nurse Education Today* [Internet]. 2011 Jul [cited 2018 Oct 25];31(5):488–93. Available from: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2234/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=21036429&lang=es&site=ehost-live>
99. Newton J, Henderson A, Jolly B, Greaves J. A contemporary examination of workplace learning culture: an ethnomethodology study. *Nurse Education Today* [serial on the Internet]. (2015, Jan), [cited July 11, 2018]; 35(1): 91-96.
100. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *Journal Of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (2007, July), [cited July 11, 2018]; 59(1): 29-37.
101. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *Journal Of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (2007, July), [cited July 11, 2018]; 59(1): 29-37.
102. Koopmans, H., Doornbos, A.J., & Van Eekelen, I.M. (2006). Learning in interactive work situations: It takes two to tango: Why not invite both partners to dance? *Human Resource Development Quarterly*, 17,135–158

103. Eraut, M., Alderton, J., Cole, G. and Slenker, P. (2002), "Learning from other people at work", in Harrison, R., Reeve, F., Hanson, A. and Clarke, J. (Eds), *Supporting Lifelong Learning: Perspectives on Learning*, Vol. 1, Routledge Falmer, London, pp. 127-45
104. E. Wenger, *Communities of Practice: learning, meaning, and identity*: Cambridge University Press, 1998, 45 p
105. Bauer, J., & Mulder, R. H. Modelling learning from errors in daily work. *Learning in Health and Social Care*, 2007 6(3), 121-133.
106. Estabrooks C, Rutakumwa W, O'Leary K, Profetto-McGrath J, Milner M, Scott-Findlay S, et al. Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research* [serial on the Internet]. (2005, Apr), [cited July 11, 2018]; 15(4): 460-476. Available from: Academic Search Complete.
107. Alerby E. Knowledge as a 'Body Run': Learning of Writing as Embodied Experience in Accordance with Merleau-Ponty's Theory of the Living Body. *Indo-Pacific Journal Of Phenomenology* [serial on the Internet]. (2009, May), [cited July 11, 2018]; 9(1): 1-8. Available from: Humanities International Complete.
108. Ellinger A, Cseh M, (2007) "Contextual factors influencing the facilitation of others' learning through everyday work experiences", *Journal of Workplace Learning*, Vol. 19 Issue: 7, pp.435-452
109. Gallo Cadavid LE. El ser corporal en el mundo como punto de partida en la fenomenología corpórea. *Pensamiento educativo*. 2006; 38:corpórea. *Pensamiento educativo*. 2006; 38.
110. Boud, D., & Middleton, H. (2003). Learning from others at work: Communities of practice and informal learning. *Journal of Workplace Learning*, 15, 194–202.
111. K erouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
112. Zarate Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2018 Jun 14] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
113. Quintero María Teresa, Gómez Margarita. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichán* [Internet]. 2010 Apr [cited 2018 June 14] ; 10(1): 8-18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100002&lng=en.

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1: Consentimiento informado

**Consentimiento informado para la participación en la investigación:
VIVENCIAS DE LA ENFERMERA RECIEN EGRESADA EN EL PRIMER
AÑO DE EJERCICIO PROFESIONAL**

Investigadora:

Elizabet Ledesma Giraldo
Estudiante Maestría en Enfermería
IV cohorte.
Contacto:
eliledesmagiraldo@gmail.com

Asesora:

Marcela Carrillo Pineda
Docente, facultad de Enfermería
Universidad de Antioquia
Contacto:
marcela.carrillo@udea.edu.co

Esta investigación tiene como objetivo Comprender las vivencias de la enfermera recién egresada en el primer año de ejercicio profesional y tiene el propósito de contribuir de manera general a la práctica profesional de la enfermería y en particular a la práctica profesional del recién egresado. Este estudio ha sido avalado por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia con acta N° CEI-FE 2017-23

Según la resolución 8430/93 el presente estudio se clasifica como investigación de riesgo mínimo, pues si bien no incluye procedimientos de carácter experimental o de intervención que representen un riesgo para los participantes, se establecerán interacciones entre seres humanos que pueden alterar variables psicológicas o sociales de los individuos participantes, las cuales pueden evocar recuerdos dolorosos, atemorizantes o frustrantes relacionados con las vivencias en la práctica de cuidado, que pueden resultar estresantes para los participantes; ante lo cual se garantizará un espacio cómodo, tranquilo y privado, sin interrupciones y que permita las condiciones adecuadas para que los participantes expresen sus vivencias sin temor a interrupciones o exposiciones.

Esta investigación tampoco genera beneficios directos o indirectos para los participantes diferentes a los relacionados con la producción de conocimiento para comprender y mejorar la práctica profesional.

A enfermeras cuya experiencia en el ejercicio profesional sea mayor a tres meses y no sobrepase tres años, que durante al menos seis meses se haya desempeñado en un servicio clínico de la misma especialidad, en un hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, se les realizará una entrevista a profundidad cuya duración puede variar entre cuarenta minutos y una hora, según la disponibilidad y decisión del participante, la cual será grabada y transcrita para su análisis.

La participación en el proyecto es gratuita y voluntaria y la respuesta a las preguntas no es obligatoria para los participantes; estos podrán negarse a responder las preguntas que consideren, podrán solicitar que sus respuestas no sean grabadas y podrán retirarse de la investigación en el momento que consideren pertinente sin que ello represente sanción.

Los participantes, de igual forma, podrán realizar las preguntas que les surjan a partir del proceso investigativo las cuales serán resueltas por la investigadora con total transparencia.

La información obtenida tiene sólo fines académicos y el acceso a ésta será solo del equipo investigador bajo los principios de respeto, beneficencia y justicia. Para asegurar la confidencialidad será asignado un código a cada participante, el cual será conocido solo por el equipo investigador y usado en todos los procesos de análisis de la información, de forma tal que se eviten las menciones directas que impliquen la identidad del participante.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán presentados tanto a los participantes, previa citación, como a la comunidad académica a fin de garantizar que estos representen las experiencias vividas de las enfermeras, rescatando su voz y sus vivencias con el objetivo central del estudio.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente hacer parte de esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi integridad personal.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Nombre del testigo 1

Firma del testigo 1

Nombre del testigo 2

Anexo 2. Preguntas utilizadas en la profundización

Es necesario recordar que las primeras entrevistas partieron de la pregunta provocadora ¿Cómo es ser enfermera recién egresada? O ¿Cómo ha sido la experiencia de ser enfermera recién egresada?, a fin de que las enfermeras entrevistadas fuesen quienes introdujeran los temas relevantes de su experiencia. A partir de estas preguntas y tras el análisis de las entrevistas iniciales se construyeron una serie de preguntas profundizadoras según lo narrado por cada una de las participantes, algunas de ellas se muestran a continuación:

- ¿Cómo es ser enfermera recién egresada?
- ¿Cómo ha sido la experiencia de ser enfermera recién egresada?
- Hablemos sobre ese primer año, cuando empezaste tu vida profesional.
- ¿Cómo viviste el ser enfermera en ese primer año de vida profesional?
- Cuéntame sobre uno de tus primeros turnos
- Cuéntame sobre la relación con los pacientes siendo recién egresada
- Cuéntame sobre la relación con el equipo de salud siendo enfermera recién egresada
- ¿Por qué no te sentías enfermera?
- ¿Qué te provocaba eso de no sentirte enfermera?
- ¿Cuándo empezaste a sentirte enfermera?
- ¿Cuándo te diste cuenta que tenías que empezar aprender?
- ¿Cómo fue esa experiencia de no saber qué hacer?
- ¿Qué te pasaba cuando sentías que no tenías suficiente agilidad o suficiente conocimiento?
- ¿Por qué te daba miedo equivocarte?
- Cuáles son las vivencias más significativas de haber vivido ese primer año de vida profesional y que te provocaron?

