

**UNIVERSIDAD MAYOR  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
DIRECCIÓN POSTGRADOS EDUCACION**

**Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO  
ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN  
EDUCACION EMOCIONAL

Alumna:

- Aramburú Carvacho Sandra.

Profesor Guía:

Mg. Claudio Molina Díaz

2018

## DEDICATORIA

Al recuerdo de mi abuela Irma, por las tardes escamoteadas.

SOLO USO ACADÉMICO

## AGRADECIMIENTOS

A mi madre Chinita, por su amor y comprensión de mis tiempos escasos.

A Carlos, por mantener el amor y la comida en nuestra casa.

A los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, a su resiliencia, por enseñarme a ser profesora y mejor ser humano.

Al profesor Claudio Molina, por su ejemplo como profesor siempre amable y comprensivo. “¿Qué haría el profe Molina en mi lugar?”, me pregunto cuando estoy perdiendo la paciencia al corregir trabajos.

A mi familia Champina, la motivación a terminar este post grado.

A todos los guardo con cariño en mi corazón.

SOLO USO ACADÉMICO

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.2. Formulación del Problema.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3. Justificación e Importancia de la Investigación .....	9
1.4. Preguntas de Investigación.....	10
1.5. Objetivo general .....	12
1.6. Objetivos específicos y preguntas de investigación .....	12
1.7. Síntesis de cierre de capítulo I.....	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO .....	17
2.1. Aproximación al marco teórico .....	17
2.2. Desde el modelo racionalista a la emergencia del ser emocional .....	19
2.3. Lo que se entiende por emociones. Conceptos y distinciones .....	22
2.3.1. Emociones primarias y secundarias .....	23
2.4. Conciencia emocional: desmantelando programaciones .....	27
2.5. La educación emocional .....	27
2.6. El marco educativo se amplía: La educación basada en Competencias.....	31
2.7. Antecedentes de investigaciones y artículos sobre emociones y estudiantes universitarios....	33
2.8. El modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario .....	37
2.9. Universidad mayor: misión, visión y modelo educativo. ....	44
2.10. La carrera de Obstetricia y Puericultura en la Universidad Mayor .....	46
2.10.1. Caracterización de los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor .	49
2.11. Caracterización de los Internados Del quinto año de la carrera de Obstetricia.....	55
2.12. El sistema de alerta temprana, mecanismo de la Universidad Mayor para abordar el riesgo de repitencia y deserción estudiantil.....	60
2.13. Síntesis de cierre del capítulo II.....	64

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO.....	67
3.1. Caracterización del tipo de diseño a emplear .....	72
3.2. Fases de un diseño cualitativo .....	74
3.3. Universo de referencia y muestra .....	76
3.4. Técnicas de recolección de datos.....	<b>7Error! Bookmark not defined.</b>
3.4.1. La entrevista semiestructurada.....	79
3.4.2. Validación del instrumento .....	80
3.4.3. Versión final de entrevista semiestructurada .....	82
3.4.4. Detalle del proceso de entrevista.....	83
3.4.4.1. Planificación de la entrevista.....	83
3.4.4.2. Entrevista propiamente tal.....	84
3.4.4.3. Acciones ex post entrevista.....	85
3.5. El grupo focal.....	85
3.5.1. Guía para el desarrollo del grupo focal .....	87
3.6. Modelo de análisis.....	88
3.6.1. Proceso de análisis de datos .....	90
3.6.2. Caracterización de las categorías de análisis interpretativo .....	95
3.7. Síntesis de cierre del capítulo III.....	96
CAPITULO IV: RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION .....	97
4.1. Resultados y análisis.....	99
4.1.1. Categoría: emoción principal vinculada a la práctica clínica.....	99
4.1.1.1. Emoción principal vinculada a la práctica de partos .....	99
4.1.1.2. Emoción principal vinculada a la práctica de APS .....	102
4.1.1.3. Emoción principal vinculada a la práctica de neonatología .....	104
4.1.2. Categoría: manifestación física de la emoción principal vinculada a la práctica clínica....	106
4.1.2.1. Manifestación física de la emoción vinculada a la práctica de partos .....	107
4.1.2.2. Manifestación física de la emoción vinculada a la práctica de APS.....	109
4.1.2.3. Manifestación física de la emoción vinculada a la práctica de neonatología .....	111
4.1.3. Categoría: emoción vinculada a los matrones clínicos, en una de sus prácticas .....	113

4.1.3.1.	Emoción principal vinculada a matrones clínicos de la práctica de partos .....	113
4.1.3.2.	Emoción principal vinculada a matrones clínicos de la práctica de APS .....	115
4.1.3.3.	Emoción principal vinculada a matrones clínicos de la práctica de neonatología .....	117
4.1.4.	Categoría: emoción vinculada a docentes de Escuela, en una de sus prácticas clínicas....	118
4.1.5.	Categoría: emoción vinculada a las evaluaciones, en una de sus prácticas clínicas. ....	121
4.1.6.	Categoría: emoción vinculada a la presencia de compañeros, en una de sus prácticas clínicas. ....	124
4.1.7.	Categoría: emoción vinculada a los pacientes atendidos, en una de sus prácticas clínicas.	127
4.1.8.	Categoría: emoción vinculada al lugar físico y a los medios de transporte, en una de sus prácticas clínicas. ....	132
4.1.9.	Categoría: emoción vinculada a su propio desempeño, en una de sus prácticas clínicas. .	133
4.2.	Contribución del grupo focal a las categorías de análisis.....	137
4.3.	Discusión. ....	139
4.4.	Síntesis de cierre del capítulo IV. ....	151
CAPITULO V: CONCLUSIONES .....		156
5.1.	Conclusiones generales .....	156
5.2.	Conclusiones desde los objetivos.....	157
5.2.1.	Conclusiones con respecto al problema y al objetivo general.....	157
5.2.2.	Conclusiones respecto a los objetivos específicos .....	158
5.2.2.1.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Caracterizar las manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a su práctica clínica</i> .....	159
5.2.2.2.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Señalar emociones vinculadas a los matrones clínicos supervisores, en una de sus prácticas</i> .....	159
5.2.2.3	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Identificar emociones vinculadas a los docentes de Escuela, en una de sus prácticas clínicas</i> .....	160
5.2.2.4.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Identificar emociones vinculadas a las evaluaciones, en su práctica clínica</i> .....	161
5.2.2.5.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Señalar las emociones vinculadas a la presencia de compañeros de práctica clínica</i> .....	162
5.2.2.6.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Identificar emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica</i> .....	162

5.2.2.7.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Identificar emociones vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica</i> .....	163
5.2.2.8.	Conclusiones respecto al objetivo específico <i>Determinar las emociones vinculadas a su propio desempeño, en su práctica clínica</i> .....	163
5.3.	Conclusiones en relación con el contenido del marco teórico .....	165
5.4.	Limitaciones.....	168
5.5.	Proyecciones.....	169
BIBLIOGRAFIA .....		171
ANEXOS .....		176
Anexo Nº1.	Entrevista a matrona coordinadora de Internado de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor de Santiago .....	176
Anexo Nº2.	Facsímil Consentimiento informado para prueba de instrumento entrevista .....	178
Anexo Nº3.	Facsímil Invitación a participar en investigación a través de entrevista. ....	179
Anexo Nº4.	Facsímil Consentimiento informado para participar en investigación a través de entrevista.....	181
Anexo Nº5.	Facsímil Invitación a participar en investigación a través de grupo focal. ....	182
Anexo Nº6.	Copia de hoja de respuesta técnica Cadáver Exquisito – grupo focal.....	184
Anexo Nº7.	Índice de códigos.....	185

## RESUMEN

La educación emocional no está presente en el curriculum de las carreras del área de la salud. Los egresados se incorporan a un sector altamente exigente en los aspectos relacionales de la atención de salud, sin conciencia de sus propias emociones, respondiendo a través de mecanismos automáticos. Este estudio, de tipo cualitativo interpretativo, explora en una cohorte de estudiantes del último año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, el reconocimiento de emociones vinculadas a distintos componentes de su práctica clínica. En el trabajo de campo se utilizaron técnicas de entrevista y grupo focal, y para el análisis de los datos, procedimientos de la teoría fundamentada. Se concluye que los estudiantes sí pueden reconocer emociones vinculadas a su práctica clínica, específicas a la práctica cursada; que identifican alegría, rabia, miedo, frustración y culpa dependiendo del componente explorado; que poseen escaso vocabulario para la expresión apropiada de emociones y que tienden a explicarlas y justificarlas. Esta investigación pretende promover la incorporación de la educación emocional en los planes de estudio de las carreras de ciencias de la salud.

**Palabras claves:** Educación emocional; conciencia de emociones; alumno; carrera de Obstetricia; prácticas clínicas.

## **ABSTRACT**

Emotional education is not present in the curriculum of careers in the area of human health. Graduates are incorporated into a highly demanding sector in regards of relational aspects of health care, not being aware of their own emotions, responding through automatic mechanisms. This study, qualitative and interpretive, explores in a cohort of students in the last year of the career of Obstetrics and Child Care of the Universidad Mayor de Santiago, the recognition of emotions linked to different components of their clinical practice. In fieldwork, interview and focus group techniques were used, and grounded theory procedures for the analysis of the data. The conclusions were that students can recognize emotions related to their clinical practice, specific to the practice carried out; that they can identify joy, anger, fear, frustration and guilt depending on the component explored; they have little vocabulary for the proper expression of emotions and tend to explain and justify them. This research aims to promote the incorporation of emotional education into the curriculum of health sciences careers.

**Key words:** Emotional education; emotional awareness; student; Obstetrics and Child Care; clinical practice.

SOLO USO ACADÉMICO

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio da cuenta del proyecto de investigación realizado para optar al grado académico de Magíster en Educación Emocional, de la Facultad de Humanidades de la Universidad Mayor.

Para introducir el tema, la atención del lector se enfocará primeramente a la emergencia del ser emocional en la cultura del siglo XX. En espacio de un siglo, que comenzó proclamando la facultad de la razón como el motor de desarrollo en todo ámbito, se avanzó hacia una concepción del hombre y sus posibilidades más amplia y diferente. Los acontecimientos históricos que tuvieron lugar durante dicho siglo, propiciaron las condiciones para que surgieran nuevos paradigmas.

Hoy, se acepta que el modelo racionalista por sí solo, no es suficiente para avanzar en la búsqueda del progreso, de la paz y de la felicidad, ni siquiera de la sobrevivencia humana. Las emociones han cobrado importancia en forma creciente y sostenida, avaladas sólidamente por la ciencia. Su aporte a la educación, a la salud, a la tecnología y a la empresa, entre otros dominios, es tema relevante para investigadores y académicos (Bisquerra, 2001; Fernández Castro, 1994; Martínez Iñigo, 2001).

Este cambio de paradigma acerca de cómo entendemos la realidad, cómo nos relacionamos y convivimos, no ha afectado solamente el espacio filosófico. Desde el ámbito de la salud, se ha transitado también desde un modelo biomédico, positivista, centrado en la enfermedad y el cuidado del individuo, a uno biopsicosocial, que concibe al individuo en el contexto de una familia y una comunidad; que entiende a la persona en sus múltiples dimensiones y que concibe una nueva forma de relación entre el personal médico y los pacientes. El estado chileno, a partir de la reforma del sector salud iniciada en la década de los noventa, ha determinado que el modelo de atención

de salud a desarrollar y fortalecer en Chile, es el *modelo biopsicosocial de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario*(MINSAL, 2000).

La progresiva implementación del modelo de atención más arriba señalado, en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Chile, ha hecho presente una mayor exigencia a los profesionales y técnicos en el manejo de relaciones interpersonales, habilidades blandas y resolución de conflictos.

Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos, atentos a los requerimientos del mercado laboral, han detectado esta necesidad y han puesto en marcha distintos mecanismos para dar cuenta de esta demanda. Así, sus perfiles de egreso, expresan el compromiso en formar profesionales competentes en responder a los actuales desafíos en materia de salud.

En este sentido, una de las vías preferidas por las carreras de la salud ha sido la incorporación de modelos educativos basados en la formación en competencias, que comprenden el saber, el saber ser y el saber hacer. La Universidad Mayor, institución de educación superior en la cual se realizó esta investigación, se ha comprometido en transitar hacia una cultura institucional basada en la integridad, el respeto y la responsabilidad social, a través de un proyecto denominado *Buen Profesional - Profesional Bueno*.

Sin duda estas adaptaciones en el enfoque y en las metodologías constituyen un avance hacia la formación de personas integrales que puedan enfrentar solventemente los desafíos emergentes del mundo laboral y social. Sin embargo, la dimensión emocional del ser aún no es visualizada como crucial en la formación de profesionales de la salud. Por esta razón, no está considerada en los planes de estudio.

Aun cuando hoy en día se comprende mejor que las emociones tienen un rol indispensable para la supervivencia, la acción, la memoria, la salud y el aprendizaje de

las personas a lo largo de toda su vida, este nuevo conocimiento, proveniente de distintas teorías y disciplinas, no ha sido incorporado aún por las instituciones que conforman los sistemas de salud y educación. De este modo, las personas continúan relacionándose con su entorno, con su familia, con sus comunidades de aprendizaje y consus espacios de trabajo sin haber explorado su mundo emocional, sin ser conscientes de sus emociones y sin control sobre sus respuestas emocionales, operando a través de mecanismos automáticos.

La educación emocional, marco en el que se sitúa esta investigación, es un proceso de transformación, que partiendo desde la conciencia emocional, entendida como la exploración y el reconocimiento del propio mundo emocional, avanza hacia la comprensión emocional, es decir, el mundo emocional de los otros, y desde ahí a las competencias emocionales, aquellas habilidades necesarias para relacionarse en forma armoniosa con el mundo. Las emociones, si bien tienen distintos significados desde distintos enfoques, son entendidas como una energía vital, que nos permite conectar el mundo interno en equilibrio con el mundo externo (Casassus, 2009). Si no se emprende la exploración emocional primero, es poco factible desarrollar la conciencia emocional, luego la comprensión, y finalmente las competencias emocionales.

En este punto, la escuela de educación emocional difiere en su enfoque de otros conceptos, como el de inteligencia emocional. Las publicaciones encontradas sobre investigaciones que vinculen emociones y estudiantes universitarios lo hacen sin embargo desde esta mirada, la de la inteligencia emocional, y en su mayoría, se trata de estudios de tipo cuantitativo.

Ya ubicados en el marco general de esta investigación, el foco de atención se dirige hacia los estudiantes del quinto y último nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, de Santiago. Estos estudiantes deben demostrar, a través de sus prácticas clínicas en distintas áreas de la matronería, que han adquirido las competencias necesarias para integrarse al mundo del trabajo. Sus prácticas

clínicas de carácter profesional reciben el nombre de Internados, y los estudiantes, internos e internas. Ellos se integran a establecimientos de salud de distintos niveles de complejidad de la red asistencial en la región Metropolitana, para desarrollar actividades propias de la profesión, bajo la tutela técnica y administrativa de equipos de salud liderados por matronas y matrones. Para obtener su título profesional, deben aprobar determinadas instancias evaluativas que darán visto bueno a la culminación de su formación de pregrado.

Esta tesis se ha situado en el paradigma cualitativo-interpretativo, con un diseño cualitativo. Se investigó en una muestra de internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, si existe reconocimiento de sus emociones vinculadas al internado, desagregado en distintos componentes; cómo reconocen sus emociones, cómo las nombran y cuáles son las manifestaciones físicas que los alertan de su presencia. Las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas y grupo focal; la información obtenida fue examinada a través de un proceso de análisis de datos cualitativos, que finalmente dieron forma a categorías de interés interpretativo, que son la base de los resultados de esta investigación.

Las conclusiones emanadas de este estudio, pretenden llegar a ser un aporte a un constructo teórico en evolución sobre la conciencia emocional y su importancia en la formación de futuros profesionales de la salud, recomendando la inclusión de la educación emocional en los planes de estudio de las carreras correspondientes.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.1. Antecedentes**

A partir de los conocimientos adquiridos en la primera etapa del Magíster en Educación Emocional, versión 2015 que ha cursado esta investigadora, ha surgido con fuerza la necesidad de visualizar y relevar la importancia de la educación emocional en la formación integral de los estudiantes de ciencias de la salud, en este caso, los estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, en la cual la investigadora es docente de pregrado.

Esta carrera, conforme a los lineamientos institucionales de la Universidad Mayor y su modelo educativo, está constituida por tres ciclos: la formación general, que se extiende durante los primeros dos años; la formación disciplinar, que corresponde al tercer y cuarto año de estudio, y la formación profesional, que abarca el quinto y último año de la formación de pregrado. En este quinto año de la carrera, los estudiantes pasan a llamarse *Internos*, y se desapegan de su casa de estudios para integrarse a tiempo completo a una práctica clínica, en establecimientos de salud en convenio con la Universidad, cuya aprobación los conducirá a la obtención de su título de matrona o matrócn.

Los estudiantes se encuentran en ese momento en un umbral: deben comportarse como profesionales de la salud en un ambiente clínico que se los exige, movilizandoc todas sus competencias adquiridas a lo largo de la carrera para abordar solventemente la atención de personas reales, pero sin la posibilidad de tomar decisiones completamente autónomas, modelando su actuar a la cultura organizacional de cada unidad en la que se desempeñan sin la facultad de introducir cambios, todo esto en un modelo de atención de salud que aún transita desde lo biomédico a lo biopsicosocial, y con la proximidad de la meta, la obtención de su título, ad portas.

Para los docentes del quinto año de la carrera, y para la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor en general, la experiencia emocional de los estudiantes vinculada a su internado permanecía oculta, pero se intuía que su vivencia era intensa.

Una vez esbozada la idea de estudio, el paso a continuación fue familiarizarse con la cuestión, revisando literatura que tuviera como tema clave las emociones en los estudiantes de carreras de la salud. Si bien los resultados de la búsqueda no fueron abundantes, se observó un aumento en el número de publicaciones atinentes al tema en los últimos tres años, lo que afianzó la noción de que esta materia estaba cobrando importancia, también para otros investigadores. Las publicaciones revisadas, provenientes de Latinoamérica y España, abordan la cuestión de las emociones desde la mirada de la inteligencia emocional y las competencias emocionales, cuyos significados son distintos a los de la conciencia emocional, que es la materia de interés de esta tesis. Las investigaciones examinadas corresponden principalmente a diseños de tipo cuantitativo, situados en el ámbito del análisis explicativo.

Se cimentó entonces, la intención de realizar una investigación bajo el paradigma cualitativo-interpretativo, con un diseño cualitativo, acerca de las emociones reconocidas por los estudiantes, del último año de la carrera de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad Mayor de Santiago, vinculadas a su práctica clínica. Puesto que es sabido que la educación emocional no es parte del currículo de esta carrera ni de otras afines, como tampoco lo es en el sistema escolar, el interés se centró en conocer si los estudiantes podrían reconocer la ocurrencia de las emociones, si podrían ponerles un nombre, si podrían identificar las manifestaciones físicas de estas emociones y si distinguían emociones distintas vinculadas a distintos componentes de su práctica clínica. Estas inquietudes se transformaron posteriormente en las preguntas y objetivos de esta investigación.

Se ha considerado apropiado en este momento, comentar acerca de la reflexión que tuvo lugar en torno a la factibilidad de llevar adelante este estudio y también sobre su complejidad. Acerca de lo primero, su factibilidad, se puede señalar que la investigadora ha desarrollado competencias para el estudio de las emociones al cursar satisfactoriamente la primera etapa del Magister en Educación Emocional, aprendiendo tanto los saberes teóricos disciplinares como también contenidos sobre metodología de la investigación.

Un segundo aspecto, que facilitó en gran medida la realización del trabajo de campo, es que la investigadora es parte del cuerpo docente de pre grado de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, por tanto tiene llegadadirecta con los estudiantes y acceso facilitado a los espacios físicos que podían requerirse. Un tercer punto facilitador es que la investigadora posee dominio del tema *modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario*, siendo este un componente importante del marco de referencia. En dicho modelo de atención, es fundamental el manejo de la técnica de entrevista. La experiencia de la investigadora en el manejo de la entrevista, fue crucial para allanar la recolección de datos.

Entre las complejidades sopesadas, ya señalado el hecho que la educación emocional no es un tema integrado a la formación de los estudiantes de carreras de la salud, se esperaba que los sujetos de estudio tuvieran mínima o nula conciencia de sus emociones, lo que entrañaba la posibilidad de encontrarse con barreras a la expresión emocional. Un aspecto que podía erigirse como un sesgo si no recibía un adecuado tratamiento, es la calidad de docente de pre grado de la investigadora en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, más arriba señalado como una fortaleza. La vía para superar tales barreras suponía una cuidadosa validación delatécnica de recolección de datos y de la planificación del escenario de las entrevistas. Es pertinente poner de manifiesto que este estudio es la primera investigación de tipo cualitativa que emprende la autora, lo que permitía prever la

posibilidad de encontrarse con dificultades de tipo metodológico, cuyo manejo y resolución podían presionar los plazos de entrega comprometidos.

Como parte del diseño, se aplicaron técnicas de recolección de datos y se desarrolló un plan de análisis con procedimientos correspondientes a la teoría fundamentada, que permitió obtener una serie de categorías de interés interpretativo. A la luz de estas categorías interpretativas se configuraron los resultados y las conclusiones. Finalmente, estas conclusiones constituyen el aporte de esta investigación al estado del conocimiento de este tema y a la construcción de teoría, y la recomendación sobre la necesidad de incluir la educación emocional en la formación de pregrado de carreras del área de la salud.

Para finalizar este apartado, se considera necesario declarar que esta investigación está acotada a las emociones vinculadas a la práctica clínica de los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, correspondientes a la cohorte que cursaron su práctica profesional durante el segundo semestre del año 2017. Sus resultados no dan cuenta de las emociones de la totalidad de los internos e internas de esta carrera ni de carreras afines del área de la salud, de universidades privadas o públicas. Esta tesis no busca generar consenso en la definición conceptual ni en las metodologías de estudio de la conciencia emocional.

## 1.2. **Formulación del Problema**

¿Reconocen emociones vinculadas a su práctica clínica los internos e internas de Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año académico 2017, vinculadas a su práctica clínica?

### 1.3. Justificación e Importancia de la Investigación

Esta investigación pretende aportar al conocimiento sobre las emociones experimentadas por estudiantes de carreras del área de la salud durante su práctica profesional, para enriquecer la evidencia disponible y así contribuir a reconocer la educación emocional como una necesidad formativa de pregrado, recomendando su incorporación en los planes de estudio de las carreras de la Facultad de Ciencias de la Universidad Mayor.

El presente estudio, al acrecentar la literatura disponible sobre las emociones en los estudiantes de carreras de la salud, puede ser de interés para pares investigadores y académicos que cultivan el tema en el ámbito nacional e internacional, contribuyendo a la profundidad y extensión de los saberes sobre esta materia. En esa línea, es también relevante para la Dirección de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, pues nutre de conocimiento sobre la experiencia del Internado más allá de los resultados meramente académicos, explorando buenas prácticas para el aprendizaje y detectando oportunidades de mejora, que asistan la formación de profesionales buenos. En este sentido, la investigación reviste también interés para la Vicerrectoría Académica de la Universidad Mayor, quien está desarrollando el proyecto *Buen Profesional – Profesional Bueno*, que integra principios de integridad, respeto y responsabilidad social a la cultura institucional que promueve.

Se espera que esta investigación sea de interés y utilidad también para los estudiantes que participaron en ella, pues les ha brindado un espacio nuevo para la exploración y aprendizaje sobre su propio mundo emocional y una oportunidad de reconocer sus emociones en un espacio seguro y libre de juicios. Luego, es relevante para todos los estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, tanto internos como preclínicos, toda vez que esta investigación signifique un aporte hacia el aprendizaje centrado en el estudiante, entendiéndolo como un ser integral.

En el largo plazo, se espera contribuir a la preparación de los futuros profesionales de la salud en aquellos saberes requeridos para el avance y fortalecimiento del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, en los establecimientos de salud en Chile, una vía a través de la cual se pueda aportar, desde el ámbito de la salud, a la construcción de un mejor país. En palabras de Claudio Naranjo, antropólogo, psicólogo y psiquiatra chileno, *“en la educación emocional no sólo está la solución del problema educacional sino la posibilidad de que nuestros descendientes sean más sabios y benévolo y sepan vivir en paz, construyendo formas de vida e instituciones mejores que las que conocemos”*.

#### **1.4. Preguntas de investigación.**

Las preguntas principales y secundarias que esta investigación responde son las siguientes:

##### **Pregunta principal:**

- ¿Reconocen los sujetos de estudio emociones, vinculadas a su práctica clínica de internado 2017?

##### **Preguntas secundarias:**

- Los sujetos de estudio, ¿reconocen manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a los matrones clínicos supervisores, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas, vinculadas a los matrones clínicos supervisores, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a los matrones clínicos supervisores, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a docentes de Escuela, en su práctica clínica?

- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a los docentes de Escuela, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a los docentes de Escuela, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a las evaluaciones en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a las evaluaciones, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a las evaluaciones, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a la presencia de compañeros en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a la presencia de compañeros, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a la presencia de compañeros, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?

- Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a su propio desempeño, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a su propio desempeño, en su práctica clínica?
- Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a su propio desempeño, en su práctica clínica?

### **1.5. Objetivo general**

Describir emociones reconocidas por los sujetos de estudio, los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017, vinculadas a su práctica clínica.

### **1.6. Objetivos específicos**

- Caracterizar las manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a la práctica clínica, de los sujetos de estudio.
- Señalar las emociones vinculadas a matrones clínicos supervisores, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.
- Identificar las emociones vinculadas a docentes de Escuela, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.
- Identificar las emociones vinculadas a las evaluaciones, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.
- Señalar las emociones vinculadas a la presencia de compañeros, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.
- Identificar las emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.
- Identificar las emociones vinculadas al lugar físico y el transporte, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.

- Determinar las emociones vinculadas a su propio desempeño, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.

La vinculación entre los objetivos y sus respectivas preguntas secundarias, se puede observar en la tabla N° 1.

**Tabla N°1: Objetivos y sus preguntas de investigación.**

<b>Objetivo General</b>	<b>Pregunta de Investigación</b>
1. Describir las emociones reconocidas por los sujetos de estudio, los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017, vinculadas a su práctica clínica	1. ¿Reconocen los sujetos de estudio emociones vinculadas a su práctica clínica de internado 2017?
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Preguntas de Investigación</b>
1.1. Caracterizar las manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a la práctica clínica de los sujetos de estudio	1.1. Los sujetos de estudio, ¿pueden caracterizar manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a su práctica clínica?
1.2. Señalar las emociones vinculadas a matrones clínicos supervisores, en la práctica clínica de los sujetos de estudio.	1.2. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a matrones clínicos supervisores, en su práctica clínica? 1.2.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a sus matrones clínicos? 1.2.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a sus matrones clínicos?
1.3. Identificar las emociones vinculadas a docentes de Escuela, en la práctica clínica de los sujetos de estudio	1.3. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a docentes de Escuela, en su práctica clínica? 1.3.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a docentes de Escuela?

	<p>1.3.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a sus docentes de Escuela?</p>
<p>1.4. Identificar las emociones vinculadas a las evaluaciones, en la práctica clínica de los sujetos de estudio</p>	<p>1.4. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a las evaluaciones en su práctica clínica?</p> <p>1.4.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a las evaluaciones?</p> <p>1.4.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a las evaluaciones?</p>
<p>1.5. Señalar las emociones vinculadas a la presencia de compañeros, en la práctica clínica de los sujetos de estudio</p>	<p>1.5. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a la presencia de compañeros en su práctica clínica?</p> <p>1.5.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a sus compañeros de práctica clínica?</p> <p>1.5.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a sus compañeros de práctica clínica?</p>
<p>1.6. Identificar las emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en la práctica clínica de los sujetos de estudio</p>	<p>1.6. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica?</p> <p>1.6.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a los pacientes atendidos?</p> <p>1.6.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a los pacientes atendidos?</p>
<p>1.7. Identificar las emociones vinculadas al lugar físico y el transporte, en la práctica clínica de los</p>	<p>1.7. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas al lugar físico y el transporte, en su</p>

sujetos de estudio	<p>práctica clínica?</p> <p>1.7.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?</p> <p>1.7.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?</p>
1.8. Determinar las emociones vinculadas a su propio desempeño, en la práctica clínica de los sujetos de estudio	<p>1.8. Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a su propio desempeño, en su práctica clínica?</p> <p>1.8.1 Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones gratas o no gratas vinculadas a su propio desempeño</p> <p>1.8.2. Los sujetos de estudio, ¿señalan emociones primarias, secundarias o complejas vinculadas a su propio desempeño?</p>

Fuente: Elaboración propia.

### Síntesis de cierre del capítulo I

En este capítulo, se ha dado a conocer el problema de Investigación que representa el objeto de interés, los sujetos de estudio, así como su justificación, relevancia, factibilidad y complejidad. Se han formulado las preguntas de las que se el estudio se hizo cargo resolver, así como su alcance. Se ha enunciado el paradigma de investigación elegido como base para llevar adelante el estudio, como también, el tipo de diseño y algunas aproximaciones a la técnica de recolección y análisis de datos.

En la Introducción se ha mencionado el escenario en que se sitúa el tema de estudio, cómo la sociedad ha transitado desde el modelo racionalista hacia la apertura al ser emocional; qué entendemos por emociones y su importancia para la vida de los

seres humanos; la respuesta de las universidades a los requerimientos en materia de habilidades blandas del mercado laboral; el marco que provee el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y la inexistencia de la educación emocional en el plan de estudios de las carreras de la salud. Asimismo se han señalado algunas características y complejidades inherentes al último año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago; el desconocimiento sobre la experiencia emocional de los estudiantes de quinto año y lo que aportan las publicaciones revisadas sobre el tema.

A partir de este punto, se avanza hacia el capítulo siguiente, dedicado al Marco Teórico, en el cual se enriquecerá cada uno de los elementos más arriba enunciados, revisando literatura referente a corrientes teóricas, conceptos, antecedentes, políticas y otros elementos de contexto, que permitan al lector ubicarse de manera suficientemente informada y actualizada, para continuar con la construcción de teoría en los capítulos siguientes.

Se espera haber generado hasta ahora, el interés necesario en los lectores para continuar con este recorrido.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Aproximación al marco teórico**

En este capítulo se han desarrollado en profundidad las ideas enunciadas en la Introducción, con el objeto tanto de profundizar en el objeto de estudio como para ir configurando el marco metodológico, que se aborda en el capítulo III. Es necesario recordar en este momento, que el paradigma que acoge esta investigación es cualitativo–interpretativo, y que su diseños de carácter cualitativo. Si bien esta definición sobre el enfoque y diseñose examina ampliamente en el capítulo III, se ha considerado oportuno explicitarlo ahora para entender que si bien este marco de referencia constituye una guía que apoya la construcción conceptual, no es un marco rígido y cerrado. Como es propio en las investigaciones de carácter cualitativo, nuevas referencias y aportes se fueron agregando durante la marcha del estudio. Es por esto que la investigadora lo reconoce y declara como Marco de Referencia, y no como Marco Teórico, que es más propio de investigaciones cuantitativas.

A modo de resumen e incentivo a continuar con la lectura, se presenta un esquema, que presenta y relaciona los principales temas de este marco de referencia.

**Figura N°1. Contenidos seleccionados para el Marco Referencial**



Fuente: Elaboración propia

## 2.2 Desde el modelo racionalista a la emergencia del ser emocional.

Para apoyar el entendimiento acerca de cómo las emociones cobraron importancia en la vida contemporánea, en la concepción del hombre y sus posibilidades, se retrocederá un poco en la historia.

El siglo de las luces: Este período de la historia, que tuvo lugar en Europa, rompió con el pensamiento religioso imperante en el período anterior. Entre el siglo XVII y XVIII germinó el *siglo de las luces*, llamado así por el poder que adquirió la razón, la lógica, el conocimiento y la educación para iluminar el oscurantismo religioso imperante en las estructuras feudales y medievales anteriores. El conocimiento y la educación sería el camino que conduciría a la humanidad al progreso ilimitado, a los más altos valores morales, y últimamente, a la libertad del ser racional (Icaza, Escobar y Catalán, 2014). Este período llegó a su fin con la Revolución Francesa. Sobre esta idea racionalista, el ideal de la educación y la razón como un camino para alcanzar la libertad, es que se estructuraron los sistemas educativos modernos.

Los acontecimientos históricos que ocurrieron con posterioridad, especialmente la primera y segunda guerra mundial, y luego el desarrollo de la investigación en el ámbito de las ciencias cognitivas y neurobiológicas, la economía, la psicología y la misma educación, demostraron que el paradigma racionalista resultaba insuficiente y limitado para entender la conducta humana. No se trataba que la dimensión racional del ser humano resultara una falacia, sino que empezaba a ser necesario complementar ésta con otros territorios. Entre estos, apareció la dimensión emocional de las personas, tema que convoca en esta investigación.

¿Qué tienen que decir distintos autores, provenientes de distintas disciplinas, acerca del papel de las emociones? Se revisa a continuación algunos de sus aportes.

En el área de la educación y el aprendizaje, Smirnov, Leontiev y otros afirmaron en 1960 que *“las emociones influyen grandemente para regular la actividad y la conducta del sujeto y que solamente aquellos fines hacia los cuales el sujeto tiene una actitud emocional positiva pueden motivar una actividad creadora”*.

El doctor James McGaugh y su discípulo Larry Cahill, indicaron cómo las emociones, hasta las más habituales y cotidianas, se asocian a mejor memoria y a mayor capacidad de aprendizaje (Menecier, 2004).

En el ámbito de la economía, paradigmas que han sustentado modelos económicos hasta ahora vigentes, que se afirman en la teoría de la elección racional, (Becker, Friedman), se agitan ante la creciente evidencia de que las decisiones, también aquellas sobre el consumo, son de naturaleza emocional (Andreas, 2003).

Desde las ciencias naturales también hay variados aportes. Es a partir de las teorías de Darwin que se han desarrollado y diversificado prácticamente todas las teorías biológicas sobre las emociones y su relación con la sobrevivencia. Charles Darwin planteó que los movimientos corporales y las expresiones faciales cumplen un papel de comunicación entre los miembros de una especie, transmitiendo información acerca del estado emocional del organismo. Las emociones y su expresión son innatas, aunque admite la posibilidad de que los factores de aprendizaje puedan ejercer algún tipo de influencia sobre la expresión. Precisamente, esta posible influencia de los factores de aprendizaje permite que las emociones evolucionen a través del tiempo para incrementar la probabilidad de que el sujeto y la especie se adapten a las características cambiantes del ambiente externo (Palmero, 1994).

En la misma línea, Wilhem Reich, en su libro *El Análisis del Carácter* argumentó que la somatización de las experiencias traumáticas y emocionales, configuran la estructura corporal de las personas, además de su personalidad.

Maturana (1989), planteó que todo argumento racional se funda en premisas no racionales aceptadas desde la emoción, que lo humano se constituye en el entrelazamiento de lo emocional con lo racional y describió las emociones como disposiciones corporales que determinan o especifican dominios de acción.

Un área que acumula cada día nuevas evidencias, es el estudio del cerebro emocional. Uno de sus principales exponentes, Doux, describió que el cerebro emocional está constituido por el sistema límbico (parte del cerebro situado inmediatamente debajo de la corteza cerebral, y que comprende estructuras como el tálamo, hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral). Simplificando lo que este autor refiere, es la amígdala la que evalúa el contenido emocional de los estímulos, transmitiendo señales eléctricas a otras partes del cerebro que inician respuestas fisiológicas, y estas respuestas variarán según el área del cerebro hacia donde se han enviado estos impulsos eléctricos. Por ejemplo, si el estímulo percibido es traducido por la amígdala como miedo y la señal es enviada al centro de la materia gris, la reacción es de paralización; si es enviada al hipotálamo paraventricular, se activarán las hormonas de la tensión; si se envía al centro reticular, se activarán los reflejos de acción.

Damasio, en el año 2000 señaló que *“las emociones son complejas colecciones de respuestas químicas y neurales que conforman un patrón (...). Se refieren a la vida de un organismo, a su cuerpo, para ser precisos, y su papel es ayudar al organismo a conservarla”*.

Finalmente se cita a Rafael Bisquerra (2007), quien señala que hay elementos que inducen a pensar que a partir de la última mitad de los años noventa se ha iniciado una revolución emocional, que afecta a la psicología, la educación y a la sociedad en general.

Como se ha presentado, los aportes sobre el papel que juegan las emociones han venido desde la pedagogía, la economía, la psicología, las ciencias naturales, la neurología y la neurociencia, en el intento de comprender su valor en la conducta humana y en las relaciones sociales.

Llegados a este punto, se avanzará hacia la conceptualización de la emoción, desde el enfoque adquirido en el Magíster en Educación Emocional, de la Facultad de Humanidades de la Universidad Mayor. Esta mirada tiene su fundamento en la Escuela de Educación del Ser Emocional, de la que el filósofo, sociólogo y educador chileno Juan Casassus, es uno de sus principales exponentes. Parece necesario hacer esta declaración pues, dado que no existe un consenso sobre lo que son las emociones, se debe manifestar aquí, la elección en esta investigación.

### **2.3 Lo que se entiende por emociones. Conceptos y distinciones.**

Casassus (2009) es enfático en declarar que las emociones son la clave para la supervivencia, ya que estas son las que han guiado la adaptación de los seres humanos en un entorno cambiante. Las emociones representan la energía vital de todas las personas y esta energía es la que permite tomar decisiones. Se sitúa en una vereda distinta que otros autores, como Goleman (1995), quien plantea que las emociones pueden ser positivas o negativas, incluso destructivas. En la mirada de la tesista, las emociones no pueden definirse en términos binarios. Todas tienen un valor importante, una señal que transmitir, para poder relacionarnos con el medio externo.

Las emociones son libres y les ocurren en forma involuntaria a todas las personas, no se pueden fabricar. Transitan permanentemente a través de las personas. En ese sentido, son neutras. Siguiendo a Casassus, lo que no es neutro “es *cómo nos sentimos cuando sentimos emociones, el significado que les atribuimos y las decisiones y acciones que emprendemos*”. Así, si bien el advenimiento de las emociones en las personas está fuera de la capacidad de control, la respuesta emocional sí puede ser

regulable y modulable, desarrollando la conciencia emocional, primeramente, y luego la comprensión y las competencias emocionales.

La primera señal de que se está experimentando una emoción es una vibración que se percibe en el cuerpo. En este sentido, es en el cuerpo donde ocurre y donde se sostiene el sentir, es en el cuerpo donde se inscriben las emociones. En esa línea, se concuerda tanto con Larach (1988), quien menciona que *“las emociones serían las oscilaciones o movimientos de un tono afectivo frente a un cambio o estímulo que tiene la característica de experiencia, con una connotación afectivo cognitiva y una reacción”*, como con Bloch, (2008) que las define como *“un complejo estado funcional en todo el organismo que implica a la vez una actividad fisiológica, una experiencia interna y un comportamiento expresivo”*. Se entiende, entonces, que durante la vivencia de una emoción ocurre una serie de fenómenos fisiológicos, tales como alteración del ritmo cardíaco y respiratorio, secreción de lágrimas, rubor, entre otros. Ocurre también una vivencia interna, personal y solamente accesible para quien la vive, y finalmente, una manifestación externa, que nos permite reconocerla (Casassus, 2009).

### **2.3.1 Emociones primarias y secundarias.**

No hay un encuadre único o rígido que indique cómo se clasifican las emociones. Existe algún consenso en que pueden clasificarse como primarias, o básicas o fundamentales, secundarias, complejas y adquiridas.

Las emociones primarias serían aquellas biológicamente primitivas e indispensables para el desarrollo de los seres humanos desde el ambiente intrauterino. También se consideran primarias aquellas que ocurren sin que se conozca aparentemente una causa u objeto. Son entonces similares en todos los seres humanos y tienen componentes fisiológicos claros y evidentes (Casassus, 2009). Hay acuerdo en considerar la rabia, el miedo, la tristeza y la alegría en esta clasificación.

A partir de las emociones primarias se derivan familias de emociones secundarias. Estas requieren cierto desarrollo de la auto-referencia (desarrollo de la imagen de sí mismo o del ego) y del desarrollo cognitivo. Por ejemplo, la vergüenza es secundaria al miedo, pues requiere de un nivel de reconocimiento de sí mismo frente a otro, para que emerja. Las emociones secundarias de una misma familia son parecidas, pero pueden distinguirse matices, es decir, diferencias en cuanto a su intensidad, duración, objeto o cualidad vivencial (Ibídem).

En la siguiente figura se presentan algunos ejemplos de emociones primarias y sus derivadas:

SOLO USO ACADÉMICO

Figura N°2: Emociones primarias y secundarias



Fuente: Elaboración propia.

Ya se ha comentado que las emociones disponen a las personas a la acción. En resumen, operan de la siguiente manera:

- El miedo lleva a evitar situaciones peligrosas hasta que se recomponga el equilibrio entre los recursos y la amenaza potencial o real.

- La pena, sentida como una pérdida, posibilita valorar lo que es importante, para reorganizarse en base a esos aspectos.
- La rabia posibilita contar con energía suficiente para tomar acciones para alcanzar aquello que se desea y está siendo obstaculizado:
- La alegría brinda un espacio de seguridad, abre posibilidades y motivaciones (N. Levy, 2006)

Se ha planteado que las emociones ocurren, que son libres de transitar por los seres humanos, más éstos no viven en un vacío social. La cultura en la cual una persona está inmersa afecta sus procesos emocionales. El medio en que la persona haya sido socializada tiene la facultad de condicionar su manera de reaccionar a la emoción. Es el proceso de socialización el que determina que la persona incorpore lenguaje, normas, costumbres y patrones de reacción emocional ante los eventos. En palabras de Casassus (2009), *“nos acostumbramos a reaccionar de una manera prescrita por la cultura”*, aun cuando olvidamos este hecho.

Pero no sólo el medio externo afecta la respuesta emocional, lo hace también el propio acostumbramiento, repitiendo patrones de reacción en el tiempo. Esta recurrencia provoca en el cerebro patrones electroquímicos que impulsan a formas específicas de actuar. Todo esto sucede mientras la mayoría de las personas no se da cuenta. Este acondicionamiento se vuelve automático con el tiempo, e inconsciente. Esta programación también puede denominarse *mecanismo*.

En resumen, *“la manera específica en la cual una persona está programada emocionalmente es una mezcla de, por una parte, las condiciones y orientaciones culturales, y por otra, la manera particular en que cada persona responde a las experiencias que le ha tocado vivir”* (Casassus, 2009).

## **2.4 Conciencia emocional: desmantelando programaciones.**

Cuando no se es consciente de esta programación, las personas usualmente creen que son *así*, de determinada manera.

A través de la conciencia emocional, las personas pueden reconocer el mecanismo de sus programaciones. Pueden darse cuenta de cómo ocurren y cómo les afecta, cómo están funcionando y cómo estas programaciones inconscientes comandan lo que hacen, limitando sus libertades.

Cuando ocurre ese darse cuenta, se puede avanzar hacia la desprogramación, haciendo consciente lo que se tiene en el subconsciente. El darse cuenta ya es un importante avance en la reprogramación del cerebro. En términos neurológicos, se puede decir que primero se debilitan y luego se desconectan los circuitos que se han instalado en él, gracias a que el cerebro posee la capacidad de formar y reformar redes neuronales, propiedad conocida como neuroplasticidad. (R. Davidson, 2012).

Para Casassus (2009), este proceso de desprogramación vuelve a las personas más auténticas. Tener conciencia de cómo se está respondiendo frente a determinado evento, si es de una forma acostumbrada y adquirida, que fue útil ante un evento determinado pero que ahora rigidiza, o por el contrario, se responde de una manera que sintonice con lo que verdaderamente se está sintiendo, lo que está pasando en el aquí y en el ahora. Esta última forma de conciencia brinda más posibilidades, y muy importante, devuelve a las personas vitalidad y energía.

## **2.5. La educación emocional.**

La educación emocional es un curso de aprendizaje y transformación en primera persona. Como se comentara anteriormente, requiere de un proceso personal de exploración de las emociones, y para esto es necesario identificar los mecanismos de

respuesta estereotipados. Luego de iluminar el propio espacio emocional se podría poner atención en reconocer las emociones de las otras personas, posibilitando la interacción con ellas, con conciencia y comprensión. Se diferencia significativamente del concepto de inteligencia emocional pues la educación emocional no es un camino enfocado sólo a la adquisición de destrezas. La inteligencia emocional persigue como fin la obtención de provecho personal, académico o laboral mediante el entrenamiento de destrezas emocionales, soslayando la comprensión del sentido y origen de las emociones (R. Manrique 2015).

En la educación emocional, por el contrario, se sabe dónde se está cuando se empieza el proceso, pero no se sabe a ciencia cierta dónde llevará el camino, y el camino debe ser transitado con el tiempo necesario y con los ojos abiertos, sin premura por salir de los recodos que parecen ingratos o molestos. Por otra parte, la inteligencia emocional atribuye connotaciones positivas o negativas a las emociones, ofreciendo métodos para acercarse a las primeras y alejarse de las segundas.

Como última distinción, la educación emocional considera al ser humano en relación con su medio y su cultura. No ignora las relaciones de poder ni el modelo económico imperante. En la mirada de la inteligencia emocional, lo cultural está prácticamente ausente de la perspectiva, desvinculada de un análisis político y crítico de las relaciones humanas. En palabras del psiquiatra Rafael Manrique Solana, en su publicación *La cuestión de la Inteligencia Emocional*, “el planteamiento final de la inteligencia emocional es que el sufrimiento y la opresión no existen, sino que representan un problema de bloqueo personal que se superará con el entrenamiento que se propone”.

Últimamente, sí se puede llegar a ser mejores personas a través de la educación emocional. Este aprendizaje no se adquiere solamente a través de las palabras, sino a través de la interrelación con los demás y la exploración de sí mismo. Ciertamente el ser humano es un ser integrado, en sus dominios corporales, mentales–lingüísticos y

emocionales, pero esta última dimensión resulta más desconocida porque las personas han sido educadas como si esta no fuera tan importante, o fuera contrapuesta a la razón. Sin embargo, la dimensión emocional va a expresarse de todas maneras, ya sea en forma genuina o mecanizada. Y las emociones se perciben, porque son canales de intercambio energético con otros. El entendimiento de las emociones como puentes de intercambio energético entre las personas es una de las ideas fundantes de la educación emocional.

Según Casassus (2009), las bases en las cuales se sustenta la educación emocional son el reconocimiento de:

- Que las personas son seres emocionales.
- Que los principales accesos de los que se dispone para explorar el mundo emocional son la conciencia y la mente.
- Aquello que son las emociones y los estados de ánimo, y que afectan profundamente todo lo que ocurre en la vida.
- La intersubjetividad, que muestra que se está íntimamente ligado a todo lo otro, que en Oriente se conoce como la *no-dualidad*.
- Que las competencias emocionales pueden desarrollarse.
- La naturaleza del lenguaje y la comunicación empática, bases de la comunicación No Violenta.
- La importancia de las emociones en el área de la educación.

Plenamente inmersos en el siglo XXI, el papel de las emociones en la vida humana cobra preponderancia como elemento clave en la convivencia con otros. En este entender, pareciera importante que todas las personas tengan la oportunidad de aprender y desarrollar la conciencia emocional y luego las competencias emocionales. Estas, entonces, deberían tener un lugar destacado en varios ámbitos, especialmente en la educación, por su rol socializante. Sin embargo, con algunas excepciones, esto no

ocurre, y la educación emocional aún se considera un elemento ajeno a las necesidades formativas.

Hay distintas explicaciones para la situación anterior. Una de ellas, de naturaleza profunda y categórica, indica que la educación nunca ha estado menos interesada en el desarrollo humano que hoy en día, en que el mundo se rige por relaciones de poder y capital, y que falta mucho para que la burocracia del sistema educativo esté dispuesto a favorecer la salud instintiva de las personas, auspiciando una educación espiritual, vivencial, transcultural y meta-doctrinaria (Naranjo, 2009).

Otra explicación para los obstáculos de integrar la educación emocional en la educación, de carácter más práctica, es el aún incipiente desarrollo conceptual y de enfoques metodológicos para hacerlo. Por último, moverse desde el modelo racionalista hacia uno más integral toma tiempo a las instituciones en ser comprendido, socializado e implementado. Por esto, si bien la perspectiva respecto a la importancia de las emociones ha cambiado, como individuos poco se ha aprendido acerca de las propias emociones y del ser emocional.

Los sistemas educativos nacionales, creados en el siglo XIX se fundan en el paradigma racionalista, y en ese entender, anti-emocionales. Lo emocional y corporal se consideraba en ese tiempo inclinaciones animales, en oposición a la facultad superior del pensar, en la cual la razón era el camino del progreso y la felicidad. Entonces, parecía lógico y necesario controlar todo lo que tuviera que ver con otras dimensiones indeseadas. Al mirar hacia atrás, hoy se puede observar que las instituciones encargadas de ordenar y conducir a las personas a un nivel superior, como las instituciones educativas, se inspiraron en cárceles y hospitales.

Esta escuela imperante, la escuela anti emocional, es esencialmente controladora, pues se aprendió que esa era la forma correcta a través de la cual los alumnos alcanzaban aprendizajes cognitivos. La normativa institucional trata de

controlar lo que los alumnos deben pensar, lo que deben hacer, su tiempo, su mente, su cuerpo y por cierto, sus emociones (Casassus, 2009). Así continúa ocurriendo en gran parte de la educación escolar y también de la universitaria.

Ahora bien, no se puede dejar de reconocer que las universidades, desde hace ya tres décadas, han abierto sus puertas a otro tipo de conocimientos y a otra forma de enseñanza. Es a partir del Informe a la Unesco, de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI, de Jaques Delors, que se hace presente la necesidad de incorporar como pilares fundamentales *“el aprender a conocer, el aprender a hacer, el aprender a ser y convivir”*. Esta nueva concepción del proceso de enseñanza–aprendizaje recibió el nombre de Educación Basada en Competencias, la cual será examinada en los siguientes párrafos con más detalle.

## **2.6. El marco educativo se amplía: la educación basada en competencias.**

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco, en 1998 declaró que *“la formación de profesionales competentes y comprometidos con el desarrollo social constituye hoy día una misión esencial de la educación superior contemporánea”*. Más adelante, el proyecto Alfa Tuning América (2004–2008), que buscaba sintonizar las estructuras educativas en América Latina a través de consensos generados por académicos responsables de la formación universitaria, en pos del desarrollo de la calidad, efectividad y transparencia, y en el cual Chile fue país participante, contribuiría a resaltar la formación por competencias y los resultados de aprendizaje.

Las universidades chilenas han incorporado esta recomendación, y sumado a la necesidad de satisfacer los requerimientos del mercado del trabajo con profesionales aptos, como a la masificación de la matrícula universitaria y a la amplia oferta de carreras en múltiples instituciones, han orientado sus modelos educativos hacia un enfoque o perfil de competencias, basados en los preceptos *del saber, del saber hacer*

y *del saber ser*, como una forma de propiciar un aprendizaje más activo centrado en el estudiante, fundamentalmente orientado a la práctica profesional (González, Herrera y Zurita, 2008).

Según el Proyecto Tuning, una competencia es *“una combinación dinámica de atributos en relación a conocimientos, habilidades actitudes y responsabilidades que describen resultados de aprendizaje de un programa educativo o lo que los estudiantes son capaces de demostrar al final del proceso educativo”* Según A. Pérez, (2009), licenciado en filosofía y ciencias de la educación, una competencia *“es la capacidad de afrontar demandas complejas en un contexto particular, un saber hacer complejo, resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades, conocimientos, actitudes, valores, utilizados eficazmente en situaciones reales”*.

La definición a la cual llegó la Vicerrectoría Académica y de Aseguramiento de la Calidad de la Universidad Mayor en el año 2014, es que una competencia se comprende como *“un desempeño observable, pertinente y eficaz en contextos diversos; en problemas reales o simulados, desempeños que requieren movilizar recursos personales, relacionales y del entorno e integran diversos aprendizajes y saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales, inherentes al ejercicio profesional”* (Universidad Mayor, 2014).

Ahora que se ha revisado el concepto de competencia, se pondrá atención en las competencias emocionales, más relacionadas al tema de esta investigación. Sobre esta materia no existe un concepto único o consensuado. Rafael Bisquerra, Director del Postgrado en Educación Emocional y Bienestar de la Universidad de Barcelona, en su texto sobre competencias emocionales (2007), elaboró el siguiente concepto: *Las competencias emocionales son el “conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Son un aspecto importante de la ciudadanía efectiva y responsable. Su dominiopotencia una mejor adaptación al contexto y*

*favorece un afrontamiento a las circunstancias de la vida con mayores probabilidades de éxito”.*

Según Casassus (2009), las competencias emocionales, en el contexto de la educación emocional, hacen referencia a la capacidad transformadora de la educación emocional, que resulta en la aparición y desarrollo de un conjunto de cualidades en la persona. Implica no sólo la incorporación de estas cualidades o destrezas, sino que incluye un proceso de transformación, en la cual una persona incorpora la conciencia, es decir, el conocimiento del propio mundo emocional) y la comprensión emocional, que es conocer, comprender, vincularse y actuar positivamente con los otros.

Habiendo llegado a este punto, se presenta a continuación algunos antecedentes de estudios que relacionan emociones, ya sea entendidas como competencias o como tipo de inteligencia, con estudiantes universitarios.

## **2.7. Antecedentes de investigaciones y artículos sobre emociones y estudiantes universitarios.**

Como se planteó en la Introducción de esta investigación, se revisó estudios que vincularan emociones y estudiantes universitarios. Presentamos a continuación antecedentes sobre estos estudios y artículos publicados.

- a) Estudio del coeficiente emocional de estudiantes de medicina (Prieto, D.; Inciarte, J.; Rincón, C.; Bonilla, E., 2008)

Se trató de un estudio cuantitativo para determinar el coeficiente emocional de los estudiantes de tercer año de Medicina de La Universidad del Zulia, Venezuela. Se utilizó la prueba del Coeficiente Emocional de Boeck y Martin (versión abreviada del test de inteligencia emocional de Goleman), para cuantificar el coeficiente emocional de noventa y tres estudiantes de una población total de ciento veinte personas. La muestra

estudiada calificó como *competentes emocionales*, con inteligencia emocional promedio. En opinión de sus autores, la muestra fue estudiada con alumnos que apenas comienzan sus prácticas en las instituciones hospitalarias, que no han tenido mucho roce con pacientes y no han podido desarrollar o probar, con situaciones vividas por ellos mismos, su inteligencia emocional.

En la mirada de sus autores, sería interesante realizar un estudio longitudinal con estudiantes, desde el comienzo de su carrera hasta su culminación, cuando estén en capacidad de diagnosticar y tratar pacientes, para medir cuánto han desarrollado su coeficiente intelectual y cómo lo ponen en práctica en la resolución de problemas básicos de la profesión.

b) Estudio psicosocial de la inteligencia emocional en universitarios (Reboredo, F.; Ruiz, S.; Mazadiego, T.; 2012).

La finalidad de esta investigación fue tener una visión más amplia del conocimiento acerca de lo que involucra la inteligencia emocional. Se realizó en la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana de Poza Rica. Los participantes fueron cien estudiantes, sesenta y seis del sexo femenino y treinta y cuatro del masculino, en un muestreo aleatorio de las Facultades de Enfermería, Odontología, Medicina y Psicología. Para la recolección de datos se aplicó un instrumento que mide la inteligencia emocional: el TMM-S 24 (Salovey et al., 1995), que contiene una escala que se divide en tres dimensiones de evaluación: la atención emocional, la claridad de emociones y la reparación emocional. Los resultados señalan que tanto hombres como mujeres presentan una condición similar en cuanto a la destreza del manejo emocional; sin embargo, hubo diferencias significativas entre las diversas Facultades que participaron en la muestra.

c) Competencia emocional y rendimiento académico en el alumnado universitario (Suberviola–Ovejas, I., 2012).

El propósito de este estudio, también cuantitativo, fue evidenciar los beneficios de la inclusión de la Educación Emocional sobre el rendimiento académico del alumnado universitario. Para ello, se realizó un análisis en el que se correlaciona la variable *puntuaciones obtenidas en el TMMS-24, que mide inteligencia emocional*, con la variable *calificaciones académicas* en una muestra de estudiantes de primergrado de la Universidad de La Rioja. Los resultados obtenidos en este estudio vinculan las puntuaciones de la escala de auto informe TMMS-24 con las calificaciones en el alumnado universitario de modo que, a mayor puntuación en la escala, mejores calificaciones tanto en la parte teórica como práctica. Se concluye que la eficacia en competencias emocionales podrán contribuir a la adaptación social y académica actuando como facilitador del pensamiento, puesto que el trabajo cognitivo implica la capacidad de emplear y regular las emociones con objeto de favorecer la concentración, la impulsividad y el manejo del estrés y, por tanto, producir un incremento en la motivación intrínseca del estudiante.

d) Actividades propuestas para el desarrollo de habilidades personales y sociales (Mira, J.; Parra, M.; Beltrán, M.; 2016).

Este artículo español, publicado en la revista académica *Vivat Academia*, plantea en su resumen que la educación emocional es en sí misma una innovación educativa que surge de la necesidad de satisfacer las necesidades sociales, que no son atendidas por la educación con las materias académicas ordinarias. Se propone un conjunto de actividades que contribuyen al desarrollo y refuerzo de la inteligencia emocional para mejorar la formación integral del alumno y su posterior inserción laboral.

e) Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería (López, C., 2015).

Este artículo, de origen español también, publicado en el sitio *Elsevier Educación Médica*, señala en su resumen que los estudiantes de enfermería necesitan ser capaces de establecer relaciones interpersonales adecuadas porque son importantes para su aprendizaje y forman parte de las competencias necesarias para ejercer la enfermería con éxito. La inteligencia emocional, entendida como un rasgo de personalidad o como una capacidad cognitiva se presume componente crucial del ejercicio de la enfermería, pues podría facilitar el desempeño en aquellas facetas de la actividad profesional donde haya situaciones cargadas de información emocional. Este trabajo ofrece evidencias producto de revisiones bibliográficas y sugiere estrategias para el desarrollo de la inteligencia emocional en la Enfermería.

f) Comunicación efectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud (Chirino, A.; Hernández, E., 2015).

Este artículo, publicado en la *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, en su resumen establece que el insuficiente desarrollo de habilidades para la expresión y regulación de las emociones que manifiesta una parte significativa de los estudiantes de las carreras de ciencias médicas, y la importancia que esto tiene para un aprendizaje de calidad en favor de un exitoso desempeño personal y profesional, exigen la revisión del proyecto educativo y su currículo, para corregir, compensar y superar estas deficiencias. El artículo propone una reflexión acerca de la necesidad de crear condiciones en el proceso de enseñanza – aprendizaje con estudiantes de las carreras de ciencias médicas para contribuir al desarrollo de la educación emocional.

Los estudios y artículos aquí resumidos, como se comentó en la Introducción de esta investigación, son valiosos para explorar lo que otros investigadores han aprendido, si bien se ubican conceptualmente desde la vereda de la inteligencia emocional, que como se explicó más atrás en este capítulo, es distinto al concepto de

educación emocional desarrollado en esta tesis. Se ha observado que las investigaciones realizadas sobre el tema son de diseño cuantitativo, lo que fortalece aún más la decisión de aportar discretamente con esta tesis al estado del arte, desde el paradigma cualitativo–interpretativo.

En síntesis, en este nuevo enfoque basado en competencias, no está incorporada la educación del ser emocional. Sin embargo, ya se ha hecho sentir su necesidad en la formación de estudiantes de carreras de ciencias de la salud, aun cuando este requerimiento sea más bien entendido en el marco de la formación de capital humano. Desde la academia se ha visibilizado la necesidad de integrar la educación emocional al currículo de los estudiantes en ciencias de la salud para mejorar sus competencias como profesionales, ya que el mundo del trabajo del sector hoy lo requiere.

El sistema de salud debe dar respuesta hoy a necesidades complejas de los usuarios, que no son satisfechas desde la mirada biológica de la medicina. La forma en como hoy se relaciona el equipo de salud y el paciente ha cambiado. Se ha entendido que el enfoque debe ser más integral, que el individuo está inmerso en una familia, en una comunidad, en distintos sistemas y subsistemas, por lo que las competencias de las personas que trabajan en salud también se han diversificado, con fuerte énfasis en los aspectos relacionales de la atención. Para comprender mejor cuál es el modelo de atención de salud vigente hoy en el país, se profundizará en el siguiente apartado.

## **2.8. El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.**

Para llegar a comprender el concepto, principios y fundamentos del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, se ha comenzado por aportar algunas definiciones sobre lo que es un modelo de atención:

- Un modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2005).
- Un modelo de atención es el constructo teórico que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación (Ibidem).

Es a partir de la Reforma del Sector Salud en Chile, en la década de los noventa, que se comienza a documentar la necesidad de modificar el modelo de atención vigente, el modelo biomédico, hacia uno que respondiera a la transformación demográfica, epidemiológica y política de la población. El modelo biomédico hasta entonces en uso, estaba basado principalmente en la integración de hallazgos clínicos con datos de laboratorio y de la anatomía patológica. Este modelo formuló una estructura para examinar, clasificar y tratar las enfermedades, definiendo la salud como ausencia de enfermedad. De esta manera las personas podían clasificarse como sanas o enfermas, siendo la enfermedad aquello que el médico pudiera reconocer, demostrar y clasificar a través de los procedimientos basados en este método.

Las principales características del modelo biomédico son:

- Se basa en una concepción patologista: es la enfermedad la que suele estar en el centro de la escena y es la razón del encuentro entre el profesional y el paciente.
- Es reduccionista: fenómenos extremadamente complejos (como padecer una diabetes) se reducen a sus componentes más elementales en otro nivel (por ejemplo, las alteraciones bioquímicas de la diabetes).
- Es curativo: la competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.

- Es objetivo: esto supone que el profesional deja fuera de la interacción con los pacientes su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso, al igual que el de su paciente. Así mismo los pacientes también tienen incorporado este modelo objetivo por lo tanto demandan del médico respuestas precisas y certeras.
- Dualidad mente - cuerpo: existe la idea de la división mente - cuerpo, esto determina que la tarea curativa se divida: los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los psiquiatras o psicólogos se ocupan de lo psicológico.
- Diagnóstico biológico: el diagnóstico se hace sobre la base de procedimientos de tipo biológico. Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico.
- Territorios: se establecen barreras disciplinarias (especialidades médicas). y el paciente queda fragmentado en las partes que pertenecen a cada especialidad.
- Tratamiento: el tratamiento se considera generalmente externo al paciente. Se espera que los pacientes sean seres pasivos y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.

El modelo biomédico permitió grandes avances en el conocimiento y desarrollo tecnológico, pero dejó de ser científico cuando su aplicación estricta, o sus fundamentos metodológicos, dejaron fuera las variables humanas, sociales y culturales del enfermar o éstas se trataron de reducir a variables estrictamente biológicas (Oyarzún E, 2008).

A partir de este modelo, y en el contexto del proceso de reforma del sector ya mencionado, se exploró un cambio de paradigma que ofreciera una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentarlos nuevos desafíos en salud. Los principales fundamentos para la transformación del modelo de atención de salud fueron:

- Cambios en las expectativas de la población: La población, cada vez más informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Las personas empezaron a exigir ser tratadas con dignidad, que se les informara respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgara la oportunidad de decidir respecto a su salud. También que se les atendiera en forma oportuna y con una calidad de servicio percibida como adecuada y, sobre todo, que se le brindara una respuesta apropiada a sus necesidades en materia de salud.
- Cambios en el perfil epidemiológico y cambios demográficos: El país ha avanzado hacia un país envejecido, ubicándonos en el límite del reemplazo generacional; con un perfil de morbilidad complejo, con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y al mismo tiempo enfermedades infecto–contagiosas, algunas de las cuales se pensaba superadas o erradicadas.
- Obsolescencia del modelo de atención de salud: El modelo biomédico alcanzó un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población, lo que se ha expresado en insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud, insuficientes coberturas de programas de salud, trato inadecuado, fallas en la oportunidad de la atención y demanda por mayor respeto a sus derechos. Conjuntamente era necesario realizar cambios de gestión, que aseguraran que los esfuerzos de inversión se tradujeran en más y mejores acciones sanitarias para la población.

Comienza entonces un trabajo de recopilación de buenas prácticas locales de trabajo con usuarios, que van tomando forma, sistematizándose y compartiéndose a lo largo de los años con los servicios de salud y departamentos técnicos de las municipalidades en forma de guías y recomendaciones para la transformación de los establecimientos de salud.

Como base para el desarrollo ulterior se establece que el modelo de atención integral de salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centra su atención en las personas y sus

familias; que prioriza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se preocupa de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2013).

**Figura N°3. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.**



Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2013.

A modo de definición, el consenso de académicos, directivos y profesionales del sector establece que el modelo de atención integral en salud, con enfoque familiar y comunitario es *“un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer -incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”* (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, 2005).

Es interesante destacar, para la mirada de esta investigación, que el modelo de atención biopsicosocial establece en primer lugar, que se trata de un nuevo modelo de relación entre el equipo de salud y los usuarios, de carácter más transversal y subjetivo; centrado en las personas, incluyendo en ello a los usuarios externos, los pacientes, como a los usuarios internos, los integrantes del equipo de salud. Esto implica que los integrantes del equipo de salud requieren desarrollar competencias que permitan una atención profesional de excelencia tanto en los conocimientos y técnicas, como en lo emocional y en lo ético. La Organización Panamericana de la Salud, OPS, en su propuesta de renovación de la atención primaria (2007), plantea una matriz de competencias para los equipos fundamentada en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales de esta propuesta son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad

Establece como necesario transitar a nuevas formas de relación entre prestadores y usuarios, donde es responsabilidad del personal de salud otorgar un trato amable, personalizado y responsable, que:

- Respete la dignidad de las personas en cada interacción, con tolerancia y sin discriminación de ningún tipo, respetando su privacidad y costumbres particulares.
- Entregue información y conocimiento en salud en forma oportuna, cercana, comprensible y adecuada a cada una de las personas que lo solicitan.
- Asegure acceso a la atención, especialmente a los grupos más vulnerables.
- Respete el derecho de los pacientes a recibir la compañía de sus parientes y amigos y la asistencia religiosa o espiritual que este determine.
- Entregue una atención con pertinencia cultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud.
- Solicite y respete la decisión del paciente o su representante legal, sobre su aceptación o rechazo a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Resguarde la confidencialidad de la información relacionada al paciente.
- Facilite su derecho a formular solicitudes, consultas, reclamos, felicitaciones y sugerencias.

Como se ha visto hasta aquí, la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario a lo largo de toda la red de prestadores, pone énfasis en la interacción de los integrantes de los equipos de salud con los usuarios, lo que demanda la incorporación de nuevos aprendizajes a la formación basada en competencias de los estudiantes de ciencias de la salud.

A continuación y relacionado con lo anterior, se proporciona información sobre la Universidad Mayor y su Escuela de Obstetricia y Puericultura de Santiago, para observar cómo su estrategia educativa se ha organizado para dar cuenta de los desafíos ya señalados, como también para ir acercando el foco a quienes constituirán los sujetos de estudio de esta investigación.

## **2.9. La Universidad Mayor: Misión, visión y modelo educativo.**

La Universidad Mayor, institución privada, fue fundada en 1988, en Santiago. Ha sido acreditada por la Comisión Nacional de Pregrado, CNAP, el año 2005 y renovados en el 2010 por cinco años más en gestión institucional y docencia de pre-grado. Es la primera universidad chilena en acreditar calidad el año 2010 bajo los estándares internacionales de la *Middle States Commission on Higher Education*, MSCHE, institución acreditadora de universidades en Estados Unidos, de carácter voluntario y no gubernamental.

Uno de los pilares de sus directrices estratégicas, que se ha seleccionado aquí por su pertinencia con el tema tratado, es la *Educación Equilibrada*, que en palabras de su rector se traduce en “*personas profesionalmente aptas, que cultiven sus propias y particulares potencialidades y desarrollen sus singularizadas cualidades y aptitudes; personas que no pierdan la capacidad de asombro y de crítica justa y constructiva; que no dejen adormecer la virtud de maravillarse frente al prodigioso equilibrio de la naturaleza; que multipliquen la atracción por investigar, imaginar y crear; y que se sientan invitados a contribuir al establecimiento de mejores y cada día más propicias formas de interacción social*” (Covarrubias, 2015).

A continuación se revisa la misión, la visión y el modelo educativo de esta universidad, que acoge la educación equilibrada como uno de sus pilares estratégicos.

## **Misión Institucional**

*“La Universidad Mayor tiene como misión la formación de personas a través de una experiencia educativa que estimule en ellas un comportamiento ético, una actitud de emprendimiento, innovación, liderazgo y respeto por la diversidad cultural y social. Para ello, imparte programas de pregrado y postgrado de excelencia y realiza actividades de generación, articulación y difusión del conocimiento que contribuyan a la comunidad nacional en los ámbitos cultural, educativo, social y económico, considerando el contexto de un mundo global y las normas del rigor científico”(Ibidem).*

## **Visión Institucional**

*La visión de la Universidad Mayor es “ser distinguida como una universidad privada, referente en Chile y reconocida a nivel latinoamericano; destacada por la excelencia de sus programas académicos, su enfoque innovador, su nivel de internacionalización, la pertinencia de las contribuciones que realiza a la sociedad y la responsabilidad social y ambiental de su accionar” (Ibidem).*

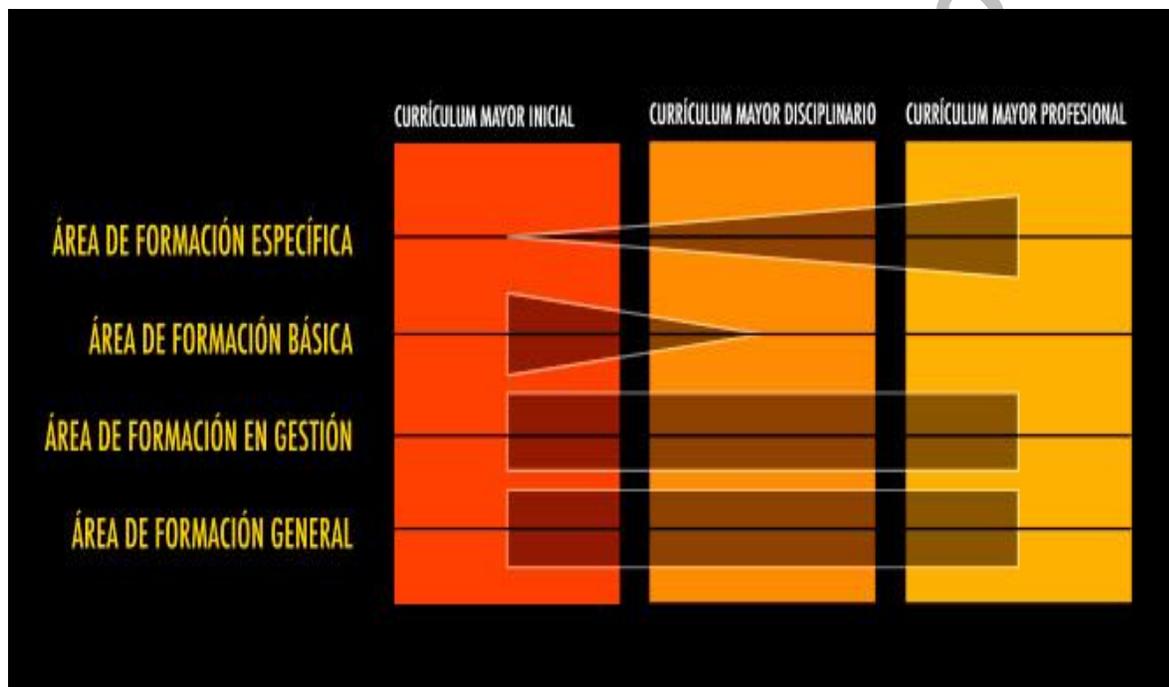
## **Modelo Educativo: El Curriculum Mayor (CMY)**

El modelo educativo de la Universidad Mayor, conocido como Curriculum Mayor (CMY), se formalizó en el año 2005 y es el marco de todas las carreras de pregrado. Está organizado en tres bloques curriculares: Inicial, Disciplinario y Profesional, que conducen, respectivamente, a las certificaciones de Bachillerato, Licenciatura y Título Profesional, existiendo la opción de continuar hacia un Bloque Especializado que otorga una certificación de postgrado.

Estos bloques curriculares se cruzan con cuatro áreas formativas: la Formación Específica y la Formación Básica, orientadas a las competencias profesionales; la Formación General y la Formación en Gestión, que buscan ampliar el horizonte

cultural y el desarrollo personal, al tiempo que enfatizan el sello educativo institucional, que como ha sido declarado en su página web, *ajusta la formación profesional a los requerimientos de una educación actualizada y equilibrada, al tiempo que enriquece la experiencia universitaria*. El siguiente esquema facilita la comprensión de la estructura de este modelo educativo:

**Figura N°4: Currículum Mayor**



Fuente: Página Web Universidad Mayor, 2017.

Las directrices estratégicas de esta universidad, su visión, misión y modelo educativo, presentan un marco favorable a la incorporación de enfoques y metodologías innovadoras que promuevan la formación de *personas que vivan su vida plenamente, que cultiven la amistad, que sepan disfrutar, que también dediquen parte importante a la búsqueda de su formación armónica y amplia en el aspecto intelectual*.

La contribución que esta investigación pretenderealizar, parece plenamente pertinente con la filosofía educativa de esta Universidad.

## **2.10. La Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor.**

En la página web de la carrera de Obstetricia y Puericultura, se señala *“cuando entras a Obstetricia y Puericultura en la Universidad Mayor accedes a una calidad formativa de excelencia, acreditada por Agencia Acreditadora de Chile, y con un Centro de Simulación Clínica propio de la Facultad de Ciencias. Además, adquieres experiencia basada en la práctica estudiando en laboratorios y campos clínicos especializados, junto a un cuerpo docente de destacada trayectoria y experiencia, quienes se encuentran en permanente capacitación y especialización en áreas como neonatología, obstetricia, ginecología y salud pública. Nuestro plan de estudios, enfocado en desarrollar competencias de gestión, te asegura una diferencia sostenible con tus pares”*.

Como se observa, al presentar la carrera a los estudiantes (y potenciales matriculados que navegan en las páginas de internet de distintas universidades), se hace hincapié en la calidad de la carrera, documentada a través de su certificado de acreditación por cinco años, obtenida en el año 2016; en los diversos campos clínicos públicos y privados con los cuales la universidad tiene convenio; en su centro de simulación clínica y en la calidad del cuerpo docente. Esta información es complementada con el Perfil de Egreso de la carrera, que describe lo que el egresado podrá realizar al culminar su programa educativo:

## **Perfil de Egreso de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor:**

*“El titulado de la Carrera de Obstetricia y Puericultura se desempeñará en diferentes escenarios, urbanos y rurales, en instituciones públicas y privadas donde se atiende la salud sexual y reproductiva de la mujer y familia, especialmente en las áreas de obstetricia, ginecología, neonatología y gestión en dichas áreas. El o la Titulada será un profesional que evidenciará los siguientes atributos:*

- *Conocimientos y habilidades clínicas en el ámbito del ejercicio profesional de la Matronería, en las áreas de obstetricia, ginecología, neonatología y gestión.*
- *Participará en la promoción y prevención en salud, colaborando en proyectos de gestión, educativos o de atención conducentes a mejorar la salud sexual y reproductiva de la mujer, su entorno familiar y comunitario.*
- *Proporcionará cuidados de Matronería en diferentes escenarios, tomando decisiones oportunas y efectivas, respetando los estándares nacionales e internacionales y, por cierto, la normativa vigente en los diferentes niveles de atención, sea del sistema público o privado.*
- *Se desempeñará con estricto apego a los principios éticos de la profesión, lo que se reflejará en el respeto a los derechos de los usuarios, a la diversidad social, de género y cultural”.*

Para garantizar este perfil en los estudiantes que egresan de la carrera, las asignaturas que conforman la malla curricular se organizan conforme el modelo educativo que le da el sello a esta universidad, el Curriculum Mayor, que ya describimos en un párrafo anterior. El esquema que presentamos a continuación permite tanto visualizar esta estructura como ubicar en ella el quinto año de la carrera, la última etapa de la formación de pregrado.

**Figura N°5. Malla curricular de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor.**

	■ CMY. INICIAL				■ CMY. DISCIPLINARIO				■ CMY. PROFESIONAL		■ CMY. ESPECIALIZADO
	3º AÑO		2º AÑO		3º AÑO		4º AÑO		5º AÑO		6º AÑO
	Semestre I	Semestre II	Semestre III	Semestre IV	Semestre V	Semestre VI	Semestre VII	Semestre VIII	Semestre IX	Semestre X	
<b>ÁREA FORMACIÓN ESPECÍFICA</b>	1 Introducción a los Estudios de Matronería		15 Servivlogía General (11)		27 Ginecología y Puericultura Familiar (18,20)		34 Médicos Legales y Ética		40 Internado Clínico Obstétrica Hospitalizado (34,35,36,37,38)		
			35 Obstetricia Fisiológica (33,37)		32 Obstetricia Patológica (35,37)		35 Matronería Integrada I (30,32,33,35,36)		42 Internado de Neonatología Hospitalizado (34,35,36,37,38)		
			37 Neonatología Fisiológica (33,35)		38 Neonatología Patológica (37,38)		36 Investigación en Matronería (30)		43 Internado Clínico de Salud Familiar y Comunitaria (34,35,36,37,38)		
			32 Salud Sexual		28 Matronería Integrada II (30,32,33,35,36,38)				44 Internado Rural de Salud Familiar y Comunitaria (34,35,36,37,38)		
			33 Introducción a la Epidemiología (34,35)		29 Ginecología (21)				45 Proyecto de Perfilado (14,24,34,44)		
			34 Prácticas Clínicas y Casos en Matronería (33,35)		39 Salud Familiar y Consultoría (25)				Evaluación y Certificación de Competencias (Categorías) de Ingreso de Ingreso		
<b>ÁREA FORMACIÓN BÁSICA</b>	2 Primeros Auxilios		8 Embriología (7)		12 Fisiopatología (12)						
	3 Química		9 Nutrición (3)		15 Microbiología (apaga) (4)						
	4 Biología Celular y Genética		10 Fisiología General (4)								
	5 Psicología General y Evolutiva		11 Psicología Social (5)								
	6 Anatomía I		13 Anatomía II (6)								
<b>ÁREA FORMACIÓN EN GESTIÓN</b>			26 Salud Pública I (12)		28 Salud Pública II (20)		37 Gestión y Estrategia en Salud (15)				
<b>ÁREA FORMACIÓN GENERAL</b>	7 Competencias Académicas Universitarias		14 Talleres y Lecturas Académicas		21 Competencias Tecnológicas		38 Talleres de Cultura y Sociedad o Inglés		39 Taller de Comprendimiento		
			22 Competencias Tecnológicas		39 Comunicación Eficaz		40 Talleres de Cultura y Sociedad o Inglés				

**EL NÚMERO UBICADO EN LA PARTE SUPERIOR SEÑALA EL NÚMERO DE ORDEN DE LAS ASIGNATURAS Y LOS NÚMEROS INCLUIDOS ENTRE PARÉNTESIS INDICAN LAS ASIGNATURAS QUE SON PRERREQUISITOS.**

**NOTA: LA MALLA CURRICULAR PODRÍA SER MODIFICADA EN FUNCIÓN DEL MEJORAMIENTO CONTINUO Y REGULATORIO DE LA CARRERA.**

**LICENCIADO(A) EN OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**TÍTULO PROFESIONAL: MATRÓN - MATRONA**

**-MAGÍSTER O DIPLOMADOS**

**OPCIONAL SEGÚN REQUISITOS DE INGRESO A PROGRAMA**

Fuente: Página Web Universidad Mayor, 2017.

### 2.10.1. Caracterización de los estudiantes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor.

Ya más informados sobre la estructura de la carrera de Obstetricia y Puericultura de esta universidad, se precisarán los párrafos siguientes algunas características de los

estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura, partiendo por enunciar algunos rasgos propios de su generación y los hitos más relevantes del tránsito de la escuela a la universidad.

Desde los años noventa, la educación superior ha experimentado la masificación, la privatización y feminización de su matrícula estudiantil (OCDE, 2009; Donoso y Cancino, 2007; Sebastián, 2007), observándose una creciente incorporación de estudiantes que constituyen la primera generación de profesionales en sus familias. Se describe a esta generación de estudiantes, nacidos a partir de la década de los noventa, como pertenecientes a la *generación Y*, es decir, una cohorte demográfica con particularidades socioculturales distinguibles, entre las cuales se menciona:

- Una experiencia de infancia, adolescencia y juventud muy cuidada tanto por sus padres como por las instituciones socializadoras.
- Orientados al logro, que a nivel educativo podría reflejarse tanto en una baja tolerancia a la frustración como a la necesidad de ser evaluados, calificados y retroalimentados, y en el desarrollo de habilidades estratégicas a través de las cuales evitan exponerse al fracaso.
- Preferencia por el aprender haciendo, en cercanía con la realidad profesional de su elección. Su forma de relacionarse con el conocimiento y el aprendizaje está mediada por la inmediatez de la internet y a estímulos simultáneos, con prioridad de lo visual y sensorial por sobre lo letrado.
- Altamente sociables, otorgando fuerte importancia a las redes sociales que establecen. No les genera contradicción pertenecer a grupos distintos, con distintas particularidades y estilos, prefiriendo la diversidad al encasillamiento en una tendencia, moda o estética.
- Manifiestan alta inquietud por lo social, por entregar un servicio a la comunidad y por un interés en considerarse a sí mismos altruistas y solidarios, adscribiendo a causas más bien pragmáticas (Young y Gallardo, 2011; Franichevich y Marchiori, 2008).

Respecto al ingreso a la vida universitaria, éste representa el cambio más relevante en la trayectoria académica de un estudiante. El ingreso a la universidad opera como un “*permiso social*” (Swenson, Nordstrom y Hiester, 2008), que les permite continuar con su proceso de construcción de identidad y de elaboración de un proyecto de vida. La integración plena del estudiante, en lo social y lo académico, a este nuevo ambiente de desarrollo, sería un indicador de éxito en el proceso de transición desde la vida escolar a la universitaria, y esto se traduciría en mejores tasas de retención y permanencia (Hu y Kuh, 2002).

A nivel social, la integración conllevaría la generación de vínculos entre el nuevo estudiante y sus pares y los otros miembros de la institución, manifestada en la percepción de sentirse “*parte de*”, de encontrar espacio para poder ser quien es y al mismo tiempo transformarse en el lugar elegido para estudiar. En lo académico, la integración implicaría la percepción de que se es capaz de aprender en la carrera elegida, que se tienen competencias y habilidades para rendir y que frente a las dificultades habrá apoyos a la mano (Coromina, 2001). Problemas tales como la repitencia y la deserción debieran ser entendidas como una responsabilidad compartida entre los estudiantes y la institución. En palabras de Gallardo y Morales (2011), no se debe “privatizar” el fracaso académico como si éste fuera de exclusiva responsabilidad del estudiante.

Más adelante en la formación del estudiante, que en el curriculum de la Universidad Mayor se ubicaría en el área disciplinar, correspondiente al tercer y cuarto año, este sería el momento en que se consolida la vocación y la permanencia del estudiante en su carrera, siendo su principal preocupación la proyección de sí mismo en un rol que ya aprecia en forma concreta y tangible, disminuyendo su interés por dejar la carrera y cambiar de rumbo, principalmente por el esfuerzo económico que sus estudios han significado para la familia y por el tiempo que ellos mismos le han dedicado (Dirección de Asuntos Estudiantiles, DAE, Universidad Mayor, 2011).

Se presenta a continuación las características específicas de los estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, basado en una investigación realizada por el área de estudios de la DAE (2011).

- La vocación y la valoración de un servicio social es la principal motivación de los estudiantes para elegir esta carrera, pese a que para algunos no habría sido su primera elección. Esta surge como posibilidad luego de verificar que los puntajes obtenidos en las pruebas de selección universitaria no les alcanzan para optar a cursos más tradicionales de formación ligadas a la salud. Otra de las motivaciones para ingresar a Obstetricia y Puericultura son las expectativas de rentabilidad futura y estabilidad laboral, seguidas por el prestigio asociado a la carrera.
- Respecto de sus motivos para elegirla universidad Mayor, los estudiantes refieren en primer lugar el no haberles alcanzado el puntaje para ingresar a la universidad que preferían, siendo sus referentes las universidades tradicionales; mientras, otro número de estudiantes reconoció no tener una razón particular para su elección. También se mencionó el prestigio atribuido a esta institución y el ejemplo y experiencia satisfactoria de personas conocidas que estudiaban en ella.
- La mayoría de los estudiantes proviene de colegios particulares subvencionados, seguidos por egresados de escuelas particulares pagadas y en último lugar estudiantes procedentes de escuelas municipales. Al interior de la facultad de ciencias, la carrera de Obstetricia y Puericultura es la que cuenta con mayor número de estudiantes provenientes de escuelas municipales.
- Los estudiantes manifiestan un elevado nivel de satisfacción con sus docentes, ubicándose este en uno de los más altos a nivel de la facultad de ciencias. Los estudiantes mencionan que las buenas relaciones profesor-alumno caracterizaran a la carrera, otorgando a ésta un particular sello que valoran y les entusiasma con su aprendizaje. Por otra parte, consideran que las buenas relaciones humanas serían además parte de su futuro rol a desarrollar en el

ámbito laboral. El trato de los docentes no sería más que una extensión y modelo de aquello que se debe alcanzar como sello profesional de la matronería.

- Los estudiantes manifiestan sentirse muy satisfechos con las relaciones entre compañeros de carrera.
- También reconocen beneficios vinculados a sus prácticas clínica. Entre ellos, la posibilidad de contrastar su formación al interior de la Escuela con la realidad de la actividad laboral. Esto les ha permitido comparar su formación con la de generaciones anteriores de matronas y matrones, y valorar lo que actualmente les ofrece la universidad Mayor.

En unas páginas más atrás, la figura N°5 *Malla curricular de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor*, ilustró el semestre IX y X del plan de estudios, que conforman el quinto y último año de la carrera, conocido también como *Internado*. La próxima figura es un acercamiento a este año en específico. El interés en brindar información más detallada sobre este nivel obedece a que la muestra de este estudio está constituida por los estudiantes que cursaron su internado durante el año 2017.

**Figura N°6. Detalle del quinto año de la malla curricular de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor:**



Fuente: Página web Universidad Mayor, 2017.

Como puede observarse, el quinto año de la carrera está constituido por tres Internados distintos: El Internado de gineco–obstetricia intrahospitalaria; el Internado de neonatología intrahospitalaria, y el Internado de salud familiar y comunitaria, que tiene dos componentes, internado urbano e internado rural. Durante todo el quinto año, los estudiantes no desarrollan actividades lectivas, dedicándose exclusivamente a su práctica profesional. A continuación, se describe algunos aspectos de cada uno de estos internados.

## **2.11. Caracterización de los Internados que conforman el quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor.**

### **2.11.1. Internado de Obstetricia intrahospitalaria**

Se presenta a continuación la descripción de esta práctica profesional, tal y como está descrita en la planificación de la asignatura, disponible para los estudiantes:

- *El internado Intrahospitalario en Gineco-Obstetricia se realiza en el quinto año de la carrera, con el cual culmina la formación de la alumna incorporándose al equipo de trabajo para desarrollar las actividades con un grado mayor de autonomía y perfeccionar su formación teórico-práctica, integrando y aplicando los conocimientos adquiridos.*
- *Las actividades se realizarán en el servicio de Ginecología y Obstetricia en nivel terciario y secundario de atención en cuarto turno con una duración de 6 semanas, donde rotarán por las unidades de Pre Parto, Parto y Pabellón.*
- *La supervisión docente por parte de la Universidad Mayor estará orientada a coordinar el desarrollo de la práctica según los objetivos planteados (Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor, 2017).*

Como se ha señalado, los estudiantes realizan una práctica profesional que tiene una duración de seis semanas, integrándose a un equipo de trabajo conformado por matrones, técnicos y médicos especialistas en gineco-obstetricia, que prestan atención a mujeres que cursan su trabajo de parto o su parto en un servicio de maternidad en dos hospitales públicos de Santiago, cuya capacidad máxima es de ocho camas cada uno. Su horario se distribuye en un turno de día que tiene una duración de doce horas, seguido por un turno de noche que también tiene una duración de doce horas, para luego disponer de dos días libres, esquema horario que es conocido en el ambiente hospitalario como régimen de cuarto turno. Durante este tiempo, se desempeñan bajo la supervisión técnica continua de una matrona/matrón, cuyo rol para con el internos es facilitar el aprendizaje, orientando y corrigiendo su conducta profesional.

Los hospitales en convenio ofertan un número determinado de cupos anuales a la Universidad Mayor. Estos cupos son distribuidos entre los internos de la carrera por la Coordinación de Internado de la Escuela, quien organiza a los estudiantes en grupos que irán rotando por el campo clínico por seis semanas durante el año académico. Los estudiantes pueden ser asignados en forma individual al servicio de maternidad o en parejas, lo que significa que se incorporan a un cuarto turno con un compañero de práctica.

Existe un equipo de docentes de la Escuela, conformado por tres matronas especialistas en esta área profesional, que visitan a los estudiantes en tres oportunidades durante estas seis semanas, con el objetivo de conocer sus avances, observar sus principales fortalezas y debilidades en la atención de usuarias, y retroalimentarles.

Al final de la sexta semana, tanto los matrones clínicos supervisores como los matrones docentes evalúan a los estudiantes a través de una pauta, conocida por el interno, elaborada por académicos de la Escuela de Obstetricia. Para aprobar este internado, deben obtener una nota superior a 4.0 en cada una de estas dos evaluaciones.

En adelante, para referirse a este internado, se le denominará *Internado de Partos*, que es como lo nombran estudiantes y docentes.

### **2.11.2. Internado de Neonatología intrahospitalaria.**

La descripción de la asignatura es la que sigue:

- *El Internado de Neonatología, es una asignatura práctica que se realiza en el quinto año de la carrera, con el cual culmina la formación del estudiante en esta área, incorporándose al equipo al equipo de trabajo para desarrollar las*

*actividades con un grado mayor de autonomía y perfeccionar su formación en la atención del recién normal y patológico.*

- *Las actividades se realizarán en el servicio de Neonatología de la Clínica (...) y en el Hospital (...), en sistema de cuarto turno, con una duración de seis semanas.*
- *En el Internado de Neonatología el estudiante tendrá que incorporarse al equipo de salud en las áreas de Atención Inmediata, Puericultura, Cuidado Mínimo, Intermedio e Intensivo, participará actividades de Simulación Clínica de Alta Complejidad, permitiendo desarrollar habilidades comunicacionales a análisis crítico que contribuyen al perfil de egreso.*
- *La supervisión del desarrollo y coordinación de este internado lo realizarán docentes académicos de la Universidad Mayor y la supervisión de la experiencia clínica estará a cargo de los profesionales del servicio de Neonatología de los campos clínicos antes señalados. (Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor, 2017).*

Tal y como se describe en los párrafos anteriores, esta práctica profesional tiene una duración de seis semanas. Los internos se integran a un equipo de trabajo también conformado por matrones, técnicos y médicos especialistas, esta vez en neonatología. Los pacientes que atienden los internos son recién nacidos prematuros o de término, que pueden estar sanos, o en observación en su etapa de transición a la vida extrauterina, o junto a sus madres puérperas en espera del Alta, o con diagnóstico y tratamiento por alguna patología neonatal.

Los servicios clínicos en que trabajan los estudiantes son las unidades de Puericultura, Atención Inmediata, Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos, en un hospital público y en una clínica privada de Santiago. El régimen de asistencia, al igual en la práctica clínica de gineco-obstetricia, es de cuarto turno. En cada una de las cuatro unidades de neonatología mencionadas, los estudiantes trabajan bajo la supervisión técnica continua de una matrona/matrón, cuyo rol para con el internos es también facilitar el aprendizaje, orientando y corrigiendo su conducta profesional.

Los cupos son distribuidos de manera similar a la práctica anteriormente señalada, por la misma Coordinación de Internado de la Escuela. En este internado, los estudiantes pueden también ser asignados a las unidades en forma individual o en parejas.

En la Escuela existe también un equipo de docentes, conformado por tres matronas especialistas en el área de la neonatología, que de la misma manera que en la práctica ya señalada, visitan, supervisan, retroalimentan y evalúan a los estudiantes.

Los estudiantes deben cumplir con los mismos requisitos de aprobación que en su internado de gineco - obstetricia, ya que estos procedimientos son estandarizados para los tres internados, a saber: una evaluación realizada por su matrona clínica y otra realizada por su matrona docente, ambas de carácter aprobatoria y con nota mínima 4.0.

En adelante, para referirse a este internado, se le llamará *Internado de Neonatología*, que es como lo nombran estudiantes y docentes.

### **2.11.3. Internado de Salud Familiar y Comunitaria.**

En la planificación de la asignatura, el internado de salud familiar y comunitaria se describe de la siguiente manera:

- *El internado de atención primaria está ubicado en el V nivel de la carrera, formando parte de las asignaturas con que culmina la formación de pregrado.*
- *Su propósito es que los estudiantes solventen en forma competente la atención integral de personas, en el nivel primario de atención, de acuerdo a las necesidades del territorio y las orientaciones del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.*

- *Las internas e internos se incorporarán a los equipos de salud de los establecimientos APS en convenio durante seis semanas, realizando las actividades definidas en la matriz de cuidados de salud a través del ciclo vital(Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor, 2017).*

Como señala la descripción de esta práctica clínica, este Internado tiene una duración de seis semanas, durante las cuales los internos e internas se integran a un equipo de un centro de salud familiar (Cesfam), compuesto por matrona/ón, asistente social, enfermera/o, psicóloga/o, médico y técnico paramédico, a cargo de la atención de salud de personas, en su mayoría mujeres de quince años y más, que acuden o a control prenatal, o a control de método anticonceptivo, o a control ginecológico o de climaterio, o bien, que consultan espontáneamente por morbilidad ginecológica u obstétrica. Los estudiantes, junto al equipo de sector, desarrollan también actividades en el ámbito de la salud y la educación, en los espacios propios de la comunidad.

Al igual que en las prácticas clínicas de Partos y Neonatología, en el transcurso de las seis semanas se desempeñan bajo la supervisión técnica continua de una matrona/matrón, cuyo rol para el interno ya ha sido enunciado. Los requisitos de aprobación también son similares a los ya descritos, obtener una nota superior a 4,0, tanto en la pauta de evaluación de matrones clínicos como en la pauta de evaluación de la matrona docente.

Respecto a los cupos designados a la Universidad Mayor, en este caso son las municipalidades en convenio quienes determinan el número de internos que cada uno de sus Cesfam pueden recibir. Estos cupos también son distribuidos por la Coordinación de Internado de la Escuela, pudiendo asignar entre uno y cuatro estudiantes por Cesfam.

El equipo docente supervisor está conformado por cuatro matronas cuyo dominio es la atención primaria de salud (APS). Acuden a los Cesfam una vez durante la tercera

y sexta semana, con el mismo objetivo que persiguen las visitas de los docentes en las otras dos prácticas clínicas ya mencionadas: conocer sus avances, observar sus principales fortalezas y debilidades en la atención de usuarias y retroalimentarles.

En adelante, para referirse a este internado, se denominará Internado de APS, que es como lo nombran estudiantes y docentes.

Como se ha presentado en la descripción de cada uno de los tres internados, los estudiantes deben cumplir con requisitos de aprobación para poder titularse, al final del año académico, como matronas y matrones. Para que los estudiantes alcancen su propósito, los docentes de la Escuela durante las visitas de supervisión, detectan aquellos internos con dificultades en cumplir con los resultados de aprendizaje y que son percibidos en riesgo de reprobación. Cuando esto ocurre, los docentes utilizan distintas herramientas, como visitas extraordinarias, tutorías individuales, estudio de casos clínicos y otros, para apoyar el logro de los estudiantes. Hay otro mecanismo de apoyo, universal a todos los estudiantes regulares de pregrado pertenecientes a la Universidad Mayor, *el Sistema de Alerta Temprana*, que por constituir la expresión de una política de aseguramiento de la calidad educativa de esta casa de estudios, se procede a examinar con más detalle.

#### **2.12. El Sistema de Alerta Temprana, mecanismo de la Universidad Mayor para abordar el riesgo de repitencia y deserción universitaria.**

El Sistema de Alerta Temprana, *SAT*, perteneciente a la Vicerrectoría Académica, integra distintos actores y procedimientos al proceso de detección e intervención eficaz y temprana, destinado a hacer frente a la problemática de la repitencia y deserción estudiantil, especialmente en los primeros años. Su propósito es potenciar a los estudiantes desde diferentes áreas de acción, para que logren sus objetivos académicos. El sistema opera de acuerdo a lo que se describe a continuación.

Los académicos que realizan docencia directa con los estudiantes, entre ellos, los docentes de Internado de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, deben mantener vigilancia periódica del rendimiento y asistencia a sus asignaturas. Cuando se pesquisan alumnos en riesgo de repitencia o reprobación por bajas calificaciones o inasistencias, deben contactarlos con el/la Encargada de Alerta Temprana de la Escuela respectiva, para que, posterior a una entrevista voluntaria con el estudiante y un diagnóstico de su situación, le derive a la unidad del sistema que considere pertinente. Las unidades son:

- Adaptación a la universidad
- Nivelación académica.
- Orientación socioeconómica
- Apoyo socioemocional

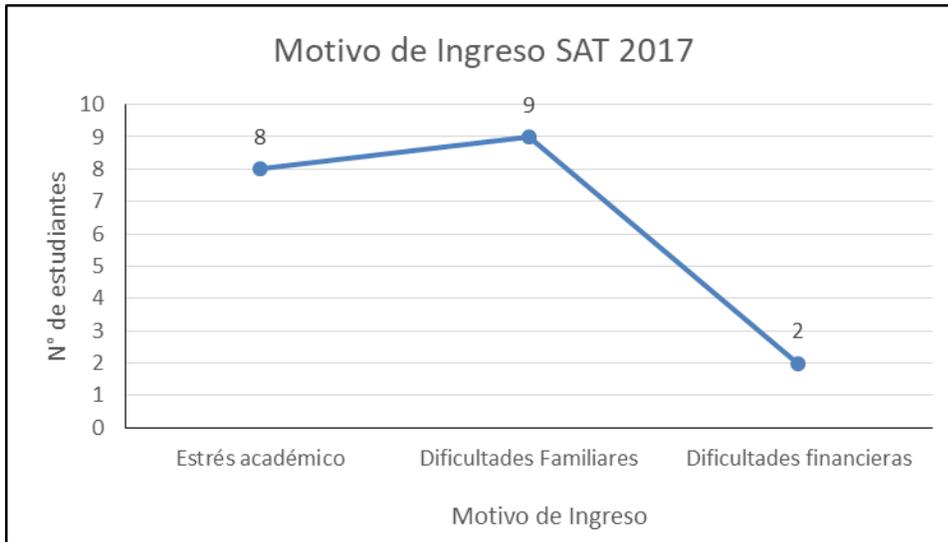
La unidad de apoyo socioemocional está representada por el servicio de apoyo psicológico de la universidad. Su misión es fomentar y proteger el bienestar psicológico de los estudiantes, así como potenciar sus competencias personales y académicas a través de intervenciones psicológicas individuales o grupales.

En los siguientes párrafos examinaremos algunos resultados del Informe de Alerta Temprana de la Escuela de Obstetricia y Puericultura del año 2017:

***Número de ingresos al SAT por nivel:***

- *Primer nivel: Sin ingresos*
- *Segundo nivel: dos ingresos*
- *Tercer nivel: ocho ingresos*
- *Cuarto nivel: tres ingresos*
- ***Quinto nivel: seis ingresos***

**Gráfico N°1. Número de casos ingresados a SAT según motivo de derivación.**



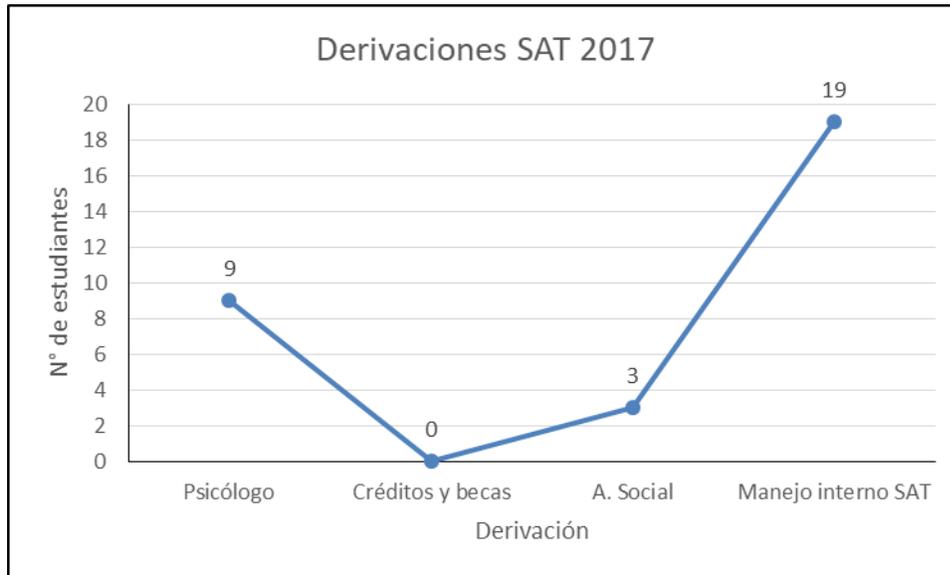
**Fuente: Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor, 2017.**

Los motivos de derivación fueron:

- Estrés académico: ocho estudiantes
- Dificultades financieras: dos estudiantes
- Dificultades familiares: nueve estudiantes

Dentro de los problemas familiares, se incluyen situaciones de violencia intrafamiliar, problemas económicos por desempleo de los padres, alcoholismo de los padres, entre otras.

**Gráfico N°2. Número de casos derivados a servicios de apoyo**



**Fuente: Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Mayor, 2017.**

Los estudiantes fueron derivados a los diferentes servicios de apoyo existentes según su diagnóstico, siendo el servicio de apoyo psicológico el que recibió más derivaciones, con un total de nueve estudiantes.

El Informe anual de SAT de la Escuela de Obstetricia y Puericultura señala también las dificultades que ha enfrentado el sistema para cumplir con su propósito. Entre ellas destacan:

- Ausencia de espacio físico apropiado para entrevista.
- Escasa capacitación de encargados para diagnóstico y orientación a los requerimientos de los estudiantes.
- Inexistencia de un sistema de tutorías para enfrentar dificultades de rendimiento académico por parte de los estudiantes.
- Insuficiente recurso humano en unidad de apoyo psicológico, para realizar intervenciones, pese a que la respuesta al ingreso es fluida y oportuna.

Como se ha podido evidenciar, existe motivación por parte de la Universidad Mayor en acompañar y fortalecer la formación integral de sus estudiantes, a través de su política educativa declarada y los servicios de apoyo estudiantil. Con todo, existen estudiantes que no logran los resultados de aprendizaje necesarios para ser promovidos y reprueban. El año 2017, de un total de ochenta matriculados en quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura, ocho reprobaron uno o más internados.

Esta información es valiosa pues enriquece este marco de referencia en cuanto a quienes son y dónde se ubican los sujetos de estudio, sin embargo, tal como fue enunciado al inicio de este capítulo, no existe información acerca de la experiencia emocional de los estudiantes durante su último año de la carrera.

Con el propósito de encauzar más este encuadre, se consultó acerca de su percepción del tema, las emociones de los internos, a la matrona docente Coordinadora de Internados de la Escuela de Obstetricia y Puericultura 2017, quien en síntesis, señaló que percibe *“que los estudiantes llegan muy asustados a la práctica, sin saber exactamente qué se espera de ellos y que esto les resta habilidades; que a este miedo contribuyen las malas experiencias de algunos estudiantes que ya han pasado por su práctica clínica; que es en la práctica de partos donde los estudiantes refieren sentirse más maltratados, y que es necesario prepararlos de alguna manera, posiblemente al término del IV año, para que puedan enfrentar su Internado de la mejor manera posible”* (Texto de entrevista completa disponible en Anexo N°1)

### **2.13. Síntesis de cierre del capítulo II.**

Finalmente, a través de este capítulo se ha configurado un escenario de referencia que sustenta la justificación y la relevancia de la investigación que se ha realizado. Los principales resultados y conclusiones que es posible sintetizar, se refieren a las siguientes ideas:

- Cómo el modelo racionalista fue abriéndose hacia otro más integral para entender el mundo, en el cual hay cabida para el papel que las emociones juegan en distintos ámbitos de la vida del hombre.
- Que el concepto de emoción se entiende como la energía vital de todas las personas y que esta energía es la que nos permite tomar decisiones. Que las emociones son libres y nos ocurren en forma involuntaria a todos, que no se pueden fabricar, que transitan a través de nosotros y que en ese sentido, son neutras. Que lo que no es neutro es cómo nos sentimos cuando sentimos emociones, el significado que les atribuimos y las decisiones y acciones que emprendemos.
- Que la respuesta emocional sí puede ser regulable y modulable, desarrollando la conciencia emocional, primeramente, y luego la comprensión y las competencias emocionales.
- Que el no tener conciencia sobre las emociones genera que las personas reaccionen y se relacionen a través de mecanismos automáticos, y que estos pueden desmantelarse.
- Que una manera de desprogramar mecanismos automáticos de respuesta emocional es la educación de las emociones.
- Que existen distinciones entre la educación emocional y el concepto de inteligencia emocional.
- Que la educación emocional, a pesar de ser hoy más valorada que ayer no está incorporada en el currículo de la educación escolar ni universitaria.
- Que las instituciones formadoras de profesionales de la salud han observado que es necesario incorporar otros saberes, otras estructuras y metodologías educativas que den cuenta de los requerimientos del mundo del trabajo hoy, y que esto se ha conceptualizado como la educación basada en competencias.
- Que desde el mundo académico nacional e internacional existe interés por estudiar, evaluar y proponer estrategias de inclusión de la educación emocional en el currículo de las carreras de las ciencias de la salud.

- Que en el sector salud, las competencias relacionales y emocionales son ampliamente demandadas, dado el modelo de atención vigente, que pone el énfasis en el modelo de relación entre el equipo de salud y los usuarios.
- Que la Universidad Mayor y su Escuela de Obstetricia y Puericultura han hecho eco de estas necesidades formativas, y que su modelo educativo expresa una política de formación más integral, con un modelo centrado en el aprendizaje del estudiante y un sistema que intenta controlar el riesgo de reprobación y repitencia.

Se ha proporcionado información también sobre las características particulares del último año de enseñanza de pregrado de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, describiendo cada uno de sus tres internados, y se ha culminado con el reconocimiento de que el mundo emocional de los internos en práctica clínica es relevante, y que es necesario prepararlos de manera que puedan hacer frente a los desafíos de su último año de formación, para que expresen sus capacidades de la mejor manera posible.

Se estima que se ha podido posicionar el tema de esta investigación fundadamente y que ahora se hace necesario avanzar hacia otro capítulo medular en nuestra investigación: el marco metodológico. Se espera seguir contando con el interés del lector, para presentar la forma en que se llevó a cabo este estudio.

### **CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO**

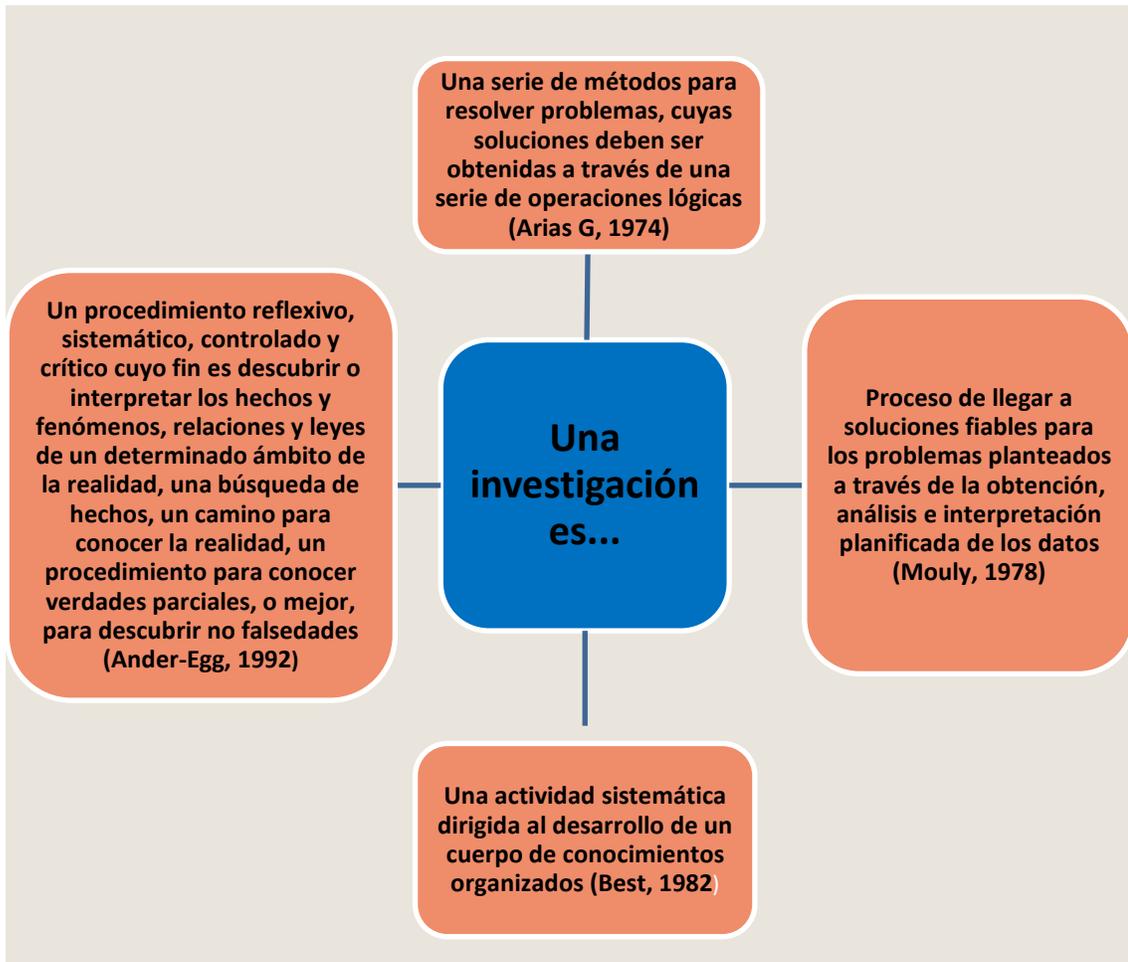
En este capítulo se presenta el método con el que se ha buscado resolver el problema de investigación:

*¿Reconocen emociones vinculadas a su práctica clínica los internos e internas de Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago año académico 2017, vinculadas a su práctica clínica?*

Para dar respuesta al problema de investigación, se ha tomado la decisión de situarse en el paradigma cualitativo-interpretativo. Para fundamentar esta elección, se describirán algunos elementos característicos de este. Pero antes, se presentan algunas definiciones de lo que se entiende por investigación y paradigma:

SOLO USO ACADÉMICO

**Figura N°7. Distintas definiciones de investigación**



Fuente: Elaboración propia

Como se ha representado, tanto las investigaciones cuantitativas o cualitativas persiguen un fin similar, conocer la realidad. Lo que marca la diferencia es el proceso que se sigue para encontrar las soluciones. En palabras de Munarriz B. (1992), “es la forma de percibir la complejidad del mundo real para su estudio, unida a la naturaleza del problema a estudiar, lo que nos llevará a realizar un tipo de investigación o la otra”.

Esta definición introduce hacia otra, más acotada y que remite al campo de la ciencia, definiendo un paradigma como un “cuerpo teórico y metodológico – analítico, con el cual se aborda el problema de estudio. Una imagen básica del objeto de una

*ciencia. Sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que son necesario responder, cómo deben preguntarse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica (o su comunidad) de otra. Subsume, define e interrelaciona las teorías y los métodos e instrumentos disponibles” (Kuhn, 1993).*

En otras palabras, un paradigma es una concepción del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas generales a estudiar, de la naturaleza de sus métodos y técnicas, de la información requerida, y finalmente, de la forma de explicar, interpretar o comprender, los resultados de la investigación realizada (Molina, 2012).

Los paradigmas provienen de distintas escuelas filosóficas, y difieren entre ellos tanto en conceptos epistemológicos, teóricos y metodológicos; en sus objetos de estudio como en el nivel de conocimiento que desean alcanzar (Ibídem). Hoy, los menos utilizados en la investigación científica son el Marxista, y el Funcionalista. A la vez, los más utilizados, son el paradigma Analítico – Explicativo y el paradigma Cualitativo–Interpretativo. Este último, que orienta los estudios cualitativos, permite que se pueda desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y luego, para refinarlas y responderlas. La exploración se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación; el flujo es más bien circular y no siempre la secuencia es la misma; varía, de acuerdo con cada estudio en particular (Hernández y otros, 2003).

Ahora se enuncian las principales características del paradigma cualitativo – interpretativo, lo que permitirá también explicar el tipo de diseño por el que se ha optado en esta investigación:

- El enfoque cualitativo, a veces referido como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos.
- En la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego acudir al mundo empírico para confirmar si la teoría es apoyada por los hechos, el investigador comienza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría consistente con lo observado. El proceso de indagación es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría
- La mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, éstas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos, o son un resultado del estudio.
- El enfoque cualitativo se basa en métodos de recolección de los datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por tanto, el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes.
- Su propósito consiste en reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.
- Las indagaciones cualitativas no pretenden generalizar, de manera probabilística, los resultados a poblaciones más amplias. Sus conclusiones apuntan exclusivamente a la muestra estudiada. Sin embargo, sí es posible generalizar las hipótesis de trabajo.
- El enfoque cualitativo busca principalmente dispersión o expansión de los datos e información, mientras que el cuantitativo pretende, de manera intencional, acotar la información.
- La investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas.
- Tanto el proceso cuantitativo como el cualitativo son considerados formas de hacer ciencia y producir conocimiento (Hernández y otros, 2003).

La siguiente tabla ofrece una comparación entre características del paradigma analítico-explicativo y del cualitativo-interpretativo.

**Tabla N°2.Comparación de las características del paradigma analítico–explicativo y del cualitativo – interpretativo.**

<b>Aspecto</b>	<b>Paradigma analítico – explicativo</b>	<b>Paradigma cualitativo - interpretativo</b>
<b>Base filosófica</b>	Materialismo moderno Realismo científico Realismo crítico	Idealismo
<b>Objeto General de Estudio</b>	Los grupos, organizaciones, instituciones, procesos sociales y personas.	Actividades y pensamiento individual y cotidiano.
<b>Conceptos Básicos de la Teoría Central</b>	Verificabilidad Prueba de proposiciones Investigación metódica Relación investigador-objeto controlada Intersubjetividad Conocimiento convencional.	Realidad múltiple Verdad como significación de la realidad Interacción sujeto-objeto inseparable (teorías y hechos dependientes) Descripción ideográfica del objeto Comprensión del fenómeno Explicación cultural
<b>Conceptos Básicos del Método Propuesto</b>	Teoría/Hipótesis/Hechos/Explicación Variables cualitativas y cuantitativas Formación de variables Análisis de relaciones Interrelación de variables Análisis multivariados Modelos causales	Análisis de significados Datos anteceden a la teoría Perspectiva y subjetividad en los actores Descripción Teoría desde la base

<b>Función final de la Investigación (nivel de conocimiento que se desea alcanzar)</b>	Describir y explicar la realidad.	Interpretar las conductas de las personas.
--	-----------------------------------	--

Fuente: Molina C., 2012.

### 3.1 Caracterización del tipo de diseño a emplear.

Ya se han señalado las características de lo que constituye la opción paradigmática de esta investigación. Ahora, se caracterizará el tipo de diseño que se ha utilizado.

En el capítulo II. Marco Teórico, se profundizó en el concepto de las emociones, a saber: una energía vital; un modelo de relación que permite a las personas unir los acontecimientos externos con los acontecimientos internos, vinculados por una energía que es una disposición a actuar, siendo el centro de la experiencia humana interna y social (Casassus, 2009).

Si bien durante el transcurso de una emoción ocurren fenómenos fisiológicos susceptibles de ser medidos por métodos cuantitativos, hay una vivencia interna, personal y sólo accesible para quien la vive, pues se relaciona con los eventos vividos, determinados también por procesos mentales y lingüísticos. A esta experiencia, es sólo posible acercarse a través de la interpretación del lenguaje, de la expresión facial y corporal de los sujetos, y esto es completamente interpretativo. Y puesto que no es posible eliminar toda la subjetividad con la que concurre el investigador, se debe ex ante contar y dar cuenta de ella.

Las emociones, como objeto de estudio, tienen un alto nivel de abstracción, a la vez que una importante carga simbólica y significativa. Las emociones han sido estudiadas desde diversas disciplinas, fundamentalmente la filosofía, la bioquímica, la neurología, el lenguaje, la psicología, y considera conceptos distintos para cada una de

estas miradas. Interpretando a Castro y Castro, en su artículo *Debates, 2001*, tienen muchos significados y contenidos psicosociales y culturales, y esa característica apoya la decisión de abordarlas desde un diseño cualitativo.

Se ha planteado en los objetivos específicos señalados en el capítulo I, que los sujetos, los estudiantes de quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura, 2007, de la Universidad Mayor de Santiago, identificarán las emociones que les surgen en relación a distintos elementos de su internado: docentes, eventos evaluativos, el campo clínico, entre otros. Cada uno de los sujetos de la muestra tiene una vivencia distinta, en distintos lugares de práctica, junto a distintas personas. De esta manera, la interpretación de las emociones que surgen en cada caso es contextualizada, pues es totalmente dependiente de las condiciones concretas y particulares en que se desarrolla (Castro y Castro, 2001). Para completar esta idea, se han utilizado técnicas propias de las investigaciones cualitativas, tales como entrevistas y grupo focal, especificadas en el apartado Técnicas de Recolección de Datos. Se han definido ex ante algunas categorías y parámetros, mas como es propio de los diseños cualitativos, durante el análisis de los datos, estas se revisaron, modificaron y reformularon de acuerdo al avance del estudio.

Así, la selección de la muestra, las técnicas utilizadas y el plan de análisis de datos concuerdan con un tipo de diseño cualitativo, el Estudio de Caso, es decir: el análisis de sucesos que se dan en un caso único, o en algunos casos, como en esta investigación (Molina, 2012). Se eligió esta metodología pues, en forma clara y metódica, permite abordar el tema de estudio, el reconocimiento de emociones, a través de varias perspectivas y no desde la influencia de una sola variable o categoría. Esta es su principal característica y ventaja, ya que su uso no es excluyente, sino que puede estar al servicio de otras investigaciones futuras. Ha permitido la exploración profunda para obtener un conocimiento más amplio sobre los fenómenos y la aparición de nuevas señales sobre cuestiones emergentes en el transcurso del estudio (Martínez, 2006).

En síntesis, los pasos que ha seguido esta investigación son los que siguen. Como es propio en un diseño cualitativo, si bien las etapas están concatenadas secuencialmente, durante la marcha de la investigación se retornó a alguna fase previa para revisar que el todo mantuviera una lógica coherente, que apuntara hacia los objetivos de la investigación y que finalmente, a través de la interpretación de los significados que las personas le dan a los fenómenos, se pudiera reconstruir una realidad tal como la perciben sus actores.

### **3.2. Fases de un diseño cualitativo:**

#### Surgimiento de la idea de investigación

- Inmersión inicial en la literatura: Antecedentes
- Elección de paradigma y del tipo de estudio

#### Formulación del problema de investigación:

- Justificación e importancia de la investigación
- Preguntas y Objetivos de la Investigación
- Identificar a los posibles participantes y el ambiente en que se desarrollará la investigación.

#### Definición de la muestra

- Identificación del tipo de muestra

#### Recolección de datos

- Definición de técnicas e instrumentos para la recolección de los datos
- Ejecución de la técnica de recolección de datos
- Preparación de datos para análisis

## Análisis de los datos

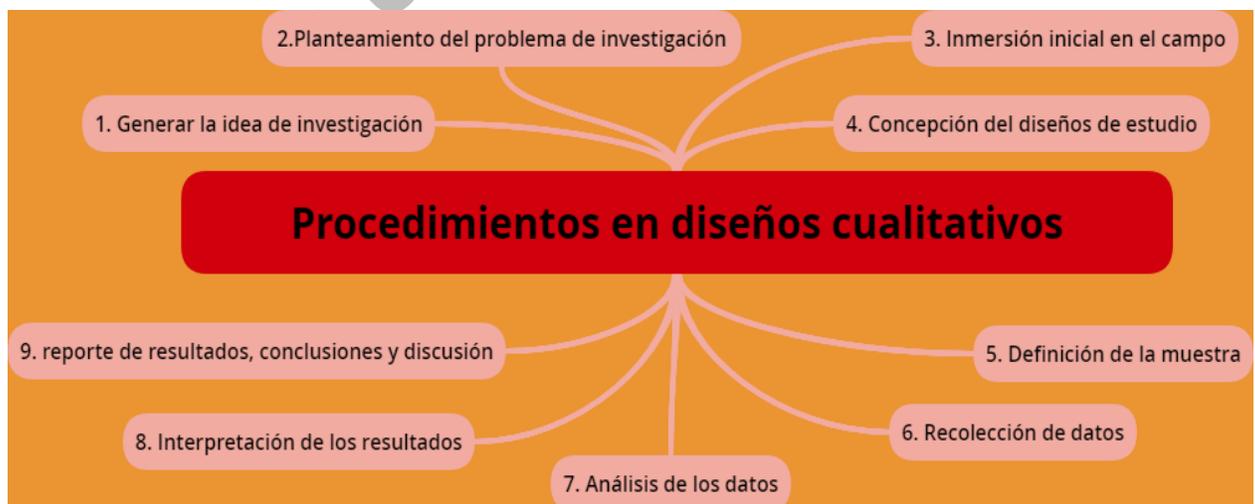
- Revisión de los resultados de la aplicación de técnicas de recolección
- Identificación de las unidades de análisis
- Organización de los datos
- Construcción de matriz de análisis
- Identificación Conceptos y significados: Categorización de I nivel
- Agrupación y relación entre categorías: Categorización de II nivel
- Identificación de ideas fuerza

## Reporte de resultados

- Presentación de conclusiones y discusión

En la siguiente figura se visualizan los procedimientos correspondientes a un diseño cualitativo:

**Figura N°8. Procedimientos de los diseños cualitativos**



**Fuente: Elaboración propia.**

### **3.3 Universo de referencia y muestra.**

El Universo o población de referencia está representado por todos los estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor. La muestra bajo estudio para esta investigación, son los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, segundo semestre académico, año 2017.

Como se ha indicado en el capítulo del Marco Teórico, se entiende por internos, aquellos estudiantes del quinto nivel de la carrera, semestres IX y X, del CMY profesional. La descripción del ambiente, es decir, la organización de la práctica de internado, los campos clínicos, profesionales supervisores e instrumentos de evaluación ya fueron señalados en el mismo capítulo.

Respecto a la muestra, se cree pertinente señalar lo siguiente, en atención a cómo se elige la muestra en una investigación cualitativa (Castro y Castro, 2001). En este tipo de diseño, la muestra no es aleatoria, como lo es en una investigación cuantitativa, sino intencionada, de informantes clave. Se espera que la muestra reúna una combinación de rasgos que representen, no a un individuo en concreto, sino a un perfil estructural que permita comprender la red de relaciones de la población objetivo.

En términos metodológicos, se optó por una muestra de variación máxima, casos tipo reconocidos como usuales en el contexto investigado, en este caso, internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, con el objetivo de capturar o describir los temas centrales o las principales características que tipifican esta realidad humana, relativamente estable (Quintana, 2006).

Se identificó un grupo de rasgos sociodemográficos de oposición fuerte, es decir, altamente diversificadores, que se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla N°3.Criterios de inclusión (rasgos sociodemográficos):**

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
1. Duración del internado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internos que han cursado seis semanas de práctica en forma ininterrumpida en al menos un área de internado (Neonatología, Obstetricia y Ginecología Intrahospitalaria o Atención Primaria de Salud).</li> <li>• Internos cuya práctica de APS haya culminado en el primer semestre 2017.</li> </ul>
2. Resultados de evaluaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estudio puede incorporar tanto internos aprobados como reprobados.</li> </ul>
3. Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en lo posible mujeres y hombres.</li> </ul>
4. Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor de veinte años.</li> </ul>
5. Trabajo concomitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El estudio puede incorporar internos con y sin trabajo concomitante</li> </ul>
6. Presencia de Padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede incorporar internos que viven con o sin sus padres.</li> </ul>
7. Hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede incorporar internos con o sin hijos.</li> </ul>

La investigadora tomó contacto a través de correo electrónico con sesenta y ocho estudiantes. El texto del correo fue un formato tipo de invitación a participar en el estudio, del cual se detallaron sus objetivos y los acuerdos de participación tales como confidencialidad, uso exclusivo para la investigación mencionada y su total independencia de actividades académicas, puesto que la investigadora es también académica de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor (Texto del correo electrónico tipo, disponible en los Anexos). De manera de controlar este posible sesgo, todos los estudiantes invitados a participar fueron alumnos que ya habían cursado su Internado de APS. Otro factor que contribuye a minimizar este sesgo declarado, es que la investigadora no sólo es docente de Internado, sino que docente de numerosas y variadas asignaturas y talleres dentro de la carrera, por lo que los internos la conocen ya en distintos roles simultáneos.

Del total de sesenta y ocho personas contactadas, cuarenta y cinco respondieron afirmativamente. Se fijó fecha para aplicar la entrevista, con diez y ocho personas. Se incluyeron tantos casos como fueron necesarios para lograr un nivel de

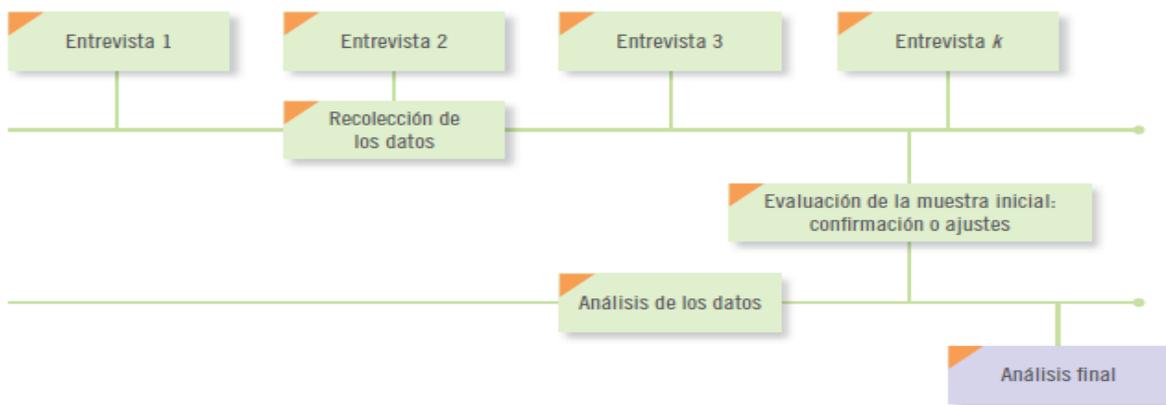
saturación de información que permitiera responder el problema de investigación, lo que se alcanzó con doce personas.

### 3.4 Técnicas de recolección de datos

Antes de describir las técnicas de recolección de datos utilizadas en esta investigación, se comentará sobre algunas generalidades de este proceso, en el marco de una investigación de diseño cualitativo.

Como ya se ha mencionado, la recolección de datos en este tipo de estudio no es algo que sucede en forma lineal de una sola vez. Por el contrario, se obtienen datos y se analizan, casi en forma simultánea. Se evalúa si esa unidad es apropiada de acuerdo con el planteamiento del problema. Se recolectan nuevamente datos de una segunda unidad, se analiza y compara con la unidad anterior, se vuelve a evaluar si esta unidad es adecuada; del mismo modo, se obtienen datos de una tercera unidad y se analizan; y así, sucesivamente, hasta que han emergido las unidades de significado que constituyen las categorías de interés interpretativo.

**Figura N°9. Naturaleza del proceso cualitativo ejemplificada con instrumento entrevista.**



Fuente: Hernández y otros, 2013.

Parece importante destacar que, en concordancia con lo planteado por Hernández R. y otros, en su manual Metodología de la Investigación (2013), se concibe que el principal instrumento de recolección de datos en un diseño cualitativo sea el propio investigador. Es él quien mediante diversos métodos o técnicas recoge los datos. Es él quien observa, entrevista, revisa documentos, conduce sesiones, etc. No sólo analiza, sino que es el medio de obtención de la información. Su mayor desafío consiste en capturar lo que los casos expresan mientras procura minimizar la influencia que pudieran ejercer sus propias creencias sobre los participantes y el ambiente, para lograr adquirir un profundo sentido de entendimiento del fenómeno estudiado.

Se prosigue ahora con la descripción de cada una de las técnicas empleadas: la entrevista y el grupo focal.

#### **3.4.1. La entrevista en profundidad**

Se entiende la entrevista como una conversación con una persona o un grupo de personas, en la que se le hace una serie de preguntas encaminadas a obtener información acerca de aspectos previamente definidos como parte del diseño metodológico (Molina, 2012) y para construir en conjunto de significados respecto a un tema.

El tipo de entrevista realizada para esta tesis se denomina *en profundidad*, principalmente porque incentiva una conversación detallada e íntima sobre el objeto de estudio. Además, es *semiestructurada* porque se plantean preguntas que orientarán la conversación, en un orden flexible, y en la cual el entrevistador tiene la libertad de introducir otras adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Con relación al tipo de preguntas realizadas, según la tipología de Mertens (2005), estas fueron de expresión de sentimientos y sensitivas.

### 3.4.2 Validación de instrumento

A partir de la revisión de la literatura y del conocimiento del ambiente, ya que la misma investigadora se desempeña como docente de los internos de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, se esbozaron tempranamente algunas categorías a priori, que constituyeron la base para la elaboración de las preguntas de la primera versión de la entrevista. El formato, junto con un resumen de la investigación, fue presentado a tres profesionales que la investigadora consideró expertos en la materia, con el propósito de para efectuar una validación de contenido del instrumento, es decir, en qué medida el conjunto de ítems generado representan una muestra adecuada del universo del contenido a cubrir (Molina, 2012).

Se les solicitó evaluaran el instrumento y entregaran sus observaciones utilizando el siguiente formato:

**Tabla N°4. Parámetros para la evaluación de juicio experto**

Aspectos a evaluar por los jueces	Excelente	Bueno	Regular	Debe mejorar
La entrevista permite obtener los datos para responder a los objetivos de la investigación				
La entrevista permite obtener los datos para resolver todas las preguntas de investigación				
La entrevista es coherente con el marco metodológico de la investigación				
Las preguntas de la entrevista no sesgan el resultado				
La entrevista está bien construida en cuanto mide lo que pretende medir				

**Fuente: Elaboración propia**

En el siguiente párrafo, se nombran los profesionales consultados y los principales aportes que luego se incorporaron en la reformulación del instrumento. Se debe mencionar que ninguno utilizó la tabla sugerida, sino que hicieron llegar sus aportes en el formato de *comentarios* al documento.

- Carolina Espinoza Veloso, Psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Máster en Psicología de la Actividad Física y del Deporte, Diplomada en técnicas de Conciencia Corporal, recomienda incorporar preguntas que exploren las emociones que surgen en los participantes con relación a sus compañeros de práctica y pacientes atendidos.
- Bárbara Ormeño Coronado, Psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile, docente de la asignatura Ética Profesional de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, sugiere incorporar la exploración de las emociones surgidas en los participantes con respecto a sí mismos, a su propio desempeño. Aconseja también incluir preguntas sobre las emociones surgidas con relación a los pacientes atendidos.
- Jorge Bozo Marambio, Sociólogo, Magister en Sociología de la Academia de Humanismo Cristiano, recomienda explicar a los entrevistados, durante el encuadre, que el tema de estudio son las emociones, para que los participantes eviten desviar la atención a pensamientos o estados de ánimo. Sugiere también aplicar el instrumento de manera exploratoria a través de una prueba de control.

El formato de la entrevista fue reformulado y aplicado, como piloto, con dos estudiantes de quinto año, que cumplían los mismos criterios de inclusión que la muestra, a quienes se les explicó que su participación estaría acotada a la prueba de un instrumento de recolección de datos (texto de Consentimiento Informado para participar en una prueba de instrumento de recolección de datos, disponible en Anexo N°2). Este proceso fue de gran valor para la construcción del instrumento final, ya que permitió afinar en detalle la secuencia de las preguntas y las expectativas de la investigadora respecto a las posibles respuestas.

Una vez recogidos los aportes de los profesionales consultados y de la prueba piloto, se formuló la versión final de la guía para la entrevista semiestructurada, que más abajo se presenta.

### **3.4.3. Versión final de entrevista semi estructurada:**

Instrumento de recolección de datos para investigación cualitativa *Reconocimiento de las Emociones de Internos e Internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017.*

#### Guía para la entrevista semiestructurada

Código asignado \_\_\_\_\_

1. Cuando te mencioné que conversaríamos sobre las emociones que sentiste en tu internado 2017, ahora, al recordar esas emociones, ¿cuál internado se te viene a la cabeza?
2. ¿Cómo sentías en tu cuerpo esa emoción?, descríbela.
3. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar a los matrones clínicos supervisores.
4. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar a los docentes supervisores de la Escuela.
5. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar las evaluaciones.
6. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar a tus compañeros de práctica.
7. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar a los pacientes atendidos en tu práctica.

8. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar el espacio físico y el transporte que utilizabas en tu práctica clínica.
9. Cuéntame acerca de la emoción que sientes al recordar tu propio desempeño
10. ¿En qué parte de tu cuerpo percibes la emoción que sentiste al recordar tu práctica clínica?, indícame.

El instrumento utilizado en la prueba piloto, así como los respectivos consentimientos informados, se encuentran disponibles en Anexos.

Ya descrito el proceso que culminó con la construcción de la última versión de la guía para la entrevista, se prosigue con el detalle de cómo se realizó, en efecto, la recolección de los datos con este instrumento:

#### **3.4.4. Detalle del proceso de Entrevista**

Es pertinente comentar que, con el propósito de disminuir el sesgo que representaba que la investigadora es a la vez docente de Internado APS de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, y para evitar cualquier posibilidad de entrevistar a un estudiante cursando dicho internado, se tomó la precaución que la muestra estuviera conformada por estudiantes que hubieran finalizado su internado de APS durante el primer semestre académico 2017, de manera que al momento de su participación en la investigación, sus procesos evaluativos en esta área hubieran concluido.

##### **3.4.4.1. Planificación de la entrevista**

- Se contactó a los posibles participantes a través de un correo electrónico con un texto tipo, descrito en la sección anterior de este capítulo Selección de la Muestra (texto del correo electrónico disponible en Anexo N°3 *Facsímil Invitación a participar en técnica de entrevista*).

- Una vez confirmada la disposición a participar se fijó fecha, hora y lugar del encuentro, oficina de la investigadora en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago. Se confirmó encuentro con un día de anticipación.
- De sesenta y ocho personas contactadas por correo electrónico, cuarenta y cinco respondieron afirmativamente. Se fijó fecha para aplicar el instrumento de recolección de datos con diez y ocho personas.
- Previo a la llegada del entrevistado, se prepararon las condiciones del escenario:
  - Se ubicó cartel *No Molestar* en lugar visible de la puerta de acceso.
  - Se seleccionó música ambiental que contribuyera a la tranquilidad ambiental.
  - Se preparó grabador de sonido y se activó el modo silencio del celular de la investigadora.
  - Se dejó a mano, carpeta con consentimiento escrito de participación (texto de Consentimiento Informado para la entrevista, disponible en Anexo N°4).

#### **3.4.4.2 Entrevista propiamente tal.**

##### Encuadre:

- Se dio la bienvenida al participante, se agradeció su colaboración y se entregó consentimiento para lectura y firma.
- Se explicó nuevamente el propósito de la entrevista y el objeto de investigación: las emociones que experimentó durante su práctica clínica.
- Se realizó en conjunto con el entrevistado, ejercicios de respiración consciente para sintonizar con el objeto de estudio.

##### Desarrollo

- Se llevó a cabo la entrevista conforme formato pre establecido: Primero preguntas más generales, luego preguntas de expresión de emociones y sensitivas, y finalmente preguntas de cierre.

- Se grabó toda la conversación.

### Cierre

- Se agradeció nuevamente la valiosa participación.
- En algunos casos fue necesario acoger con afecto y realizar nuevamente ejercicios respiratorios para una despedida tranquila.

#### **3.4.4.3. Acciones Ex post entrevista.**

- Inmediatamente después de la salida del participante, la investigadora grabó sus propias impresiones iniciales: percepción sobre el relato del entrevistado, adecuación del ambiente físico, adecuación del instrumento para recolectar los datos deseados, ritmo de la entrevista, grado de dificultad para obtener la información y especialmente, las emociones surgidas en la investigadora con esa entrevista en particular.
- Se transcribió la entrevista en formato Word. En la mayoría de los casos inmediatamente después de terminada la sesión. En otros, transcurridas hasta setenta y dos horas.
- Se destacó en el texto las unidades de análisis iniciales, utilizando distintos colores de fuente según lo que podrían representar las categorías definidas a priori.

Se entrevistó un total de diez estudiantes. Puesto que el análisis de datos se realizó en forma casi simultánea con la recolección, se estimó que las categorías interpretativas se habían saturado con la novena entrevista. Sin embargo, el décimo participante ya había sido citado, y se prosiguió con la entrevista en el interés de respetar y cuidar la relación con los estudiantes. Una vez realizado el análisis de los datos obtenidos, se decidió complementar con más información, esencialmente para clarificar conceptos, mediante la realización de un grupo focal.

### 3.5. El grupo focal.

Una vez realizada la reducción de los datos obtenidos a través de la entrevista, se estimó necesario complementar y triangular con la técnica de grupo focal, con el objetivo de clarificar términos que los entrevistados utilizaron repetidamente. Estos conceptos no se definieron durante la misma entrevista pues el interés estaba puesto en obtener información sobre su experiencia emocional y no sobre la elaboración de significados. En esta actividad, con una única sesión, participaron tres estudiantes de quinto año.

Se cursaron diez invitaciones por correo electrónico (Texto del correo electrónico disponible en Anexo N°5 *Facsímil Invitación a participar en técnica de Grupo Focal*), obteniendo tres respuestas afirmativas. La sesión se realizó en dependencias de la Universidad Mayor de Santiago. Se ofreció un coctel saludable y se realizó encuadre de la sesión, explicitando su objetivo. Se utilizó metodología de diálogo abierto en relación a los temas, técnica de *cadáver exquisito* para explorar el significado de expresiones repetitivas (copia de hoja de respuestas de técnica de Cadáver Exquisito disponible en Anexo N°6) y selección de términos partir de un *pool* de palabras que describen emociones, aportadas por la investigadora.

A continuación, la Guía para el desarrollo del Grupo Focal:

### 3.5.1. Guía para el desarrollo de grupo focal, para investigación cualitativa

*Reconocimiento de las Emociones de Internos e Internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017.*

#### I. Reflexión personal.

Estimadas internas:

Les solicito por favor se tomen unos minutos para revivir lo que ustedes dirían es la principal emoción sentida en los siguientes internados 2017. Pegue *el sticker* del emoticón que más represente su sentir y luego seleccione una palabra del siguiente listado, para describirla:

**INTERNADO APS URBANO Y RURAL** (Pegar aquí) \_\_\_\_\_

**INTERNADO NEONATOLOGIA** (Pegar aquí) \_\_\_\_\_

**INTERNADO GINECOOBSTETRICIA** (Pegar aquí) \_\_\_\_\_

#### Listado de palabras que describen emociones:

Agitación	Celos	Exasperación
Agotamiento	Compasión	Fascinación
Agradecimiento	Desánimo	Felicidad
Agrado	Desamparo	Fragilidad
Alegría	Desesperación	Frialdad
Animo	Encantamiento	Horror
Angustia	Ecuanimidad	Indiferencia
Ansiedad	Enervamiento	Indignación
Apatía	Envidia	Inquietud
Calma	Entusiasmo	Inseguridad
Interés	Irascibilidad	Irritación

Miedo	Miserabilidad	Nerviosismo
Nostalgia	Optimismo	Orgullo
Pánico	Pasión	Paz
Pena	Perplejidad	Preocupación
Rabia	Relajamiento	Rencor
Resentimiento	Remordimiento	Satisfacción
Seguridad	Serenidad	Simpatía
Sorpresa	Susplicacia	Tensión
Ternura	Terror	Tranquilidad
Tristeza	Vitalidad	

## II. Diálogo abierto

Conversación abierta sobre:

- La relación entre emociones gratificantes en la práctica clínica y la sensación de pertenencia e integración al equipo clínico.
- Las emociones sentidas con relación a los matrones clínicos son los que determinan el recuerdo de la experiencia emocional.
- El término sustituto “lata” ¿Qué emoción traduce?

## III. Técnica de cadáver exquisito

En la siguiente hoja de papel, anota en una línea lo que para ti significa el concepto *Actitud de Matrona*. Dobra y oculta lo que has escrito y entrega la hoja a la compañera. Al término se leerá en voz alta todas las frases anotadas.

### 3.6. Modelo de análisis

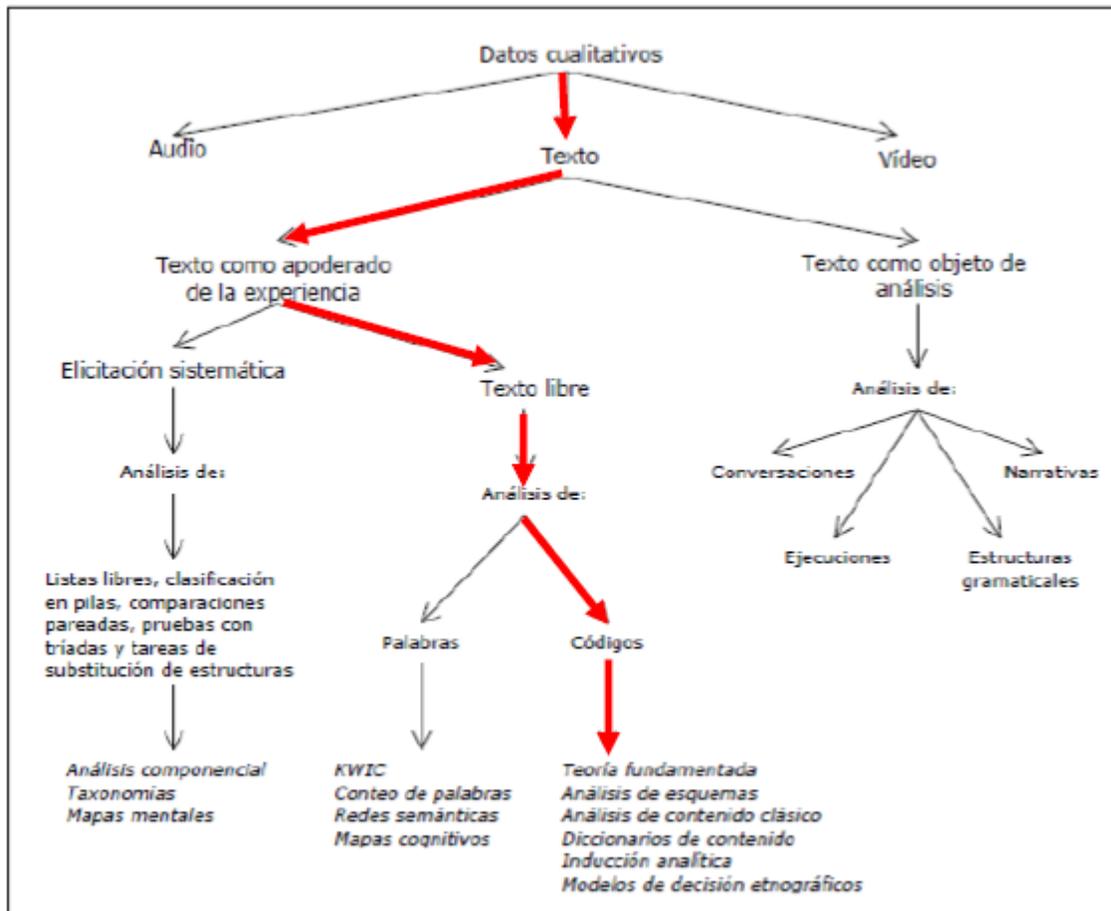
Se han expuesto en el texto precedente algunas características del proceso de recolección de datos de una investigación de tipo cualitativo; las técnicas utilizadas en este estudio: entrevista semi estructurada y grupo focal, y sus correspondientes instrumentos. Se prosigue a continuación con el modelo de análisis de los datos, que permitió obtener los resultados y conclusiones que se presentarán en los próximos capítulos.

Como es habitual en investigaciones cualitativas, si bien el número de personas estudiadas no es elevado, se obtuvo una gran cantidad de información. Más de seis horas de grabación dieron fruto a sesenta y nueve páginas de datos, que demandaron aproximadamente veintisiete horas sólo en transcribirse. Durante el proceso de transcripción y primera lectura, toda la información recolectada parecía importante. Se describe a continuación el proceso que permitió que este volumen de información finalmente se ordenara con sentido y coherencia, dando origen a las categorías de interés interpretativo, que fueron la base para la configuración de las ideas fuerza. El esfuerzo en mantener el foco en el marco conceptual y en las preguntas de investigación evitó que el análisis derivara en otros asuntos, interesantes y valiosos, pero que no constituyen el propósito de esta investigación.

Se manifiesta que el procedimiento de análisis de datos ejecutado es aquel descrito en el método de la teoría fundamentada: una práctica analítica de comparación constante e iterativa. Su principal característica es que los datos, en una primera etapa, se categorizan a través de una codificación abierta, luego el investigador organiza las categorías resultantes en modelos de interrelaciones (codificación axial), que representan la teoría emergente. Esta teoría es de naturaleza local, circunscrita a una situación y a un contexto particular, de fuerte riqueza interpretativa, y que aporta nuevas visiones al fenómeno estudiado (Schettini y Cortazzo, 2015).

En el siguiente esquema se distingue la teoría fundamentada como método de análisis cualitativo, entre otras técnicas.

**Figura Nº10. Tipología de técnicas de análisis cualitativo**



Fuente: Ryan y Bernard 2003. Adaptación propia.

### 3.6.1. Proceso de análisis de los datos.

- Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de técnicas de entrevista y grupo focal. Cada una de las entrevistas realizadas, grabadas en audio, fue transcrita a

un documento Word, inmediatamente después de finalizada y en ocasiones hasta con tres días de diferencia. La investigadora también transcribió los comentarios propios grabados después de terminada cada una de las entrevistas, con sus impresiones iniciales.

- Durante la transcripción, la investigadora fue agregando comentarios al margen, acerca de cualquier idea que pareciera de interés en relación a la tarea que se estaba realizando.
- Se realizaron entrevistas hasta que se consideró que no aparecía información novedosa, es decir, hasta alcanzar la saturación, lo que ocurrió posterior a la novena entrevista.
- Al terminar de transcribir la novena entrevista con sus respectivos comentarios, se preparó la información para el análisis: se estandarizó tipo y tamaño de letra y se definió una primera paleta distintiva de colores para resaltar distintos temas.
- Se leyó todo el material y se identificó fragmentos de texto importantes a la luz de las preguntas de investigación, asignándoles un color distintivo.
- Se identificó la unidad de análisis: El párrafo. Las unidades de análisis obtenidas no tuvieron un tamaño equivalente.
- Surgió la necesidad de confeccionar una bitácora de análisis, para documentar tanto el procedimiento mismo de análisis como las reacciones, ideas, representaciones y reflexiones de la investigadora. Estas notas tomaron forma de memos de posibles códigos, memos operacionales respecto a los pasos siguientes, y memos que aludían a aspectos teóricos.
- Se escucharon nuevamente los audios de las grabaciones conjuntamente con la lectura del texto y sus unidades resaltadas, poniendo más atención ahora en el tono de voz, exclamaciones, silencios.
- Se rescató así información no considerada en la primera lectura.
- Se modificó la paleta de colores distintivos de temas importantes. Esta paleta de colores inicialmente sólo distinguía emociones primarias. Luego de la segunda lectura junto con la escucha de las grabaciones se identificaron algunas emociones secundarias y complejas, a las que se les asignó otro color.

- Se otorgó una primera etiqueta, lo que constituyó el primer sistema de codificación, procedimiento que se describe en la literatura como codificación de I nivel, codificación abierta. Estos códigos habían sido pensados ex ante el trabajo de campo, tratándose de códigos descriptivos.

Se hará una breve pausa para detenerse a explicar brevemente qué se ha entendido como codificación abierta. En esta etapa de la codificación, los datos se “abren” para revelar los los pensamientos, las ideas y significados, potenciales, con el fin de descubrir, etiquetar y desarrollar conceptos e ideas. Es un proceso inductivo que requiere lectura y examen de las unidades de análisis al detalle.

Hecha esta distinción, se continúa con la descripción del proceso:

- Se realizó una codificación axial: cada nueva unidad de análisis se comparó con la anterior y se decidió si expresaba el mismo significado, y por lo tanto se agrupaba junto con la anterior, o correspondía a otro significado distinto, dejándola por separado hasta ser comparado con una nueva pieza de información. Este mecanismo permitió la reducción de datos.
- La reducción de datos ocurrió así: se determinó si cada nueva pieza de información era relevante o no para esta investigación. Los datos considerados como irrelevantes quedaron sin colorear en el documento de Word.
- El análisis de los datos sobre un documento de Word se hizo estrecho, difícil de maniobrar. Se hizo presente la necesidad de contar con un instrumento que permitiera ir visualizando en forma más panorámica las relaciones que empezaban a apreciarse. Se decidió construir una matriz de datos.
- Se ensayaron varios formatos en el programa Excel, hasta que se alcanzó un modelo que, al vaciar en ella las unidades de análisis recuperadas del documento original de Word, permitiera apreciar relaciones entre distintos grupos de información, que empezaban a emerger como categorías y subcategorías. Esta técnica fue crucial para avanzar desde la codificación descriptiva a la

codificación interpretativa. Otro valor que agregó la construcción de la matriz de análisis fue desarticular creencias de la investigadora sobre las relaciones entre algunas categorías, ya que este formato obstaculiza la manipulación de las relaciones según las preferencias del investigador. Las celdas y casillas tienen una coherencia que es visualizable, que no permiten alojar en ellas segmentos de información que no tienen lugar.

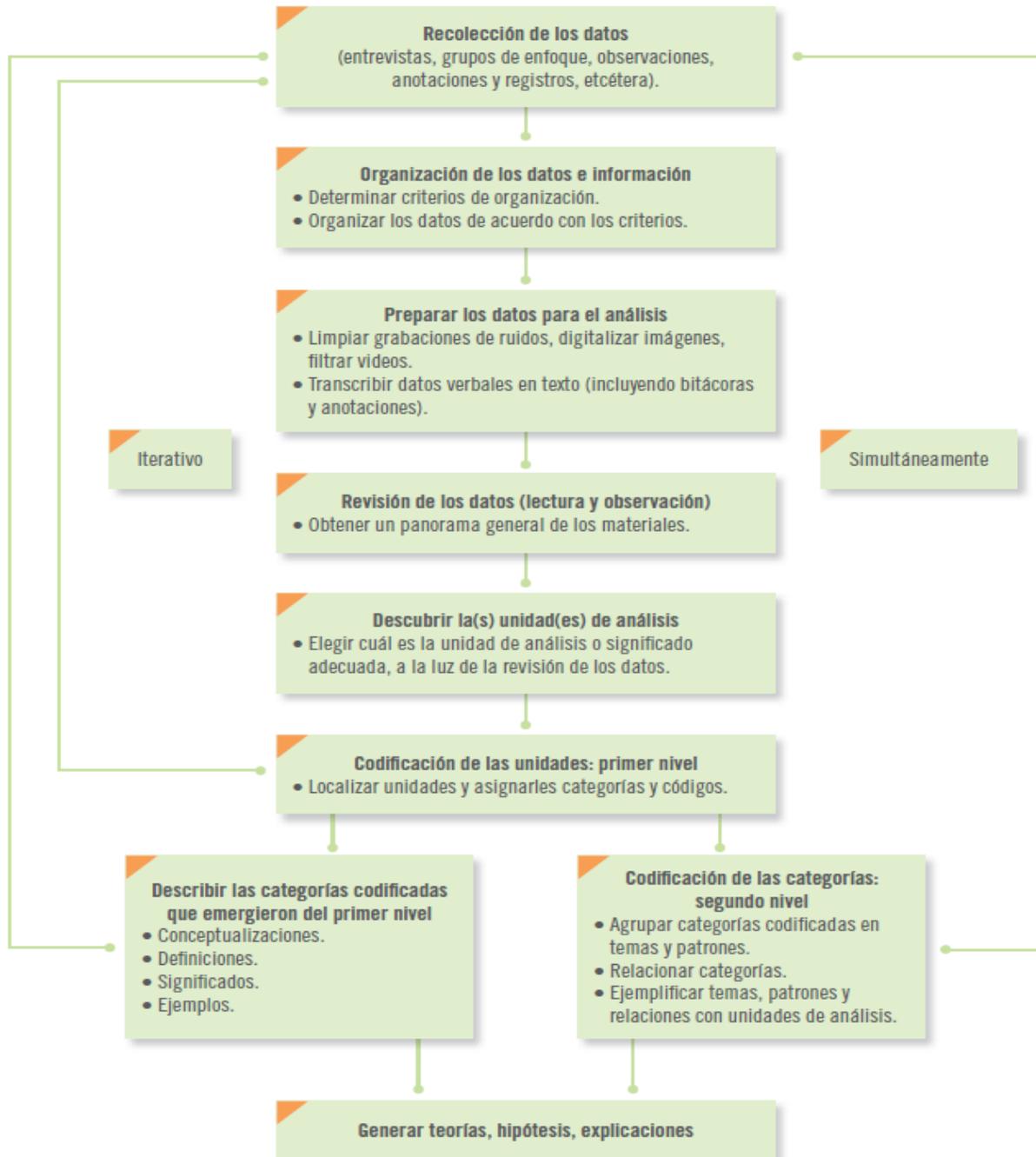
- Se asignaron nuevos códigos a las categorías y subcategorías emergentes. Comenzó a ser difícil mantener un orden estructural y conceptual en los códigos. Se agregaban algunos que luego resultaban inapropiados y había que reformularlos. Para contar con una estructura reguladora que facilitara el análisis de las relaciones se generó un índice de códigos (disponible en Anexo N°7).
- Así se realizó la codificación de segundo nivel: se extrajeron los significados de los datos ordenados, se compararon entre sí, se encontraron nexos, patrones, asociaciones y diferencias, se configuraron marcos explicativos para la interpretación (Ryan y Bernard, 2003), brindando espacio para la reflexión e interpretación profunda de los hallazgos por la investigadora.

En esa etapa del proceso, se completaron las ideas-fuerza, delineadas anteriormente y se les empezó a dar forma de respuesta a las preguntas de investigación. Se configuraron también los posibles aportes al marco referencial desarrollado en el capítulo II. Se consideró entonces que el proceso se había realizado en forma satisfactoriamente rigurosa, y que la información interpretativa generada por el análisis permitía ya, dar cuenta de los resultados. Las fuentes de documentación como transcripciones de entrevistas y matriz de análisis, por su extensión, se han agregado al CD que acompaña este informe de tesis, para consulta y referencia del lector.

Lo que se describió en los párrafos precedentes, es el detalle del proceso de análisis de datos que siguió esta investigación, que se desarrolló dentro de los márgenes de un análisis fundamentado en datos cualitativos, descrito en la literatura.

La siguiente figura resume las etapas de este tipo de análisis, y permite ubicar en él, los pasos aquí efectuados.

**Figura N°11. Proceso de análisis fundamentado en los datos cualitativos**



Fuente: Hernández y otros, 2013.

### 3.6.2. Caracterización de las categorías de análisis interpretativo.

Las acciones realizadas previamente: la revisión de literatura y la configuración de un marco referencial; el conocimiento del ambiente de la investigadora y la recolección y análisis de los datos anteriormente descritos, han permitido levantar las siguientes categorías y subcategorías de análisis interpretativo, que permiten finalmente comprender la red de relaciones de los sujetos de investigación, los estudiantes de quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, con el objeto de estudio, las emociones reconocidas vinculadas a su práctica clínica.

#### Categorías y subcategorías:

- Emoción principal vinculada a su práctica clínica.
  - Emoción principal vinculada a la práctica clínica de partos.
  - Emoción principal vinculada a la práctica clínica de APS
  - Emoción principal vinculada a la práctica de neonatología.
  
- Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a la práctica clínica de partos.
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a la práctica clínica de APS.
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a la práctica de neonatología.
  
- Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en su práctica clínica.
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos de su práctica de partos
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos de su práctica de APS
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos de su práctica de neonatología.

- Emoción vinculada a Docentes de Escuela, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a las Evaluaciones, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a la presencia de Compañeros, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a los pacientes atendidos, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada al lugar físico y transporte, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a su propio desempeño, en su práctica clínica.

### **3.7. Síntesis de Cierre de capítulo III**

Para finalizar este capítulo, se resume que se distinguió el paradigma de base que encuadra esta investigación, el paradigma cualitativo interpretativo; se describieron las características del diseño a emplear, utilizando los procedimientos correspondientes al método de análisis de la teoría fundamentada; se caracterizó la muestra: estudiantes de quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago que hubieran realizado su Internado en el primer semestre del año 2017; se describieron las técnicas de recolección de datos utilizadas, entrevista y grupo focal; se señalaron paso a paso los procedimientos ejecutados para el análisis de los datos y se especificaron las categorías y subcategorías de análisis interpretativo que surgieron de todos estos pasos pormenorizados. Estas categorías son la base sobre la cual se estructuraron los resultados y las respuestas a las preguntas de investigación que se desarrollarán en los próximos capítulos.

En el próximo capítulo, Resultados, Análisis y Discusión, se invita a los lectores a conocer el producto del trabajo informado en las páginas precedentes, la develación de la respuesta a nuestra interrogante sobre las emociones reconocidas por los internos e internas de Obstetricia y Puericultura 2017, vinculados a su práctica clínica.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de los contenidos, obtenidos mediante técnicas de entrevista y grupo focal, realizados con los sujetos de estudio, los internos e internas de la Carrera de Obstetricia y Puericultura que realizaron su práctica clínica durante el 2017.

Para contextualizar, se ha considerado pertinente indicar el momento en que los datos fueron recopilados: el segundo semestre del año académico 2017. Como señala el párrafo anterior, la muestra fue conformada por internos e internas que estaban cursando su práctica clínica durante ese mismo año. Esto significa que al momento de realizarse las entrevistas y el grupo focal, los estudiantes participantes en esta investigación estaban realizando *in situ* uno de los internados que componían su práctica profesional, pudiendo corresponder al área de Partos o de Neonatología. Como se informó en el primer capítulo de este informe, referente a la *complejidad de la investigación*, la entrevistadora es parte integrante del equipo de matronas docentes de APS, siendo la supervisión y evaluación de internos en práctica una de sus funciones permanentes.

Con el propósito de disminuir el sesgo que representaba que la investigadora pudiera corresponder a la misma persona encargada de calificar a un estudiante participante en la investigación, se tomó la precaución que la muestra estuviera conformada por estudiantes que hubieran finalizado su internado de APS durante el primer semestre académico 2017, de manera que al momento de su participación en la investigación, sus procesos evaluativos en esta área hubieran concluido.

Lo descrito en el párrafo anterior fue informado más atrás en este reporte, en el capítulo dedicado al Marco Metodológico, pero se ha considerado relevante recordarlo al inicio del presente capítulo, de manera de evidenciar el breve tiempo transcurrido entre la experiencia vivida por el estudiante y su narración, mientras el recuerdo aún

permanecía en la memoria. Los internos fueron entrevistados acerca de las emociones vinculadas a la práctica clínica recientemente realizada, en sus distintos componentes. Estos tópicos dieron origen a las categorías y subcategorías de interés interpretativo que a continuación se enuncian.

- Emoción principal vinculada a su práctica clínica.
  - Emoción principal vinculada a su práctica clínica de Partos.
  - Emoción principal vinculada a su práctica de APS.
  - Emoción principal vinculada a su práctica de Neonatología
  
- Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica de Partos.
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica de APS.
  - Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica de Neonatología.
  
- Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en su práctica clínica.
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en su práctica clínica de Partos.
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en su práctica clínica de APS.
  - Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en su práctica clínica de Neonatología.
  
- Emoción vinculada a Docentes de Escuela, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a las Evaluaciones, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a la presencia de Compañeros, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a los pacientes atendidos, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada al lugar físico y transporte, en su práctica clínica.
- Emoción vinculada a su propio desempeño, en su práctica clínica.

En las siguientes páginas, se ha abordado ampliamente cada una de las categorías y subcategorías mencionadas en el párrafo anterior. Al interior de ellas, se han descrito las características del componente específico de la categoría y se han insertado unidades de contenido, provenientes de la matriz de datos, indispensables para ilustrar el levantamiento de las ideas - fuerza resultantes.

Para incorporar una unidad de análisis proveniente de un hablante, se ha utilizado el código asignado para ese entrevistado en particular, que forma parte del *Índice de Códigos*, en el Anexo de este informe. De esta manera, se aseguró el anonimato de las personas que conformaron la muestra.

#### **4.1. Resultados y Análisis.**

Los resultados y análisis se han presentado según la categoría interpretativa a la que refieren.

##### **4.1.1. Categoría: Emoción principal vinculada a su práctica clínica**

Esta categoría fue generada a partir del análisis de las respuestas a la primera pregunta de la entrevista: *Cuando te mencioné que conversaríamos sobre las emociones que sentiste en tu internado 2017, ahora, al recordar esas emociones, ¿cuál internado se te viene a la cabeza?* Los entrevistados aludieron a una de sus tres prácticas clínicas, Partos, Neonatología o APS. Esto dio paso, en esta categoría, a tres sub categorías, que corresponden a las distintas áreas a las que los entrevistados dirigieron sus respuestas.

##### **4.1.1.1. Emoción principal vinculada al Internado de Partos.**

Se ha comenzado por refrescar algunas características básicas de esta práctica. El Internado de Partos se realizó durante seis semanas consecutivas, durante

las cuales los internos e internas de la carrera de Obstetricia se integraron a un equipo de trabajo intrahospitalario, que prestaba atención de pre-partos y partos, en una maternidad pública de la región Metropolitana, en régimen de cuarto turno. Esto significa que trabajaban doce horas en turno diario un día, al siguiente trabajaban doce horas en turno noche, y luego de esto disponían de cuarenta y ocho horas libres, para incorporarse nuevamente a su siguiente turno diurno.

A lo largo de este tiempo, estuvieron a cargo de una matrona/matrón, que tenía como responsabilidad facilitar el aprendizaje, orientando y corrigiendo su conducta profesional. Al final de la sexta semana, los matrones evaluaron y calificaron a los estudiantes, quienes debían obtener una nota superior a 4.0 para aprobar este internado. Si el estudiante reprobaba esta evaluación, significaba que debía realizarla nuevamente, al final del año 2017, en un tercer semestre.

De los nueve entrevistados, cinco de ellos se refirieron al internado de Partos como práctica que les generaba la emoción más intensa y la que primero recordaban. Un emisor se refirió primero a su práctica de Partos, y continuó más adelante relatando su práctica de APS, que se incluyó en la correspondiente subcategoría.

A través de los siguientes relatos, se ha podido apreciar su experiencia emocional:

- *"¡Me daba rabia!, le doy un ejemplo en particular: ellos, el sulfato lo hacían de una forma porque la bomba no tenía el 0.5, y la matrona no sabía que ellos lo hacían así porque la bomba no tiene el 0.5, o sea yo (ríe)quería explicarle a ella porque lo hacían así, y en verdad quizá no debí hacerlo pero...nooo, **lata**...me retaron, me dijeron que dónde estaba estudiando y yo le dije "pucha acá lo hacen de esta manera por un tema de la bomba solamente", entonces me quedó mirando ¡y ya, se fue!, entonces en ese momento **me daba rabia**"(INT1OBS).*

- "Las primeras semanas fueron **muy difíciles**, parto es un internado **demasiado angustiante**, entonces me lo tomé como pasos a seguir, en lo que tengo que hacer, no me fui tanto como por el instinto, era como tengo una paciente hipertensa, es esto, esto y esto lo que tengo que hacer, entonces me fui haciendo una pauta mental y eso me fue favoreciendo, pero si hubieron situaciones por las que **quería puro salir arrancando** y no volver más, **quería un baño y encerrarme y gritar, llorar y salir como si nada**" (INT3OBS).
- "Me frustra un poco ver el manejo, el trato que se tiene con los alumnos, los internos, por parte de los profesionales, **me costaba mucho ir a los turnos, desmotivado**, pero igual tenía que ir poh, igual no es como opción no ir"(INT6OBS).
- "**Miedo**, pero creo que está asociado todo a los recuerdos y experiencias de los año anteriores, **de mucha inseguridad, de mucho miedo**. Nos preparan ya metiéndonos un poco de miedo, diciéndonos que ya somos internas, que tenemos otra responsabilidad, que no es lo mismo que el año pasado en cuarto, entonces **uno ya va asustada**, que te suban esa presión psicológica, entonces **uno va con más miedo** de enfrentar la situación, partos necesita un refuerzo positivo constante, porque **uno siempre está con miedo haciendo las cosas**, como que nadie te refuerza que lo estás haciendo bien, que te haga sentir "ya, no lo estoy haciendo tan mal", porque la mayoría piensa constantemente que está metiendo la pata o la está embarrando. Yo de verdad me cuestioné si de verdad yo quería esto toda mi vida, de estar en este ambiente de presión psicológica constante"(INT8OBS).
- "**pésimo, no quería ir...**me voy a poner a llorar, qué **lata** (ríe y sus ojos se llenan de lágrimas)...**eh mal, la pasé mal**, de hecho salí con la sensación de que no quiero dedicarme a partos, **sentía miedo, como más miedo, si**" (INT4APS).

Como se ha ilustrado, todos los entrevistados que se refirieron a su internado de Partos como aquel que les generaba el recuerdo emocional más intenso, manifestaron emociones del ámbito de la Rabia, la Angustia, la Frustración y el Miedo. Esto levanta una significativa idea fuerza: la práctica de Partos trae a la memoria de los internos/as emociones intensas percibidas como no gratas. Aparece el término *lata*, utilizado probablemente como sustituto.

A excepción de un caso, quien expuso únicamente la emoción que le había generado la práctica de partos, los otros cuatro hablantes, una vez nombrada la emoción principal, inmediatamente abundaron en detalles acerca de los motivos por los cuales se sintieron así, los pensamientos que ocuparon su mente y las acciones que generaron esas emociones en ellos, sin una pausa para explorar la emoción sentida. Aquí surge una segunda idea fuerza: los internos/as no se detienen a explorar lo que sienten, sino más bien generan automáticamente una narrativa desde lo que piensan.

Puede agregarse como una tercera idea fuerza, que la intensa emoción no grata que genera el recuerdo de la práctica de Partos influye en el rechazo a considerar esta área de la Obstetricia como alternativa en su futuro laboral.

Todos los internos cuyos relatos se ha analizado, aprobaron esta Unidad, y estaban en conocimiento de ello al participar de la entrevista, lo que permite subrayar que las emociones no gratas recordadas son independientes del resultado académico obtenido, en esta subcategoría.

#### **4.1.1.2. Emoción principal vinculada al Internado de APS**

Se recuerdan, en primera instancia, algunas de las características más relevantes de esta práctica clínica. El Internado de APS se realizó durante seis semanas consecutivas, durante las cuales los internos e internas se integraron a un equipo del CESFAM, compuesto por matrona/ón, asistente social, enfermera/o,

psicóloga/o, médico y técnico paramédico, a cargo de la atención de salud de las personas correspondientes a un sector específico del territorio, otorgando prestaciones correspondientes al Programa de Salud de la Mujer, tanto dentro del box como en los espacios comunitarios. Su horario era de lunes a viernes desde 8.00 a 17.00 horas.

Al igual que en la práctica de Partos, las internas/os, estuvieron a cargo de una matrona/matrón, cuya responsabilidad era facilitar el aprendizaje, orientando y corrigiendo su conducta profesional. Los requisitos de aprobación fueron los mismos mencionados anteriormente.

De un total de nueve entrevistados, tres de ellos se refirieron al internado de APS como práctica que les generaba la emoción más intensa y la que primero recordaban. Uno de ellos se refirió a Partos en primer lugar, y luego continuó el relato acerca de su práctica de APS, que aquí se expone.

Su experiencia emocional puede visualizarse en los siguientes discursos:

- **“Felicidad** yo creo, me sentí súper, yo soy una persona súper positiva, entonces trato de recordar lo positivo no más”(INT1OBS).
- “La pasé la raja, como que me sentía bien, **me sentía alegreyendo** a las prácticas, era una sensación rica, distinta a otros internados, me sentía bien de ánimo ¡ya, voy a ir al consultorio!, se me pasaron súper rápido las seis semanas, muy rápido” (INT4APS).
- **“Me gustó mucho APS**, le tengo más cariño, **me siento máscómoda**, me surgen mis conductas de matrona en APS, ese es como mi objetivo, llegar a ser matrona de APS”(INT2APS).

- “Tuve altiro una experiencia **frustrante** para mí, porque reprobé el internado, ese es el primero que se me viene a la cabeza. Fue para mí...**lata**, porque venía como con todas las ganas de echarle pa delante en el año y por distintas razones no logré terminar bien ese internado, y eso es lo que más prima en mi experiencia, la sensación de **frustración** que me quedó”(INT9APS).

En esta subcategoría, las hablantes recordaron emociones gratas, expresando Sentirse Bien, Alegría, Felicidad y Cariño, a excepción de una de ellas, que nombró su emoción principal como Frustración, relacionándola directamente con un resultado académico insatisfactorio. Se repite el término sustituto *lata*.

La idea fuerza que emerge del análisis de contenido es que las internas a cuya memoria acudió el internado de APS como el primero y más intenso, revelaron emociones gratas.

#### **4.1.1.3. Emoción principal vinculada al Internado de Neonatología**

De la misma manera como se han recapitulado algunas características de los internados de Partos y APS, se especifican ahora las de Neonatología. Este internado se realizó también durante seis semanas consecutivas, durante las cuales los internos e internas se integraron a un equipo de trabajo intrahospitalario, rotando por las unidades de atención inmediata, cuidados intermedios, cuidados intensivos y puerperio, en un servicio público de la región metropolitana. El horario corresponde a régimen de cuarto turno, que ya ha sido explicado. En esas seis semanas estuvieron a cargo de una matrona/matrón clínico que tenía a su cargo las mismas responsabilidades docentes ya enunciadas en las prácticas de Parto y APS, y los estudiantes debían cumplir los mismos requisitos de aprobación.

De los nueve entrevistados, dos de ellos aludieron a su práctica de Neonatología como aquella que les generaba la emoción más intensa y la que primero recordaban.

Los fragmentos de relato que se exhiben a continuación grafican su experiencia emocional:

- “Antes de empezar el internado **tenía mucho miedo**, era mi primer internado, **estaba súper insegura** de lo que sabía, sentía mucha inseguridad con el rol de interna, tenía miedo de llegar allá y **no ser suficientemente competente** para ser una niña de 5to año que estaba a punto de salir y de ser matrona, pero una vez que estuve adentro, iba estudiando y me iba acordando de todas las cosas que me tenía que acordar, ya me sentía como mucho más segura, **pero siempre sentía como que quería que se acabara**, quería que terminara pronto, **terminar con ese agotamiento de pensar**, la verdad es que quería...la sensación que tengo siempre es de terminar” (INT5NEO).

Más adelante en la entrevista, el mismo hablante, INT5NEO, señala:

- “**Me daba lata hacer todo**, me daba lata hacer examen físico (ríe), **me daba lata todo todo**, todo lo que tenía que ver con el área me daba lata, me quedaba ahí pensando entre mí: **quiero irme, quiero irme, quiero irme**” (INT5NEO).
- “A mí no me llamaba mucho la atención la Neo, entonces para mi sentirme así **fue una sorpresa**, que yo pensé todo lo contrario, quizá iba a estar con un poco de **lata**, iba a estar no tan motivada para hacerlo y fue todo lo contrario, **me enamoré** de esa práctica y ese es el que más me acuerdo”(INT7NEO).

En esta subcategoría, las dos entrevistadas señalaron emociones distintas entre sí respecto de la misma práctica. Una de ellas nombró Miedo e Inseguridad, y por medio de su lenguaje no verbal dejó entrever Ansiedad por que acabara pronto la práctica. También utilizó el término *lata*. Muy distinta fue la apreciación que hace de la experiencia la siguiente entrevistada, quien terminó mencionando que se *enamoró* de este internado, lo que indica una emoción intensamente grata. Ambas aprobaron su

práctica clínica, por lo que sus relatos no estuvieron supeditados al resultado académico obtenido.

Se observó nuevamente un fenómeno descrito en la primera subcategoría: una vez identificada la emoción, automáticamente la persona continuó con una detallada descripción de motivos y justificaciones, primando el pensar por sobre el sentir, lo que nutre esa idea fuerza ya señalada.

La segunda idea fuerza que se obtiene a partir de estos relatos es que no hay un punto de coincidencia entre las emociones sentidas por las internas en la práctica de Neonatología, sino más bien, se oponen.

A manera de síntesis, esta categoría *Emoción principal vinculada a la práctica clínica*, se fraccionó en tres subcategorías, cada una de ellas aludiendo al internado que fue recordado más intensamente por los estudiantes. Son notorias las diferencias en las emociones recordadas vinculadas a la práctica de Partos y APS, las primeras generando potentes emociones no gratas, la segunda apuntando al espectro de la felicidad. Esta noción permitirá configurar consistentes conclusiones en el capítulo correspondiente.

#### **4.1.2. Categoría: Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica.**

En esta categoría se buscó que los entrevistados describieran la percepción corporal de la emoción principal vinculada a la práctica clínica a la que se había referido en la categoría anterior. La pregunta *¿En qué parte de tu cuerpo percibes la emoción que sentiste al recordar tu práctica clínica?, indícame*, fue formulada al final de la entrevista, una vez que los estudiantes ya estaban inmersos en la exploración de su mundo emocional. A la pregunta se le agregó la indicación de apuntar la manifestación de la emoción en su cuerpo, como un pie forzado para la conexión con la sensación

física y no con el pensamiento, pues como se señaló en la categoría anterior, la investigadora había encontrado dificultad en los entrevistados para mantener el foco en sus emociones, más que en hechos y circunstancias.

Como esta categoría está relacionada con la anterior, también ha dado origen a subcategorías, que corresponden a las distintas prácticas clínicas: Partos, APS y Neonatología

Lo que se presenta a continuación, es tanto la descripción de las manifestaciones físicas de las emociones relatadas por los entrevistados, como la información registrada en memos por la investigadora, acerca del lenguaje no verbal observado en el momento.

#### 4.1.2.1. Manifestación física de la emoción principal vinculada al Internado de Partos.

Para cada situación, se describe el contenido consignado en los memos:

- “¿Internado Partos?, ¡acá! (se agarra la frente y suspira), **dolor de cabeza**, ese toque, varias veces llegué a mi casa con dolor de cabeza, era una **tensión acá atrás** (se toca las cervicales), **esa respiración así como ¡fiuuu!** (resopla), como que a veces me sale del alma” (INT1OBS).

*Memo1INT1OBS: La entrevistada es muy expresiva. Su voz en todo momento es enérgica, su relato rápido, su tono de reclamo, su mirada directa y la boca tensa. La emoción identificada en la categoría anterior fue Rabia.*

- “Yo soy mucho de que **transpiro y me pongo roja**, y **a lo más empiezo a tiritar**, pero...eso...**nudo en la garganta**, transpirar, me vienen **cólicos y retorcijones** días antes, y **me enfermo mal, caigo a la cama**, yo creo que de puro nervio, **me enfermo de colon**, nooo, mal” (INT3OBS).

*MemoINT3OBS: Su voz es tranquila, mantiene su expresión corporal bajo control. Aprecio una disposición muy cerebral y controlada, no apunta en su cuerpo sensaciones físicas. La emoción nombrada en la categoría anterior fue Angustia.*

- “Yo me acuerdo que se me **apretaban los músculos**. Cuando estoy tenso, los **hombros se me ponen rígidos**(sonríe, sube los hombros). Los hombros son como lo inicial, porque cuando me ponía tenso, claro, parte por los hombros pero **después empiezo a sentir tenso todo el cuerpo**. Mientras me estaban hablando, claro, yo no podía decir nada, no podía expresar nada, solamente podía decir - bueno, no lo voy a volver a hacer, lo voy a corregir - pero **mi cuerpo se tensaba mucho**”. “No podría explicar exactamente dónde, pero **sentía una cuestión aquí en el pecho** (toca su pecho con la mano extendida), no era agradable” (INT6OBS).

*MemoINT6OBS: Mientras contesta la pregunta, masajea su cuello y la parte superior de su espalda. La emoción que nombró en la categoría anterior fue Frustración.*

- “Como que me, como que **me dan ganas de llorar, se me aprieta el estómago**”. “Por ejemplo **a mí me dolía** (ríe), porque yo soy así como muy sentimental, que me dijeran que no había estudiado, o que éramos flojas, como generalizando, eso a mí **me dolía**”. “El miedo **me da así como pena**...que al final como que **me voy quedando callada** como le dije, como que **me guardo todo y me reservo y me estreso** y al final **empiezo a hablar menos**, como que llego a la casa, como y me acuesto y al otro día voy a turno y así como que **me hago monótona**” (INT8OBS).

*MemoINT8OBS: Me transmitió su Tristeza, a pesar que la emoción que ella había identificado en la categoría anterior fue Miedo. Su voz tiene un volumen bajo, y en efecto se vuelve lenta y monótona, como una letanía.*

- *"Estoy todo el rato con las manos (las entrecruza, descruza), no sé qué hacer, miro para todos lados, el miedo **me paraliza un poco**, la sensación **la siento ahora en las manos**, como ganas de pegarle a alguien"(INT4APS).*

*Memo1INT4APS: Esta interna había señalado el Miedo como la emoción principal del Internado de Partos. Lloró, su cuerpo se retrajo sobre la silla y escondió los pies al recordar los momentos de miedo más intenso.*

De esta subcategoría, se puede extraer una idea fuerza. Las emociones nombradas como Rabia, Angustia, Frustración y Miedo, generaron en los entrevistados manifestaciones físicas como dolor, temblor, tensión y rigidez muscular, cólicos, opresión, silencio, monotonía y sensación de parálisis.

#### **4.1.2.2. Manifestación física de la emoción principal vinculada al Internado de APS.**

De igual manera que en la categoría anterior, una de las entrevistadas aludió primero a su Internado de Partos, y luego continuó con el relato de la práctica de APS, que aquí se exhibe:

- *"El internado de APS profe...¡aayy acá! (se agarra el pecho con las dos manos), ¡hasta se me apretó el pecho!, **yo lo llevo en mi corazón**, yo feliz ahí, paso por afuera en micro a veces y digo ¡ahí está mi consultorio, mi consultorio!" (INT1OBS)*

*Memo2INT1OBS:En esta parte de su descripción, su voz es suave y cadenciosa; sus ojos se humedecen, su sonrisa es amplia y su cara relajada, consistente con el recuerdo de una experiencia altamente gratificante. La emoción principal vinculada al Internado de APS, identificada en la categoría anterior, fue Felicidad.*

- “Como que me da una sensación acá, **en la cara, es como...sonreír**, me pone más contenta, es que la verdad la pasé muy bien” (INT4APS).

*Memo2INT4APS: Esta interna había revivido el Miedo, como emoción principal vinculada a su práctica de partos. La manifestación física del miedo fue intensa. La investigadora, luego de unos minutos de contención y acogida, situó a la entrevistada nuevamente en su práctica de APS, cuya emoción principal había sido la Alegría, de manera de alivianar la carga emocional y propiciar un término reconfortante de la entrevista.*

- “Me siento **relajada, cómoda**, en general, ando bien”(INT2APS)

*MemoINT2APS: La emoción identificada en la categoría anterior fue Cariño.*

- “Es **como silencio**, o vacío, más que nada silencio“. “La **sentía en el pecho, las ganas de llorar**, la pena es una opresión menor en el pecho, porque para mí todas las emociones están ligadas a la zona deltórax, es como menos fuerte. La tristeza es cuando ya el llanto es incontrolable, cuando la **opresión en el pecho** es mucha“. “Con la **penacasi me cuesta moverme, me duelen los hombros, las piernas me duelen**, como que **tuviera menos fuerza para sostener mi cuerpo**, cuando llego a la casa quiero estar acostada todo el tiempo posible” (INT9APS).

*MemoINT9APS: Esta entrevistada no sólo logró identificar el componente físico de la emoción recordada sino distinguir matices. Puede describir con detalles cómo valoraba la pena y la tristeza, en su sentir, una más intensa que la otra. Señaló con claridad la necesidad de reposo para su cuerpo que sentía debilitado y vaciado de energías. La emoción principal vinculada a la práctica de APS fue Frustración.*

En esta subcategoría, una idea fuerza que surge es que las emociones nombradas como Felicidad, Alegría y Cariño, resultan en manifestaciones físicas de

relajación, comodidad y sensación de bienestar percibida en el tórax, nombrado como *el corazón*. La emoción identificada como Frustración se percibe como vacío, falta de energía y nuevamente, opresión y silencio, coincidentemente con lo manifestado por los entrevistados en la subcategoría anteriormente analizada.

#### 4.1.2.3. Manifestación física de la emoción principal vinculada al Internado de Neonatología.

- ***“Me dolía mucho la cabeza, empiezo a irme pah dentro y no exteriorizo nada. Era taquicardia súper súper brígida. Sentía que me estaba ahogando, sentía que necesitaba una bolsa de aire aquí en la boca para respirar un poco mejor, ahora que lo estamos conversando lo siento como en el pecho y la guata, como atrapado”, “yo llegaba a mi casa y decía - ojalá me diera una gastritis fulminante y no poder ir al turno, no quiero ir, no quiero ir, no quiero ir, me sentía muy cansada, mucho sueño” (INT5NEO).***

*MemoINT5NEO: Las sensaciones aquí descritas son similares a una crisis de pánico. Una de las expresiones más utilizadas durante la entrevista por la emisora, me quiero ir, revelan su intenso deseo de arrancar. La emoción principal vinculada al Internado de Neonatología fue Inseguridad y Angustia.*

- ***“Yo soy como estresada en sí, sufro del colon, entonces me pasaba mucho que cuando me ponía muy nerviosa me dolía la guata, me daban todos esos síntomas, como contracturada muscularmente, y eso no me pasó en este internado. No sentía malestares, no me sentía pesada, no me dolió la guata, en general me sentía tranquila y también no tan cansada”. “Siento que lo tengo guardado como en el tórax, acá (señala el pecho), acá, totalmente” (INT7NEO).***

*MemoINT7NEO: Señala más bien ausencia de manifestaciones físicas molestas, su expresión facial, ojos vivaces, tono de voz y postura relajada denotan tranquilidad. La emoción principal vinculada a la práctica de Neonatología fue Enamoramiento.*

La idea-fuerza que se desprende al integrar estas tres subcategorías, es que al recordar las emociones sentidas, estas se revivieron en tiempo real en los cuerpos de los hablantes. Como se mencionó anteriormente, en el párrafo introductorio a esta categoría, la investigadora había encontrado, al inicio de la entrevista, dificultades para que los emisores se enfocaran en la experiencia emocional y no en la narrativa. Al término de la entrevista, las emociones eran manifiestas, con un lenguaje no verbal muy coherente. En algunos casos fue necesario abrazar y realizar ejercicios respiratorios con los participantes antes de que se retiraran de la sala, para facilitar el flujo de las emociones en un espacio seguro, y agradecer explícitamente por compartir su sentir íntimo.

En resumen, la categoría *Manifestación física de la emoción principal vinculada a su práctica clínica* dio origen a tres subcategorías, dependiendo del internado al cual, en la categoría anterior, los estudiantes hubieran hecho mención. Nuevamente, se observan profundas diferencias entre las emociones recordadas vinculadas a la práctica de Partos y APS. La primera, originando dolor, temblor, tensión y rigidez muscular, cólicos, opresión, silencio, monotonía y sensación de parálisis en los cuerpos de los hablantes. La segunda, relajación, comodidad y sensación de bienestar, manifiestas en el momento en que los estudiantes las revivieron.

#### 4.1.3. Categoría: Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en una de sus prácticas.

Esta categoría perseguía identificar las emociones de los entrevistados vinculadas a las/losmatrones clínicos, bajo cuya supervisión desarrollaron su internado. Como se señaló en el capítulo Marco de Referencia, existen matrones clínicos pertenecientes a la dotación de los establecimientos en convenio en que se realizaron las prácticas, a cargo tanto de la docencia directa de los internos como de su evaluación, siendo esta aprobatoria o reprobatoria para los estudiantes.

Se ha seguido la misma lógica de las categorías anteriores para presentar los resultados, en subcategorías que discriminan el área en que se realizó la práctica clínica: Partos, APS y Neonatología.

##### 4.1.3.1. Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en la práctica de Partos.

Las emociones que emergen en los entrevistados vinculadas a los matrones clínicos con quienes estuvieron a cargo en su Internado de Partos, se vislumbran en las siguientes unidades de contenido.

- *"Terrible, terrible, **turno del terror**, así le dicen (ríe)" (INT1OBS).*
- *"**Era una angustia**, una angustia como el típico nudo en la garganta, quiero un baño y **encerrarme y gritar**"(INT3OBS)*
- *"**Me frustra** por ejemplo el hecho de saber que estoy haciendo las cosas bien, o como se debería hacer, y por ello **me retien** o no me lo permitan seguir haciendo más" (INT6OBS).*

- *"Tenía mucho miedo, miedo a equivocarme, a hacer las cosas mal. Me da miedo hacer las cosas porque me pueden retar, porque no es como ellos quieren, estoy todo el rato como ¡ay!, ¿lo estaré haciendo bien, será como a ellos les gusta o me van a retar?"*(INT8OBS).
- *"Era un turno de mierda, lo pasábamospésimo, no queríamos ir", "(el miedo) fue permanente durante todo el internado de parto, hasta el último turno, de hecho, era así como vámonos,vámonos,vámonos, entreguemos turno y vámonos. "(Cuando terminó) fue como un peso menos, como que me hubieran sacado la mochila con piedras, no la pasamos bien" (INT4APS).*

Se identificó principalmente Miedo a ser castigado, incluso directamente agredido, como se exhibe a continuación:

- *"Ellos te tratan...un poco mal, una siempre está con el miedo de qué hice mal, chuta, me equivoqué", "me sentía asustada, como que va a pasar algo malo, me van a retar" (INT4APS).*
- *"Los matrones clínicos tampoco digamos que son lo más docente (ríe), ellos tienen una actitud bien desafiante, bien amenazadora. A mí me agarraron las manos, no tan fuerte porque yo le quité las manos cuando estaba suturando, gracias a dios no me dejó moretones", "uno no se quiere sentir amenazada en un internado" (INT1OBS).*

Se observó también Rabia e Impotencia:

- *"Yo encontraba tanta injusticia que trataba de defenderme, son ganas de demostrarles a ellos que lo están haciendo mal, recuerdo que una vez llegué llorando a mi casa, pero más que pena es rabia, es ganas de demostrarles a*

ellos que lo están haciendo mal, **¡pero uno no puede, no puede de ninguna forma!**" (INT1OBS).

- "Uno se tiene que adaptar al ambiente y **conocer las mañas de cada matrón**. Son cosas demasiado ambiguas que finalmente es como ya, estoy con tal matrón y **tengo que hacer las cosas así, pero no porque yo las quiera hacer, sino para no tener problemas**" (INT3OBS).
- "El problema es que **no tenemos el peso suficiente** para decir - es mi paciente, la estoy viendo yo, permítame hacerlo como yo lo estoy haciendo, **me frustraba** el hecho de saber que **yo lo estaba haciendo bien, que yo sabía** que así se hacía. Más que nada **era rabia e impotencia**, es parecido a **cuando alguien te está mintiendo y tú sabes que te está mintiendo**" (INT6OBS).

La idea fuerza resultante del análisis de los relatos expuestos es que las emociones referidas por los internos acerca de los matrones clínicos del internado de Partos fueron de tipo *no gratas* con señales de intenso malestar, tales como Miedo, Rabia, Angustia, Impotencia y Frustración.

Otra idea fuerza que se infiere de esta subcategoría es que la Rabia e Impotencia están asociadas al acto de consentir, obedecer y callar, aun cuando su propio criterio discrepara.

#### 4.1.3.2. Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en la práctica de APS.

- "**Nos llevábamos bien con todo el equipo del sector verde del que yo era**", "**la pasé súper bien, me adecué súper bien a la forma de trabajo, con la gente que trabajaba, con los TENS, con las matronas, con el odontólogo que estaba al lado, la nutri, con todos. El último día me hicieron un almuerzo, entonces que**

*todos se hayan hecho el espacio para almorzar conmigo, en una sala de 2x2, entonces uno dice ¡si poh!, **fue bacán**" (INT1OBS).*

- *"**Me integraron**, fui parte de una alianza para el aniversario, ¡fue bacán!, la pasé la raja, me dejaban sola, era una más...porque me acogieron, me trataron como una matrona más, me daban toda la facilidad, no era una interna, era "x la matrona" por así decirlo, me sentía bien de ánimo, ¡voy a ir al consultorio!, se me pasaron súpperrápido las seis semanas, muy rápido" (INT4APS).*
- *"**Siempre se genera un vínculo un poco más fuerte, (los vínculos) son algo agradable, más que nada seguridad** porque sentía que había un profesional al lado mío en el momento, siempre me estaba observando lo que yo estaba haciendo" (INT2APS).*
- *"Para mi habría sido mejor alguien un poquito más cercano, él (matrón) **era igual un poco distante, como que nunca logré conectar con él. Me sentía distante**, estábamos de repente no sé...haciendo estadísticas, y **estábamos callados, los dos, y no había mayor interacción**", "(faltó) quizá...un poco más de feeling, de cercanía, de contacto, no de abrazos ni besos, pero más apoyo...**me pasaba que me sentía un poco sola**, a pesar de que él estuviera ahí"(INT9APS).*

Una idea fuerza entendida en esta subcategoría, es que las emociones son percibidas como gratas cuando traen a la memoria la sensación de integración y pertenencia, de vínculo, a un equipo de trabajo. Por el contrario, se siente *soledad* cuando esta integración no ocurre y la sensación recordada es de distancia y silencio.

Una segunda idea fuerza que se infiere es que las emociones gratificantes están vinculadas a la posibilidad, entregada por los matrones clínicos, de tomar sus propias decisiones y alcanzar un desempeño autónomo.

#### 4.1.3.3. Emoción vinculada a Matrones Clínicos, en la práctica de Neonatología.

- **"Me integraron súper bien, ellos confiaban en lo que yo hacía, me mandaban a hacer procedimientos sola", "bacán, muy bacán, ellos te guían, te llevan bien, incluso una matrona que era súper seca, la jefa, tampoco tenía dudas de mí, entonces yo me sentí bien de estar dentro de ese ambiente, trataba de desarrollarme lo mejor posible, andaba para todos lados, para allá, para acá, me sentía bien porque ellos me retribuían en forma positiva"** (INT5NEO).
- **"Me sentí muy integrada al equipo, entonces eso me generó sentirme parte y no ser excluida como interna sino de verdad sentirme parte de ellos", "tenía la confianza que me iban a dejar hacer las cosas, que me iban a dejar hacerlo como yo pensaba que estaba bien, quizá ellos me corrigieron en algunas partes, pero en general me dejaron ser, eso fue, me dejaron ser, me desenvolví muy bien, me sentí muy cómoda, no me sentí nerviosa. Tenía confianza de saber que a lo mejor me voy a equivocar y no voy a tener un reto de por medio, o quizás me van a mejorar, me van a hacer críticas, pero constructivas, en ningún momento me van a tratar mal o a denigrarme"** (INT7NEO).

Las ideas fuerzas que se derivan de esta subcategoría son similares a la anterior. La emoción grata que surge del recuerdo de los matrones clínicos, que les resulta estimulante y les genera confianza, es la pertenencia a un equipo de trabajo y la posibilidad de actuar como profesionales autónomos. En ambos relatos, la retroalimentación por parte del equipo les parece necesaria, y se sienten bien cuando esta se realiza de forma positiva, sin temor a ser castigados.

Esta categoría, *Emoción vinculada a matrones clínicos, en una de sus prácticas*, fue la última en la cual los estudiantes requirieron contar su experiencia emocional específicamente atribuida a una práctica en particular, o Partos, o APS, o Neonatología.

Hasta aquí las diferencias encontradas en cada una de ellas son tan relevantes como para constituir las distintas subcategorías más arriba explicadas. A partir de la próxima categoría, no se descubrieron diferencias notables entre las emociones reconocidas en los distintos internados.

#### **4.1.4. Categoría: Emoción vinculada a Docentes de Escuela, en una de sus prácticas clínicas.**

Como ya se ha descrito, los académicos pertenecientes a la Escuela de Obstetricia realizan docencia clínica a los internos. Existen equipos conformados por distintas matronas y matrones docentes para las prácticas de Partos, Neonatología y APS, quienes realizan visitas de supervisión a los estudiantes en los establecimientos donde realizan sus prácticas clínicas, en fechas conocidas con antelación. Durante estas visitas acompañan, orientan y/o corrigen su desempeño clínico. Finalmente, cerca del final del período, los evalúan. Sus evaluaciones son de carácter aprobatorio, al igual que los matrones clínicos.

Como ya se mencionó, en esta categoría no se encontraron diferencias entre las distintas áreas clínicas de Partos, APS y Neonatología, por lo cual, los contenidos de sus relatos se han ilustrado indistintamente, sin utilizar subcategorías por áreas.

- *"La profesora a cargo de formarte también te apoya, entonces...**me sentía mucho más relajado** en realidad cuando estaba la profesora, en realidad buenos recuerdos"(INT6OBS).*
- *"Se sentía el apoyo, te daban seguridad, **uno se sentía más empoderada** por así decirlo" (INT4APS).*
- *"Uno tiende a sentirse **más cómoda con ellas**, y a contarles todo lo que pasa en el turno, y ellas lo reciben de otra forma, le puedo contar a las profes lo que*

*pasa ahí y no me van a decir nada, tranquila, piola, entonces **yo sentía también un apoyo en ellas**, no me daba miedo, **me sentía cómoda, me gustaba que fueran las profes**"(INT5NEO).*

- *"**Mucha tranquilidad**, a pesar que iban a evaluar, me daban también la confianza de expresarme tal cual me saliera en ese momento", "**yo iba muy tranquila** cuando ellos nos visitaban, eran muy flexibles y bien comprensivas, en el sentido de que saben que todavía estamos en un proceso de aprendizaje y que podemos equivocarnos, y eso también genera que **uno no tenga miedo** de hacerlo"; "sentí que si bien me fueron a evaluar dos personas distintas, en general era lo mismo, no había diferencias, y eso de repente pasa, uno siente que con un profesor u otro pueden haber diferencias por un tema netamente de personalidad, pero ahí note yo como el profesionalismo de hacer las cosas igual para todos"(INT7NEO).*

Del análisis, puede desprenderse como una idea-fuerza que las emociones vinculadas a sus docentes fueron principalmente la Tranquilidad y la Comodidad. El apoyo sentido durante las visitas les otorgó seguridad y empoderamiento en su rol.

- *"Yo con la docente X me sentía mejor, **más tranquila**, era menos la presión, estaba **más confiada**, yo creo que es **porque la conozco más** , porque es una **docente más cercana** (ríe) y a pesar de que me estaba evaluando, que estaba este tema de nerviosismo, me sentía más tranquila" (INT9APS).*
- *"La primera vez, fue la profe X, que es conocida como la que **da más miedo**. Yo ya me había echado un internado antes, y fue justamente con ella, entonces estaba igual un poco temerosa cuando me dijeron que iba a ir ella, así como - tengo mucho miedo, mucho miedo, mucho miedo (hace mímica de parálisis) pero cuando fue la profe al final, ya estaba entregada, **sabía que ya me conocía**"(INT4APS).*

- *"Tenemos un seguimiento, se genera igual **más confianza** a la hora de evaluar. Las profes nuevas generan una expectativa...no sé...¿cómo será la profe?, uno le pregunta a los mismos compañeros - ¿cómo te fue con la profe, cómo era?, entre nosotros mismos nos vamos generando tips - no, a la profe le gusta que tu digai esto así...nos preparamos para eso" (INT2APS).*

Una segunda idea fuerza levantada del análisis es que las emociones de Tranquilidad y Confianza están asociadas por algunos entrevistados, al hecho que sus matronas/es docentes les sean conocidas, que hayan estado presentes en otros momentos en su carrera, lo que les entrega conocimientos acerca de sus características.

- *"La docente siempre **está como evaluando**. La primera vez que me fue a evaluar yo tenía que estar hablando mientras hacía cosas, mientras ponía un medicamento, mientras colocaba un suero, había una bomba sonando, entonces lo que ella quería era que yo le dijera - espere profe, voy a ver a mi paciente y después sigo con usted - y yo trataba de hacer las dos cosas al mismo tiempo, y ahí **me puse muy nerviosa**, y la profe me preguntaba - ¿y la señora comió? - y yo no le había preguntado en toda la mañana si había comido, entonces cada vez se sumaba otra cosa más y **yo me tupa más**" (INT1OBS).*
- *"Era un **estrés total**, porque lo que uno **quiere es pasar**. Por ejemplo, en parto me fue a ver una profe, y me fue mal ese día, **¡y me frustré tanto**, pero tanto que llegué a mi casa a puro llorar!, no era que no supiera, era que **me bloquee** y no pude contestarle nada a la profe, solamente por el nervio, nervios, es **estrés mismo de que te estén evaluando**" (INT3OBS).*
- *"Es el hecho de que la situación sea tan determinante lo que **la hace estresante**, de que **tanto depende de una evaluación**" (INT5NEO).*

- *“Iban a mirarte, entonces al final **uno queda como en la nada**, porque nunca sabe si de verdad lo está haciendo bien (ríe), o que te enseñen como algo extra, yo en partos todo lo que aprendí lo aprendí con las matronas clínicas, **no con los profesores**” (INT8OBS).*

Una tercera idea fuerza es que, cuando los entrevistados ubican a sus docentes más bien en su rol evaluador que como guías de aprendizaje, aparece el Nerviosismo, la Frustración y el Estrés. En un caso, la hablante no reconoció explícitamente una emoción, pero a través de su lenguaje no verbal se entrevió también Frustración.

#### 4.1.5. Emoción vinculada a las Evaluaciones, en una de sus prácticas clínicas.

Como hemos señalado en las categorías precedentes, los internos deben aprobar dos evaluaciones distintas en cada una de sus prácticas clínicas, para poder titularse como Matrones. Una de ellas es realizada por los matrones clínicos y la otra, por un docente de la Escuela. Ambas evaluaciones se realizan en el campo clínico, en fechas conocidas por los estudiantes, con pacientes reales. Cada una de estas evaluaciones es aprobatoria por sí misma.

Las siguientes unidades de contenido iluminan el análisis:

- *"Como sabíamos que era el turno del terror, como que nos quedamos con la sensación antes y después de que **cualquier cosa que nos dijeran**, nosotras sabíamos cómo estábamos haciendo las cosas, entonces si nos decían – no, es que son muy lentas, o es que son muy acá - **no lo íbamos a tomar mucho en cuenta**" (INT1OBS).*
- *"(las evaluaciones) **no me provocaban nada**, era como ya, si me saco un 4, bien, la cosa es pasar, no me importaba si me ponían un 5 o un 7, **con un 4, ya estoy pagada**" (INT4APS).*

- “No quiero nada más, quiero solo llegar al punto que me digan- **ya, pasaste, chao, no importa con que nota pase, quiero un 4 y ya, chao, irme de aquí**”, “sentía que quería que se acabara, **quería que terminara pronto**, terminar con ese agotamiento de pensar, la sensación que tengo siempre es de querer terminar, quiero ser matrona, que nadie más me esté supervisando”, “no quiero ser la alumna, quiero ser la matrona, **no quiero hacer más supervisiones**, no me gustan las supervisiones” (INT5NEO).
- “**Angustia, frustración, es frustración**. Sé que no lo estoy haciendo mal, es lo que se debe hacer, pero para usted no lo estoy haciendo bien, es una frustración porque la otra persona **no puede ver todo lo soy**”, “**lata** porque yo sé que no lo estoy haciendo mal, pero para usted estoy pésimo, es ese estrés más que nada, darle el gusto a todos.”(INT3OBS).
- “No fue pareja la manera de evaluar, me dio rabia porque **no valoró todo lo demás** y ni siquiera me interrogó para saber conocimientos, ella me dijo que sólo venía a ver actitud, no me evaluaron nunca la materia entonces fue así como...**quedé con ese gusto como amargo**, que en realidad ellas piensen que en realidad yo no sirvo para partos” (INT8OBS).

La idea fuerza que emerge a partir de estos relatos, es que, respecto a las emociones vinculadas a las Evaluaciones, aparece Indiferencia al resultado, en tanto la nota obtenida fuera superior a 4.0, es decir, aprobatoria. Bajo la Indiferencia es posible percibir otras emociones: Rabia y Frustración, secundariastanto a la pérdida de confianza en el juicio que los matrones clínicos tuvieron de su desempeño, como a la percepción de parcialidad en el juicio evaluativo. Se observa también marcada Ansiedad por finalizar con supervisiones y evaluaciones para convertirse finalmente en matrones. Se utiliza nuevamente el término *lata*.

A partir de los relatos de los siguientes entrevistados, es posible inferir más ideas:

- *"Estaba asustada, decía - pucha, qué me va a tocar, no voy a saber - tenía mucho miedo, como que vi a la profe X y fue como ¡oh, pánico!, me quedé helada, pero lo pude controlar y salió todo bien", "Sabía a lo que iba, sabía lo que sabía, me mentalicé mucho, obviamente el típico nerviosismo antes de, pero después no" (INT4APS).*
- *"Ahí un poco más tensa, porque como uno está en un proceso de evaluación, tiene que rendir, tiene que demostrar todo lo que uno sabe, igual eso estresa un poco más. No me doy cuenta (del nerviosismo) hasta que me pasa, o voy a médico, o mi mamá me dice –andai estresá, yo no me doy cuenta", "Al final yo como que estallé, me enfermé de la guata, terminé muerta " (INT2APS).*
- *"Durante la evaluación, no puedo evitar estar muy nerviosa, el hecho de que me estén observando, pienso menos, me bloqueo y pienso demasiado superficial, y no llego a lo que tengo que llegar en profundidad", "me doy cuenta que estoy nerviosa, bloqueada, pero no tengo ninguna sensación basal, es un momento en blanco, no hay una emoción en ese momento, no hay nada" (INT9APS).*
- *"Creo que en cierto modo igual me ponía ansiosa, ansiosa de cómo saber en qué me podían bajar, y también ansiosa en saber...pensar en el momento y decir - tengo que estar tranquila, de repente se adelanta eso y se imagina como va a ser ese minuto, y uno dice - voy a estar tranquila y todo, y eso genera un poco de ansiedad de repente" "decir - chuta, quizá yo me equivoqué en que no pregunté antes como iba, no fui proactiva en eso, y sí, me provocó un poco de ansiedad saber cómo iba a terminar, porque era finalmente la instancia evaluativa y no iba a tener otra" (INT7NEO).*

Llama la atención, en uno de los relatos, la incapacidad de reconocer los efectos del estrés que producen las evaluaciones hasta que, un tercero lo advierte o afecta seriamente el estado de salud.

Otra idea fuerza que se desprende de estos contenidos es que los entrevistados manifiestan Miedo y Ansiedad previo a la evaluación y Nerviosismo durante esta, por su carácter de aprobatorio. Se encontró matices, desde un nerviosismo inicial que evolucionó a tranquilidad hasta una intensidad que produjo bloqueo en lo emocional y en el razonamiento.

#### **4.1.6. Categoría: Emoción vinculada a la presencia de Compañeros, en una de sus prácticas clínicas.**

Ya se ha referido que los establecimientos de salud en convenio, determinan discrecionalmente el número de cupos disponibles para que los estudiantes realicen sus prácticas clínicas. Al interior de la Escuela se designan las rotaciones que conformarán los internos durante el año. En lo concreto, esto significa que pueden ser asignados a un campo clínico solos o con más compañeros.

En esta categoría se buscó explorar las emociones que surgieron en los entrevistados respecto de la presencia de un compañero/a, durante su práctica clínica.

- ***“Fue bacán, fue muy bacán porque era un apoyo mutuo, no me pudo haber tocado una compañera mejor. A veces cuando íbamos a dormir o a comernos abrazábamos - ¡ya dale, dale, dale! ¡no llorí, no llorí, no llorí!”***, "yo creo que si no hubiese estado con la X, habría sido muy distinta la situación, **estar sola ahí y no tener un apoyo** que por último te diga - ya no pesquí -, o que te diga - pucha la verdad sí te equivocaste, debería haber sido de otra forma"(INT1OBS).

- "Me encontraba con mi amiga, yo le entregaba turno a ella, y **nos abrazábamos** y casi que llorábamos, **hacíamos catarsis**, decíamos –ya **si igual nos queda poco** -, contábamos los turnos, las horas que nos quedaban", "es **bacán contarle a alguien** y sentir que no estoy tan mal, que **alguien más me apoye** en mi sentir" (INT5NEO).
- "Nos **apañábamos, nos dábamos ánimo** - ya vamos, queda menos, nosotras podemos pasar este internado, **¡no van a ganar las matronas!** -, **nos tirábamos ánimo mutuamente**, si nos equivocábamos en algo era así como - oye, te equivocaste -, **nos ayudábamos mucho**, sentíamos que éramos las dos **contra todo el turno**"(INT4APS).
- "Era **agradable, y compartíamos los dos** porque los dos teníamos la misma sensación en realidad, entonces era como **una vía de escape** al estarnos siempre hablando, y decirnos - ¿qué te parece esto?, sí, esto está mal, tenías razón-, todo eso es una vía de escape porque **uno se necesita desahogar**, y lamentablemente, **uno por mucho que lo hable con los amigos, con los padres, no entienden mucho el manejo hospitalario**" (INT6OBS).
- "Es **demasiado bacán, es un apoyo y sé que está pasando por lo mismo que yo**, es un apoyo de contención, más que me vaya a salvar porque no sé algo, es **contención de emoción**, porque **sé que si tuve un mal turno, ella lo va a entender**", "nooo, muy bien, de hecho me estresaba ir a una práctica sin nadie, yo sola, era demasiado, ¿qué voy a hacer yo sola?, no voy a tener a nadie, por último un apoyo...**si no hubiese habido una compañera habría sido todo muy difícil**" (INT30BS).
- "Como un **apoyo moral y presencial** más que nada, porque cuando a veces estábamos de acuerdo lo comentábamos, cuando nos molestaban actitudes lo comentábamos entonces **nos servía para no guardar los sentimientos y**

*expresarnos mutuamente lo que nos estaba pasando, si estábamos cansadas lo decíamos, si nos daban diez minutos para comer también lo expresábamos porque estábamos enojadas, entonces nos sirvió como **apoyo moral**, hubiera sido muy diferente si hubiera estado sola ", "**ella entiende lo que uno está hablando**, uno sabe que de verdad **ella está sintiendo lo que uno vive**"(INT8OBS).*

- *"Sentí que **me faltó un partner**, una compañera, para resolver dudas que a veces uno tiene, **ahí me afiaté con otras internas** de la Mayor, de otras carreras, nos fuimos conociendo y **me sentía más acompañada**" (INT2APS).*
- *"**Me sentía apoyada**, si hubiera estado sola en el internado me hubiera sentido más...eeh...¿**abandonada?**, pero algo parecido a eso, **era grato poder salir y almorzar con ellas**, por ejemplo, comentar lo que me pasaba, como **qué conductas tomaban ellas, qué conductas tomaba yo**", "pero también al ver que yo estaba en una peor situación, **era un contraste**, como - ¿qué están haciendo ellas que yo no estoy haciendo?-, me hacía sentir igual de repente como...**no sé si potenciaba la frustración**, había ese contraste, me gustaba estar con ellas pero me hacía exigirme más, **me hacía sentir más...en desventaja, eso**" (INT9APS).*
- *"**Lo pasé muy bien estando sola**, me integré muy bien al equipo, era como una más" (INT7NEO).*

La primera idea fuerza que se distingue es que las emociones vinculadas a la presencia de un compañero/a durante su práctica clínica fueron gratificantes en todas las áreas, Partos, APS y Neonatología. Los estudiantes refirieron sentirse apoyados, contenidos y comprendidos. Dos de los entrevistados no tuvieron un compañero de carrera en su internado, pero pudieron satisfacer su necesidad de apoyo y compañía a través de la integración al equipo profesional o con estudiantes de otras carreras. Una

de las hablantes señaló emociones contrapuestas, satisfacción pero también frustración, al comparar la retroalimentación que recibían sus pares con la que ella misma estaba recibiendo.

Más ideas fuerza, capturadas en esta categoría, apuntan a que la presencia de un compañero durante la práctica clínica satisface varias necesidades emocionales. Brinda espacio para la demostración de afecto y compañía en los momentos en que los estudiantes disponen de tiempo para sí mismos, como en la comida y el descanso; aparece como el único lugar seguro para la expresión emocional a través del llanto y la necesidad de consuelo; fortalece y arenga para no demostrar vulnerabilidad emocional en un ambiente que es percibido como hostil; comprende el proceso que se atraviesa a cabalidad, como no pueden hacerlo otros amigos o familiares porque es un par que lo está vivenciando por sí mismo y por último cumple un rol consultor de decisiones y conductas clínicas.

#### **4.1.7. Categoría: Emoción vinculada a los pacientes atendidos, en una de sus prácticas clínicas.**

En esta categoría, se indagó en las emociones que surgen en los entrevistados al recordar su vivencia con los pacientes atendidos en sus respectivas prácticas. Para facilitar la comprensión, recordaremos algunas características de los pacientes y prestaciones que realizan los internos.

Las pacientes que se atienden en Partos son mujeres cuyos trabajos de parto y parto se atienden en la Maternidad de un Complejo Asistencial Docente de la Región Metropolitana. Un equipo conformado por matronas/es, técnicos paramédicos, auxiliares de servicio y médico obstetra prestan atención de salud, durante sus respectivos cuartos turnos, a una sala de pacientes, que puede albergar hasta ocho camas. Aun cuando se están implementando prácticas y espacios físicos que den cuenta del Modelo de Atención Integral vigente, *Salas de Atención Integral de Partos*

(SAIP), la atención proporcionada por el equipo tiene marcadas características del modelo biomédico.

En APS, las pacientes son en su mayoría mujeres de quince años y más, que acuden mayormente a control prenatal, control de método anticonceptivo, control ginecológico o de climaterio, o bien, mujeres que consultan espontáneamente por morbilidad ginecológica u obstétrica. Las matronas/es forman parte de un equipo de sector quienes están a cargo de la atención de salud de una población determinada al interior del CESFAM. Se desarrollan, en consonancia con el modelo de atención, actividades interdisciplinarias en el ámbito de la salud y la educación, en los espacios propios de la comunidad.

Los pacientes que se atienden en Neonatología son recién nacidos prematuros y de término que pueden estar sanos, en observación en su etapa de transición a la vida extrauterina, o junto a sus madres puérperas en espera del Alta, o con diagnóstico y tratamiento por patología neonatal, hospitalizados en las unidades de Atención Inmediata, Cuidados Intermedios e Intensivos, o en Puericultura. Existen equipos conformados por matrones, técnicos paramédicos, auxiliares y médicos Neonatólogos, a cargo de un número determinado de cunas o incubadoras.

A continuación, se transcriben las unidades de análisis que describen las emociones que surgieron en los entrevistados vinculadas a los pacientes atendidos, en sus respectivas prácticas clínicas.

- *“Es que **esa es la parte gratificante de esto**, yo le decía a mi mamá, o sea si fuera por aguantar a toda la gente... ¡no trabajaría! en esto (ríe), pero en realidad **eso es lo gratificante y lo que llena**, lo que ellos te dicen, cuando uno ve el cambio, cuando uno se acerca o les conversa, o los hace reír, eso es como pa mí pagado en realidad, como que ya da igual el día, si ella te da las gracias o te*

*dijo que nunca la habían atendido así, con eso uno se da por pagada”* (INT8OBS).

- *“Con el paciente **no tenía tensión**, yo hacía un mejor trabajo”, “uno le puede hacer sentir una energía, **una tranquilidad a la paciente, con el trato**”, “**me sentía cómoda, agradable**, sentía que estaba haciendo bien mi pega”(INT3OBS).*
- *“Estar con las pacientes a **mí me gustaba, me tranquilizaba, eran como un sostén en realidad** ” (INT6OBS).*
- *“Con las pacientes bien, la sensación era de mucha paz, **me transmitían su tranquilidad**” (INT4APS).*
- *“**Yo me apoyaba en ellos. Si, era una buena relación todo el rato**” (INT5NEO).*

La primera idea-fuerza que deriva del análisis realizado es que, independientemente de la práctica que hayan recordado, fuera Partos, APS o Neonatología, las emociones vinculadas a los pacientes fueron de Tranquilidad y Satisfacción. Todos refieren el surgimiento de una emoción gratificante al recordar su experiencia, y en algunos casos, refirieron ser ellos los que se sentían tranquilizados por los pacientes.

Dicho esto, los siguientes relatos provenientes de entrevistados que aludieron a su práctica de Partos, comparten una distinción:

- *“Me daría mucha **lata** tener que trabajar ahí, **mucha lata**, y no solamente por las relaciones que habían, sino **por el trato que las matronas tenían con las pacientes**” (INT1OBS).*

- "De hecho habían pacientes que nos decían que **preferían atenderse con nosotras** siendo internas que con los matrones de turno -¿pero usted no me va a atender el parto?- no, yo la dejo hasta aquí, -pero ¡quédese por favor! -no, no puedo discúlpeme, si quiere la acompaño pero no puedo recibir su parto—" (INT3OBS).
- "Pucha, en realidad era **una lata**, pero los pacientes muchas veces **fueron testigos** de esta pseudo-discusión que se armaba con la matrona, y muchas veces ellas me encontraban la razón", "igual se me hizo como más liviano saber que **tengo el apoyo de las pacientes**, que las pacientes **me preferían** a mí, querían que yo las atendiera", "no era un tema con la matrona en sí, era el tema del manejo, **de cómo se realizaban las cosas con los pacientes**. Sentía **un poco de culpa**, por ejemplo, cuando tenía que hacer cosas en los pacientes que **yo no quería**, o yo sabía que no era necesario hacer y tenía que explicarle de buena manera para que no se asustaran, pero en el fondo yo sentía - **no quiero hacerlo, no quiero hacerlo** -, ahí sentía como culpa en realidad" (INT6OBS).
- "Cuando te daban las gracias era así como - pucha, de nada...**no puedo hacer nada más que esto para tratar que este bien, para ayudarla**", por eso cuando llegaban las matronas era como - ya, ahí no más - (hace gesto de stop con ambas manos), o me decían por ejemplo - ¿puedo tomar agua? - no, no puedo **darte agua, no me dejan**", **pésimo**, me pedían comida o agua y no podía darles, porque no se daba nada, o a veces lo que hacía era - ya, le puedo mojar los labios con algodón **pero que nadie se entere** -, o si no le dábamos agua escondida con la X. Era más rabia, **¿por qué no puede comer?, ¿por qué no puede tomar agua?**"(INT4APS).

Emerge una nueva idea fuerza en la categoría de las emociones vinculadas a los pacientes atendidos en la práctica de Partos: Las emociones que pueden distinguirse son Rabia, Culpa, Tristeza e Impotencia. Es reiterativo el uso del término *lata*. Estas

emociones están relacionadas a la obligatoriedad del cumplimiento de las indicaciones profesionales y a la justificación de ellas ante los pacientes, aun cuando su propio criterio señalara fuertemente que no debían hacerlo, o no querían hacerlo. Aun cuando refirieron ser objeto de las preferencias de sus pacientes, no se observó que esto les generara Orgullo.

Los fragmentos de relatos que exponemos a continuación, provenientes de estudiantes que apuntaron a su práctica de APS, coinciden en una idea.

- *“Cuando llegaban las pacientes, sobre todo las que estaban en control prenatal, ya al último, que **las veía todas las semanas** me decían - ¡oooh como está!, ¡pucha ya le queda poquito, no se vaya!” (INT1OBS).*
- *“Me sentía **más cercano**. Uno tiene un seguimiento, **puede ir a visitarlo a su casa, conocer su entorno, al final uno conoce más cosas**. Eso...es rica la relación porque se **retribuye** después cuando te dan las gracias por haberla ayudado, uno acompaña”(INT2APS).*
- *“Yo siento que me puedo relacionar bien con ellos, siento que se pueden lograr cosas ricas, **se comparten cosas, uno puede aportar mucho a la paciente y la paciente le puede aportar mucho a uno**”, “sentía que ellos confiaban en mí, se entregaban un poco a mí, **porque igual me metía un poco en los social**, y ahí me contaban sus historias, y me sentía bien, sentía que igual estaba aportando” (INT4APS).*
- *“En general bien, yo siento que me puedo relacionar bien con ellos, a pesar de que el tiempo es cortito en APS, siento que se pueden lograr cosas ricas, **se comparten cosas**” (INT9APS).*

La idea fuerza que puede identificarse en estos contenidos es que la emoción satisfactoria que generan los pacientes en APS está relacionada a la posibilidad de entablar una relación con ellos: la continuidad de la atención, la posibilidad de compartir experiencias y el incorporar la dimensión social.

#### **4.1.8. Categoría: Emoción vinculada al lugar físico y transporte, en una de sus prácticas clínicas.**

Esta categoría buscó explorar si el lugar físico donde se desarrolló su práctica clínica, o el medio de transporte utilizado, generó emociones en los entrevistados.

- *“Es importante si está al otro lado de Santiago, si pasa la micro si no pasa, si se corta el metro y no llego, a veces me tenía que levantar a las 5.00 y llegaba a mi casa a las 22.00 de un turno, y **¿cuándo estudiaba?, ¿cuándo descansaba?**, porque no me acostaba a las diez, me acostaba a las doce y media”, **“era un desgaste, no sé si dormía o no dormía, finalmente era como...me tiraba y sonaba la alarma, lata poh”**, “por ejemplo los turnos de noche, si entro a las 20.00, en vez de estar saliendo de tu casa normal a las 18.30, uno ya tenía que estar saliendo a las 17.00 y **era casi un día perdido**, no descansaba, se te iba finalmente todo el día, por eso prefería elegir internados más cercanos, o trataba de arreglármelas para no tenerese **estrés más que agregar**” (INT3OBS).*
- *“El CESFAM X era un lugar acogedor para mí, tiene muchas ventanas, mucha luz, pasillos de distintos colores, pero al pasar varias semanas (los traslados en micro) **me generan cansancio, me agota mentalmente**, los últimos días **ya no quiero ir porque estoy cansada de andar en micro cuatro horas, todos los días**, eso me agota más, siento que las emociones se potencian solo por el hecho de andar mucho tiempo en micro” (INT9APS).*

- *"A mí **me estresa el ambiente de partos, los gritos de estrés**, ese ambiente como que me colapsa un poco, llega una urgencia y como que todos se estresan, dejando de lado un poco a la paciente", "No me gusta que me griten, **me pongo muy tensa cuando me gritan**" (INT8OBS).*

De los nueve entrevistados, tres de ellos vincularon emociones al lugar físico o al medio de transporte utilizado, los otros participantes señalaron el tema como irrelevante. En las dos primeras narraciones, los entrevistados vincularon Agotamiento al traslado desde y hacia sus lugares de práctica clínica. Estos traslados se realizaron utilizando transporte público. La idea fuerza que se infiere de esta categoría es que el lugar de práctica o el medio de transporte por sí mismos no generan emociones. Cobran importancia cuando se agregan como un elemento más de estrés a la práctica clínica, contribuyendo al agotamiento de los internos.

En el último caso, es la contaminación acústica producida por los gritos en la unidad de Partos lo que produce estrés. Por lo que se desprende de su relato, este clima de gritos proviene más bien del equipo clínico que de las pacientes en trabajo de parto.

#### **4.1.9. Categoría: Emoción vinculada a su propio desempeño, en una de sus prácticas clínicas.**

Esta categoría derivó de la última pregunta de la entrevista. Se presentan ahora los contenidos que ilustran el análisis:

- *"Tuve la posibilidad, la oportunidad de desempeñarme y de **aprender todas mis habilidades y ponerlas a prueba**", "yo creo que está mal mirado que alguien que está sentimentalmente emocional lo haga (se exprese emocionalmente), yo creo que hasta lo encuentran como débil , **no podía mostrar la hilacha** en ese tema, entonces me la guardaba y listo, filo", "porque **tengo que responder bien al turno, tengo que responder bien a la profe, tengo que llegar a adelantar el***

proyecto de la tesis, **tengo que** ir al hospital a conseguirme el permiso, y no sé, peleé con mi mamá, y todo eso genera **un estrés**", "en mi casa ya sabían -¿te van a evaluar?, ah ya, por eso estás así - **¡no me hablen del tema, déjenme concentrarme!**, tenía que evitar ciertas juntas familiares, amigos, no podía salir, ¡entiéndanme!, necesito pasar, necesito, porfa, discúlpeme, **los amo pero no puedo**", "finalmente yo creo que va un mea culpa de que yo misma me ausentaba de los eventos familiares, dejaba compartir, me hacía más antisocial por el tema de que **tenía que** responder en la universidad, porque tenía que concentrarme en estudiar y finalmente sacar la nota que quería, eso genera angustia y **muchas veces terminaba llorando, quiero compartir pero no puedo, y si lo hago me voy a sentir hasta culpable de que estoy compartiendo y no estoy estudiando, era eso, sentimiento de culpa**" (INT3OBS).

En este primer caso, surgen al menos tres emociones distintas vinculadas a su propio desempeño. Primero se observó una notoria Auto exigencia, tanto en los esfuerzos por obtener la calificación deseada como en la conservación del autocontrol, pues su creencia es que no es correcto expresar emociones. Luego, aparece Angustia al tratar de cumplir con cada una de sus obligaciones académicas y al mismo tiempo tratar de conciliar el ámbito familiar. Al no tener éxito en aquello, y al tener que posponer su vida familiar, con un alto costo emocional, emerge la Culpa. Es en esta categoría exclusivamente, al revivir la Culpa por la postergación familiar, en que se observó una respuesta emocional espontánea y libre en esta entrevistada.

- "Las matronas que estaban en ese momento, si bien también tienen el tejemaneje del hospital como tal, **si me daban posibilidad de manifestar como yo quería hacer las cosas**, argumentando con bases, con hechos, con documentos", "**Sí sentía un poco de culpa**, por ejemplo, cuando tenía que hacer cosas en los pacientes que yo no quería, o yo sabía que no era necesario hacer, yo sentía que le estaba mintiendo, porque le estaba diciendo que era para su

*bien, pero en el fondo **yo sentía que le estaba mintiendo** porque en realidad **yo me estaba mintiendo a mí mismo** para hacerlo, me **veía obligado a hacerlo**" (INT6OBS).*

En esta segunda narración, emergen también distintas emociones vinculadas a su propio desempeño. La primera de ellas es Satisfacción, por la posibilidad de tomar decisiones y ejercer conductas autónomas, basadas en evidencia. Sin embargo, a continuación surge Culpa, por verse obligado a realizar acciones contrarias a su juicio, y sentir que estaba actuando en contra la confianza de sus pacientes.

- *"La pase mal, de hecho **salí con la sensación de que no quiero dedicarme a partos**", "no sé cómo me fue bien, es que **yo acataba no más las órdenes**, me decían anda para allá y yo iba, anda para el otro lado y yo también iba, para salir de esta, **para no tener drama, someterme a ellos**"(INT4APS).*

En este tercer discurso, es posible capturar las emociones de Frustración, y de Sometimiento a la autoridad, percibido como necesario para llevar a término la práctica.

- *"Yo por lo menos considero **no tener un carácter** para ser una matrona de partos, en parto la mayoría de las matronas son como más fuertes de carácter, más duras, o de voz más fuerte, yo soy más como **tímida, no sé si tímida, pero de personalidad más baja**, pero en realidad hago todo lo que tengo que hacer", "al final **me voy quedando callada**, me guardo todo y me reservo y me estreso y al final empiezo a hablar menos, llego a la casa, como y me acuesto y al otro día voy a turno y así como que **me hago monótona**, me convenzo de que ya todo da igual, es como de resignación"(INT8OBS).*

En este contenido se aprecia cómo la Tristeza, que es la emoción vinculada a su propio desempeño, surgida al percibir que su carácter no es compatible con su propia expectativa de lo que es una matrona de partos, culmina con Resignación y Apatía progresiva.

- **"Antes de empezar el internado tenía mucho miedo, tenía miedo de llegar allá y no ser suficientemente competente "**, **"yo sentía que respondía a lo que ellos esperaban de mi como interna, me sentía bien"**, **"yo sé que tengo capacidades**, siempre en los internados hay generalmente muy buenos comentarios, y nunca he escuchado que digan - oye la interna pa mala- entonces ya, está bien, **sé que soy buena y que soy competente**, pero independiente de si me tratan bien y si me está gustando ¡quiero salir!, es **una ansiedad súper grande, quiero que termine pronto, ya irme, chao"** (INT5NEO).

En el caso de esta cuarta hablante, se observa Miedo al iniciar la práctica, que va evolucionando en Satisfacción al comprobar sus capacidades. Sin embargo, en todo momento está presente la Ansiedad por finalizar su proceso educativo.

- **"Para mí fue lata, frustrante, porque venía como con todas las ganas de echarle pa delante en el año y por distintas razones no logré terminar bien ese internado"**, **"me daba rabia conmigo, por el esfuerzo que había requerido, que yo había estudiado y aun así no llegué a buen término"**, **"puede ser algo de pena, tristeza de por qué yo no lo lograba, todavía la siento cuando me acuerdo"** (INT9APS).

En este caso, surgió Frustración y Rabia al no concluir exitosamente este internado, a pesar del esfuerzo realizado. Se acompañó de Rabia, por no alcanzar su objetivo y luego Tristeza, por no poder explicarse el motivo de su reprobación. Se repite el término sustituto *lata*.

- **"Lo pase bien, y satisfacción porque en si me sentí súper plena, me sentía feliz de loque estaba haciendo"**, **"me siento muy grata y de verdad lo pasé muy bien y fui muy feliz con los resultados, me sentí muy integrada, era como una matrona "**, **"yo siento que superé mis expectativas, y eso me hizo muy feliz"** (INT7NEO).

- ***“Me sentí preparada para APS, y salí con una sensación rica”***(INT4APS).
- ***“Me sentía bien, me sentía cómoda, voy a gusto a la práctica, me siento bien, me siento feliz, siento que tengo una vida como completa”*** (INT2APS).

En los últimos tres casos presentados, la emoción que emerge desde el recuerdo de su propio desempeño es Satisfacción plena, Felicidad y Bienestar.

- *“Que te traten no como una interna cacho, sino como una interna que le está yendo súper bien, cuando me fui me decían - ¡pucha, mande curriculum, quédese acá!-, entonces uno dice lo estoy haciendo bien como estudiante y como interna y como persona”, “yo en ese consultorio me sentí matrona, yo creo que me superé mucho, me sentí con más responsabilidad, como que me la podía sola”*(INT1OBS).

En este relato, la emoción gratificante toma forma de Orgullo, de su propio desempeño.

Para esta categoría de análisis, todos los relatos fueron muy personales, con distintas emociones sentidas y en varios casos, con más de una emoción revivida. No hubo saturación de datos salvo el resultado ya mencionado, que las emociones respecto a su propio desempeño fueron diversas y complejas.

#### **4.2. Contribución del Focus Group a las categorías de interés.**

Una vez realizada la reducción de los datos, se consideró necesario realizar un FocusGroup, con el objetivo de clarificar conceptos que los entrevistados utilizaron repetidamente. Estos conceptos no se definieron durante la misma entrevista pues el interés estaba puesto en la obtener información sobre su experiencia emocional y no sobre la elaboración de significados. Un segundo objetivo del grupo focal fue validar información obtenida en la primera categoría, *Emociones vinculadas una práctica clínica*.

En esta actividad, participaron tres internas que cumplían las mismas características de la muestra, internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, segundo semestre del año académico 2017.

Se utilizó metodología de diálogo abierto en relación a los temas; técnica de Cadáver Exquisito y selección de términos a partir de un pool de palabras que describen emociones, aportadas por la investigadora.

A continuación se presentan los resultados:

**Significado del Concepto Lata:** Durante las entrevistas, se observó en repetidas oportunidades el uso del término *Lata* por los hablantes. Luego de la discusión, las tres participantes llegaron al acuerdo que, en el contexto de las emociones y su práctica clínica, *Lata* se entiende como Tristeza. De ninguna manera significa aburrimiento, como en otras situaciones.

**Significado de Actitud de Matrona:** Algunas entrevistadas aludieron al concepto *Actitud de Matrona*, durante sus narraciones. Mediante la metodología de Cadáver Exquisito, se definió como:

- Realizar un razonamiento clínico de la situación o de la usuaria.
- Ser proactiva
- Tener seguridad en el actuar con el paciente
- Estar segura (con fundamentos) de las cosas que realizo
- Tener seguridad
- Demostrar conocimiento e independencia en las decisiones
- Creerse el cuento
- Resolver problemas
- Ser un aporte.

Las participantes concluyeron que simboliza una mezcla de conocimientos y de actitud; que existen distintos perfiles para distintas áreas de la matronería, y que corresponde a un estereotipo de lo que se espera de los internos.

Consultadas acerca de las emociones vinculadas a sus prácticas clínicas, las emociones seleccionadas a partir del pool aportado por la investigadora son las siguientes:

- Las emociones correspondientes a la práctica de Partos fueron Inseguridad, Miedo y Encantamiento.
- Las emociones correspondientes a la práctica de APS fueron Encantamiento, Agradecimiento y Fascinación.
- Las emociones correspondientes a la práctica de Neonatología fueron Calma, Satisfacción e Inseguridad.

#### **4.3. Discusión**

En este apartado, se argumenta lo que estos resultados implican para el desarrollo del tema de investigación y se plantean algunas recomendaciones para estudios por venir, concordantes con el aprendizaje aquí adquirido; se presentan aportaciones a la teoría y la adecuación y suficiencia del diseño de estudio para responder las preguntas de investigación y el cumplimiento de los objetivos, como también sus limitaciones e importancia.

Los resultados más arriba descritos permiten deliberar en torno a lo siguiente:

- Los sujetos de estudio pueden identificar emociones vinculadas a su práctica clínica. Ahora bien, la experiencia emocional vivida por los internos no puede ser atribuida a una idea genérica de “práctica clínica”. Como se ha podido observar,

las emociones que emergen en los estudiantes tienen diferencias de acuerdo a la práctica clínica a la que hayan referido, ya sea Neonatología, Partos o APS. Especialmente en el caso de estas dos últimas, en las cuales las emociones revividas y narradas en la entrevista se ubican prácticamente en polos opuestos.

- Las emociones vinculadas a la práctica de Partos fueron reconocidas en su totalidad como no gratas, resaltando la Rabia, la Angustia, la Frustración y el Miedo. Estas mismas emociones son las que caracterizaron la relación con los matrones clínicos supervisores. Los internos concordaron que este componente de la práctica clínica, la relación con los matrones clínicos, es el que más gravita a la hora de calificar la experiencia emocional global del internado, en cualquiera de las tres áreas. Refirieron que la Rabia y la Impotencia se intensificaban cuando debían consentir en la ejecución de prácticas obstétricas reñidas con sus conocimientos y razonamiento, y que el acto de obedecer y callar, incluso ocultar información a las pacientes, les generaba Culpa, en un ambiente en los que las relaciones interpersonales dan cuenta de marcadas asimetrías de poder, escasa participación en la toma de decisiones y un tipo de liderazgo autoritario. Las relaciones interpersonales al interior de los equipos clínicos que denotan indiferencia a la presencia y desempeño de los estudiantes, produjeron en ellos emociones de tristeza, resignación y dolor.
- Tal como comentó uno de los entrevistados, no se trata de desavenencias personales entre el estudiante y el matrn clínico, se trata principalmente de la forma de relacionarse con los estudiantes y el modo en que se atiende a las usuarias, tanto en lo referido al trato como a las prácticas obstétricas. Respecto a esto, se puede afirmar que esta información recogida es concordante con lo señalado en el marco de referencia, la noción que el interno se encuentra en una situación inédita en su carrera, pues ha alcanzado competencias que le permiten tomar decisiones basadas en su razonamiento clínico y demostrar una actitud profesional. Sin embargo, aún debe acatar las instrucciones de sus superiores,

en este caso, matrones clínicos y/o médicos. No pueden, por su condición de no titulados, ejercer en forma autónoma ni menos refutar indicaciones. Si reciben una indicación por parte del médico o matrn, deben cumplirla. Los estudiantes pueden comentar y generar un aprendizaje de ello luego, con sus matronas docentes, pero esta retroalimentación es siempre ex post.

- Surge entonces la pregunta, ¿Quiere decir esto que los estudiantes de Obstetricia y Puericultura observan malas prácticas en los servicios de maternidad donde realizan su internado? Si bien este estudio no pretende contestar esta pregunta, pues está muy lejos de sus objetivos y alcances, uno de los resultados verificados en esta investigación es que hubo internos que manifestaron miedo a ser castigados, incluso agredidos. No se puede sino formular otras preguntas que pudieran aportar luz a los actuales cuestionamientos sobre violencia obstétrica en las maternidades en Chile, entendiéndose esta como *la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales* (Iranzo, 2007).
- A partir de esta discusión, surge interés por formular más preguntas relacionadas: ¿Existe conciencia emocional en los matrones clínicos que trabajan en las maternidades en Chile?, los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, ¿perciben violencia por parte de los equipos clínicos en las maternidades, en Chile? No deja de llamar la atención que estudiantes que revivieron emociones no gratas relacionadas a su práctica de partos expresen rechazo a considerar esta área de la matronería como alternativa en su futuro laboral.
- En la otra vereda, las emociones de los internos vinculadas a la práctica de APS fueron reconocidas como gratificantes, destacando la Alegría, la Felicidad y el

Cariño. Esta satisfacción radica por una parte, en la sensación de integración y pertenencia a un equipo de trabajo, y por otra, en la posibilidad de tomar decisiones en forma más autónoma, signo de que se ha ganado la confianza de los matrones clínicos. Esta satisfacción, paradójicamente, de la misma manera que en el caso de la práctica de Partos, no radica en las características personales de los matrones clínicos de APS ni en la simpatía desarrollada para con los internos. Es en el marco de referencia nuevamente donde se encuentran pistas que permiten dilucidar este fenómeno. Es el modelo de relaciones interpersonales que los equipos clínicos de APS persiguen, lo que podría explicar esta representación. Como se expuso en el capítulo II, el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario establece explícitamente un marco de relaciones distintas entre el equipo de salud y los usuarios, más horizontal en lo jerárquico, centrado en la persona, con equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, donde el buen trato y el respeto son pilares fundamentales.

- La intención política de avanzar en la implementación de este modelo en APS se ha traducido, en los últimos veinte años, en metas de cumplimiento y compromisos de gestión, que para ser alcanzados, requieren del trabajo conjunto de todo el personal perteneciente a los centros de salud familiar, liderados por sus autoridades técnicas y administrativas, que deben rendir cuenta de su progreso. Para apoyar el logro de estos compromisos, los planes de capacitación para el recurso humano han contemplado, firme y sostenidamente temas atinentes al buen trato, a los derechos y deberes tanto de pacientes como de trabajadores, vías para el manejo de conflicto, entre otros, logrando a través del tiempo una experiencia más integradora y más significativa para las personas que conforman los equipos de salud, incluyendo internos e internas.
- Lejos se está entonces, de promover la idea que las relaciones interpersonales en el ámbito intrahospitalario, por ejemplo, en las maternidades, son hostiles, y que por el contrario, en APS son amables *naturalmente*, o porque estén

relacionadas con las cualidades personales de las personas que trabajan en uno u otro ámbito. Lo que se explica es que en APS se ha trabajado en un modelo de relaciones humanas en forma sistemática y sostenida durante los últimos veinte años. Por el contrario, la transformación del modelo de atención a nivel intrahospitalario, en las maternidades, es mucho más reciente. Sólo a partir del año 2007, con la promulgación del sistema de protección de la infancia conocido como *Chile Crece Contigo*, se dio énfasis a la incorporación de un enfoque integral y respetuoso en la atención del parto, y a contar del año 2010 se encuentran avances más sistemáticos en la implementación de las Salas de Atención Integral de Parto (SAIP), en las maternidades públicas en Chile, que es la forma como se expresa el modelo de atención integral en la atención de parto. Directivos del mundo intrahospitalario están incorporando hoy este nuevo enfoque, capacitando a su personal y estableciendo metas de cumplimiento.

- Esto resulta esperanzador, pues si bien el modelo de atención integral presenta al día de hoy numerosas falencias, especialmente en el ámbito de la resolutivez de los problemas de salud de las personas, sí se han logrado rotundos avances en el modelo de relaciones. El sentir de los internos, el recuerdo de una experiencia emocional altamente gratificante en APS, apoya este hecho.
- Y en este escenario, surgen también otras preguntas, tales como, ¿qué emociones reconocen los internos que realizan su práctica clínica en maternidades que cuentan con Salas de Atención Integral de Parto? Si nuestra apreciación anterior es correcta, las emociones percibidas por estudiantes en espacios clínicos en los cuales se ha incorporado el modelo integral, debería ser más satisfactoria.

- Se ha constatado que los internos sí reconocen emociones vinculadas a sus prácticas clínicas y que pueden nombrarlas. Surge en relación a esto un fenómeno observable en todos los casos: una vez identificada la emoción, automáticamente se prosigue con una detallada descripción de motivos y justificaciones para sus emociones. Los estudiantes sienten la necesidad de explicar las razones por las cuales experimentaron emociones, especialmente cuando estas son no gratas, abundando en pormenores sobre posibles causas y responsabilidades, sin detenerse a experimentarlas conscientemente. Culturalmente, han aprendido que las emociones deben gobernarse, que su expresión se contrapone con el deber ser del Interno, pues conlleva el riesgo de desbordamiento, exposición de vulnerabilidad e interferencia con el juicio clínico.
- Esto repercute en que las emociones se repriman permanentemente, resultando, en efecto, en una expresión tardía, mecanizada y desbordada. Los estudiantes no conocen formas de atravesar conscientemente la vivencia de una emoción cuando esta se está percibiendo, cuando el cuerpo está generando vívidas señales. Luego, al recordar la emoción sentida, esta ha perdido su vitalidad y su función de alerta, llenando ese espacio con la narrativa de los acontecimientos circundantes, desde el ámbito racional e intelectual, en el que se manejan con más seguridad. Es interesante cómo las señales emocionales son acalladas al punto que se expresan a través de sintomatología, y que incluso sean terceras personas las que ponen en conocimiento al sujeto “que les está pasando algo”.
- Aun cuando los estudiantes son capaces de nombrar emociones vinculadas a su práctica clínica, carecen de vocabulario suficiente que les permita la expresión amplia y profunda de su experiencia emocional, utilizando en su reemplazo términos sustitutos y repetitivos. Ninguno de estos últimos hallazgos son extraños para la investigadora. Por el contrario, si se acude al marco de referencia, son esperables. Puesto que la educación emocional no está integrada al curriculum escolar ni universitario, no existen instancias formativas en las

cuales los estudiantes, (ni el común de las personas), hayan aprendido a explorar su mundo emocional, a reconocer qué es lo que les pasa cuando les pasan las emociones, a examinar cómo estas se presentan y hacia dónde los dirigen, a relacionarlas con eventos corporales ni a interpretar qué señales o alertas buscan transmitir. Los internos responden emocionalmente como mejor pueden, en base a experiencias pasadas, a su intuición y a conocimientos adquiridos informalmente, pero la experiencia emocional les sigue resultando extraña y a veces amenazadora, algo que hay que vivir *a puertas cerradas*.

- Resulta interesante verificar que una vez que se ha orientado la atención al recuerdo de la emoción sentida, y se ha tomado distancia de la narrativa que acompaña la emoción, estas afloran vívidamente en los cuerpos de los hablantes. Los internos se mueven, contraen, retraen, lloran, se tensan o se expanden de acuerdo a la naturaleza de la emoción recordada. Aun cuando el vocabulario conocido por los estudiantes no de abasto para su completa expresión, es a través del lenguaje no verbal como se manifiestan. La descripción verbal de la emoción rabia se acompaña de una voz enérgica y con tono de reclamo, la mirada directa, la expresión facial tensa. La frustración se ilustra con tensión muscular, durante la cual el interno masajea sus vértebras cervicales; el miedo es fácilmente reconocible, como si se estuviera percibiendo la amenaza en tiempo real: los ojos se vuelven huidizos, se frotan las manos unas contra otras, el cuerpo se retrae y los pies se esconden en la silla; la felicidad se filtra a través de la voz suave y cadenciosa, los ojos húmedos junto a una sonrisa amplia y postura relajada. La ansiedad se manifiesta en un relato rápido, casi sin pausas para respirar y extremidades inquietas. La tristeza languidece, enlentece la palabra hasta el silencio y pesa en los párpados, la mirada es más vaga, menos directa.
- Para la investigadora fue revelador observar cómo, entre todas las manifestaciones de las emociones leídas a través de los estudiantes, fue la

tristeza la que generó en ella mayor resonancia, al menos conscientemente. La tristeza de los estudiantes fue transmitida a la investigadora.

- En algunos casos, puesto que la pregunta relacionada a la manifestación física de la emoción fue formulada hacia el final de la entrevista, fue necesario aliviar y acoger a los estudiantes antes de dar por terminada la sesión. Se ha señalado que el recuerdo de la emoción intensamente vivida gatilló una manifestación in situ, por lo que, en esos casos, fue necesario abrazar y realizar ejercicios respiratorios que facilitaran el fluir de la emoción en un espacio seguro y contenido. Ahí, el acto de cierre de la entrevista tuvo un carácter inesperadamente simbólico. La investigadora, en su papel de matrona, pidió disculpas en forma figurativa a los estudiantes que percibieron malos tratos durante su práctica clínica. Se le agregó entonces un inopinado carácter reparador al término del encuentro.
- Puede señalarse entonces, como una fortaleza de este estudio, que la investigadora había adquirido competencias emocionales a través del proceso de educación emocional cursado en la primera etapa del magíster, que le permitió un manejo adecuado de este tipo de situaciones. También se rescata como valiosa la disponibilidad de espacios físicos adecuados para generar un escenario de privacidad. Ambos elementos facilitadores fueron previstos y descritos en el capítulo Problema de Investigación, cuando se comentó la factibilidad de este estudio.
- El tipo de emociones que surgen en los internos en relación a sus docentes de escuela dependen del rol en que estos los sitúan: como figuras de apoyo al aprendizaje o como evaluadores. En el primer caso, cuando los docentes son percibidos como orientadores del aprendizaje, se sienten tranquilos, empoderados y eficaces, actuando estas emociones gratas como un motor de auto superación. Por el contrario, cuando son percibidos como evaluadores de

su desempeño, sienten intenso nerviosismo y estrés. En este último caso, las emociones vinculadas a los docentes se superponen con las emociones que les generan las evaluaciones propiamente tales.

- Respecto a las evaluaciones, estas generan emociones ex ante de ser rendidas, es decir, los internos acuden a sus eventos evaluativos con una predisposición emocional, que involucra principalmente dos tipos de emociones. La primera es Ansiedad, vinculada al carácter reprobatorio de la evaluación. Si bien, como se describió en el marco referencial, existen mecanismos internos de la escuela y otros universales de la universidad para proporcionar soporte a los estudiantes, todos los internos sienten nerviosismo, que puede variar desde una inquietud fisiológica hasta niveles de ansiedad y bloqueo mental. La segunda expresión emocional ante las evaluaciones se encuentra presente en aquellos casos en que los internos refirieron intensas emociones no gratas vinculadas a sus matrones clínicos. En esta situación aparece Indiferencia hacia la evaluación, en tanto la nota sea superior a 4.0, es decir, la mínima aprobatoria. Sin embargo, puede sostenerse que esta Indiferencia es aparente, pues subyacen a ella la rabia, la frustración y la resignación. Una vez que los internos se sienten permanentemente subvalorados, que sus decisiones y conductas clínicas generan indiferencia o desaprobación continua por parte de los matrones clínicos supervisores, ellos anulan el valor del juicio que los profesionales hacen sobre su desempeño.
- Volviendo a las emociones vinculadas a los docentes de Escuela, el hecho que los internos los conozcan desde las asignaturas lectivas y clínicas que han compartido a lo largo de su carrera, contribuye a generar emociones de tranquilidad y comodidad, en comparación con la expectación que generan los docentes no conocidos. Con todo, la intensidad de las emociones vinculadas a los docentes de escuela es comparativamente mucho menor que la intensidad de las emociones generadas por los matrones clínicos. Esto obedece en parte a

un natural proceso de desapego de los estudiantes a su casa de estudios, para acercarse progresivamente al mundo laboral.

- Las emociones reconocidas por los estudiantes, vinculadas a la presencia de un compañero en su práctica clínica, son gratificantes en su totalidad, atribuyéndole un valor destacado, tanto así, que lo consideran gravitante a la hora de aprobar o no el internado. La presencia de un compañero es percibido como el único espacio seguro en el ambiente clínico para la expresión emocional, especialmente cuando estas no son gratas y los estudiantes buscan apoyo y consuelo. Se distinguieron tres situaciones que fortalecen la figura del compañero como relevante. En primer lugar, los internos evitan involucrar emocionalmente a sus familiares en lo que les sucede al interior de sus prácticas clínicas, por una parte para no ocasionar preocupación a sus seres queridos y por otra, porque piensan que no podrían comprenderlos; en segundo lugar, la expresión de la emoción al interior del equipo de trabajo es considerado, por los estudiantes, como impropio desde el deber ser; en tercer lugar, el ambiente clínico, advertido como una amenaza, no favorece la demostración de las emociones, sino más bien, el parapetarse de ellas. Así, el compañero aparece como figura fundamental para brindar la contención y el afecto necesarios para restablecer el equilibrio emocional, para luego hacer acopio de energías, continuar la tarea y culminar la práctica.
- Las emociones reconocidas por los estudiantes con relación a los pacientes atendidos son gratificantes en su totalidad. Los internos manifiestan tranquilidad al relacionarse con ellos, y en ocasiones, esta relación es percibida como un espacio transitorio de refugio ante ambientes intimidantes. El tipo de relaciones interpersonales más frecuente en las maternidades donde los estudiantes realizan sus internados ya fue expuesto en los párrafos anteriores. Desde ahí, es posible inferir un motivo para esta emoción de tranquilidad percibida. Los pacientes, al detentar casi tan poco poder como los internos frente a un equipo

clínico fuertemente jerarquizado, es menos probable que sean percibidos como una amenaza. En ese espacio de relación con el paciente, menos conminatorio, pueden desempeñarse con mayor gusto.

- Las emociones satisfactorias vinculadas a los pacientes atendidos son más visibles en las prácticas clínicas de APS, nivel en el cual, por las características del trabajo en el marco del modelo de atención ya tratado, existe un clima favorable a enriquecer esta relación con el paciente a través de la continuidad en la atención, de la posibilidad de aprender de la experiencia del otro y de la incorporación de la dimensión psicosocial.
- El espacio físico de los servicios donde los estudiantes realizaron sus internados y el medio de transporte utilizado no generan emociones por sí mismos, sino más bien, el alejamiento de los lugares de práctica con respecto a sus hogares y las dificultades relacionadas con el uso de medios de transporte público, se perciben como agravantes en situaciones de agobio emocional vinculado a las otras categorías de esta investigación.
- Las emociones reconocidas por los internos vinculadas a su propio desempeño son múltiples, complejas y en ocasiones contradictorias. Las emociones altamente gratificantes se presentan ante la posibilidad de tomar decisiones y ejercer conductas con autonomía, y operan como un potente movilizador de competencias, más aún cuando van acompañadas de una retroalimentación positiva por parte de los pacientes. Por el contrario, cuando deben cumplir indicaciones reñidas con su juicio, sobreviene culpa y tristeza.
- El recuerdo de la experiencia de prácticas clínicas pasadas, en años anteriores de la carrera, agregan miedo ex ante la experiencia de la práctica actual. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el miedo evoluciona progresivamente a confianza en sí mismos. La ansiedad es una compañía permanente en su

práctica clínica, y se intensifica ante la aparición, real o imaginada, de cualquier evento que pudiera poner en riesgo su objetivo largamente perseguido y próximo ya a alcanzar: la aprobación del Internado y su consiguiente titulación.

- La desaprobación constante por parte de los equipos clínicos vivida por los estudiantes hace mella no sólo en su rol como interno, sino que en la idea que tienen acerca de su Ser. Aparecen cuestionamientos acerca no sólo de sus capacidades sino sobre *cómo se es*, que en ocasiones perciben como no compatibles con la actitud de matrona esperada. Así, aparecen pensamientos como que la matrona de partos es de una determinada forma, y que la matrona de APS es de otra, y estos pensamientos pueden asumirse como verdades y mandatos, ocasionando dolor en los estudiantes que sienten que no son suficientemente buenos para tal o cual área. Este concepto, *la actitud de la matrona y el matron*, fue analizado y deconstruido, concluyéndose que se trata más bien de un estereotipo.
- El logro académico sobresaliente acarrea emociones contradictorias. Por una parte, se presenta intensa auto exigencia orientada al logro. Una vez obtenido el resultado esperado emergen emociones de satisfacción y orgullo, más no alegría. No ocurre la emoción de alegría, con su correspondiente correlato físico, pues es opacada por la pérdida de espacios de encuentro en la vida familiar. La postergación de la familia, especialmente en eventos significativos es vivida con intensa culpa y frustración. La relegación de la vida en familia es un aspecto que suscita tristeza en los internos. Este hallazgo se ha considerado una limitación en los aspectos metodológicos: el hecho de no haber considerado oportunamente este componente como categoría de interés interpretativo.

Se considera oportuno en este momento comentar acerca de las fortalezas que presentó esta investigación.

- Como fortalezas percibidas, puede mencionarse que se contó con información suficiente, pertinente y de calidad para poblar las categorías; que esas mismas categorías fueron las necesarias para dar satisfacción a la interpretación del fenómeno.
- Otra fortaleza la constituyó el grupo focal realizado, pues permitió validar información provista por los entrevistados, siendo útil para recrear conceptos en el ámbito del saber teórico que acompaña a la carrera de referencia y a su intersección con la psicología y la educación emocional.
- No puede dejar de mencionarse dentro de las fortalezas de esta investigación la excelente disposición a participar en ella, de los internos e internas del año académico 2017. Se contó con numerosos interesados en participar, incluso hubo que rechazar a algunos, cuando ya se habían poblado las categorías de interés. Esto se hizo a través de un mail en el que se expresaba el profundo agradecimiento de la investigadora. Es meritorio señalar también que, al término de las sesiones de entrevista, todos los participantes manifestaron su agradecimiento por tener la oportunidad de hablar de este tema, las emociones que reconocían en sus prácticas clínicas. El término de cada uno de esos encuentros fue afectuoso y de gratitud recíproca. Esto contribuye a la idea formulada en el *Planteamiento del Problema*, que esta investigación es relevante para los internos e internas de la carrera.

#### **4.4. Síntesis de cierre del capítulo IV.**

Luego de la presentación, el análisis y la discusión de los resultados, en la síntesis de cierre de este capítulo, se ha procurado levantar una teoría interpretativa que da cuenta de los siguientes fenómenos:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor reconocen emociones vinculadas a su práctica clínica, y que se refieren a ellas dependiendo del Internado que los haya marcado más intensamente.
- Que si bien el vocabulario para expresar emociones de los internos es limitado, una vez que se accede a la experiencia emocional de la práctica clínica, se genera una manifestación física vivida e intensa.
- Que los internos tienden a expresarse a través del pensar, no del sentir.
- Que las emociones reconocidas son notoriamente distintas dependiendo de la práctica a la que hagan referencia, llamando la atención que las emociones atribuidas a la práctica de Partos y APS se ubican en polos opuestos.
- Que las emociones percibidas como no gratas en su totalidad en la práctica de Partos, y las reconocidas como gratificantes en la práctica de APS, no denotan cualidades o desavenencias personales, sino son el reflejo de un modelo de relaciones inherentes al modelo de atención existente en estos mundos. El primero, de marcado acento biomédico, y el segundo, de naturaleza integral y biopsicosocial.
- Que es precisamente la relación con los matrones supervisores y los equipos clínicos lo que caracteriza finalmente la experiencia emocional global que se recuerda del internado.
- Que las emociones reconocidas respecto a los docentes se superponen con las emociones atribuidas a las evaluaciones, y que se ubican en distintos grados de nerviosismo.

- Que cuando los internos e internas se han sentido mal tratados e ignorados por su equipo clínico, las evaluaciones que estos aplican dejan de tener validez para ellos, mientras la nota sea superior a 4.0.
- Que los compañeros de práctica clínica representan un pilar emocional, tan importante como para contribuir a la aprobación o reprobación del internado.
- Que los pacientes generan emociones gratificantes a los internos, entre ellas tranquilidad y amparo.
- Que las emociones reconocidas respecto de su propio desempeño son variadas, complejas y en ocasiones, contradictorias.

Desde este lugar, habiendo generado conocimiento sobre las emociones reconocidas por internos de la carrera de Obstetricia de la Universidad Mayor, vinculadas a sus prácticas clínicas, año académico 2017, se invita a las personas que toman decisiones respecto a la formación de estudiantes de carreras del área de la salud, directivos y docentes, a considerar las siguientes recomendaciones:

Puesto que el modelo de relaciones humanas al interior de los equipos clínicos es crucial para el bienestar emocional de sus integrantes, incluyendo en él a los estudiantes que realizan prácticas clínicas, es necesario avanzar en la transformación del modelo de atención hacia uno más integral, centrado en la persona, expresada tanto en los usuarios internos como externos. Ahora bien, el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario promueve y operativiza las buenas prácticas en la atención de salud pero no profundiza en la formación y transformación íntima de personas atendiendo personas. Las universidades tienen hoy la oportunidad, dado su rol transformador de la sociedad, de hacerse cargo de la formación de *buenos profesionales, profesionales buenos* incorporando en su modelo educativo la educación emocional, de manera de educar a los estudiantes en la conciencia de sus propias

emociones, en la comprensión del mundo emocional de los demás, y en respuestas emocionales genuinas y conscientes, que se expresen posteriormente en la adquisición de competencias emocionales.

Los docentes de las carreras de la salud, especialmente aquellos de las áreas clínicas, deben entender la importancia de brindar un espacio seguro y respetuoso a la expresión de las emociones que surgen en los estudiantes, que contribuya a alimentar la noción que la conciencia de las emociones y su respuesta pueden ser aprendidas, y que constituyen un aporte, no un obstáculo, al aprendizaje. Para tal efecto, se recomienda que los mismos docentes aprendan a explorar y reconocer su mundo emocional, para luego adquirir las destrezas necesarias como personas que forman personas.

Como hemos visto, la expresión emocional ocurre, no es un suceso voluntario, independiente de la calidad de estudiante o docente. En ocasiones la vivencia en inconsciencia de las emociones desemboca en situaciones dolorosas y marcadoras en la vida. Es aquí donde nuevamente se visualiza una oportunidad para los tomadores de decisiones concernientes al desarrollo del recurso humano de la universidad, una oportunidad de anticiparse y de utilizar el conocimiento disponible para liderar innovaciones en materia de capacitación, poniendo a disposición de los académicos opciones de formación de post grado en esta materia, tal y como ha sucedido con este magister ofertado por la facultad de ciencias, lo que constituye sin duda un aporte.

En este sentido, se sugiere que sea también la universidad, conforme su misión de articulación y difusión del conocimiento que contribuye a la comunidad, la que facilite la adquisición de saberes y destreza en esta materia, la educación emocional, a los equipos clínicos integrantes de los establecimientos en que los estudiantes desarrollan prácticas clínicas. Se reconoce que la *expertise* de los profesionales clínicos es el dominio que tienen de su disciplina. Sin embargo, por su responsabilidad como

coformadores de profesionales de la salud, deben contar con los conocimientos clave necesarios.

Como últimas palabras al cierre, se estima que la educación emocional en la formación de los profesionales de salud hoy, es imperativa. En palabras de Juan Casassus, *“la educación emocional se trata de eso, de reconocer el poder de sus emociones en cuanto a su capacidad de revelarnos a nosotros mismos y a hacer de nosotros mejores personas viviendo una vida más plena y consciente (...). Pero el conocimiento de las emociones no se adquiere solamente mediante palabras. Se aprende mucho más mediante las acciones, viviendo en un contexto de verdadero aprecio”* (2009).

SOLO USO ACADÉMICO

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES**

Este capítulo da cuenta de las conclusiones surgidas a partir de esta investigación, tanto en lo general como en lo relacionado al problema y sus objetivos, así como también aquellas que se levantan desde el marco de referencia. Establece por último las limitaciones propias de este estudio y sus proyecciones.

### **5.1. Conclusiones generales.**

- Como conclusiones generales, podemos señalar que la situación investigada, las emociones reconocidas por los internos de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, respecto a su práctica clínica, desde un enfoque cualitativo, y conceptualmente ubicados bajo el alero de la educación emocional, ha constituido una problemática, y es por tanto desconocida.
- El problema de investigación estuvo relacionado con las expectativas propias de la investigadora, y de otros actores, señalados en la justificación del problema.
- El problema de investigación ha sustentado genuino interés para la investigadora y ha sido posible abordarlo con credibilidad.
- Se contó con los instrumentos, las instalaciones y los medios necesarios para acometer el estudio, así como suficientes datos para poblar las categorías de interés interpretativo.
- El tratamiento del problema y el reporte de la investigación realizada se ajustó a las exigencias académicas de una tesis.

- Se contó con apoyo de los directivos de la carrera, como también con cabal orientación y cooperación del profesor guía.
- Se estima que los resultados, discusión y conclusiones incrementará de forma discreta el conocimiento sobre el tema.
- Las recomendaciones, fruto de esta investigación, pueden tener un valor práctico para educadores y docentes.
- La materialización de este estudio ha acrecentado las competencias emocionales de la investigadora; ha profundizado su conocimiento del objeto de investigación a la vez que fortalecido su compromiso con la docencia.
- La publicación de este estudio puede impulsar el desarrollo de futuras investigaciones.

## **5.2. Conclusiones desde los objetivos.**

Para introducir las conclusiones de esta investigación respecto a sus objetivos, se recuerda aquí la pregunta que originó el problema: *¿Reconocen emociones vinculadas a su práctica clínica los internos e internas de Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago año académico 2017, vinculadas a su práctica clínica?*

### **5.2.1. Conclusiones con respecto al problema y al objetivo general.**

La pregunta más arriba declarada constituyó la base para la formulación del objetivo general: *Describir las emociones reconocidas por los sujetos de estudio, los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago,*

*año 2017, vinculadas a su práctica clínica.* En relación a este objetivo, se puede concluir lo siguiente:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor, de Santiago, reconocen emociones vinculadas a su práctica clínica realizada durante el año 2017.
- Las emociones reconocidas por los internos e internas son atribuidas a una práctica clínica específica, aludiendo a su internado de Partos, o Atención Primaria de Salud o Neonatología. No puede referirse entonces, a la emoción vinculada a la práctica clínica en términos genéricos.
- Las emociones vinculadas por los internos e internas a su práctica de Partos fueron reconocidas en su totalidad como no gratas, resaltando la Rabia, la Angustia, la Frustración y el Miedo. Es notoria la diferencia con las emociones vinculadas a la práctica de APS, todas reconocidas como gratificantes, destacando la Alegría, la Felicidad y el Cariño.

Parece necesario incluir la educación emocional en la formación de pregrado para lograr una aproximación consciente a ellas, para vivirlas más saludablemente sin reprimirlas, para luego poder regular la respuesta.

### **5.2.2 Conclusiones con respecto a los objetivos específicos.**

En este apartado, se presentan las conclusiones que emergen desde cada uno de los objetivos específicos planteados.

**5.2.2.1. Conclusiones con respecto al OE *Caracterizar las manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017***

La pregunta de investigación que originó este, el primero de los objetivos específicos, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a su práctica clínica?* Al respecto, podemos concluir que:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen manifestaciones físicas de las emociones vinculadas a su práctica clínica realizada durante el año 2017.
- Las emociones reconocidas como Rabia, Angustia, Frustración y Miedo, se manifiestan físicamente a través del dolor, del temblor, tensión y rigidez muscular, cólicos, sensación de opresión torácica, falta de energía, monotonía y sensación de parálisis.
- Las emociones reconocidas como Felicidad, Alegría y Cariño, se manifiestan físicamente a través de la relajación, comodidad y sensación de bienestar percibida en el tórax.

**5.2.2.2. Conclusiones con respecto al OE *Señalar las emociones vinculadas a Matrones Clínicos Supervisores, en la práctica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.***

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a matrones clínicos supervisores, en su práctica clínica?* Las conclusiones alcanzadas son las siguientes:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas las/los matrones clínicos supervisores de su práctica, realizada durante el año 2017.
- Las emociones vinculadas a los matrones clínicos supervisores también se atribuyen distintamente según cada área de práctica clínica. Partos, APS o Neonatología.
- Las emociones vinculadas a los matrones clínicos supervisores de práctica son las que tienen mayor relevancia, para los estudiantes, a la hora de valorar su experiencia emocional integral del internado. Las emociones surgidas respecto a los equipos clínicos son las que se recuerdan con mayor intensidad. Es así como en la práctica de Partos, cuando los estudiantes reconocen Miedo, Rabia, Angustia, Impotencia y Frustración, es porque esas son las emociones que vinculan a sus matrones clínicos. Por otro lado, en la práctica de APS, cuando los estudiantes señalan Felicidad, Alegría y Cariño, es porque son esas las emociones que atribuyen a la relación con el equipo clínico.

**5.2.2.3. Conclusiones con respecto al OE *Identificar las emociones vinculadas a los Docentes de Escuela, en la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.***

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a los Docentes de Escuela, en su práctica clínica?* Las conclusiones alcanzadas son las siguientes:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas las/los Docentes de Escuela de su práctica clínica, realizada durante el año 2017.

- El tipo de emociones que surgen en los internos en relación a sus docentes de escuela dependendel rol en que estos los sitúan: como figuras de apoyo al aprendizaje o como evaluadores. En el primer caso, cuando los docentes son percibidos como orientadores del aprendizaje, se sienten tranquilos, empoderados y eficaces, actuando estas emociones gratas como un motor de auto superación. Por el contrario, cuando son percibidos como evaluadores de su desempeño, sienten intenso nerviosismo y estrés.

**5.2.2.4. Conclusiones con respecto al OE *Identificarlas emociones vinculadas a las Evaluaciones, en la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.***

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a las Evaluaciones, en su práctica clínica?* Las conclusiones alcanzadas son las siguientes:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas a las Evaluaciones en su práctica clínica, realizada durante el año 2017.
- La disposición emocional que presentan los internos hacia las evaluaciones de su práctica clínica son principalmente de dos tipos. La primera es Ansiedad, vinculada principalmente al carácter reprobatorio de la evaluación. La segunda se encuentra presente en aquellos casos en que los internos refirieron intensas emociones no gratas vinculadas a sus matrones clínicos. En esta circunstancia aparece Indiferencia hacia la evaluación, en tanto la nota sea superior a 4.0, es decir, la mínima aprobatoria. Sin embargo, puede sostenerse que esta Indiferencia es aparente, pues subyacen a ella la Rabia, la Frustración y la Resignación.

**5.2.2.5. Conclusiones con respecto al OE Señalar las emociones vinculadas a la presencia de Compañeros, en la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.**

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a la presencia de Compañeros, en su práctica clínica?* A continuación, las conclusiones respecto a este objetivo:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas a la presencia de Compañeros en su práctica clínica, realizada durante el año 2017.
- Las emociones reconocidas por los estudiantes en relación a la presencia de un compañero son gratificantes en su totalidad, atribuyéndole un valor tan destacado a la hora de aprobar o no la práctica clínica.

**5.2.2.6. Conclusiones con respecto al OE Identificar las emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.**

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a los pacientes atendidos, en su práctica clínica?* Estas son las conclusiones emanadas de este objetivo:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas a los pacientes atendidos en su práctica clínica, realizada durante el año 2017.

- Las emociones reconocidas por los estudiantes con relación a los pacientes atendidos son gratificantes. Los internos manifiestan Tranquilidad al relacionarse con ellos, y en ocasiones, esta relación es percibida como un espacio transitorio de refugio ante ambientes amenazantes.
- Las emociones satisfactorias son más visibles en las prácticas clínicas de APS. Los estudiantes en la práctica de Partos manifiestan Rabia e Impotencia, vinculadas al cumplimiento de indicaciones técnicas que les producen un conflicto ético y emocional.

**5.2.2.7. Conclusiones con respecto al OE *Identificar las emociones vinculadas al lugar físico de la práctica clínica y de los medios de transporte, en los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.***

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas al lugar físico y a los medios de transporte, en su práctica clínica?* Con relación a este objetivo, se concluye que estos elementos no generan emociones por sí mismos en los sujetos de estudio, sino más bien, el alejamiento de los lugares de práctica con respecto a sus hogares y las dificultades relacionadas con el uso de medios de transporte público, se perciben como agravantes en situaciones de agobio emocional vinculado a las otras categorías de esta investigación.

**5.2.2.8. Conclusiones con respecto al OE *Determinar las emociones vinculadas a su propio desempeño, durante la práctica clínica de los internos e internas de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, año 2017.***

La pregunta de investigación que originó este objetivo específico, fue: *Los sujetos de estudio, ¿reconocen emociones vinculadas a su propio desempeño durante su práctica clínica?* Las conclusiones alcanzadas son las siguientes:

- Los internos e internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago, reconocen emociones vinculadas a su propio desempeño durante su práctica clínica, realizada el año 2017. Las emociones señaladas por cada uno de los estudiantes son múltiples, complejas y en ocasiones contradictorias.
- Las emociones altamente gratificantes respecto de su desempeño se presentan ante la posibilidad de tomar decisiones y ejercer conductas con autonomía. Por el contrario, cuando deben cumplir indicaciones reñidas con su juicio, sobreviene Culpa y Tristeza.
- El recuerdo de la experiencia de prácticas clínicas pasadas agregan Miedo ex ante la experiencia de la práctica actual. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el Miedo evoluciona progresivamente a Confianza en sí mismos. La Ansiedad es una acompañante permanente en su práctica clínica, y se intensifica ante la aparición de cualquier evento que pudiera poner en riesgo la aprobación del Internado y su consiguiente titulación.
- El logro académico sobresaliente acarrea emociones contradictorias. Por una parte, se presenta intensa Auto exigencia orientada al logro. A consecuencia de esta, emerge Satisfacción y Orgullo, más no Alegría. No ocurre la vivencia de Alegría, con su correlato físico, pues es opacada por la pérdida de espacios de encuentro en la vida familiar. La postergación de la familia, especialmente en eventos significativos es vivida con Culpa y Frustración.

En síntesis, vistas las evidencias respecto a los objetivos específicos declarados, así como las preguntas de investigación que se tuvieron como referentes, se puede concluir que dado el cumplimiento de los objetivos específicos, por consecuencia lógica el objetivo general que los comprende, también ha sido cumplido.

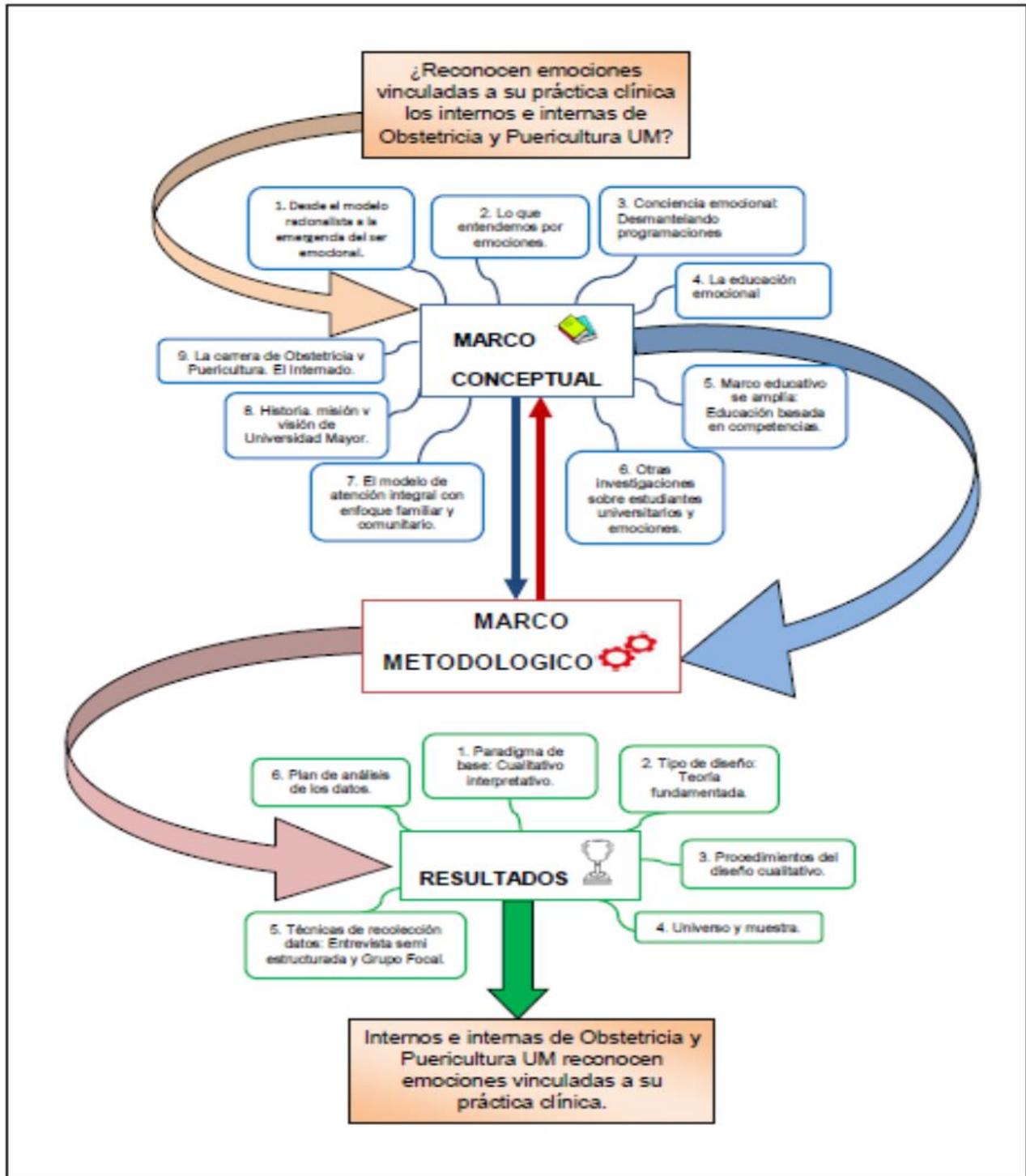
### **5.3. Conclusiones en relación con el contenido del marco teórico.**

Las conclusiones respecto al contenido del marco de referencia, inferidas a partir de esta investigación son las que siguen:

- El ser emocional hoy está más presente en la comprensión del mundo y sus posibilidades que lo que estaba al inicio de este siglo. Sin embargo, este conocimiento aun no es incorporado formalmente en el sistema educativo ni en el sistema de salud.
- No existe un consenso para la definición de las emociones. Las personas aún encuentran extraña la incorporación del ser emocional en la relación consigo mismos y con los demás y confunden emociones con pensamientos.
- Se pueden distinguir emociones primarias y secundarias en los discursos de las personas. Sin embargo, el vocabulario para expresarlas es muy limitado y se recurre a términos sustitutos.
- Las personas operan sin conciencia de emociones, a través de programaciones, es decir, mecanismos inconscientes y automáticos de respuesta emocional.
- La educación emocional persiste ausente en la formación de profesionales de la salud, a pesar de la progresiva atención puesta en la adquisición de habilidades blandas.

- La implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en el ámbito intra hospitalario, por ejemplo, en las maternidades, es incipiente. En estos espacios, continua vigente y vigoroso el modelo biomédico. El modelo de atención de partos toma forma a través de las salas SAIP, salas de Atención Integral de Partos.
- La adopción del enfoque de competencias a la formación de estudiantes universitarios puede constituir una puerta de entrada para la educación emocional, la comprensión y la adquisición de competencias emocionales.
- En la investigación realizada, de diseño cualitativo, no se encuentran puntos de comparación con otros estudios publicados, de diseño cuantitativo, pues se sitúan en paradigmas de investigación distintos. Sin embargo, esta investigación puede complementar estos otros saberes y animar futuras preguntas y exploraciones.
- La visión y el modelo educativo de la Universidad Mayor ofrece espacio a la innovación en el ámbito formativo y metodológico, por lo que la incorporación de la educación emocional en el curriculum sería pertinente con su declaración.
- La Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor está comprometida con las buenas prácticas que orienten la formación integral de sus estudiantes, para aportar con buenos profesionales al ámbito del trabajo que puedan actuar como agentes de cambio.

Figura N°12. Secuencia: Desde la pregunta de investigación a su respuesta.



Fuente: Elaboración propia.

#### 5.4. Limitaciones.

En este apartado se presentan en forma sucinta las limitaciones identificadas a lo largo de la realización de esta investigación.

- Como se mencionara en el capítulo Planteamiento del Problema, al reflexionar sobre la factibilidad del estudio, se señaló la inexperiencia de la autora en diseños cualitativos de investigación. Esta limitación fue sentida con creces durante el trabajo de campo y en la redacción del informe, ya que cada nuevo paso requirió estudio y profundización en la literatura para entender mejor y dar cuenta, en lo posible correctamente, de lo esperado.
- Como se señaló más arriba, una vez bien adentrada en la recolección de datos, la investigadora tomó conciencia de la importancia que representaba la familia para los internos, durante el transcurso de su práctica clínica. El apremio del tiempo impidió que se retornara al trabajo de campo para agregar más datos al análisis, lo que se percibe como una limitación metodológica.
- El desconocimiento de su propio mundo emocional, por parte de los sujetos de estudio, requirió que se formularan numerosas contra preguntas durante la entrevista, de manera de encauzar el relato una y otra vez hacia las emociones sentidas y no a las ya mencionadas abundantes justificaciones y explicaciones.
- En la misma línea, para la investigadora representó trabajo el mantener, ella misma, el foco de la atención en el objeto de la investigación y no desviarse a través de la pródiga información recibida sobre aspectos valiosos de la vivencia del internado, pero que están alejados de las preguntas de esta investigación. Fue un desafío mantener la sensibilidad teórica, es decir, la capacidad de involucrarse profundamente en la investigación y la destreza para aplicar lucidez al interpretar el tema.

- Se tomaron resguardos, descritos en el capítulo Marco Metodológico, para que los sesgos de la investigadora, por ejemplo, el hecho que ella misma es académica de internado de la escuela de Obstetricia y Puericultura, evitara distorsionar la información aportada por los internos con sus propias creencias y opiniones, amenazando la credibilidad del estudio. Sin embargo, no se controló la posible reactividad que podría ocasionar la presencia de la investigadora/docente, sobre los sujetos de estudio, que pudieran presentarse como sesgos. Esta debilidad metodológica debe resolverse en futuros estudios, en lo posible contando con un par investigador.
- Los anteriores puntos se han reconocido como limitaciones metodológicas. Respecto a los aspectos teóricos, puesto que no se encontraron publicaciones en la literatura revisada que abordaran la cuestión de las emociones en estudiantes del área de la salud a través de investigaciones de diseño cualitativo, o que se centraran en la experiencia emocional de los sujetos, sino que más bien atendían el tema a través de estudios situados en el paradigma cuantitativo descriptivo y que se acercaban en la vereda de la inteligencia emocional, no se ha podido verificar si esta investigación concuerda o refuta lo encontrado por otros investigadores. Esta se percibe como una limitación relacionada al marco referencial.

### **5.5. Proyecciones.**

Las principales proyecciones de esta investigación son aportar al estado del arte relacionado a la investigación de las emociones, y que las evidencias aporten al sustento de decisiones de las autoridades, acerca de la incorporación de la dimensión emocional de las personas tanto en el ámbito educativo como en el sector salud.

Este estudio puede generar resonancia en la comunidad de investigadores para proyectar futuras investigaciones acerca de la experiencia emocional durante la práctica

clínica, de estudiantes pertenecientes a otras carreras de ciencias de la salud. Así también resulta motivadora la idea de abarcar otros ámbitos, como por ejemplo la vida familiar y social, y los cambios que en ellas ocurren a lo largo de la formación de pregrado, en el mismo marco de la investigación cualitativa. La utilización de otras técnicas de recolección de datos, como la observación, los archivos personales y artefactos como el dibujo simbólico, contribuirían a enriquecer el acervo de conocimientos sobre las emociones en los estudiantes de carreras de la salud.

Otro ámbito de interés que este estudio deja entrever, es la investigación sobre el mismo objeto, la conciencia de emociones, esta vez entre los trabajadores de la salud y su ejercicio profesional. El mundo emocional de las personas que conforman los equipos de al interior de las maternidades en Chile permanece inexplorado. Hacer visible la experiencia emocional de las personas que trabajan en servicios altamente exigentes en lo emocional, por ejemplo, en Partos, resulta no solo motivador desde la perspectiva de la construcción de conocimiento, sino que pudiera resultar, como aconteció en esta investigación, reparador para los participantes.

Más proyecciones de este estudio se encuentran en el campo de la educación, y en la investigación sobre violencia institucional en salud. La primera, dada la oportunidad que presenta el actual debate nacional sobre *educación de calidad*, que puede ser la puerta de entrada para visualizar la importancia de la educación emocional desde el primer ciclo escolar; La segunda es fruto también de demandas sociales, dirigidas por los ciudadanos y ciudadanas a la erradicación de la violencia obstétrica. Puesto que la violencia obstétrica es parte de la violencia de género, y esta última pone en evidencia la desigual distribución de poder, sería valioso investigar acerca de la existencia o inexistencia de violencia institucional contra otros sujetos distintos a los pacientes, pero casi tan desprovistos de poder como ellos: los estudiantes de carreras de la salud en práctica clínica.

## **BIBLIOGRAFIA.**

Aparicio Rodríguez, E.; Cerda Macías, A.; Fernández Rivas, D. (2015). Inteligencia emocional y empatía en estudiantes de medicina de nuevo ingreso y pregrado. Integración Académica en Psicología.

Bizquera Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de Investigación Educativa, 7-43.

Casassus, J. (2009). La Educación del ser emocional. Santiago de Chile: Indigo. Cuarto Propio.

Casassus, J. (s.f.). [www.anpae.org.br](http://www.anpae.org.br). última vez visitado el 20 de mayo de 2018, El campo emocional en la educación. Implicaciones para la formación del educador: [http://www.anpae.org.br/congressos\\_antigos/simposio2007/218.pdf](http://www.anpae.org.br/congressos_antigos/simposio2007/218.pdf)

Castaño Castrillón, J.; David Florido, J.; Galvis, J.; Maya, D.; Paneso, L.; Torres, J.; Vivas, L. (2011). El perfil psicosocial de los estudiantes de medicina de la Universidad de Manizales (Colombia) y su relación con el rendimiento académico. Archivos de Medicina, 62-72.

Castro Nogueira, M.; Castro Nogueira, L. (2001). Cuestiones de metodología cualitativa. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, 165-190.

Centro de Estudios de Opinión. (s.f.). [www.bibliotecadigital.udea.edu.co](http://www.bibliotecadigital.udea.edu.co). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Análisis de Información Cualitativa: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2482/1/CentroEstudiosOpinion\\_analisisinformacioncualitativa.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2482/1/CentroEstudiosOpinion_analisisinformacioncualitativa.pdf)

Chirino Rodríguez, A., & Hernández Cedeño, E. (2015). Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud. Educación Médica Superior, 872-879.

Cisterna Cabrera, F. (2007). Manual de metodología para la investigación cualitativa para educación y ciencias sociales. Texto de apoyo a la docencia. Bío Bío: Universidad del Bío Bío.

Delors, J. (1996). Los cuatro pilares de la educación. Madrid: Santillana.  
Estudiantiles, A. d. (2011).

Dirección de Asuntos Estudiantiles (2011) Trayectorias académicas de estudiantes vinculados y desvinculados. Universidad Mayor.

Fernández Nuñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí La Recerca.

Gallardo, G., & Morales, Y. (2011). Una universidad para el aprendizaje de todos: orientaciones para el desarrollo de una docencia inclusiva en primeros años. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gimeno Sacristán, J.; Pérez gómez, A.; Bautista Martínez, J.; Torres Santomé, J.; Angulo Rasco, F.; Alvarez Méndez, J. (2008). Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo? Madrid: Morata.

Goleman, D. (1996). La Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairós.

González Robles Alberto; Peñalver González Jonathan; Bresó Estevez, Edgar. (2011). La evaluación de la inteligencia emocional: ¿autoinformes o pruebas de habilidad? Forum de recerca, Nº16, 699-712.

Guerra, L.; Rivera, K.; Vega, N. (s.f.). [www.inf.utfsm.cl](http://www.inf.utfsm.cl). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, La relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico de un estudiante de la Educación Superior:  
[https://www.inf.utfsm.cl/~guerra/publicaciones/Relacion\\_inteligencia\\_emocional\\_y\\_rendimiento\\_academico.pdf](https://www.inf.utfsm.cl/~guerra/publicaciones/Relacion_inteligencia_emocional_y_rendimiento_academico.pdf)

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, M. (2010). Metodología de la Investigación. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.

Hu, S.; Kuh, G. (2001). La transición a los estudios universitarios. Abandono o cambio en el primer año de universidad. Revista de Investigación Educativa Barcelona, 127-151.

Iñiguez, L.; Muñoz, J. (enero de 2004).

<https://planificacionalainvestigacion.files.wordpress.com>. ultima vez visitado el 20 de mayo de 2018, Análisis cualitativo de textos: Curso avanzado teórico práctico. Introducción a la grounded theory:

<https://planificacionalainvestigacion.files.wordpress.com/2012/03/grounded-theory.pdf>

Iranzo, C. (2007). Mujer y economía informal. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Levy, N. (2006). La sabiduría de las emociones. Buenos Aires: DEBOLSILLO.

Lombardi, K.; Iriarte, S.; Aramburú, S. (2017). Planificación de asignatura Internado de Obstetricia y Puericultura , Universidad Mayor

López Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. Educación Médica, 83-92.

Martínez Carazo, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión, 165-193.

Mayer, J.D.; Salovey, P; Caruso, D.R. (2009). MSCEIT Test de Inteligencia Emocional. Madrid: Tea Ediciones.

MINSAL; Subsecretaría de Redes. (2005). Modelo de atención integral de salud. Santiago: MINSAL.

MINSAL; Subsecretaría de redes; DIVAP. (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago: MINSAL.

Molina Díaz, C. (2012). [www.matriztica.cl](http://www.matriztica.cl). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Metodología de la Investigación Social y Educacional: <http://www.matriztica.cl/wpcontent/uploads/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-SOCIAL-Y-EDUCACIONAL2012.pdf>

Munarriz, B. (s.f.). [www.http://ruc.udc.es](http://ruc.udc.es). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Técnicas y métodos en investigación cualitativa: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8533/CC-02art8ocr.pdf>

Oyarzún Neumann, E. (s.f.). [www.u-cursos.cl](http://www.u-cursos.cl). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Modelo biomédico y modelo biopsicosocial: [https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material\\_docente/previsualizar%3Fid\\_material182943](https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material182943)

Pérez Gómez, A. (2011). ¿Competencias o pensamiento práctico? La construcción de significados de representación y de acción. *Sinectica*, 59-64.

Prieto-Rincón, Dexty; Inciarte-Mundo, José; Rincón-Prieto, Ciro; Bonilla, Ernesto. (2008). Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 10-15.

Quintana Peña, A. (2006). [www.http://cienciassociales.webcindario.com](http://cienciassociales.webcindario.com). Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Metodología de investigación científica cualitativa: [http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv\\_quintana.pdf](http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf)

Ramírez Robledo, L.; Arcila, A.; Buriticá, L.; Castrillón, J. (2004). Paradigmas y modelos de investigación. Guía didáctica y módulo. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.

Reich, W. (s.f.). <http://www.psicont.com>. Última vez visitado el 20 de mayo de 2018, Psicología del Cuerpo: <http://www.psicont.com/ftp/reich-psicocuerpo.pdf>

Sandin Esteban, M. (2000). Criterios de Validez en la Investigación Cualitativa: De la Objetividad a la Solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 223-242.

Shettini, P.; Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Buenos Aires: Universidad de la Plata.

Suberviola-Oveja, I. (2011). Competencia emocional y rendimiento académico en el alumnado universitario. *Vivat Academia*, 1-17.

Vicerrectoría Académica (2014). *Las competencias en la Universidad Mayor*. Santiago: Universidad Mayor

Vivas García, M. (2003). La educación emocional: conceptos fundamentales. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 4 (2), 0.

SOLO USO ACADÉMICO

## ANEXOS.

### Anexo N°1 Entrevista a Matrona Coordinadora de Internado de Obstetricia y Puericultura 2017, Universidad Mayor.

*“- Estimada colega, ¿tiene usted alguna percepción de la experiencia emocional de los estudiantes que cursan su internado en V año?”*

*- Mi percepción sobre las emociones de los estudiantes de internado, es que los chicos llegan tremendamente asustados, no saben a lo que van, saben que es sumamente exigentes, saben que es algo que no han hecho nunca, pero no saben exacta y concretamente a que van, cosa que pretendo que mejoremos para el próximo internado, que haya una inducción al internado por así decirlo, ya que los chicos llegan muy perdidos porque no saben qué se espera de ellos. También creo que están muy “ensuciados” por opiniones de otros compañeros de otros años que lo han pasado mal, que por suerte no son la mayoría, ensucian un poco la experiencia, y eso hace que ellos lleguen aún más asustados, pensando que no saben lo que tienen que hacer y que más encima, que es muy posible que los maltraten, entonces yo creo que llegan muy asustados, con una presión que probablemente tenga que ver con la permanencia en la carrera, con la presión encima tal vez un poco familiar, tal vez mucho personal, en sus procesos individuales, que tienen que aprobar todo y salir rápido, ¿te fijas?, entonces creo yo que eso le suma mucha presión a lo que ellos tienen que hacer, porque si tú piensas, mal que mal lo que tienen que hacer es para lo que han estado preparándose, se supone que les gusta, ¿te fijas?, sin embargo llegan con menos que con más, llegan muy asustados, llegan perdidos y asustados, y es un círculo vicioso, mientras más perdidos están más asustados están, y mientras más asustados están menos perciben y entienden lo que uno les pueda intentar transmitir. Eso creo yo que le pasa a los estudiantes, en general en todas las rotaciones, con énfasis importante en los internados de obstetricia, que tengo que reconocer que desgraciadamente pareciera ser que las colegas mías, de mi área, son las más maltratadoras, porque es una*

*situación que en general no se da en APS ni tampoco se da en neonatología, sin embargo se ha dado en obstetricia fuertemente, y para sorpresa mía se ha dado también en prepartos de la clínica ..., justamente, entonces creo yo que eso contribuye a que los chicos perciban esto con mucho temor y eso les resta. Les resta habilidades que están en desarrollo todavía, les resta habilidades para enfrentar lo que viene, por eso creo que es necesario que hagamos una inducción. Tengo que agarrarlos en IV año, cuando finalizan IVaño, para que tengan todo el verano para decantar. Eso es lo que yo creo que deberíamos hacer”.*

24/04/2018

SOLO USO ACADÉMICO

## Anexo N°2 Facsímil Consentimiento Informado Prueba de Instrumento Entrevista

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe, acepta colaborar con la investigadora, Mat. Sandra Aramburú Carvacho, en la prueba piloto de un instrumento de recolección de datos cualitativos, para la elaboración de su tesis Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017. He sido informada/o, que en el proceso de validación del instrumento Entrevista semiestructurada:

- No se registrará nombres, ni especificaciones que identifiquen a las personas incluidas.
- Se realizará registro de transcripciones de grabaciones de audio.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para el proceso de prueba del instrumento.

Yo,....., he entendido las condiciones de confidencialidad y acepto participar en esta investigación de la forma que ha sido descrita.

.....  
Firma

Santiago, septiembre 2017

**Anexo N°3 Facsímil Invitación a participar en técnica de entrevista.**

**INVITACIÓN A PARTICIPAR EN INVESTIGACION CUALITATIVA  
Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia  
y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica  
clínica del año académico 2017.**

Estimada/o X:

Un afectuoso saludo. El motivo de este mail es para invitarle a participar como entrevistado clave en mi investigación Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017, que desarrollo como requisito para obtener mi grado académico de Magíster en Educación Emocional.

El propósito de esta investigación es identificar si los sujetos de estudio, es decir, personas que hayan vivido la experiencia de Internado, independientemente del resultado académico obtenido, pueden identificar las emociones que vivieron durante su práctica clínica.

Es un estudio de tipo cualitativo, en el que se utilizará una entrevista grabada en audio.

La identidad de los participantes será guardada en la más estricta confidencialidad y sus testimonios no serán utilizados de manera alguna con fines distintos al expresado en el propósito.

Si usted gentilmente accede a ser entrevistado por mí, le solicito 40 minutos de su tiempo, en la fecha y lugar que a ambos nos acomode, en el mes de octubre o

noviembre. En el momento de la entrevista, se le entregará copia del consentimiento informado de su participación.

Las conclusiones de esta investigación buscan aportar evidencia a la necesidad de incluir la educación emocional, en la enseñanza de pregrado de los estudiantes de nuestra carrera.

Su colaboración es de inestimable valor para mí, para poder culminar con éxito este Magister, y desde ya agradezco su atención.

Esta investigación no tiene relación alguna con temas académicos propios de la Escuela.

Quedo atenta a su respuesta y desde ya agradezco su atención

**Sandra Aramburú Carvacho**  
**Magíster (c) en Educación Emocional.**

**Anexo N°4 Facsímil Consentimiento Informado Entrevista.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Quien suscribe, acepta colaborar con la investigadora, Mat. Sandra Aramburú Carvacho, como sujeto de estudio en su tesis Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017.

He sido informada/o, que participaré a través de una Entrevista semiestructurada:

- No se registrará nombres, ni especificaciones que identifiquen a las personas incluidas.
- Se realizará registro de transcripciones de grabaciones de audio.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para el proceso de recolección de datos para la tesis señalada.

Yo,.....,  
he entendido las condiciones de confidencialidad y acepto participar en esta investigación de la forma que ha sido descrita.

.....

Firma

Santiago, noviembre 2017

**Anexo N°5 Facsímil Invitación a participar en técnica de grupo focal.**

**FORMATO TIPO DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN GRUPO FOCAL PARA  
INVESTIGACION CUALITATIVA**

***Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia  
y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica  
clínica del año académico 2017.***

Un afectuoso saludo. El motivo de este mail es para invitarle a participar en un grupo focal, en el contexto de mi investigación Reconocimiento de emociones de internos e internas de la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Mayor de Santiago vinculadas a su práctica clínica del año académico 2017, que desarrollo como requisito para obtener el grado académico de Magíster en Educación Emocional.

El propósito de esta actividad es triangular datos obtenidos en la primera etapa de la recolección, y clarificar el significado de términos sustitutos.

La sesión se llevará a cabo el día miércoles 20 de diciembre, a las 15.00 horas, en sala por confirmar. Esta será registrada por escrito, manualmente. Vuestra identidad será resguardada en la más estricta confidencialidad y sus testimonios no serán utilizados de manera alguna con fines distintos al expresado.

Es necesario aclarar que esta investigación no tiene relación alguna con temas académicos propios de la Escuela.

Las conclusiones de esta investigación buscan aportar evidencia a la necesidad de incluir la educación emocional, en la enseñanza de pregrado de los estudiantes de nuestra carrera.

Su colaboración es de inestimable valor para mí, para poder culminar con éxito este Magister, y desde ya agradezco su atención.

Quedo atenta a su respuesta y desde ya agradezco su atención

**Sandra Aramburú Carvacho**  
**Magíster (c) en Educación Emocional**

SOLO USO ACADÉMICO

Anexo N°6 Copia de hoja de respuesta técnica Cadáver Exquisito – Grupo focal

La actitud de Matrona es...

Realizar un razonamiento clínico de la situación / usuar

Ser proactiva

Tener seguridad en el actuar con el paciente.

Estar segura (con fundamentos) de los cosas que realiza

Tener seguridad

Demuestra conocimientos e independencia en las decisiones

Creerse el cuento...

Resolver problemas

Ser un aporte en la salud y bienestar del paciente.

## Anexo N°7 Índice de Códigos.

Los códigos contruidos para la reducción de datos tienen la siguiente estructura:

- 1) **INT:** Indica la calidad de estudiante de Internado
- 2) **Número:** Indica el número correlativo en que se realizó la entrevista
- 3) **OBS/APS/NEO:** Indica la práctica clínica a la que hace referencia el entrevistado  
Ejemplo: INT1OBS: Interno/a entrevistado en primer lugar; que hace referencia a su práctica clínica de obstetricia (partos).

- **INT1OBS:** Interno/a entrevistado en primer lugar, que hace referencia a su práctica clínica de obstetricia (partos).
- **INT2APS:** Interno/a entrevistado en segundo lugar, que hace referencia a su práctica clínica de atención primaria de salud.
- **INT3OBS:** Interno/a entrevistado en tercer lugar, que hace referencia a su práctica clínica de obstetricia (partos).
- **INT4APS:** Interno/a entrevistado en cuarto lugar, que hace referencia a su práctica clínica de atención primaria de salud.
- **INT5NEO:** Interno/a entrevistado en quinto lugar, que hace referencia a su práctica clínica de neonatología.
- **INT6OBS:** Interno/a entrevistado en sexto lugar, que hace referencia a su práctica clínica de obstetricia (partos).
- **INT7NEO:** Interno/a entrevistado en séptimo lugar, que hace referencia a su práctica clínica de obstetricia (partos).

- **INT8OBS:** Interno/a entrevistado en octavo lugar, que hace referencia a supráctica clínica de obstetricia (partos).
- **INT9APS:** Interno/ entrevistado en décimo lugar, que hace referencia a su práctica de atención primaria de salud.

SOLO USO ACADÉMICO