

## Fortalezas y debilidades del Aprendizaje Basado en Problemas desde la perspectiva profesional de las enfermeras tituladas<sup>1</sup>

Maria Cónsul-Giribet<sup>2</sup>  
José Luis Medina-Moya<sup>3</sup>

Objetivo: identificar fortalezas y debilidades competenciales que perciben las profesionales de enfermería formadas con un currículum totalmente integrado por competencias mediante el Aprendizaje Basado en Problemas en grupos pequeños. Método: utilizado fue el de un estudio de caso intrínseco que analiza dicha innovación a través de ex alumnas (de primera promoción) cuando llevaban tres años de ejercicio profesional. Los datos se recogieron mediante cuestionario y grupos de discusión. Resultados: muestran que se valora de manera muy satisfactoria su nivel competencial. Nivel que contrasta, paradójicamente, con el déficit de conocimientos teóricos que han percibido al terminar los estudios e incorporarse al campo laboral asistencial. Conclusiones: arrojan que la estrategia docente fue clave para motivar un estudio en profundidad y despertar el deseo de saber. También, que el Aprendizaje Basado en Problemas favorece y refuerza la decisión de aprender tan necesaria a lo largo de la vida profesional.

Descriptores: Enfermería; Aprendizaje Basado en Problemas; Currículum; Educación Basada en Competencias.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Enseñar y aprender enfermería con un currículum integrado con el Aprendizaje Basado en Problemas", presentada a la Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

## Introducción

Entrar en el proceso de convergencia europea de educación superior ha comportado una revisión de los paradigmas formativos más acorde con el aprender a aprender a lo largo de la vida. A su vez, los vertiginosos cambios de los últimos decenios, también han puesto en evidencia la relevancia que los aprendizajes se sustenten en la adquisición de competencias que sobrepasen los conocimientos específicos de una disciplina. Como consecuencia de ello, la cultura docente está virando de la transferencia de conocimientos consolidados (su esfera reconocida de especialización), a estimular que el estudiantado desarrolle capacidades de análisis y síntesis, curiosidad, pensamiento crítico, trabajo en equipo y habilidad comunicativa, que requieren de nuevos enfoques de enseñanza-aprendizaje.

Se parte del concepto de competencia enfermera como el conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y procesos complejos para la toma de decisiones, que permiten que la actuación enfermera esté en el nivel exigible en cada momento. Esto implica no sólo la capacidad de llevar a la práctica los conocimientos, las habilidades y las actitudes propias de la profesión para resolver y prevenir un problema de salud, sino también la referencia de “un saber hacer” que, al menos, se estructura en tres dimensiones: a) las conceptuales o de pensamiento crítico que implica los conocimientos, la toma de decisiones, análisis y formulación de problemas; b) las interpersonales, como los valores y las actitudes y c) las habilidades técnicas. Competencias todas ellas que pueden expresarse en términos de responsabilidad hacia el paciente-usuario, la propia enfermera, el equipo de salud, la profesión, la comunidad y la sociedad en general.

La práctica asistencial exige que las enfermeras sean capaces de pensar críticamente para escoger las acciones idóneas para solucionar los problemas detectados. En este proceso, el aprender a razonar igual que se hará cuando se sea profesional, es una de las etapas más complejas en términos cognitivos y uno de los temas más relacionados con la toma de decisiones<sup>(1)</sup>.

En este contexto, la propuesta de Aprendizaje Basado en Problemas, el ABP, se ha establecido como una metodología para el desarrollo del aprendizaje cuyo punto de partida es un problema o una situación problematizada de la vida real que admite desarrollar hipótesis explicativas e identificar necesidades de aprendizaje que permiten que el estudiante comprenda mejor el problema y alcance los objetivos previamente establecidos.

También, identificar los principios que se relacionan con el conocimiento adquirido y que se pueden aplicar a otras situaciones o problemas. Es una metodología centrada en el aprendizaje, con los estudiantes como protagonistas<sup>(2)</sup>. La evolución del ABP se ha ido configurando como una filosofía, como una forma de entender la educación y como un estilo de aprender<sup>(3)</sup>.

Muchos son los estudios que recogen evidencias de las aportaciones del ABP a la calidad docente en los estudios de medicina<sup>(4-6)</sup>, pero son menos las evidencias del ámbito de enfermería des de una perspectiva de los profesionales egresados formados con el ABP<sup>(7)</sup>.

El estudio que se presenta parte de la innovación de un currículum de Enfermería totalmente integrado por competencias que sustituyó las clases expositivas por el ABP en pequeños grupos. Dicha experiencia comportó pasar de un paradigma docente centrado en el profesorado y en los contenidos de las diferentes asignaturas, a otro centrado en los estudiantes y en las competencias y habilidades básicas del perfil profesional. Para dar por concluido el proceso, la innovación requería un análisis general de la coherencia docente para obtener criterios claros de mejora en el proceso enseñanza y aprendizaje.

El objetivo específico se centró en identificar y describir las fortalezas y debilidades competenciales que perciben las profesionales de enfermería que se habían formado con ABP.

La recogida de datos se inició cuando las profesionales de la primera promoción formadas con el ABP llevaban tres años en el ámbito laboral; de esta manera quedaban situadas en la categoría de enfermeras “competentes” en los Niveles de expertez descritos por Patricia Benner<sup>(8)</sup> (Figura 1).

Nivel	Descripción
Principiante	El que no tiene experiencia y que adopta conductas dirigidas por normas, reglas y necesita ayuda para establecer un orden de prioridades. En esta categoría se incluyen estudiantes y profesionales que acaban de incorporarse.
Principiante aventajado	Profesionales que ya han afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para observar los componentes significativos y recurrentes. El principiante aventajado ya está en condiciones de formular principios que orienten las iniciativas de pautas y guías a seguir.
Competente	Cuando tiene dos o tres años de experiencia en las mismas circunstancias y puede valorar sus iniciativas. Todavía no tiene suficiente flexibilidad, pero tiene la sensación de tener conocimientos y preparación para afrontar las situaciones.
Aventajado	La experiencia que tiene acumulada le hace percibir espontáneamente las situaciones como un todo global, cosa que le hace capaz de identificarlas y ser eficiente en la toma de decisiones.

(La figura 1 continúa en la próxima pantalla)

Nivel	Descripción
Experto	Ya no necesita un principio analítico, sino que capta intuitivamente las situaciones, se centra en el núcleo del problema y actúa partiendo de un conocimiento global de la situación. Es primordial el registro sistemático de la actividad clínica experta para llegar a nuevos conocimientos. No todos los profesionales son aptos para conseguir este nivel

Figura 1 - Niveles competenciales según Patricia Benner

## Método

Se optó por un Estudio de Caso Intrínseco, ya que un programa innovador o una escuela pueden ser un caso, y porque los dos tienen un funcionamiento específico y complejo<sup>(9)</sup>. La finalidad del estudio exigía que las participantes llevaran tres años de experiencia laboral y esta característica la cumplían las ex alumnas de la primera promoción formadas con el ABP. Se esperó este plazo porque se tomaba de referencia la "enfermera competente" que según Benner es aquella que, lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas o análogas circunstancias y que, aunque le falte la rapidez y flexibilidad que posee la enfermera aventajada, tiene la sensación que controla el oficio y está preparada para afrontar y resolver las diversas contingencias de la enfermería clínica.

Los criterios de selección fueron: a) la continuidad en la actividad asistencial, b) la proximidad geográfica de su residencia actual y c) la disponibilidad horaria.

Para cumplir con los criterios éticos, las participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se explicitaba la confidencialidad y anonimato de sus datos y declaraciones. También se obtuvo la aprobación de la dirección docente y de la dirección asistencial.

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario y se hicieron grupos de discusión. El primero permitió seleccionar las ex alumnas, conocer su realidad profesional y recopilar su opinión sobre la influencia que tuvo el haberse formado con un currículum integrado por competencias. Para reforzar la parte abierta del mismo, se pedía una evaluación numérica de las capacidades competenciales que guiaron su proceso formativo. Se consideró con un 1 la evaluación deficiente y con un 8 la de excelencia. Esto permitió una reflexión en solitario, antes de pasar a la fase de los grupos de discusión, donde se clarificaban ideas con nuevas preguntas. Con el permiso de las participantes, los grupos de discusión fueron grabados, transcritos textualmente y devueltos a las participantes para su conformidad.

Para el análisis cualitativo se utilizó el método de las comparaciones constantes que combina la codificación

inductiva de categorías con la comparación simultánea de todas las unidades de significado encontradas. Para ello se utilizó el software Atlas Ti versión 4.1.

## Resultados y discusión

Se pudo localizar e informar del estudio al 81% de las ex alumnas de la primera promoción, de las que participaron el 33% (29 ex alumnas). La valoración que hicieron de sus competencias se resume en la siguiente Tabla 1.

Tabla 1 - Valoración de las competencias con escala del 1 al 8. Siendo 1 el valor de deficiencia y 8 el de excelencia. Barcelona, España, 2008

Competencia	Puntuación	Áreas de significado relacionadas
Saber trabajar en equipo	7,56	Aprendizaje entre iguales Trabajo cooperativo
Habilidades comunicativas	7,36	Relaciones interpersonales
Mantener actualizados los conocimientos y habilidades para tratar situaciones nuevas	7,21	Gestión autónoma de los aprendizajes Motivación para aprender y seguir estudiando Responsabilidad Seguridad profesional

El resto de competencias se mueven en una puntuación similar entre ellas y no se han acompañado de valoraciones que generasen unidades de significado: 7,12 (sobre 8) en la observación de una conducta ética y 6,24 (sobre 8) la gestión de cuidados enfermeros.

Las debilidades surgen del análisis de la pregunta abierta sobre las dificultades que han encontrado, trabajando como profesionales, atribuibles a la manera en que se formaron. Destaca de manera contundente la falta de conocimientos teóricos respecto al resto de dificultades que se consideran propias de una enfermera novel.

Reconocen como fortaleza la influencia directa del APB en la manera como analizan y resuelven los problemas al compararse con compañeras de trabajo que llevan el mismo tiempo y condiciones profesionales. Las fortalezas competenciales que describen, sitúa a las profesionales en el nivel competencial 4 de aventajado, cuando les correspondería el 3 de competente.

Sobre el trabajo en equipo, sus afirmaciones nos consolidan en la opinión que la metodología utilizada en la formación básica influye en gran medida la actividad y actitud profesional.

*...La parte positiva de haberme formado con el ABP es el haber trabajado mucho en equipo, lo que te facilita la dificultad*

*de trabajar con diferentes profesionales. (...) También te ayuda a la hora de valerte por ti misma, aunque yo no tengo ningún problema para pedir ayuda. Tengo compañeras que sí que les cuesta pedir ayuda cuando tienen alguna duda. (GD\*:11:7)\*\**

Este pedir ayuda dentro del marco de la cooperación, se interpreta como un valor añadido y, además, es inherente al aprendizaje social que tiene lugar dentro de una comunidad de prácticas<sup>(10)</sup>. Es un compromiso mutuo para que la competencia de cada uno interactúe y se logre alcanzar unos objetivos. La cooperación entendida de manera bidireccional es la característica más costosa del trabajo en los equipos de salud. Para salvar este obstáculo es básico reconocer que una formación de los profesionales por problemas, con igualdad de responsabilidad de todos los componentes del grupo de tutoría, ayuda a construir una concepción de trabajo que no sea una mera yuxtaposición de disciplinas.

*...Uno de los puntos fuertes del ABP es que fomenta el trabajo en equipo, el aprendizaje en cooperación de los diferentes miembros con la finalidad de conseguir un objetivo común. El trabajo en equipo es el pilar de la Atención Primaria donde trabajo actualmente. (EE\*\*\*:5:65)*

La calidad del trabajo cooperativo en el equipo de salud requiere un intercambio continuado de información realizado en espacios y tiempos comunes; asimismo, reclama que cada profesional asuma sus propias funciones y conozca las competencias de los demás para evitar confusiones de roles y de responsabilidades.

En los últimos cincuenta años, la profesión enfermera ha avanzado mucho en rigor y método pero, como colectivo, continúa con una cultura de baja autoestima respecto a otros profesionales del equipo de salud. El hecho que las profesionales de la primera promoción formadas con el ABP se sientan seguras dentro del equipo, es un indicador de que el termómetro de la autoestima se está movilizándose.

Para el trabajo interdisciplinario se precisa de: responsabilidad, habilidades de diálogo, pacto, integración, adaptación a cambios, tolerancia y saber gestionar la incertidumbre. Para que los profesionales de la salud consoliden el reto del diálogo interdisciplinario como instrumento de trabajo, hace falta una posición simétrica que permita a cada una de las disciplinas expresarse en un plano de igualdad entre ellas<sup>(11)</sup>.

Las habilidades comunicativas forman parte de las competencias básicas de los profesionales de la salud y son la pieza clave para una buena atención a las personas.

*...el ABP facilita las habilidades de comunicación porque no es lo mismo estudiar durante tres años escuchando a los profesores que te van diciendo los conceptos, que una persona que durante tres años ha buscado información y la ha aportado a las tutorías de manera argumentada y sintetizada. Esta comunicación constante en la tutoría del ABP, ayuda mucho. (GD:11:33)*

La tutoría del ABP en grupos pequeños es un buen contexto para trabajar los aspectos dificultosos que pueda tener un estudiante con las habilidades comunicativas. Dificultades que en ser detectadas por la tutora e identificadas por el estudiante, se pueden trabajar, supervisar y mejorar antes de que se ponga en contacto con los enfermos, familiares y equipo de salud en el contexto de la práctica clínica.

A su vez, las relaciones interpersonales son la base para poder acompañar en los momentos de fragilidad que viven las personas con problemas de salud. Momentos que son únicos como lo son las reacciones y respuestas de cada persona. Los vínculos que la enfermera instaure, ayudaran a que se establezca una relación de acompañamiento a la esperanza o desesperanza.

*...El que más me aportó el ABP es la mejora de mi relación con la gente. Antes de empezar a estudiar enfermería me costaba mucho, relacionarme y tener una conversación con personas totalmente desconocida. En nuestra profesión tenemos que estar siempre en contacto con personas, a hablar con ellas a que te entiendan, a resumir conceptos... (EE:6:4)*

Paralelamente, hay una conciencia generalizada que una formación básica generalista y tres años de experiencia profesional, no dan el bagaje suficiente ni la madurez para que las relaciones interpersonales consigan estar impregnadas de valores humanistas y de *caring* -sustentado en el conocimiento de la persona, la salud, el entorno y los cuidados, teniendo siempre presente las emociones, la empatía, la compasión, la autenticidad, la escucha activa, la reciprocidad, la intuición y la disponibilidad<sup>(12)</sup> pero sí que se reconoce en el ABP condiciones para iniciarse.

Las relaciones que se establecen en las tutorías y en la evaluación continuada entre iguales, permiten

\* GD: Grupo de discusión

\*\* Código que identifica a la ex alumna con el verbatim

\*\*\* EE: Entrevista Estudiantes

experimentar la relación de ayuda que se establece con el resto de los componentes del grupo. Estas interacciones son una fuente de aprendizaje de las habilidades sociales básicas para la vida democrática y para la sociedad del conocimiento, en la que el saber con los otros también es una competencia básica<sup>(13)</sup>.

En el mantener actualizados los conocimientos, las ex alumnas se reconocen más autónomas a la hora de decidir qué cuidados son más apropiados y se intuye cómo la cultura del tecnicismo está abriendo paso a la sabiduría del cuidar en temas como el bienestar, la adaptación y el acompañamiento.

*...Eres más autónoma en el momento en que no sólo actúas como técnica, si no que buscas información, te mueves si tienes un cambio y no sabes mucho como actuar (...), pero tienes habilidades para buscar las mejores evidencias de cómo cuidar y cómo ayudar. (PGD:6:44)*

Esta autonomía, que rompe con la rigidez normativa, puede conducir a los profesionales de enfermería a ser más tolerantes cuando se encuentre con situaciones ambiguas, a desarrollar el pensamiento creativo e intelectual para gestionar la incertidumbre, y desplegar el pensamiento crítico delante de evidencias contradictorias.

La autonomía en el aprendizaje es una competencia que se puede incrementar más si se tiene en cuenta las condiciones en que se desarrolla. En los comentarios de las participantes se vincula esta autonomía con la motivación que genera el hecho de continuar profundizando y actualizar sus conocimientos.

*...Yo ahora soy mucho más consciente de todo lo que no sé, esto hace que me forme continuamente. El ABP me ha dado esta "curiosidad" para aprender y para mejorar. (PGD:5:74)*

Partiendo de la premisa que la motivación es el producto de una buena enseñanza y no su requisito podemos deducir que la motivación de estas profesionales es intrínseca dado que les lleva a un enfoque profundo del saber, con interés y sentido de su importancia. Remarcan que la estrategia utilizada ha sido clave para dicha motivación y están de acuerdo en que enseñar es estimular el deseo de tener conocimientos, creando estrategias docentes que intensifiquen y diversifiquen el deseo de saber, cosa que favorece y refuerza la decisión de aprender.

El ABP fomenta el sentido de la responsabilidad porque compromete a los estudiantes consigo mismos y entre ellos<sup>(14)</sup>. Tienen que alcanzar unos objetivos personales y grupales que serán evaluados entre iguales y por la tutora. Si bien describen la motivación como

una fortaleza, en ocasiones se refieren a ella como una necesidad derivada de la falta de conocimientos, como se describe en el apartado de las debilidades.

*...Todos sabemos el grado de responsabilidad que comporta acudir a una tutoría. Debes ir preparado con el plan de trabajo hecho e interiorizado para poderlo aportar a los compañeros y que ellos te aporten a ti. (SGD: 3:22)*

Hay el convencimiento que las profesionales formadas en este paradigma, han incorporado habilidades y competencias que repercutirá en el futuro de la profesión. Si como estudiantes se han implicados en la gestión autónoma de sus aprendizajes, como profesionales también serán más autónomos en la gestión de los cuidados enfermeros y tendrán elementos para romper con el rol histórico de dependencia, fundamentarán todo lo que hacen con evidencias y obtendrán conocimientos sólidos a partir de su práctica.

Las ex alumnas consideran un punto fuerte la seguridad que han adquirido con el ABP, pero, a su vez, se sienten más inseguras a la hora de actuar si no están bien convencidas de que entienden lo que hacen. En general, no hay miedo o vergüenza en reconocer lo que no se sabe, al revés: se ve como un valor positivo para la seguridad de las personas que atienden.

*...Ante una sintomatología o medicación que no conozco, o no entiendo bien, tengo el recurso que he aprendido con esta metodología, que es buscar información y ampliar conocimientos en fuentes adecuadas. (EE:5:55)*

Para finalizar este apartado de las fortalezas, nada mejor que la respuesta de una de ellas sobre si tres años después de su graduación, es consciente del cambio de paradigma que tuvo lugar en su formación:

*... Pienso que la enfermera que soy es fruto de la manera en que me formé. Estudié con ilusión, ganas, curiosidad, dudas, en equipo i de manera individual, con habilidades de comunicación, de saber escuchar, preguntar y respetar. (EE:5:75)*

En relación a las debilidades hay que decir que una formación integrada por competencias mediante el ABP en grupos pequeños, comporta una dedicación mayor de tiempo si se compara con las clases expositivas en grupo grande. Esto comporta que, con la misma unidad de tiempo, no hay la oportunidad de trabajar el mismo número de temas. Esta disminución provoca que el estudiante perciba lagunas respecto al posible abanico de temas a desarrollar con una enseñanza tradicional. No obstante, se considera que los temas trabajados se conocen en profundidad.

*...Con el ABP nos han faltado conocimientos de Farmacología y Anatomía. Este déficit nos crea una inseguridad muy grande*

*porqué las patologías que hemos estudiado las sabemos mucho más que las personas que han estudiado con la metodología de siempre, pero las que no habíamos estudiado no teníamos ni idea.* (SGD:11:2)

Sea cual sea la estrategia utilizada, los responsables de la docencia somos garantes de la formación de profesionales competentes que den respuesta a las necesidades de la población. Así pues, los problemas que se trabajan con el ABP deben abarcar toda la casuística que se encontrarán cuando sean profesionales, y el proceso de evaluación tiene que estar impregnado de un rigor que garantice que la certificación final del estudiante, es acorde con las competencias esperadas.

Para analizar la percepción de falta de conocimientos, hay que tener presente que las enfermeras se incorporan a la asistencia a la mañana siguiente de graduarse. En el mejor de los casos, en los servicios donde realizaron las últimas prácticas de la carrera. Hasta que la enfermera no lleva dos o tres años de experiencia en las mismas circunstancias (mismo servicio), no tiene la sensación de un conocimiento y una preparación suficiente para afrontar las situaciones. Así pues, no es extraño que se sientan con falta de conocimientos hasta que no adquieren el nivel de principiante aventajado, ya que acaban de incorporarse al ámbito laboral, sin el acompañamiento de una profesional Sénior, y se le pide el mismo nivel competencial que a ésta.

Los conocimientos que encontraron a faltar son del ámbito de las ciencias básicas: Farmacología, Anatomía y Fisiología. Conocimientos estables y descriptivos que la enfermera debe conocer para comprender lo que le pasa al paciente. Llama la atención que sea, precisamente, la Farmacología la que se percibida como la menos conocida, dado que, si bien la enfermera debe conocer la farmacodinámica y la farmacocinética para hacer el seguimiento de sus interacciones y efectos adversos, la responsabilidad de su prescripción y dosificación es competencia médica.

*...Cuando terminas la carrera todo te viene un poco grande. Yo llegué al servicio de Cuidados Intensivos y recuerdo que como no tenía ni práctica ni experiencia tenía muchas dudas y lo pasé fatal. Era lógico, pues independientemente de la manera en que te has formado, todos partimos de la realidad de que somos novatos, nos falta experiencia y tenemos muchas dudas.* (SGD:11:26)

Con el ABP en grupos pequeños hay temáticas que el estudiante no verá hasta que no se las encuentre en la práctica asistencial. No obstante, de las que sí maneja, analiza y estudia en profundidad, consigue una buena

asimilación de los principios y conceptos necesarios para afrontar el problema y para saber extrapolar dichos saberes a situaciones análogas. Eso sí, los conocimientos que le faltan añaden más estrés, si cabe, al que ya tiene todo principiante.

## Conclusiones

La seguridad, la responsabilidad y las habilidades para gestionar situaciones nuevas junto con la valoración muy positiva de su nivel competencial, son las características básicas que sitúan a las ex alumnas en el nivel de aventajado y no en el de competente como es de esperar en profesionales que, a pesar de llevar tres años de ejercicio profesional, no han ejercido en el mismo servicio. Si bien este primer resultado es muy satisfactorio, contrasta con la paradoja de encajarlo con el déficit de conocimientos teóricos que han percibido como debilidad. Esta contradicción hace difícil discernir donde está el límite que separa la fortaleza de la motivación para continuar estudiando -impulsado por la estrategia formativa ABP- de la necesidad de proveerse de los conocimientos que dicen que les han faltado.

Se ha encontrado unanimidad en la percepción de falta de conocimientos en las áreas básicas de Farmacología, Anatomía y Fisiología y la inseguridad que esta percepción añade a la propia de un profesional novel, pero este estudio no permite discernir si la falta de conocimientos percibida es fruto de: a) un aprendizaje superficial o de un aprendizaje hecho en espiral sin límite y en una profesión que se sirve de muchas otras disciplinas para vigilar los resultados de las decisiones de otros profesionales; b) los avances científicos constantes que impone un reciclaje continuado; c) las exigencias de la práctica enfermera que sigue poniendo más énfasis en el rol de vigilancia y colaboración para el seguimiento y tratamiento médico, que en la autonomía de los cuidados; o d) no haber sabido, como docentes, coordinar y guiar correctamente la integración de estos aprendizajes en las diferentes situaciones problema.

Cabe señalar también la posibilidad que una percepción de falta de conocimientos en áreas tan específicas y vinculadas al estudio de patologías y tratamiento, no esconda la escasa visibilidad que la sociedad tiene de los cuidados y de las profesionales que los aplican. Invisibilidad que repercute en gran medida sobre la identidad y la imagen profesional de las enfermeras. Los tratamientos médicos y las curas técnicas han tenido siempre un reconocimiento social y profesional, que nunca tuvo el acompañamiento, la

suplencia y la educación sanitaria que llevan a cabo los profesionales de la enfermería, y que son esenciales e imprescindibles para la calidad de la vida de las personas.

Para finalizar, es necesario destacar de este estudio la evidencia de la fortaleza del trabajo en equipo. La huella que deja la adquisición de esta competencia, adquirida en las profesionales formadas con el ABP, merece ser aprovechada al máximo para formular una propuesta de futuro que aproxime el trabajo en equipo a la interdisciplinariedad que necesitan los profesionales del ámbito de la salud.

## Referencias

1. Lira ALBC, Lopes MVO. Nursing diagnosis: educational strategy based on problem-based learning. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):936-43.
2. Branda LA. El Aprendizaje Basado en Problemas. De herejía artificial a res popularis. *Educ. Méd*. 2009;12(1):11-23.
3. Rué J, Font A, Cebrian G. El ABP. Un enfoque estratégico para la formación en Educación Superior. *REDU*. 2011;9(1):25-44.
4. Schmidt HG, Vermeulen L, van der Molen HT. Longterm effects of problema-based learning.: a comparison of competencies acquired by graduates of a problema-based and a conventional medical school. *Med. Educ*. 2006;40(6):562-7.
5. Koh GC-H, Khoo HE, Wong ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *CMAJ*. 2008;178:34-41.
6. Cohen-Schotanus J, Muijters AM, Schönrock-Adema J, van der Vleuten CP. Effects of conventional and problem-based learning on clinical and general competencies and career development. *Med. Educ*. 2008 Mar;42(3):256-65.
7. Chicotas NE. Problem-based learning and clinical practice: the nurse practitioners' perspective. *Nurse Educ. Practice* 2009;9(6):393-7.
8. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
9. Stake RE. *Investigación con estudio de casos*. 3a ed. Madrid: Morata; 2005.
10. Laperriere H. Community health nursing practices in contexts of poverty, uncertainty and unpredictability: a systematization of personal experiences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(nº esp):721-8.
11. Ruiz V. Interdisciplinariedad y trabajo en equipo en los cuidados de enfermería al paciente psicogeriatrico. *Rev. Inform. Psiquiátricas*. 2008;(192):159-62.
12. Teixidor M. (Ed.). *Humanització i gestió*. En: *Máster en administració i Gestió de cures d'infermeria. L'exercici de la direcció des de la perspectiva del tenir cura*. Barcelona: Obra Social La Caixa; 2005. p. 53-72.
13. Labra P, Kokaly ME, Iturra C, Concha A, Sasso P, Vergara MI. El enfoque ABP en la formación inicial docente de la Universidad de Atacama: el impacto en el quehacer docente. *Estud. Pedagóg*. 2011;37(1):167-85.
14. Paranhos VD, Rino MM. Competency-Based Curriculum and Active Methodology: Perceptions of Nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):109-15.

Recibido: 11.04.2013

Aceptado: 16.06.2014