



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
POSGRADO EN PEDAGOGÍA**

**La construcción de las competencias
obstétricas: el caso del Licenciado en
Enfermería y Obstetricia**

TESIS

**Que para obtener el grado de:
Doctora en Pedagogía**

Presenta

Irma Piña Jiménez

Comité Tutorial:

Dr. Armando Alcántara Santuario

Dr. Ángel Díaz Barriga Casales

Dra. Concepción Barrón Tirado



Ciudad Universitaria, D.F. 2012.

Agradecimientos

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Armando Alcántara Santuario, quien siguió de cerca este trabajo, guiándolo y orientándolo desde sus inicios y aguardando con paciencia su conformación.

De manera muy especial quiero darle las gracias al Dr. Ángel Díaz Barriga ya que gran parte de los avances realizados en este trabajo, fueron presentados y discutidos al interior del Seminario de Desarrollo de Proyectos de Investigación de alumnos del Doctorado en Pedagogía que él coordina, lo que permitió en forma oportuna direccionar el mismo. Sus comentarios, observaciones y sugerencias fueron muy valiosos y contribuyeron en gran medida a darle forma a esta investigación.

A la Dra. Concepción Barrón Tirado, quiero agradecerle sus comentarios y observaciones al trabajo y también sus palabras de aliento que en diversos momentos recibí de su parte y que revitalizaron la elaboración y consecución del mismo.

Dedicatoria

***Ami padre Felipe
y
a la memoria de mi
madre Hilda***

***A Antonio, Bárbara
y Marco Antonio***

ÍNDICE

pág.

PRIMERA PARTE

El tema y el problema de investigación.

Introducción.....	1
Capítulo I. El discurso sobre las competencias.	7
1.1 Aproximación al término de competencia.....	7
1.2 Antecedentes de la educación basada en competencias y su inserción en los contextos educativos	12
1.3 Revisión de literatura y conformación del estado del arte sobre las competencias profesionales a nivel superior.....	17
1.3.1 La definición de las competencias profesionales.....	18
1.3.2 Noción de competencia y procesos de enseñanza y aprendizaje en el ámbito de la educación superior.....	21
• Revisión de la temática en documentos circunscritos al contexto de la Enfermería.....	29
• A manera de cierre del capítulo	35
Capítulo II. Recursos teóricos que nos acercan a la comprensión de la construcción de las competencias.	39
2.1 Constructivismo sociocultural y construcción conjunta de saberes.....	40
2.2 El conocimiento práctico y el profesional reflexivo.....	43

2.3 Sobre la transposición didáctica en la formación por competencias...	46
2.4 <i>Habitus</i> , prácticas sociales y prácticas profesionales.....	48
2. 5 Contextos socioculturales de aprendizaje y cognición situada.....	50
• Comunidades de prácticas presentes en contextos de aprendizaje....	52
• El concepto de participación periférica legítima.....	54

Capítulo III. La Enfermería y la Partería: oficio, profesión y competencias profesionales.	57
3.1 Partería y Enfermería, antecedentes de un oficio y de una profesión...	57
3.2 La enseñanza de la Enfermería en el contexto universitario.....	61
3.3 Tratados comerciales y profesión de enfermería.....	65
3.4 Competencias profesionales de enfermería.....	67
3.5 El espacio áulico y el espacio clínico, dos ámbitos de enseñanza aprendizaje con lógicas distintas.....	72
3.6 El hospital como escenario de prácticas y de formación de competencias.....	74

SEGUNDA PARTE.

El trabajo de campo

Capítulo IV. Metodología.	79
4.1 Lugar del investigador ante el problema estudiado.....	79
4.2 Primer momento: acercamiento y exploración.....	80
4.2.1 Sobre el instrumento que define las competencias obstétricas de la Organización Panamericana de la Salud.....	82
4.3 Segundo momento: incorporación al trabajo de campo y realización de entrevistas a alumnos.....	84
4.4 Tercer momento: realización de observaciones en un hospital general de la ciudad de México y en el laboratorio de enseñanza clínica.....	85

4.5 Cuarto momento: entrevistas a los docentes.....	87
4.6 Documentos reunidos	88
4.7 Codificación de las entrevistas.....	90
4.8 Formulación de categorías de análisis y subcategorías	93
Capítulo V. Resultados del trabajo de campo.	95
5.1 Resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de la Organización Panamericana de la Salud sobre las competencias obstétricas.....	95
Gráficas de los resultados instrumento de la OPS.....	101
5.2 Resultados obtenidos a partir de las observaciones y las entrevistas realizadas a alumnos y docentes.....	111
• Categorías y subcategorías de análisis.....	111
5.2.1. Categoría de análisis 1. El hospital como escenario real de enseñanza y aprendizaje de las competencias obstétricas. Subcategorías	112
5.2.2. Categoría de análisis 2. Práctica supervisada. Subcategorías.....	118
5.2.3. Categoría de análisis 3. Mediación docente. Subcategorías.....	141
5.2.4 Categoría de análisis 4. Ser enfermera obstetra. Subcategorías.....	150
Capítulo VI. Análisis y discusión de los datos.	163
6.1 El hospital como escenario de E-A de las competencias obstétricas, un espacio estructurado y estructurante.....	163
• “Saber que son personas y no cuerpos”.....	168
• Conocimientos compartidos por el grupo médico, la detección del riesgo.....	169
6.2 Práctica supervisada de obstetricia.....	172
• Significado de la práctica de obstetricia	172
• Presencia de un saber práctico que deriva de la acción.....	174

• La paciente embarazada como elemento central de la situación inédita que moviliza las competencias en la práctica.....	178
• Niveles de competencia alcanzados	179
6.3 Mediación docente.....	183
• Un acercamiento a las posibles situaciones que enfrentarán los alumnos en la realidad de práctica	183
• Mediación docente en el contexto hospitalario. Salvaguardar los fines educativos sobre las rutinas en los contextos institucionales de salud.....	184
• El escenario de prácticas, un espacio de incertidumbre y temor para los alumnos.....	187
• Mediación de la comunidad de práctica. Las enseñanzas enfermera- enfermera y médico- enfermera.....	188
6.4 Ser enfermera obstetra.....	190
• El devenir en enfermera	190
• Referentes de identidad profesional.....	190
• Significado de la atención del parto desde Enfermería.....	193
Esquema. Proceso de construcción de competencias obstétricas en alumnos de la LEO.....	197
Conclusiones.....	199
Referencias bibliográficas en orden alfabético.....	211
ANEXOS.....	225
Anexo 1. Relación de investigaciones sobre aprendizaje y enseñanza de competencias en el nivel superior.....	227
Anexo 2. Tesis consultadas	229
Anexo 3. Instrumento de la OPS. Competencias para el ejercicio de la	

partería	231
Anexo 4.Relación de documentos analizados.....	257
Anexo 5. Programas de las asignaturas Obstetricia I y II del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.....	273

PRIMERA PARTE

El tema y el problema de investigación

Introducción

La competencia en términos amplios y generales, se concibe como un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que son movilizados y puestos a disposición en una situación inédita. Esta primera definición del término, le confiere un carácter integrado, aspecto que resulta positivo, si consideramos que la realidad que enfrentan los profesionales, se muestra siempre de esta manera, es decir en forma compleja, cambiante e integrada.

Quien enfrenta una situación problema, tiene que proceder a identificar sus características de conjunto y diferenciar posteriormente los elementos parciales, desde los cuáles pueda incidir, considerando el campo de su intervención profesional. Sin embargo trasladar esta concepción al campo de la práctica educativa y darle un tratamiento didáctico acorde nos plantea algunas interrogantes: ¿es posible propiciar la formación de las competencias profesionales a partir de los espacios, las formas de abordaje y las metodologías que se han empleado hasta ahora? ¿cómo construyen los sujetos de educación las competencias profesionales? ¿qué factores son decisivos en su conformación? ¿se construyen las competencias profesionales de la misma forma en las diferentes profesiones? por ejemplo ¿en la medicina, la ingeniería, la arquitectura, el diseño gráfico, la música o la enfermería? ¿cómo interactúan los elementos que están presentes en el contexto que requiere del despliegue de la competencia, con los elementos que porta el sujeto de aprendizaje? ¿si el alumno asume un papel activo, qué problemas y retos enfrenta en los escenarios de práctica y cómo los resuelve? ¿con qué apoyos pedagógicos cuenta, durante este proceso?, el docente por su parte ¿cómo enfrenta y resuelve la diversidad que presentan sus alumnos y las distintas orientaciones que requiere cada cual en su proceso de construir competencias? ¿cómo influye el docente desde su doble postura como profesional de un campo determinado de conocimientos y como educador?

Por otro lado y ubicándonos en un nivel teórico, ¿a qué supuestos teóricos responde la formación basada en competencias? ¿constituye un cuerpo sólido de elementos que permite explicar y deducir por qué debiéramos optar por este enfoque o constituye sólo un discurso que es acorde a las nuevas políticas educativas? Estas son algunas de las preguntas que están en el centro de esta investigación.

El discurso de la educación basada en competencias, apunta a una visión más pragmática del conocimiento, el conocimiento deja de tener un valor *per se* y adquiere importancia en razón de las situaciones y problemas sociales o científicos que permite resolver.

Pero el discurso no ofrece paralelamente, claras directrices sobre los procesos que implica esta formación y si bien no negamos la importancia que tiene en todos los sentidos, el buen desempeño de los profesionales, no basta definir las competencias de una profesión, para afirmar que se está aplicando este nuevo enfoque educativo. Es preciso trasladarse al terreno de las prácticas profesionales, que poseen características e historias propias, y a los entornos que se disponen para su construcción, desde el terreno de la formación universitaria.

Las situaciones prototípicas de una práctica profesional se han estructurado y consolidado en el devenir histórico de cada profesión, sus espacios de intervención, así como la construcción de sus lenguajes, instrumentos, procedimientos, técnicas, saberes e identidades, constituyen importantes bagajes culturales del grupo que los practica.

De ahí que el enfoque de formación basada en competencias circunscrito a un determinado ámbito profesional, adquiera matices y connotaciones muy particulares, pues al paso del tiempo las profesiones han ocupado espacios de intervención específicos, que les ha planteado determinados desafíos y problemáticas a resolver, y al mismo tiempo han adquirido autoridad, poder y reconocimiento social en su ámbito de intervención.

Por lo tanto, si bien es necesario no perder de vista las competencias para las que finalmente se orquestan una serie de recursos y dispositivos educativos en la

educación superior, esta consideración nos ha de llevar no sólo a la recuperación de los conocimientos, habilidades y actitudes que conforman las competencias que se requieren para el ejercicio profesional, sino también a un reconocimiento de la naturaleza de las prácticas de formación que se requieren, para acercar paulatinamente a los alumnos, a las realidades que finalmente enfrentarán en su vida profesional.

Tanto los conocimientos teóricos como los saberes prácticos tienen relevancia en la formación de una competencia profesional, sin embargo éstos últimos poseen un origen y una forma muy particular de ser transmitidos y aprendidos al interior de cada grupo profesional, lo que incluye en la mayoría de los casos una vinculación directa entre el sujeto que aprende y la circunstancia que ha de enfrentar y resolver en el campo de su intervención, permeado por los saberes propios de los ejecutantes de una comunidad de práctica presente en el contexto.

Se trata entonces de indagar las formas de estructurar y de asir un conocimiento, que puede incluso en parte no estar documentado, en el que la mediación de aquellos profesionales más expertos así como la experiencia y la acción del sujeto sobre aquello que aprende, es determinante pues el entorno le ofrece una gama de situaciones, de oportunidades y también de obstáculos, para acceder al conocimiento y los saberes profesionales, que perfilan su proceso de construcción. En este sentido la indagación del tema de las competencias, puede ofrecernos una oportunidad de reconstruir las maneras en que la teoría y la práctica se integran en la formación de los profesionales.

Esta investigación constituye un estudio de caso y parte de las interrogantes antes mencionadas, centrándose en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM, y de manera aún más puntual, se centra en la construcción de las competencias de la enfermería obstétrica que conforman los sujetos de educación de esta licenciatura. El interés por este tema surge de la reflexión sobre algunos planteamientos que presenta el discurso de las competencias y sobre los que encuentro puntos de afinidad, en el proceso formativo que viven los LEOs, destacando de manera particular, el que refiere la necesidad de trasladar los temas que se tratan en el

contexto áulico a una situación de aplicación concreta, ya sea en forma hipotética, simulada o bien real, pues la formación de Enfermería tiene en su devenir histórico, una fuerte presencia de aprendizajes *in situ*, que ocurren como resultado de la incorporación temprana de los alumnos, como practicantes y aprendices en los espacios reales de intervención profesional, es decir los hospitales, y que si bien no son el único ámbito de su intervención, si constituyen el principal escenario al que se incorporan en el futuro como profesionales.

De manera que el presente estudio de caso, pretende aportar un mayor entendimiento de cómo ocurre este proceso, agregando datos cualitativos sobre vivencias aún no exploradas, que incrementen el entendimiento y la comprensión sobre el tema de la construcción de las competencias profesionales.

EL trabajo está estructurado en dos grandes apartados, un primero que reúne la revisión conceptual del tema de las competencias y un segundo que presenta los resultados del trabajo de campo que comprendió el estudio de caso.

El primer apartado inicia con un capítulo que revisa la noción de competencia y algunos de sus antecedentes, que colocan la educación basada en competencias en diversos contextos educativos. Asimismo se presenta una revisión del estado del arte, que incluye documentos alusivos a diversas investigaciones que han abordado el tema, destacando sus metodologías y resultados obtenidos, circunscribiéndonos al ámbito de la educación superior.

En un segundo capítulo se revisan y analizan algunas contribuciones teóricas que diversos autores hacen al tema, tratando de acercarlas en la medida de lo posible, a algunas de las interrogantes que se plantearon inicialmente en este trabajo. De ninguna manera es un capítulo que agote el tema, pero permite un primer avance en la reflexión del tema, teniendo las interrogantes planteadas como hilos conductores.

En el tercer capítulo circunscribimos el tema de las competencias al contexto de la Enfermería, iniciando con la recuperación de algunos datos históricos, que dan cuenta del devenir de la partería y la enfermería como oficios inicialmente separados y después integrados en forma conjunta como profesión, en el contexto de nuestra universidad.

En la segunda parte se presenta el trabajo de campo iniciando con un capítulo que refiere las diversas fases por las que metodológicamente atravesó la investigación, para posteriormente abundar en los resultados que aportó tanto el instrumento de la OPS sobre las competencias obstétricas de enfermería, como los datos cualitativos que emanaron de las entrevistas que se aplicaron a alumnos y docentes, así como de las observaciones realizadas tanto en los laboratorios de enseñanza clínica como en el hospital y que conforman el capítulo V.

Al presentar los resultados de las entrevistas, se optó por incluir a pie de página los párrafos cuya cita se hacía necesaria, en razón de las ideas que se fueron desarrollando, con el propósito de no romper la secuencia de la narración.

La descripción y el análisis inicial de los datos que aportaron las entrevistas, se estructuraron a partir de la conformación de las categorías y subcategorías de análisis que derivaron de la codificación de los datos.

El último capítulo pretende encontrar sentido a los datos obtenidos y reúne la reflexión y el análisis de los mismos, a partir de lo que cada categoría de análisis permitió vislumbrar, e incorpora un esquema que plasma el proceso estudiado, para exponer finalmente la presentación de las conclusiones, que derivaron del estudio de caso.

Capítulo I . El discurso sobre las competencias

1.1 Aproximaciones al término de competencia

El término “competencia” aparece en el contexto laboral, bajo una lógica de la economía del mercado en el nuevo orden mundial, en el que se destaca que las nuevas formas de organización del trabajo demandan nuevas calificaciones en los profesionales¹. La escuela, en todos sus niveles educativos, es interrogada sobre sus funciones y sus alcances frente al mundo presente y futuro.

El término de competencia, pondera un sentido utilitario al conocimiento que es acorde con el planteamiento de la sociedad del conocimiento, en la que desde las actividades más elementales y básicas de la vida humana hasta las actividades profesionales más complejas, suponen el manejo y el dominio de ciertos conocimientos².

El discurso de las competencias se comienza a adoptar, sin que medie una claridad en sí del término y una reflexión de sus implicaciones en el campo

¹ Cfr. VALLE FLORES, Ángeles (coordinadora) (2004).” La calificación profesional en el nuevo escenario de la organización del trabajo”, *Las profesiones en México frente al mercado de trabajo*. México, Pensamiento Universitario, Tercera época, 95.

² “Las sociedades más avanzadas plantean un marco de intercambios simbólicos para sus miembros como no había tenido lugar en ninguna otra parte ni en ningún otro momento histórico. La sociedad del conocimiento es una expresión que designa un tipo de sociedad y de cultura en la que cualquier actividad individual y social está ligada o reclama la posesión de conocimientos, desde las actividades más simples (consumir, relacionarse con otros, elegir entre posibilidades,...) hasta las actividades profesionales más complejas. Estamos y estaremos cada vez con más fuerza en un mundo en el que la educación será actividad decisiva para poder participar y estar en este universo o quedar excluido de él...”

GIMENO SACRISTÁN, José. (2004) “Políticas y prácticas culturales en las escuelas: los abismos de la etapa postmoderna”, en TEDESCO, Juan Carlos, José GIMENO SACRISTÁN, Jurjo TORRES SANTOMÉ et. al. *Por nuestra escuela*. México, Lucerna Diogenis. pp. 37.

educativo y social. Ángel Díaz Barriga³ ha señalado este aspecto, interrogando si este discurso supone una alternativa o sólo un disfraz de cambio, en tanto se pondera la innovación *per se*, seguida de la ausencia de una reflexión conceptual que acompañe la generalización de esta propuesta.

El término competencia en un diccionario de Ciencias de la Educación⁴, hace alusión a la capacidad profesional para llevar a cabo determinadas actividades y en una segunda acepción refiere una disputa o contienda entre varios individuos que pretenden la misma cosa, de manera que alude a la rivalidad y la competición. Mientras en una perspectiva psicológica su significado se vincula con la necesidad que tiene el ser humano de manifestar la propia habilidad para manejar el entorno, aunada a la satisfacción que produce la manipulación de determinados objetos y situaciones, aún cuando ello no conduzca a ninguna utilidad práctica.⁵

En su raíz etimológica, la palabra competencia viene del verbo latino *competere*, que significa responder a, o corresponder y da lugar al adjetivo "*competens-entris*" que significa competente, conveniente. Fernández Tejada considera que este significado dentro del contexto laboral, adiciona las nociones de autoridad,

³ "... el discurso de la innovación aparece como la necesidad de incorporar nuevos modelos, conceptos o formas de trabajo, sólo para justificar eso" que discursivamente se está innovando". No se generan tiempos para analizar los resultados de lo que se ha propuesto, no se busca sedimentar una innovación para identificar sus aciertos y límites, sencillamente agotado el momento de una política global o particular, tiempo que en general se regula por la permanencia de las autoridades en determinada función, se procede a decretar una nueva perspectiva de innovación..."

DÍAZ BARRIGA, Ángel. (2006). El enfoque de competencias en la educación ¿una alternativa o un disfraz de cambio?", *Perfiles educativos*, Tercera época, Vol. XXVIII, No. 111, p 7.

⁴ *Diccionario de Ciencias de la Educación* (1983). México, Santillana, Vol.I.

⁵ En diccionarios de Sociología el término de competencia refiere un sentido de atribuciones, capacidades, poderes de decisión y de actuación necesarios para la realización de una instancia, y capacidad de acción.

HILLMANN, Karl Heinz. (2001). *Diccionario enciclopédico de Sociología*. Barcelona, Empresa Editorial Herder. p. 138

incumbencia, capacitación y calificación. El autor concluye con una síntesis en la que considera que *"la competencia se refiere a las funciones, tareas y roles de un profesional –incumbencia– para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo –suficiencia– que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y calificación"*⁶

Bustamante Zamudio⁷ refiere el término citando a Chomsky, quien introdujo en 1965 el término de competencia dentro del contexto de la Gramática generativa, el cual comprende la posibilidad de emitir un número infinito de enunciados, y supone una capacidad creadora e innovadora de lo inédito en el campo de la lingüística. Dentro de esta concepción la competencia puede ajustarse a un número infinito de situaciones, además de perfeccionarse a lo largo de la vida del ejecutante.

Por su parte Roe⁸ menciona que la competencia es una capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, funciones o rol, el autor lo circunscribe al caso de las competencias profesionales del psicólogo y argumenta que su adquisición supone un trabajo paulatino de prácticas supervisadas con tutores.

⁶ FERNÁNDEZ TEJADA, José (1999). "Acerca de las Competencias Profesionales", **Revista Herramientas**, No. 56, Madrid, España.
Disponible en : [http:// www.cinterfor.org.uy](http://www.cinterfor.org.uy) Recuperado en 05 /07.

⁷ BUSTAMANTE ZAMUDIO, Guillermo (2003). **El concepto de Competencia III. Un caso de recontextualización. Las "competencias" en la educación colombiana**. Bogotá, Sociedad Colombiana de Pedagogía.

⁸ ROE, Robert (2003). "Qué hace competente a un psicólogo? Papeles del Psicólogo. **Revista del colegio Oficial de Psicólogos**. No. 83, Diciembre.
[En red] Disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1108> Recuperado: 02/07/07

Desde la mirada de Perrenoud⁹ el tema de las competencias, plantea un viejo debate sobre la educación, ¿conocimientos académicos vastos o pericia en la práctica? a lo que el autor responde que ambos son necesarios.

Perrenoud considera que una competencia si bien requiere de conocimientos no se reduce a ellos, una competencia tampoco supone el dominio exclusivo de un procedimiento, sino que es preciso movilizar conocimientos en situaciones de acción.

Algunos autores como César Coll¹⁰ han planteado la ampliación de los conocimientos que dan cuenta de la acción, así sin hablar de competencias, ha diferenciado, conocimientos declarativos, procedimentales y actitudinales, sin embargo esta clasificación no resuelve el asunto de su integración y de su movilización en situaciones específicas.

Construir competencias supone por consiguiente un asunto de movilización y de su disposición puesta al servicio de una acción eficaz. Esto supone según Perrenoud¹¹ los siguientes aspectos:

1. Las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o actitudes, aunque movilizan, integran, orquestan tales recursos.
2. Esta movilización sólo resulta pertinente en *situación* y cada situación es única, aunque se le puede tratar por analogía con otras ya conocidas.

⁹ PERRENOUD, Philippe (1999). **Construir competencias desde la escuela**. Chile, Dolmen ediciones.

¹⁰ COLL, César, Juan Ignacio POZO, Bernabé SARABIA y Enrics VALLS (1992). **Los contenidos de la reforma. Enseñanza y aprendizaje de los conceptos, procedimientos y actitudes**. Madrid, Ediciones Santillana.

¹¹ PERRENOUD Philippe. (2005). **Diez nuevas competencias para enseñar**. 3ª ed. Barcelona, Biblioteca de Aula. p. 11

3. El ejercicio de la competencia pasa por operaciones mentales complejas, sostenidas por *esquemas de pensamiento*, los cuales permiten determinar (más o menos de un modo eficaz) una acción relativamente adaptada a la situación.
4. Las competencias profesionales se crean en formación, pero también a merced de la navegación cotidiana del practicante, de una situación de trabajo a otra.

En razón de lo anterior, al describir una competencia, nos vemos en la necesidad de considerar tres elementos complementarios:

- Los tipos de situaciones sobre las que da un cierto control.
- Los recursos que moviliza, conocimientos teóricos y metodológicos, actitudes, habilidades y competencias más específicas, esquemas motores, esquemas de percepción, evaluación, anticipación y decisión.
- La naturaleza de los esquemas del pensamiento que permiten la sollicitación, la movilización y la orquestación de los recursos pertinentes, en situación compleja y en tiempo real.¹²

El análisis de competencias nos remite entonces a una teoría de pensamiento y de acción situada, y paralelamente al trabajo y a la práctica de una profesión, este último aspecto abre a su vez al terreno de las prácticas sociales y al marco de las instituciones en las que éstas tienen lugar.

¹² PERRENOUD, Philippe. (2005). *Op. Cit.* p. 11.

1.2 Antecedentes de la educación basada en competencias y su inserción en los contextos educativos.

Los antecedentes de la formación basada en competencias se ubican en Estados Unidos a finales de los años sesenta, a partir de las reformas educativas requeridas por los sectores industriales y comerciales, que reclamaban una mayor atención en los resultados, de la educación básica, especificados en formas conductuales¹³. Las reformas se centraron en los aprendizajes de los alumnos y en las competencias de los docentes, de ahí partió el planteamiento de que los profesores acreditaran y les fuera certificada su competencia como aspirantes a la función docente y a través del *National Consortium of Competency Based Education* Centres, se desarrollaron un conjunto de criterios para describir y evaluar los programas basados en competencia, que constituyen lo que hoy se conoce como formación basada en competencia (FBC).¹⁴

¹³ BLAS, Francisco de Asís (2007). **Competencias profesionales en la formación Profesional**. Madrid, Alanza Editorial. p. 63

¹⁴ “... A título de ilustración, se enumeran seguidamente algunos de estos criterios, en particular aquellos cuyo enunciado se corresponde plenamente con los supuestos que subyacen a la actual FBC:

- Las competencias se basan en el análisis de los roles profesionales
- Los enunciados de competencia describen resultados esperados del desempeño de funciones profesionalmente relacionadas, o aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que se consideran esenciales para la ejecución de dichas funciones.
- Los enunciados de competencia facilitan la evaluación referenciada en criterios.
- Las competencias son consideradas como predictores tentativos de la eficacia profesional y están sujetas a procedimientos de validación permanente.
- El programa de instrucción se deriva y está asociado a competencias especificadas.
- La instrucción que soporta el desarrollo de competencias se organiza en unidades de tamaño manejable.
- La instrucción se organiza y desarrolla de forma tal que se acomode al estilo del aprendiz, a la secuencia preferida, al ritmo y a las necesidades percibidas.
- El grado de progreso del aprendiz se pone en conocimiento del interesado a lo largo del programa.
- Las especificaciones de la instrucción se reconsideran y se revisan a partir de los datos retroalimentados.
- Las medidas de la competencia son específicas, reales y sensibles a su matización.
- Las medidas de competencia discriminan a partir de los estándares establecidos, la demostración de competencia.

Posteriormente en la década de los setenta, la formación profesional retomó este enfoque en diversos estados, tomando el *National Center of Research in Vocational Education* la coordinación y los fondos para desarrollar este sistema de formación.

En esta década son también mencionados los argumentos que expone David McLelland, quien destacó que los exámenes académicos, no permitían predecir el buen desempeño en los espacios de trabajo, ni el éxito en la vida, y que paralelamente dichos exámenes discriminaban a las minorías étnicas, a las mujeres y a los grupos vulnerables, por lo que sugiere se tomen en consideración las competencias¹⁵.

Richard Boyatzis por su parte, desarrolló un modelo genérico de las competencias gerenciales, basándose en las características de la personalidad, habilidades, rol social, y un conjunto de conocimientos que una persona posee y pone a disposición en las situaciones, para tener un desempeño adecuado¹⁶.

Estas aportaciones, hicieron un fuerte énfasis en el desempeño conductual de las personas, por lo que se ubican dentro de una perspectiva conductista.

En el caso del Reino Unido, el enfoque de formación basado en competencias, tiene presencia en la década de los ochenta, en razón a que se conjuntan dos procesos, el de la recesión económica y la explosión demográfica en la década de los setenta, que generan un desajuste entre el número de jóvenes en edad de

- Las medidas y los estándares de competencia se especifican y se hacen públicos antes de la instrucción...”

BLAS, Francisco de Asís (2007). *Op. Cit.* pp. 64 -65

¹⁵ MERTENS, Leonard (1996). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo, CINTERFOR. p. 69.

¹⁶ Idem.

ingresar al mercado de trabajo y el número de empleos disponibles, agravado por la carencia de cualificaciones profesionales.

En la idea de mejorar las cualificaciones de los trabajadores, se creó en 1986 el *National Council for Vocational Qualifications* (NCVQ), quien emplea competencias como referentes de cualificación profesional, haciendo énfasis en las funciones que un trabajador debe ser capaz de realizar, nuevamente se observa un énfasis en los resultados y no en los procesos de aprendizaje.¹⁷

La adopción oficial por parte del Reino Unido, propició una pronta incorporación de este enfoque a países de su área de influencia como son Irlanda, Australia y Nueva Zelanda y Canadá en el Continente Americano.

En la década de los noventa, España adopta este enfoque en la reforma de la formación profesional reglada, aspecto que contribuyó a que países latinoamericanos se incorporaran a este enfoque, como fue el caso de México¹⁸, que avanzó más en un proceso de certificación externa, que en una consolidación de un sistema basado en competencias.

La certificación se propuso con la coparticipación de empresarios, académicos y profesionales, sin embargo para el caso de México, la propuesta avanzó hacia una certificación emitida por entidades externas y concretamente a través del Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER) que se crea el 2 de agosto de 1995, con lo que deriva un proyecto general sobre educación tecnológica y modernización de la capacitación, que realizan de manera

¹⁷ BLAS, Francisco de Asís (2007). *Op. Cit.* p.65

¹⁸ En el caso de México, una compilación de textos a cargo de ARGÚELLES, Antonio (compilador). (1996). *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*. México, Limusa, constituye uno de los primeros documentos producidos en el país que introduce la temática de las competencias, y orienta su incorporación al caso de las carreras tecnológicas.

conjunta la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, propuesto por Ernesto Zedillo como Secretario de Educación¹⁹. Este proyecto se implementó en el CONALEP y en el Instituto Politécnico Nacional.

Esta certificación supone un reconocimiento de las competencias, independientemente de la vía en que han sido adquiridas, es decir la vía de educación formal o la vía no formal de su adquisición.²⁰

En el caso de los países europeos, el enfoque basado en competencias aparece como una respuesta conveniente, ante los procesos de migración que se viven y que requieren de la colocación y ubicación de los inmigrantes en determinados espacios de trabajo. Se trata de personas que buscan un lugar de trabajo, y en este sentido la certificación de sus conocimientos y habilidades, se vuelve un aspecto prioritario²¹.

¹⁹ JARAMILLO RÍOS Salud S. y MENDOZA MARTÍNEZ, Víctor Manuel. (2006) La educación Universitaria en el Marco del Modelo por Competencias, **Revista de divulgación científica del Centro Cultural Universitario Justo Sierra**. Año 0, marzo.

²⁰ La forma en que el discurso de las competencias ha logrado permear al sistema educativo, difiere en cada país, Mertens identifica en términos gruesos tres maneras:

- Por iniciativa del sistema educativo, quien decide adoptar la formación basada en competencias (caso de Alemania, Francia y España);
- Por una iniciativa que surge de los agentes sociales de la producción y del gobierno, en la que el sistema educativo es uno de estos agentes. En estos casos se forman Consejos Técnicos conformados por empleadores, trabajadores y especialistas del sector educativo por rama de actividad, quienes determinan las normas de competencia laboral, (caso de Gran Bretaña, Australia y México).
- La tercera forma constituye un híbrido en el que el sistema educativa en forma descentralizada y actores sociales, empleadores y trabajadores, desarrollan un sistema de competencia laboral y se reintegran a las políticas del mercado de trabajo, (caso de EUA y Canadá). Se formulan normas de desempeño y los trabajadores paulatinamente se van recalificando y reubicando.

MERTENS, Leonard (1998). **La gestión por competencia laboral en la empresa y la formación profesional**. Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional (IBERFOP).p.9 y ss.

²¹ GUIZARTE JUSTIZI, Lanet y Salla SEGURANTZA (1999). **Competencias profesionales. Enfoques y Modelos a debate**. CIDEA, Centro de Investigación y documentación sobre problemas de la economía, el empleo y las cualificaciones profesionales. Gobierno Vasco. Colección Cuadernos de trabajo. Formación, empleo y cualificaciones. No. 27, p. 58

No se trata sólo de un asunto de equivalencia de títulos, diplomas o grados académicos, se trata de un asunto de comparar y equiparar cualificaciones, de esta manera se pasa del reconocimiento de los títulos y estudios realizados, al reconocimiento de las cualificaciones de los emigrantes, un nuevo término aparece “pasaporte o cartilla de competencias profesionales”, pues resulta apremiante la adecuada ubicación de las personas en el mercado de trabajo y el aprovechamiento de sus cualificaciones, en especial en el caso de las profesiones reguladas (caso de enfermería) y se ve como un aspecto secundario el reconocimientos de sus certificados profesionales, o la vía a través de la cual las ha adquirido.²²

Cabe mencionar también en el caso de la Unión Europea la Declaración de Bolonia en 1999²³, que compromete a los países europeos a una cierta homogeneización de sus planes de estudios universitarios, con el propósito de facilitar la correspondencia y la convalidación mutua de las titulaciones.

²² “El concepto de competencia se sitúa así como un elemento aparentemente capaz de conciliar la dualidad de la idea de cualificación que se venía utilizando, en la aproximación de las correspondencias y que hacía referencia tanto a las actividades profesionales como a las titulaciones asociadas”.

GUIZARTE JUSTIZI, Lanet y Saila SEGURANTZA (1999). *Op. Cit.* p. 63.

²³ La declaración de Bolonia fue suscrita el 19 de junio de 1999, en dicha ciudad de Italia, por los ministros de Educación de 29 estados europeos, posteriormente el número de países signatarios se elevó a 40 en Berlín. En el 2003 y en la Conferencia de Bergen en 2005, otros cinco países solicitaron su afiliación.

El proceso de Bolonia tiene el propósito de constituir una Zona de Educación Superior Europea para el 2010, implicando una reforma sustancial de la educación superior, mas allá de las fronteras de los 25 países de la Unión Europea. La declaración contempla entre sus objetivos la promoción de movilidad mediante la superación de obstáculos hacia el ejercicio del movimiento libre; el establecimiento de un sistema de créditos como medio de promoción de la movilidad de estudiantes y la adopción de un sistema de titulación de fácil comparación.

La declaración de Bolonia también refiere la necesidad de elevar la competitividad de la educación superior europea y hacerla más atractiva a los estudiantes de otros continentes.

WIT, Hans de (2005). “El proceso de Bolonia. Hacia una zona de Educación Superior Europea”, *Foreign Affairs en español*, vol. 5, núm 2, Abril- Junio pp. 52-71.

1.3. Revisión de literatura y conformación de un estado del arte sobre las competencias profesionales en el nivel superior.

Lo primero que se advierte al iniciar una búsqueda de documentos vinculados con el tema de formación de competencias, es la gran cantidad de documentos que se han escrito bajo este rubro, y que pueden agruparse en temáticas recurrentes tales como: vinculación de la formación profesional y mercado de trabajo, definición de competencias y diseño curricular, establecimiento de estándares de desempeño y formas de evaluación de tales desempeños, definición y consenso de competencias en una profesión determinada, entre otros.

Se advierte una gran producción dentro de la tradición anglosajona así como en documentos de origen español que se vinculan tanto con la reforma educativa como con el Espacio Europeo de Educación Superior.

Lo que el lector podrá ver en seguida, es resultado de una serie de búsquedas y consultas en bases de datos, que se centró en el aprendizaje y la enseñanza de las competencias en la educación superior. Entre éstas se incluyeron tesis (ver anexo 2), textos, artículos de revistas que refieren investigaciones y resultados alcanzados, ensayos que hacen alguna reflexión sobre un aspecto conceptual determinado, o bien artículos que documentan una experiencia educativa concreta en el que el tema del aprendizaje y de la enseñanza de las competencias está presente.

Generalmente se trata de documentos producidos en la década de los noventa y posteriores al año 2000. También se aprecia, que en la tradición sajona está muy presente el discurso de la formación por competencias, y que aparece en el ámbito educativo como una tendencia impuesta, que no siempre consideró los

puntos de vista de los docentes, que son las personas que finalmente pueden concretar el enfoque.

1.3.1 La definición de las competencias profesionales.

Un aspecto que es tratado en algunos documentos en forma reiterada, es el que se refiere a la definición de las competencias, dentro de un campo profesional específico, cabe mencionar que en este sentido pueden apreciarse dos grandes tendencias: una en la que organismos externos a la entidad educativa, determinan las competencias que deberán orientar el trabajo académico en las Universidades y Colegios, es decir una instancia externa determina cuáles son las competencias fundamentales que deben incluirse y promoverse desde el contexto curricular.

Aspecto que como podrá entenderse, ha generado una serie de críticas y reflexiones por parte de algunos académicos e investigadores del campo educativo, que cuestionan por un lado el verticalismo y la imposición de dichas competencias, así como su evaluación²⁴, y por otro la presencia de una propuesta con una visión cerrada que concibe que sólo existe una forma única de concebir los perfiles, para los que se forma un profesional determinado.²⁵

²⁴ Véanse ECCLESTONE, Kathryn. (1999) y HYLAND, Terry (1994)

ECCLESTONE, Kathryn (1999). "Empowering or Ensaring: the implications of outcome- based assessment in Higher Education", *Higher Education Quarterly*, 0951- 5224, Volume 53, No. 1 January, pp. 29-48.

HYLAND, Terry (1994). "Experiential learning, competence and critical practice in higher education" *Studies in Higher Education*; Sep 94, Vol. 19. ISSUE 3, pp 327- 340.

²⁵ Cabe mencionar que si bien existen aspectos comunes y universales que comparten las profesiones, la conformación de su perfil depende en gran medida de las circunstancias sociohistóricas, culturales y económicas que prevalecen en cada país, así como de las diversas problemáticas y necesidades sociales a que se enfrentan los grupos profesionales.

Por otro lado, al definir las competencias en términos de los desempeños que deben mostrarse y trasladarlas al terreno del diseño curricular, se está proponiendo un proceso que supone un retorno a la enunciación de objetivos conductuales, con la consiguiente fragmentación de la conducta que de ello resulta, lo cual desvanece la idea integradora presente en el concepto de competencia.

Una segunda tendencia ha implicado que entidades nacionales y en algunos casos internacionales, propongan proyectos de consulta para la definición de dichas competencias, en la que han participado, empleadores, académicos, expertos y alumnos, e incluso asociaciones que representan a los profesionales, en la idea de que dichas competencias cuenten con el consenso de quienes participan en la formación profesional, así como de quienes emplean a dichos profesionales. Este es el caso del Proyecto TUNNING en el Espacio Europeo de Educación Superior²⁶ y también del Consejo Internacional de Enfermeras²⁷.

En el caso de nuestro país y concretamente de la Enfermería, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, a través de un grupo comisionado de trabajo de enfermería y de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza/ UNAM, elaboraron un documento de trabajo para definir las competencias profesionales de la enfermera de nivel técnico,²⁸ sin embargo este

²⁶ TUNNING (s.f.) **Consulta de las Competencias Genéricas en América Latina. Propuesta de las Universidades Participantes**. Primera Reunión General del Proyecto [En red] Disponible en:http://www.plataforma.uchile.cl/fg/contenido/reforma/historia/textos/competencias_%20genericas_al.htm Recuperado: 15/07/05.

²⁷ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (2003). **Marco de competencias del CIE para enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración de las consultas**. Ginebra, CIE.

²⁸ LOO MORALES, Irene, Ma. Del Pilar SOBERANES, Lucila ROSALES RODRÍGUEZ, et.al. (2002). **Programa de competencias para el pasante de enfermería de nivel técnico en un**

documento, actualmente es objeto de revisión y aún no constituye un elemento que dirija las decisiones que se toman a nivel curricular.

En el caso de Cuba, se localizó un trabajo de Omayda Urbina Laza, que refiere un ejercicio para identificar y establecer las competencias del profesional de la Enfermería, circunscrito al servicio de neonatología²⁹, en el que opinaron expertos sobre el tema, que se desenvuelven en el campo de la intervención profesional.

Esta investigación y otra realizada también por la misma autora³⁰, “Tendencias actuales en las competencias específicas de Enfermería”, sirvieron de base para elaborar un tercer documento que derivó del trabajo de sesiones y talleres en los que participaron expertos del área, y del cual derivó un documento³¹ de Torres Esperón y Urbina Laza (2006), que hace una propuesta de competencias y habilidades correspondientes a la enfermería de acuerdo a tres niveles de formación, posteriores al bachillerato: enfermera básica (un año), enfermera técnica (dos años más) y licenciada (dos años más), es decir se trata de un formación con duración de cinco años, que incorpora perfiles intermedios de salida, lo que suponen la posibilidad de incorporarse al ejercicio profesional.

primer nivel de atención. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Documento interno de trabajo.

²⁹ URBINA LAZA, Omayda , Silvio F. SOLER CÁRDENAS y Marta OTERO CEBALLOS. (2005). “Identificación de competencias en el profesional de Enfermería del servicio de Neonatología”, *Revista de Educación Médica Superior*, 19 (2), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

³⁰ URBINA LAZA, Omayda y Marta OTERO CEBALLOS (2004). “Tendencias actuales en las competencias específicas de Enfermería”, *Revista de Educación Médica Superior*, 17(4), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

³¹ TORRES ESPERÓN, Julia y Omayda URBINA LAZA (2006). “Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba”, *Revista de Educación Médica Superior*. 20 (1), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

1.3.2 Noción de competencias y procesos de enseñanza y su aprendizaje, en el ámbito de la Educación Superior.

Al consultar las bases de datos *EBSCO* (Ebsco Host. Electronic Journals Service), y *Wilson Web/ Education Full Text*, sobre el aprendizaje y la enseñanza de competencias, se muestran algunas investigaciones, en su mayoría de origen anglosajón, que en la década de los noventa y en el nuevo siglo, documentan numerosas experiencias aplicadas en Universidades y Colegios de Educación Superior, sobre diversas maneras de acercarse a una educación que promueva las competencias en los alumnos.

Algunas de estas competencias constituyen un pronunciamiento a favor del desarrollo de las competencias clave, que fueron incluidas en el documento de EURIDYCE (2002) para la Educación básica³², si bien se retoma el desarrollo de dichas competencias, dentro de un nivel superior. Es decir, se alude al desarrollo de habilidades tales como la comunicación en todas sus formas de expresión, el trabajo en equipo y la capacidad de aprender a aprender a lo largo de la vida.

Con el propósito de ubicar cuáles son las preguntas de investigación que éstas experiencias muestran, cuáles sus metodologías de estudio, sus referentes teóricos y los resultados que aportan al tema que nos ocupa, se clasificaron los documentos consultados de la siguiente forma: documentos a manera de ensayos que presentan referentes conceptuales sobre el tema del aprendizaje y la enseñanza de las competencias; documentos que presentan resultados de

³² EURIDYCE (2002). *Las competencias clave. Un concepto en expansión dentro de la educación general obligatoria*. La Red Europea en Investigación en Educación. Disponible en línea <http://euridyce.org>

investigaciones con un referente empírico, que permite aceptar o rechazar determinadas hipótesis de investigación y documentos que analizan una experiencia concreta de la práctica educativa vinculada con formación de competencias profesionales³³.

- ***Investigaciones que abordan referentes conceptuales sobre el tema del aprendizaje y la enseñanza de las competencias.***

Dentro de este grupo de documentos que comprenden *referentes conceptuales*³⁴,³⁵,³⁶ el autor referido con mayor frecuencia es David Kolb, así como su modelo propuesto de aprendizaje experiencial, que comprende cuatro fases: experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta, y experimentación activa³⁷.

³³ Ver ANEXO No. 1 Investigaciones localizadas en bases de datos. Aprendizaje y enseñanza de competencias en el Nivel Superior.

³⁴ ATKINSON, Jr George and Patricia H. MURRELL (1998). "Kolb's Experiential Learning Theory: A meta Model for Career Exploration", ***Journal of Counseling and Development***, April, Vol. 66. Memphis State University, Tennessee/ USA.

³⁵ KREBER, Carolin. (2001). "Learning experientially through case studies? A conceptual Analysis". ***Teaching in Higher Education***, Vol. 6, No. 2, pp. 217- 227.

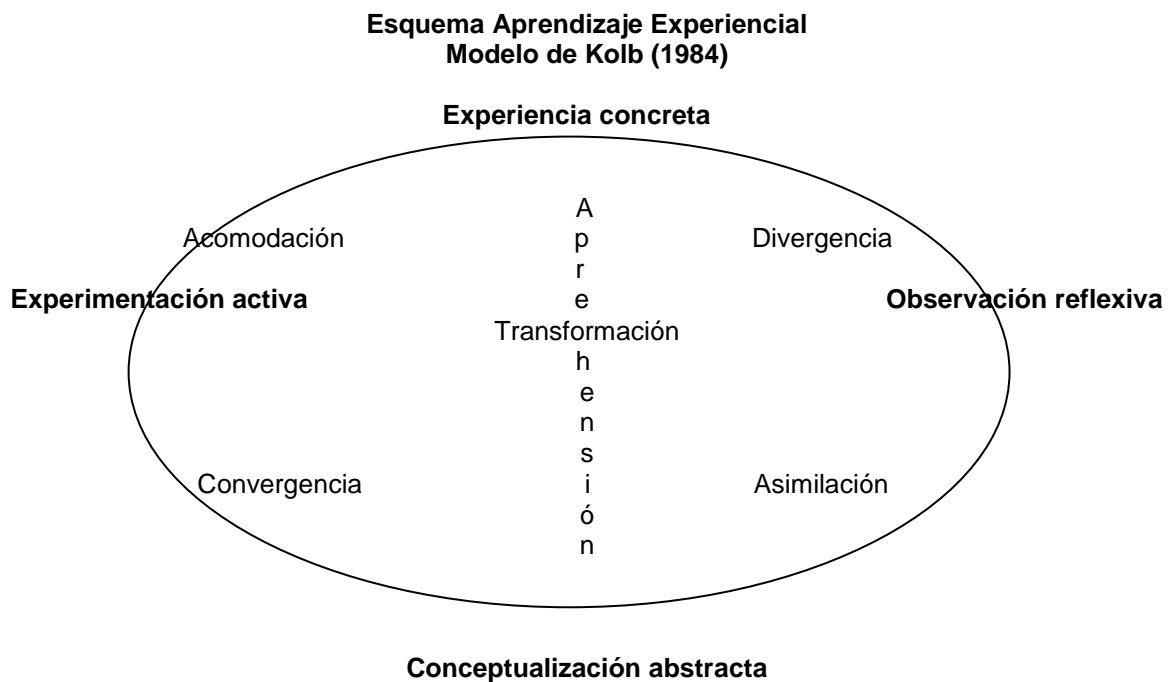
³⁶ WASHBOURN, Penelope.(1996). "Experiential Learning", ***Liberal Education***. Summer, Vol. 82, Issue 3, p.10.

³⁷ KOLB, David. (1984).***Experimental Learning***. London, Prentice- Hall.

Cada una de estas fases, desarrolla una manera de aprender: el modo concreto para la experiencia concreta; el modo de reflexión para la observación reflexiva; el modo abstracto para la conceptualización abstracta; y el modo acción para la experimentación activa.

Los autores que refieren a Kolb en su marco conceptual, destacan que su modelo permite ligar el mundo del trabajo, las formas de autoconocimiento y el desarrollo personal y profesional.

Donald Schön³⁸ es también un autor frecuentemente citado en la parte conceptual, quien hace referencia a la formación de profesionales reflexivos y se pronuncia por una formación que borre la escisión que tradicionalmente ha existido entre la



³⁸ SCHÖN, Donald A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona, Paidós.

disciplina y la práctica, en la que el *practicum reflexivo* hace una reflexión sobre la acción, planteando una lógica del conocimiento que se aparta de ver la práctica sólo como una fase aplicativa de la teoría. El concepto de *practicum reflexivo* supone desarrollar habilidades de indagación desde la práctica misma, de manera que se aprende haciendo y no se desliga la práctica de la posibilidad de indagar y generar nuevos conocimientos.

Puede advertirse también la presencia de otros autores que anteceden en el tiempo a los autores mencionados, y cuyas aportaciones de alguna manera vuelven a hacerse presentes, si bien en nuevos contextos, tal es el caso de Carl Rogers y su concepto de experiencia, así como de John Dewey que en su obra *Experiencia y Educación*³⁹, destaca el valor de ésta y refiere la necesidad de formular una teoría de la experiencia, que a partir de ciertos criterios, tales como la continuidad, el principio del respeto a la libertad individual, el hábito, la dirección de crecimiento, la situación y la interacción, encaucen al alumno hacia los fines de la educación.

Las aportaciones de Jean Piaget que refieren los esquemas de acción en la conformación del pensamiento, así como las ideas básicas del constructivismo, también se hacen presentes de alguna manera en estos documentos revisados.

- **Investigaciones que presentan un referente empírico vinculado con las competencias y someten a revisión determinadas hipótesis de investigación.**

³⁹ DEWEY, John. (1938). *Experiencia y Educación*. Buenos Aires, Losada.

La tesis de García Sahagún⁴⁰ define una serie de competencias de los tutores del posgrado, a partir del empleo de la metodología DACUM, que identifica las funciones y actividades requeridas para desempeñarse como tutor, derivadas de la consulta a un grupo de expertos que analizan el trabajo que llevan a cabo, sistematizando las funciones, las actividades, los conocimientos, las habilidades, las actitudes y los valores que éstas requieren.

En este caso el referente empírico lo constituyeron dos programas de posgrado de la UNAM, en los que sus tutores fueron evaluados a partir de un listado de competencias que se había obtenido en forma previa. La investigación considera que estas aportaciones permiten orientar la formación y la evaluación de los tutores en el Posgrado.

Un trabajo muy semejante es el que realizaron Dineke y otros autores⁴¹ en los Países Bajos, quienes formularon y validaron un modelo teórico para la enseñanza de competencias en la educación superior, empleando el método Delphi, en el que varios expertos opinaron, a partir de un listado de competencias docentes de educación superior, cuáles consideraban más importantes. El listado comprendió los siguientes dominios: el docente como persona, el docente como experto en el conocimiento de un contenido, y el docente como facilitador del

⁴⁰ GARCÍA SAHAGÚN, María Concepción (2000). **Competencias de los tutores del posgrado de ciencias de la tierra y ciencias biomédicas de la UNAM**. Tesis de Maestría en Administración de Organizaciones. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

⁴¹ DINEKE, E.H. Tigelaar, Diana H.J.M. DOLMANS, Ineke H:A:P. WOLFHAGEN & Cees P.M. VAN DER VLEUTEN (2004). "The development and validation of a framework for teaching competencies in higher education", **Higher Education: the international Journal of Higher Education and Educational Planning**. Vol. 48, No. 2, Sept. pp. 253- 268.

proceso de aprendizaje. Dentro de estos dominios, los ítems que aglutinaron mayor consenso entre los docentes, son los que se vinculan con la competencia de facilitador del aprendizaje y concebir el aprendizaje como un proceso de construcción.

Por su parte Cabrera, Colbeck y Terenzini⁴² realizaron un estudio tomando como caso los alumnos de ingeniería de siete diversas universidades de Estados Unidos, e investigaron la relación que existe entre las prácticas realizadas en el salón de clases y el logro del alumno en competencias profesionales.

La investigación parte de la propuesta de un modelo de enseñanza por competencias profesionales (ver esquema 2), en el que participan las características previas de los alumnos al curso, las prácticas docentes, el clima al interior de la clase y las ganancias obtenidas en términos de competencias.

Los resultados confirman la evidencia presente en otras investigaciones que refieren los autores (Tinto, 1997), en el sentido de que el aprendizaje involucra la participación activa del académico en el uso de métodos instruccionales activos y colaborativos.

Los esfuerzos de los docentes tienen una importante influencia en el aprendizaje de sus alumnos. Un docente que interactúa con sus alumnos, guía el aprendizaje más que las lecturas, da detalles y retroalimenta específicamente, provee a sus alumnos de un modelo de conducta apropiado y positivo. Dar a los estudiantes soporte e información necesaria para aprender cómo resolver problemas y

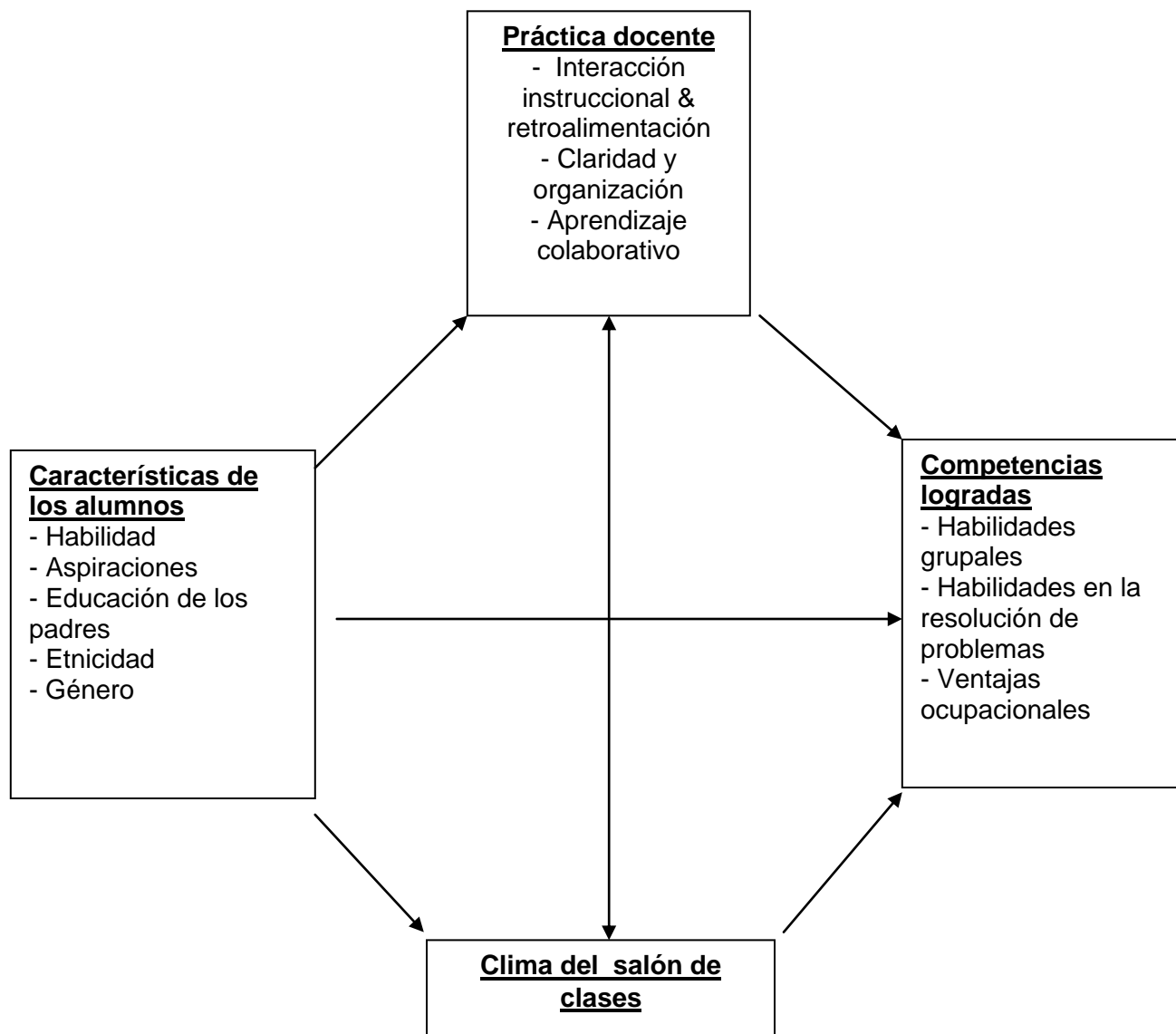
⁴² CABRERA, Alberto F., Carl L. COLBECK y Patrick T. TEREZINI (2001). "Developing performance indicators for assessing classroom teaching practices and student learning: the case of engineering." *Research in Higher Education*, Vol. 42, No. 3.

encontrar el diseño de procesos complejos, también influye positivamente en sus alumnos.

Esquema 2

Modelo de enseñanza por competencia profesional

Cabrera, Colbeck y Terenzini



Los docentes que aportan claridad y organización en el salón de clases, también influyen positivamente en sus alumnos. La claridad en las expectativas del curso y

la articulación de las observaciones y señalamientos de los trabajos de los alumnos con los contenidos de la clase, no sólo incrementan la habilidad de los estudiantes para resolver problemas, sino que promueven un sentido de lo que implica la ingeniería.

Otra investigación que indaga sobre el aprendizaje de habilidades y de competencias a partir del estudio de una población universitaria como referente empírico, es la que realizaron Haigh y Kilmartin⁴³ en la Universidad de Oxford Brookes y en la Open University in the South, Oxford, UK, quienes documentan la percepción de los estudiantes sobre el desarrollo de habilidades transferibles en el caso del profesional de Geografía, que son enseñadas, practicadas y evaluadas.

Para ello se aplicaron listados de habilidades que se promueven a través del currículo, tales como; el trabajo en equipo, la elaboración de presentaciones frente a un grupo, las habilidades para la comunicación, la planeación y uso del tiempo, la redacción de ensayos y reportes.

Los datos aportados por los dos grandes grupos de alumnos (alumnos de 3er y de 5º semestre de la licenciatura), se contrastaron en forma cuantitativa y se aplicó un test estadístico para identificar diferencias significativas, con la opinión de los docentes sobre el desarrollo de este mismo listado. En los que puede apreciarse que los alumnos consideran tener menos habilidades que las que sus docentes consideran que han logrado desarrollar, mientras que los alumnos del 5o semestre, muestran un resultado inverso, pues consideran tener más habilidades

⁴³ HAIGH, Martin J. and Marianne P. KILMARTIN (1999). "Student Perceptions of the development of Personal Transferable Skills" *Journal of Geography in Higher Education*, Vol. 23, No. 2, pp. 195- 206

que aquellas que sus docentes consideraron, incluyendo habilidades que incluso los docentes perciben que no promueven intencionalmente.

Un patrón que se observa en los datos aportados es que muchas de estas habilidades, deben desarrollarse a través de un aprendizaje experiencial, tales como la guía y la demostración reforzada por la práctica, la categoría “práctica” incluye el elemento de aprender haciendo, y no a través de métodos convencionales de enseñanza. Se plantea como una explicación tentativa, que la diferencia de apreciaciones de los alumnos, puede obedecer a que los de 5º semestre han sido expuestos en mayor tiempo a un aprendizaje experiencial, que ha movilizado otras habilidades, que sólo pueden lograrse por la vía de la práctica y recomienda en futuras investigaciones sobre esta temática, escuchar en mayor medida a los aprendices.

Revisión de la temática en documentos circunscritos al contexto de la Enfermería.

- **Investigaciones que refieren experiencias concretas de prácticas educativas basadas en competencias.**

Dentro de este grupo de documentos, los aspectos que suelen ser más estudiados y sujetos a un análisis, ya sea cualitativo o cuantitativo, son las estrategias de enseñanza y aprendizaje empleadas al interior de los espacios escolares, en la mira de generar ciertas competencias en los alumnos, así como el tema de la evaluación, circunscrita a un esquema de desempeños o de un aprendizaje valorado en función de resultados muy concretos.

Una investigación que compara dos metodologías empleadas en la enseñanza clínica de las enfermeras y evalúa el nivel de competencia alcanzado por un grupo de enfermeras recién graduadas, es el trabajo de Uys y Gwele⁴⁴. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y comparativa, que emplea el método de solución de problemas como recurso de enseñanza clínica, concluyendo que éste recurso metodológico promueve niveles ligeramente superiores de competencia que los métodos de enseñanza convencional. El estudio emplea además de la evaluación de personal que observan los desempeños de las enfermeras, la autoevaluación de las enfermeras, esta última generalmente ubica a las enfermeras en un nivel de competencia menor, que el nivel en que las ubica la evaluación del personal observador.

El tema de la evaluación de las competencias es un tema recurrente y se aborda desde la perspectiva del trabajo que realiza el docente o bien desde la perspectiva de los alumnos que opinan sobre las formas a partir de las cuáles son evaluados.

Dentro de este rubro pueden citarse los trabajos de: Leat y Mc Carthy⁴⁵, Gardner y Korth⁴⁶, Wade y Hammick⁴⁷, Turnock y Morán⁴⁸, Mellor⁴⁹, Gelardi y Esteves⁵⁰,

⁴⁴ UYS, Leana R., Nomthandazo S. GWELE, Patricia Mc INERNEY, Lily VAN RHIN and Thobeka TANGA (2004). "The competence of nursing graduates from Problem- Based Programs in South Africa", *Journal of Nursing Education*, August, Volume 43, Number 8: 352-361.

⁴⁵ LEAT, David, Steve McCarthy (1992). "Consolidating learning from experience", *Assessment & Evaluation in Higher Education*. Aug, Vol 17, Issue 2, p 89, 12p.

⁴⁶ GARDNER Brenda S. Sharon J. KORTH (1997). "Classroom Strategies that facilitate transfer of learning to the workplace". *Innovative Higher Education*, Vol. 22, No. 1, Fall.

⁴⁷ WADE, Sian, Marilyn HAMMICK (1999). "Action learning circles: action learning in theory and practice", *Teaching in Higher Education*. April, Vol. 4, ISSUE 2, p 163

Hopkinson y Hogg⁵¹ y Patterson y Bell⁵² que refieren grosso modo, estrategias aplicadas en casos concretos de educación superior y en diferentes profesiones (área de la salud, sociología, arquitectura, geografía etc.), para promover el aprendizaje experiencial refiriendo en la mayoría de los casos un nexo con las actividades de evaluación.

En estos documentos se hace un énfasis, en la necesidad de implementar en el alumno situaciones que le permitan ensayar las transferencia de lo aprendido a situaciones nuevas, sea que se trabaje por proyectos, resolviendo determinados problemas, experimentando en situaciones nuevas, etc. No existe una fórmula única, en todo caso se reitera la necesidad de ubicar las necesidades de los alumnos, y replantear los roles del docente, quien adquiere una función más de orientar el proceso, retroalimentar y acompañar al alumno. Los aprendizajes son entendidos mas allá de los contenidos que encierra una asignatura y la evaluación en algunos casos es cuestionada, si ésta se traduce a una actividad técnica, que

⁴⁸ TURNOCK Chris, Paula MORÁN, Janet SCAMMELL, Maggie MALLIK and Joan MULHOLLAND (2005). "The preparation of practice educators: an overview of current practice in five healthcare disciplines", *Work Based Learning in Primary Care*. 3: 218- 35

⁴⁹ MELLOR, Antony (1991). Experiential learning through integrated project work: an example from soil science", *Journal of geography in Higher Education*. Vol. 15, Issue 2, p. 135. 15p

⁵⁰ GELARDI, Daniel y Alfredo ESTEVES (2002). "Transferencia de conocimientos en la investigación una experiencia didáctica de la arquitectura sustentable". *Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente*. Vol. 6, No. 2 Impreso en Argentina. ISSN 0329- 5184.

⁵¹ HOPKINSON Gillian C. y Margaret K. HOGG(2004) "Teaching and Learning about Qualitative Research in the Social Sciences: an experiential learning approach amongst marketing students", *Journal of Further and Higher Education*. Vol. 28, No. 3, August.

⁵² PATTERSON Annette & James W. BELL (2001). "Teaching and learning Generic Skills in Universities: the case of sociology in a teacher education programme." *Teaching in Higher Education*, Vol. 6, No. 4.

se reduce a la ponderación de determinados desempeños, dejando de lado el sentido amplio de la formación profesional.

Un documento que refiere una experiencia concreta, vinculada con el aprendizaje de la competencia clínica, desde una perspectiva de los alumnos, es el documento de Shin Kyung ⁵³, quien declara la adopción de un enfoque fenomenológico y refiere el significado de la experiencia en el aprendizaje de la clínica en estudiantes de enfermería en la Universidad de Seoul, recuperado a través de entrevistas profundas y de un diario de clínica que llevaron los alumnos voluntarios durante seis meses.

El cuerpo de la investigación se centra principalmente en la exposición de los aspectos vivenciales de los alumnos, que son expuestos por primera vez a una situación de prácticas clínicas en espacios hospitalarios, refiriendo situaciones más bien traumáticas, en cuyos resultados el autor encuentra como elementos constantes, un tránsito por tres períodos, que designa como: período de ilusión, período de confusión, acompañado de momentos de shock, sentimientos de abandono, alienación, confusión de identidad y por último un período de cambio. Los hallazgos de la investigación, pueden contribuir a planear de mejor forma la incorporación y la socialización de los alumnos de enfermería, dentro de la agrupación profesional.

Otra investigación que también se centra en una gama de competencias de enfermería aplicadas al trabajo comunitario, es el que documentan Foss y

⁵³ SHIN KYUNG, Rim (2000) "The meaning of the clinical learning experience of Korean Nursing Students", *Journal of Nursig Education*. 39, No. 6, pp. 259- 265.

Janken⁵⁴. Se trata de una experiencia educativa que tomó como referente para replantear el curso de formación de enfermería comunitaria, las competencias que define la *Asociación de Educadores de Enfermería en Salud Comunitaria* y a partir de éstas se diseñó la estrategia didáctica.

Las competencias fueron incorporadas en unidades con actividades de aprendizaje basadas en un criterio de conocimiento crítico gradual, valores y habilidades clínicas requeridas para demostrar cierta maestría en competencias específicas. El docente del curso, más que un preceptor, realizó un papel de tutor con los alumnos en el logro de los aprendizajes y en el dominio de las competencias. La experiencia documenta que el verdadero reto para los docentes, es lograr que los alumnos, puedan prescribir el cuidado que requieren los individuos en la comunidad, considerando los diversos aspectos que influyen en su entorno y también se alerta que el rediseño del curso deja fuera, el desarrollo de habilidades tales como escribir documentos, trabajo en equipo, hablar en público y pensamiento crítico.

Dentro de este rubro de investigaciones, cabe también mencionar el trabajo de Patricia Benner⁵⁵, que si bien es cierto, no es un estudio reciente pues data de 1987, sus aportaciones al campo de la formación de las competencias clínicas, constituye un caso interesante, por su forma de aproximación metodológica.

⁵⁴ FOSS Gwendolyn F., Janice K. JANKEN, David R. LANGFORD and Margaret M. PATTON (2004). "Using Professional Specialty Competencies to guide Course Development.", *Journal of Nursing Education*. August, Volume 43, Number 8.: 368-375.

⁵⁵ BENNER, Patricia (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona, Enfermería y Sociedad/ Grijalbo.

Patricia Benner realizó un estudio de enfermeras en activo, como parte de su tesis doctoral, empleando para ello un modelo de adquisición de habilidades elaborado por Hubert L. Dreyfus (filósofo) y Stuart E. Dreyfus (matemático y analista de sistemas). Sus observaciones de la práctica asistencial de las enfermeras, muestra cómo actúan las enfermeras experimentadas en situaciones clínicas y asistenciales concretas, así como las formas en que proceden las enfermeras principiantes. Sus estudios destacan cómo las enfermeras a medida que adquieren mayor experiencia clínica, cambian su orientación intelectual, integran y seleccionan sus conocimientos y reajustan sus criterios en cuanto a la toma de decisiones, sobre una base distinta de la mera ejecución seriada y repetitiva de tareas.

Para ello conformó un grupo de 21 parejas, una enfermera principiante recién diplomada y una enfermera experimentada que servía como tutora de la primera. Cada pareja fue entrevistada por separado, preguntándoseles por situaciones asistenciales vividas en común y que merecían destacarse por algún concepto. Se les interrogó sobre los aspectos clínicos que más dificultad encerraron, la investigación, se propuso descubrir si existían diferencias características en el relato de la enfermera novel y de la profesional experta en torno a un mismo episodio clínico.

Sus estudios proponen y describen cinco niveles de competencia clínica: principiante, principiante avanzado, competente, aventajado y experto. Sus estudios destacan que en sus fases iniciales las enfermeras principiantes tratan de centrarse en el dominio y el manejo de ciertas técnicas y procedimientos de

enfermería, mientras que la enfermera experta logra focalizar y centrarse realmente en el paciente.

Retomando uno de estos niveles de competencia, Heidi Bartel Rodríguez⁵⁶, realiza un estudio cualitativo sobre la práctica profesional del enfermero experto en las unidades de cuidados críticos. La investigación da como resultados que la enfermera experta establece un vínculo con el paciente, en el que se refleja un conocimiento de la enfermera sobre su paciente, resultado de su interacción con el mismo y de haber observado muchos pacientes más en situaciones semejantes, en este caso en fase terminal. Advirtiéndose en la narrativa de la enfermera experta, un interés por evitar a toda costa el dolor en el paciente, lo que la lleva incluso a transgredir las normas establecidas en el suministro de analgésicos, como una decisión que toma, derivada de un razonamiento elaborado en el proceso de transición que vive el paciente y en el que la enfermera lo acompaña.

A manera de cierre de este capítulo

A partir de la revisión de los documentos antes mencionados, puede apreciarse que las metodologías que se asocian en mayor medida con la formación de competencias en el nivel superior, tienen como componente principal, el vincular al alumno con situaciones que le demandan poner en juego conocimientos previos y paralelamente desplegar habilidades de razonamiento, de reflexión, de análisis de

⁵⁶ BARTEL RODRÍGUEZ MARIBONA, Heidi (2010). La práctica del profesional experto en las unidades de críticos desde el análisis de una entrevista bajo la perspectiva de Benner. *Index de Enfermería*, V. 19, No. 1, Granada, enero- marzo.

cada situación, así como de elección de alternativas que mejor permiten resolver un caso.

Esto supone por un lado, un despliegue de competencias académicas, como pueden ser por ejemplo, la habilidad para comunicarse ante un grupo a través de presentaciones de trabajos, el desarrollo de habilidades para trabajar en equipo o bien, habilidades para redactar un texto escrito, competencias que pueden desarrollarse a través del trabajo en el aula.

Por otro lado las competencias propias de un campo profesional específico, como es por ejemplo el desarrollo de la competencia clínica, que supone a su vez el desarrollo de una gama de habilidades, como pueden ser: la toma de signos vitales, el desarrollo de una capacidad de observación, la aplicación de determinados procedimientos como palpación, auscultación y percusión en la valoración de un paciente, demandan situaciones propicias para la ejercitación de dichas habilidades.

Indudablemente todo ello está implicando transformar los roles tradicionales del docente y del alumno, así como considerar que otros espacios además del salón de clases, se requieren para que las situaciones que han de resolverse, rebasen el plano hipotético, que si bien puede ser necesario en fases iniciales, puede resultar insuficiente en fases finales de la formación profesional.

Muchas de las investigaciones revisadas con el propósito de documentar un estado del arte sobre el aprendizaje de las competencias, destacan cómo se han vivido estos procesos, desde la perspectiva de los docentes, como principales

ejecutores de prácticas educativas, que se conforman bajo el discurso de la Educación Basada en Competencias o bien bajo el enunciado del aprendizaje en función de resultados y su impacto en la esfera curricular. Sin embargo, los estudios que refieren la visión de los alumnos, no siempre abundan, o bien es abordada sólo en función de verificar la presencia o ausencia de determinados resultados, dejando de lado la reflexión sobre el proceso vivido.

Los alumnos forman parte de las comunidades de aprendizaje y son ellos los sujetos de educación, en los que finalmente recaen una serie de acciones que intencionalmente se disponen, desde el contexto institucional de la educación con fines formativos.

Se trata entonces de recuperar la mirada de los protagonistas del proceso formativo, ya sea desde su perspectiva como aprendices, como enseñantes o como expertos, identificar cuáles son los procesos por los que transitan, para llegar finalmente a un nivel de competencia determinado, o bien ubicar qué acciones de los docentes tuvieron un mayor impacto en los alumnos o resultaron más significativas, de manera que podamos explicar los procesos que contribuyen de mejor forma, a conformar sus aprendizajes y a perfilar en ellos algunas de las competencias que resultan relevantes dentro de su profesión, y que finalmente tendrán que desplegar en los espacios en los que ejercen su práctica profesional.

Consultar a los alumnos permitirá reconocer por qué encuentran dificultades en el logro de determinados aprendizajes y ubicar el tipo de soporte que requieren, así como también podrán identificarse aquellos aspectos que lo están favoreciendo.

Un estudio de esta naturaleza, también permitirá identificar la heterogeneidad de necesidades que presentan los alumnos de educación superior en el caso

particular de la profesión de enfermería y vislumbrar las posibles estrategias que se requieren para dar cauce a las mismas.

Por otro lado si bien interesa recuperar los procesos a través de los cuáles los alumnos construyen una competencia, se busca un análisis no en aislado, sino recuperando las situaciones de contexto, pues la profesiones prácticas poseen la característica de aprenderse en medio de una comunidad de aprendizaje, en la que aparecen personas con diversos niveles de dominio, en razón de su experiencia vivida en el terreno del ejercicio profesional.

Este contexto enfrenta a los individuos con actividades, con instrumentos, con un conjunto de conocimientos y habilidades, con formas específicas de interacción, de socialización y de involucramiento, así como con procesos de identificación que finalmente tienen un papel en el aprendizaje de las competencias.

La mirada de los docentes que en este caso se centra en las enfermeras de enseñanza clínica obstétrica, es por demás relevante, si bien cabe mencionar que sus perfiles no son uniformes, pues en algunos casos las docentes ejercen la enfermería y no se han desligado de la práctica profesional en el contexto clínico, mientras que en otros casos, se han alejado de este ejercicio en un tiempo considerable, dedicándose exclusivamente a la docencia en contextos áulicos, circunstancia que consideramos, pone en desventaja al docente pues sus habilidades clínicas en el campo de intervención, que son objeto de aprendizaje, seguramente se han visto disminuidas.

Capítulo II. Recursos teóricos que nos acercan a la comprensión de la construcción de las competencias.

Si bien es cierto hay un número importante de documentos que abordan el tema de las competencias, no abundan documentos que refieran las bases teóricas y epistemológicas en que descansa este enfoque y paralelamente no se ha dado el espacio para su análisis y reflexión teórica, así como para considerar las implicaciones metodológicas que conlleva su adopción a nivel del trabajo escolar.

En estas circunstancias, la tendencia en los ámbitos escolares es tratar curricularmente las competencias, con las mismas herramientas del diseño curricular por objetivos, el cual al centrarse en los contenidos de las disciplinas y en lo conductual, desvirtúa el sentido y carácter integrador que subyace en el concepto de la competencia, como la ha definido Philippe Perrenoud⁵⁷, y del que nos ocupamos en el capítulo anterior, al referir que la competencia permite la integración y aplicación de los conocimientos a situaciones diversas, complejas e impredecibles.

El discurso de las competencias declara su adherencia al constructivismo, con lo cual se alude a la presencia de esquemas de pensamiento que se van conformando, modificando, reestructurando y tornándose cualitativamente más complejos, al paso del proceso formativo en el que participa el sujeto que aprende.

⁵⁷ PERRENOUD Philippe (1999), *Op. Cit.*, p.9 y ss.

PERRENOUD Philippe (2005), *Op. Cit.*, p.11 y ss.

También véase PERRENOUD Philippe (2008) Construir competencias ¿es darle la espalda a los saberes?, *Red U Revista de docencia Universitaria*, No. monográfico II, "Formación centrada en competencias". Disponible en línea http://www.redu.m.es/RED_U/m2

A su vez, la demarcación de la competencia en los contextos situacionales en que tiene lugar su desempeño, es un elemento central para propiciar su aprendizaje, con todas las connotaciones estructurales, sociales y físicas que éste conlleva.

La relación que establece el sujeto que aprende con su contexto, posee un carácter dialéctico, en el que la competencia se conforma en el sujeto, en la misma proporción en que el sujeto interviene e interactúa transformando ese contexto⁵⁸. Tomando en cuenta estas consideraciones, podemos aludir a ciertos recursos teóricos, que pueden contribuir a comprender el proceso de la construcción de las competencias profesionales.

2.1 Constructivismo sociocultural y construcción conjunta de saberes.

Dentro de la perspectiva sociocultural del constructivismo, desarrollada por L. S. Vigotsky, aparece una vertiente que explica el aprendizaje, involucrando de manera importante los aspectos sociales y culturales que proporciona la sociedad a los individuos, de manera que el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, se ve fuertemente comprometida por los artefactos y saberes que cada

⁵⁸ “...**una cognición ligada a la práctica social**, distribuida sobre el cuerpo y la actividad de la persona en situación, sobre la situación en sí misma y sobre su contexto. La cognición está en el centro del conjunto de relaciones dialécticas entre la persona en acción, su propia cognición, la situación, sus contextos sociales y físicos. La persona actuante no está separada de su contexto de acción en el mundo, lo determina, a la vez que está determinada por él. La persona es un todo actuante inmersa en el mundo, en un campo complejo de interrelaciones... **La “cognición situada” nos da una visión clara de la importancia de la persona que se construye por medio de la construcción de su entorno, en relación dialéctica con él, para el desarrollo de sus competencias.**”

JONNAERT, Philippe, Johanne BARRETTE, Domenico MASCIOTRA y Mane YAYA (2006) **Revisión de la competencia como organizadora de los programas de formación: hacia un desempeño competente**. Universidad de Québec, Montreal. Observatorio de Reformas Educativas, Ginebra, Oficina Internacional de Educación, BIE/ UNESCO. p. 10 (las negritas son mías).

cultura proporciona a sus nuevos integrantes. Es decir si bien se hace un reconocimiento de los procesos mentales del sujeto, éstos son dependientes indisolubles de lo social, el sujeto interioriza los símbolos del grupo al que pertenece a través de su interacción con los miembros más experimentados, en una construcción y en una negociación mutua de significados y construcción conjunta de saberes⁵⁹.

Por ello, el lenguaje, los signos y símbolos culturales así como los instrumentos y las tecnologías, que están presentes en los entornos de aprendizaje, constituyen *elementos mediacionales* de la cultura, que se impregnan en el desarrollo de la persona⁶⁰.

El proceso educativo, dentro de esta perspectiva, sólo es concebible, con la presencia y el apoyo de otros más capaces. En este sentido el proceso educativo construye un andamiaje, en el que se va llevando en forma gradual, un traspaso de responsabilidades del maestro al aprendiz, en la realización de determinadas tareas, como lo muestra el siguiente esquema, tomado del texto de Ignacio Pozo Municio⁶¹.

⁵⁹ DÍAZ BARRIGA, Frida (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, 5 (2). Consultado el día 12 de mayo de 2007. Disponible en línea <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>

⁶⁰ Sobre la presencia de símbolos y rituales, que están presentes en enfermería, véase la tesis de BECERRIL CÁRDENAS, Lucila (2003) "Capítulo III Ritos de enfermería", **La profesionalización de enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones**. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Departamento de Ciencias de la Educación. Doctorado en Educación. pp.54-100

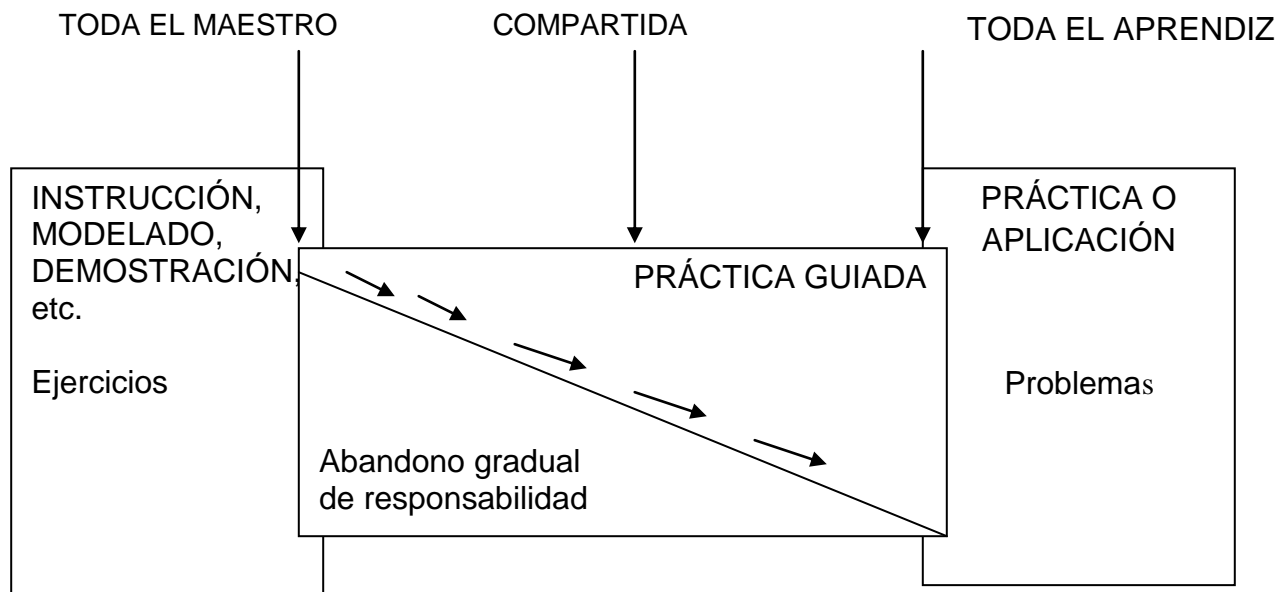
La autora analiza el significado que tiene por ejemplo, el de uso la cofia, asociado a la dignidad de la enfermera, el uniforme y la ceremonia del paso de la luz, entre otros. Ritos y significados que tienen como antecedente, la presencia religiosa, militar, así como la condición de género de quien practica la enfermería.

⁶¹ POZO MUNICIO, Ignacio (2003). "La organización de la práctica", en **Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje**. 4 ed. Madrid, Alianza Editorial, p. 337.

**Estructura básica de los procesos educativos que se basan
en el concepto de andamiaje**

Construcción mutua de aprendices y maestros

**PROPORCIÓN DE RESPONSABILIDAD EN LA
REALIZACIÓN DE LA TAREA.**



Representación esquemática del proceso de transferencia del control o responsabilidad del aprendizaje de los maestros a los aprendices, que implica un cambio en el tipo de tareas, desde los ejercicios a los problemas (adaptado de Coll y Solé, 1990)

De manera que el alumno va paulatinamente incorporándose a la tarea, mientras es asistido y acompañado durante el proceso, lo cual puede parecer muy idóneo y necesario si lo trasladamos al caso de la enfermería, sobre todo si pensamos en actividades que involucran tanto un riesgo para el alumno que se inicia en ellas, como para la persona en la que recae su intervención. Sin embargo este modelo

que supone un concepto de andamiaje puede ser cuestionado⁶², por considerarse altamente prescriptivo por el modelaje que involucra, de manera que no admite variedad alguna en el proceso que se realiza, y de alguna manera está fuertemente determinado por el actuar docente.

2.2 El conocimiento práctico y el profesional reflexivo

Si consideramos que una característica central de la competencia, es que supone la movilización de los conocimientos para ponerlos a disposición de las demandas que supone una determinada situación, estamos hablando de la necesidad de remitirnos a una teoría que sea capaz de explicar, cómo es posible lograr dicha movilización, una teoría que incluya la naturaleza de la práctica.

En este sentido, las aportaciones que hace Donald Schön al tema, destacan la incorporación de una epistemología de la práctica profesional, en la que se le confiere un lugar central al conocimiento práctico. El autor alude a la racionalidad técnica que prevalece en la mayoría de la curricula universitaria, en la que se considera que el conocimiento teórico precede a la práctica, pues la solución de los problemas que presenta el campo de la práctica profesional, requiere de la aplicación del conocimiento sistemático, preferentemente de carácter científico. Sin embargo el autor considera que existen zonas indeterminadas, donde el conocimiento teórico no puede ofrecer todas las respuestas, es decir situaciones

⁶² Véase HERNÁNDEZ ROJAS, Gerardo (1998). *Paradigmas en psicología de la educación*. México, Paidós Educador. p. 211 y ss.

inestables, inciertas o complejas que demandan el conocimiento del mundo de la práctica.

El conocimiento práctico que emana de la práctica misma, supone una manera de aprender haciendo, derivando un arte y un conocimiento en aquellos prácticos que resultan extraordinarios y que supone la presencia de un conocimiento tácito que se observa en la forma en que resuelven determinadas situaciones o problemas que profesionalmente les compete, y del que se dice posee una “sabiduría”, un “talento” o un “arte”,⁶³ y que no se encuentra documentado en los libros.

De ahí que es importante conocer la forma en que este arte puede ser transmitido al interior de cada profesión, ubicando a los alumnos en situaciones inicialmente de bajo riesgo, para que con la guía de tutores, los inicien en las tradiciones de cada comunidad de práctica como son las costumbres, los métodos e instrumentos, los lenguajes y los estándares de aceptación que tiene el trabajo profesional.

Los trayectos de formación profesional han de incluir espacios para la reflexión en la acción, es decir llevar un proceso inteligente en el momento en que se realiza la acción misma y una reflexión sobre la práctica realizada, es decir reflexionar sobre aquello que se realizó.

Bajo esta misma perspectiva que considera relevante el conocimiento práctico, se pronuncia Félix Rauner⁶⁴ y Patricia Benner⁶⁵, el primero de ellos afirmando que

⁶³ SCHÖN, Donald. (1992). **La formación de los profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y aprendizaje en las profesiones.** Barcelona, Ediciones Paidós.

⁶⁴ RAUNER, Félix (2007/1). El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión. **Revista Europea de Formación Profesional.** No. 40, ISSN 1977- 0235. pp.58- 73.

para construir competencias profesionales, es necesario analizar la calidad de las situaciones que confrontará el alumno en un determinado ámbito de trabajo, de manera que sean situaciones de trabajo “significativas”, en las que se promuevan procesos de formación profesional, con un enfoque configurador. La construcción de competencias profesionales requiere que el alumno anticipe su rol profesional específico y se identifique con él.

Por su parte Patricia Benner, distingue seis dimensiones del conocimiento práctico, que guardan relación con las cualificaciones que desarrolla el sujeto de aprendizaje en la adquisición de competencias: sensibilidad ante las pequeñas diferencias cualitativas; comprensión compartida (contextualidad); supuestos previos, expectativas y actitudes (situacionalidad); situaciones paradigmáticas (tareas que ponen a prueba las competencias); comunicación con la comunidad de práctica; y tareas impredecibles que generan o invitan al sujeto de aprendizaje a la deducción situacional del conocimiento.

Puede apreciarse que todas estas dimensiones suponen un proceso por demás complejo, en el que la ubicación del aprendiz en el entorno es una condición inicial y que éste ha de desplegar habilidades diversas al transitar en el proceso, en el que los conocimientos disciplinares básicos (supuestos previos), deben estar presentes, además de los esquemas de pensamiento que posibiliten que el alumno haga una lectura de la situación, identificando sus características particulares (diferencias cualitativas) así como la derivación de las acciones de

⁶⁵ BENNER, Patricia (1987), *Op. Cit.*

intervención que demanda el caso, no sin la ayuda de tutores y profesionales experimentados.

2.3 Sobre la transposición didáctica en la formación por competencias.

En el ámbito curricular, el diseño e implementación de una enseñanza por competencias, parece suponer un planteamiento didáctico inverso al que tradicionalmente se realiza en la enseñanza, ya que pone por delante las situaciones sociales que se han de enfrentar, sobre los contenidos disciplinares que generalmente se revisan al interior de las asignaturas.

Por ello y siguiendo esta lógica, una actividad que se hace necesaria e inicial en la educación basada en competencias, es la de su definición misma, aspecto que supone además de su enunciación, la búsqueda de consensos sobre la misma entre los diferentes sectores involucrados (profesionales, expertos, docentes y en algunos casos empleadores).

El carácter integral de una competencia alude no sólo a determinados contenidos que pueden desarrollarse en el aula, sino a la necesidad de definir y de disponer de determinados escenarios de práctica o banco de situaciones, que permitan que los alumnos, puedan ensayar la movilización de sus conocimientos e ir de esta forma, construyendo las competencias.

La formación de competencias supone el abandono de la separación de la teoría y de la práctica, así como el favorecimiento y la enseñanza de ciertos conocimientos, en la idea de que “algún día serán requeridos y utilizados”, pues formar en competencias supone, además de la posesión de conocimientos,

dominio de procedimientos, manejo de técnicas y la reflexión de actitudes, la orquestación de todos estos recursos dentro de una gama de situaciones inéditas, en las que el sujeto de aprendizaje es colocado, lo que plantea una transposición didáctica, en la que se pone por delante la situación social y en torno a ésta se seleccionan las tareas escolares que se hacen necesarias.

El trabajo de Monique Denyer⁶⁶ et al. en este sentido es muy ilustrativo, pues revisa la transposición didáctica que requiere el tratamiento de contenidos de áreas como la historia, la química y las lenguas extranjeras, en donde el trabajo por competencias enfrenta al alumno a situaciones análogas, en las que los recursos que requiere movilizar, deben ser objeto de aprendizaje, procediendo la mayoría de las veces por casos simulados que requieren solución.

Al revisar diversos ejemplos Denyer et al. destaca que el desarrollo de una competencia, no siempre supone la movilización de nuevos recursos, sino aprender a administrar mejor el empleo de los recursos existentes.

A su vez cabe la consideración de que algunas disciplinas no encuentren una aplicación directamente en prácticas sociales, sino en el hecho de explicar o dar inteligibilidad al mundo, estas disciplinas se ocuparán entonces por unas competencias que promueven mayormente el desencadenamiento de procesos de problematización, formulación de hipótesis que estimulan la imaginación, la solución y la controversia.

⁶⁶ DENYER Monique, Jacques FURNÉMONT, Roger POULAIN y George VANLOUBBEECK (2007). *Las competencias en la educación. Un balance*. México, Fondo de Cultura Económica. El texto aborda la aplicación del decreto "Misiones", en la comunidad francesa de Bélgica, expedido en 1997, que extiende el enfoque basado en competencias a todos los niveles escolares.

La formación en competencias también supone el reconocimiento de que un problema puede contener diversas formas de solución, por ello la recuperación de la reflexión sobre la lógica de acción se hace también necesaria, tomando una distancia sobre las acciones y analizando las mismas⁶⁷.

2.4. *Habitus*, prácticas sociales y prácticas profesionales.

Desde un terreno sociológico y considerando que los profesionales constituyen un grupo social claramente diferenciado e identificado en el tejido social, puede incorporarse en la indagación de la construcción de competencias profesionales, considerando algunos conceptos que derivan de la teoría de la práctica que sostiene Pierre Bourdieu⁶⁸, en la que el autor refiere que los objetos de conocimiento son construidos y no pasivamente registrados por el sujeto social, por lo que se hace necesario volver a la práctica, lugar de la dialéctica y del *modus operandi* de los productos objetivados e incorporados en la práctica social, a través de las estructuras presentes y del *habitus*.

Pierre Bourdieu hace énfasis en que las dimensiones subjetivas y objetivas, que tradicionalmente se asignan respectivamente al sujeto y a la realidad objetiva que se estudia, suponen una falsa dicotomía. Introduce los conceptos de *campo* y de *habitus* que se vinculan en forma dialéctica y que explican por un lado la conformación de estructuras sociales externas, que se refieren a campos de

⁶⁷ "...Si se quiere salir del empirismo es indispensable tomar perspectiva. Para lograrlo, momentos de evaluación formativa (o mejor dicho de autoevaluación) y de construcción/ reconstrucción, deben formar parte de las secuencias pedagógicas centradas en las competencias. Íbidem. pp. 107- 108.

⁶⁸ BOURDIEU, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid, Taurus Humanidades.

posiciones sociales históricamente constituidos, y por otro lado a las estructuras sociales internalizadas que se vinculan con el *habitus*, es decir, con los sistemas de disposiciones incorporados por los agentes a lo largo de su trayectoria social.

El *habitus* es definido por Bourdieu como:

“ ... sistema de estructuras cognitivas y motivacionales en un mundo de fines ya realizados, modos de empleo o camino a seguir, y de objetos dotados de un carácter teleológico permanente, disposiciones adquiridas, permanentes y generadoras...

...Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen el *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, **como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones** que pueden estar objetivamente adaptadas a un fin, sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin ser producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de un director de orquesta...”⁶⁹

Si el caso que estudiamos como referente empírico es el profesional de la enfermería y la construcción de las competencias clínicas obstétricas, hemos de considerar que los alumnos transitan por un trayecto de formación y de construcción de un dominio facultativo, en el que se incorporan a los espacios de práctica, es decir hospitales, que constituyen espacios reales de una práctica profesional, en los que se espera que el alumno se incorpore a la cultura profesional de la enfermería obstétrica, y que el profesional de enfermería así como los otros profesionales del área de la salud que comparten estos mismos

⁶⁹ Ibídem, pp. 92-93. (las negritas son mías)

espacios, faciliten y promuevan este proceso en el que los sujetos sociales de educación, están tratando de convertirse en enfermeros.

Tenemos por consiguiente que ubicar, que los alumnos de la LEO atraviesan por un proceso de socialización profesional, en el que se incorporan a la cultura de la Enfermería y a su *habitus* a través de un proceso de inmersión principalmente en los entornos hospitalarios, en los cuáles no sólo resultan socializados, sino también se constituyen en agentes socializantes.

2.5. Contextos socioculturales de aprendizaje y cognición situada.

Dentro de la perspectiva constructivista sociocultural se ubica la enseñanza situada, la cual ha sido abordada por Jean Leave y Etienne Wenger⁷⁰ principalmente en el contexto anglosajón, Philippe Jonnaert⁷¹ en el contexto franco canadiense y ligándolo a las competencias y Frida Díaz Barriga⁷² en México, a través de la enseñanza situada.

Esta vertiente confiere especial importancia a los contextos en los que tienen lugar los procesos de enseñanza y aprendizaje, por ello las situaciones que se plantean como medio para la elaboración de determinados aprendizajes, se conciben como sistemas de actividad con los siguientes componentes:

⁷⁰ LEAVE, Jean y Etienne WENGER (2003). ***Aprendizaje situado: Participación periférica legítima***. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Carrera de Psicología.

⁷¹ JONNAERT, Philippe, Johanne BARRETTE, Samira BOUFRHI y Domenico MASCIOTRA (2004). ***Contribution critique au développement des programmes d'études: compétences, constructivisme et interdisciplinarité***. Revue des sciences de l'éducation, Vol. XXX, No. 3, p. 667-696

⁷² DÍAZ BARRIGA, Frida. (2003) ***Op. Cit.*** y DÍAZ BARRIGA, Frida (2006). ***Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida***. México, Mc Graw- Hill.

- Se centran en el sujeto que aprende.
- Los instrumentos utilizados en la actividad tienen relevancia, privilegiando los de tipo semiótico.
- El objeto a apropiarse u objetivo, es el que regula la actividad (saberes y contenidos).
- Prevalece una comunidad de referencia en que la actividad y el sujeto se insertan.
- Existen normas o reglas de comportamiento que regulan las relaciones sociales de esa comunidad.
- Existen reglas que establecen la división de tareas en la misma actividad.

Dentro del concepto de cognición situada puede afirmarse que el alumno puesto en una situación determinada, se verá obligado a interactuar ante los imperativos sociales de dicha situación y las características de la misma propiciarán, que se pongan en juego sus conocimientos, habilidades y actitudes, así como sus características personales. Hablamos por lo tanto de dos dimensiones, la del sujeto que aprende y la del contexto en que se aprende, que no sólo es un espacio físico, sino social, cargado de elementos simbólicos, presentes en una comunidad de práctica que reúne determinados saberes y conocimientos experienciales, que median las situaciones de un aprendizaje compartido.

Dentro del discurso de la formación basada en competencias, los contenidos dejan de tener un valor “*per se*” y cobran valor en la medida en que propician el abordaje de las situaciones, a la vez que el despliegue de diversos recursos.

Philippe Jonnaert afirma⁷³ que la situación es la base y el criterio de la competencia, es en situación que la persona desarrolla la competencia, la situación origina la competencia, en tanto los sujetos trabajan a partir de las representaciones que tienen sobre una situación determinada.

Los conocimientos están situados y determinados por la representación que el sujeto que conoce tiene de la situación. Jonnaert⁷⁴ destaca que durante este proceso, el sujeto juzga si los conocimientos que posee se adaptan a los nuevos contextos, determinando su grado de *viabilidad* a las nuevas condiciones. Paralelamente el sujeto realiza una *adaptación de los conocimientos* a la nueva situación a que se ve confrontado, este proceso es prácticamente permanente y puede llevar a refutar conocimientos no viables, a modificarlos o a reutilizarlos.

Todo ello indica según el autor mencionado, que los conocimientos se construyen, no se definen de una vez por todas, sino que son temporalmente viables, requieren de una práctica y de un ajuste reflexivo y se sitúan en contextos y en situaciones pertinentes, en relación con las prácticas sociales establecidas.

- **Comunidades de práctica presentes en contextos de aprendizaje.**

En algunos casos, como es en la enseñanza de la Enfermería, colocar al alumno en un contexto con fines de aprendizaje, como puede ser la clínica, implica la presencia de otros sujetos sociales que sin ser docentes, llegan a tener alguna injerencia relevante en el alumno, constituyendo elementos que entran en juego en el proceso de formación de competencias y que son parte de las situaciones con las que interactúa el alumno y que se estructuran en comunidades de práctica.

⁷³ JONNAERT, Philippe (2004) *Op. Cit.*, 667 y ss.

⁷⁴ JONNAERT, Philippe (2002) *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique.* Québec/ Montreal, Ed. de boeck, Perspectives en Education et formation.

Sobre este último término, los trabajos de Jean Leave y Etienne Wenger aportan elementos desde una mirada antropológica y se centran en la conexión que existe entre el conocimiento, la comunidad, el aprendizaje y la identidad que se conforma en el sujeto⁷⁵. A Wenger se le atribuye el concepto de *comunidad de práctica*, término que empleó para referir a un grupo de personas que enfrentan un proceso de aprendizaje colectivo, en el que están presentes los elementos de: dominio, comunidad y una práctica que los caracteriza.

La práctica constituye el elemento que da coherencia a la comunidad, la práctica es también un elemento desencadenador de su reproducción y su renovación⁷⁶.

Wenger señala que la comunidad de práctica, actúa como un currículo viviente del aprendiz y que para que una comunidad se identifique como una comunidad de práctica, es necesario que reúna tres elementos: un compromiso mutuo, una empresa conjunta y un repertorio compartido.

El *compromiso mutuo existe* cuando las personas que participan en acciones de manera conjunta, negocian mutuamente su significado, lo que les permite hacer aquello para lo que se congregan.

Empresa conjunta. En una comunidad de práctica existe una negociación sobre la empresa conjunta que se realiza, es decir, sus integrantes han negociado y han acordado asumir relaciones de responsabilidad mutua, incluyendo aspectos instrumentales, personales e interpersonales.

⁷⁵ WENGER Etienne, *Communities of practice a brief introduction*
Disponible en línea www.ewenger.com/tech,2001 (consultada el 11 de septiembre de 2007).

⁷⁶ WENGER, Etienne. (2001). *Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona, Paidós. p. 100

Repertorio compartido. Este elemento incluye rutinas, palabras, instrumentos, maneras de hacer, relatos, gestos símbolos, géneros acciones o conceptos que la comunidad ha producido y que han pasado a formar parte de su práctica, además de los estilos por medio de los cuáles se expresan formas de afiliación y su identidad como miembros⁷⁷.

- **El concepto de participación periférica legítima.**

Otro de los conceptos centrales que se proponen desde la perspectiva de Wenger y Leave, es el de *participación periférica legítima*, concepto que hace alusión a un aprendizaje que proviene de un proceso de coparticipación y de involucramiento por parte del aprendiz, dentro de un contexto, así como de los compromisos sociales que éste le delega a los sujetos. De manera que en su participación inicial, tiene una intervención periférica y posteriormente se traslada a una participación más protagónica.

En una comunidad de práctica, el experto legitima a los periféricos, los periféricos no realizan tareas complejas, pero están dentro de la comunidad y van volviéndose más avanzados en un aprendizaje por inmersión.

Los autores destacan, que el aprendizaje dentro de una comunidad de práctica, presenta *una relación maestro- aprendiz descentrada*, es decir, que la destreza no reside en el maestro, sino en la comunidad de práctica, de la cual el maestro es una parte. Los aprendices, construyen desde su lugar periférico, una idea general

⁷⁷ *Ibidem*, p. 110.

de lo que constituye la práctica en esa comunidad, de manera que involucrarse se vuelve un requisito necesario para avanzar en el conocimiento.

No se trata de un proceso de adquisición de conocimientos abstractos que después serán transportados a otros contextos, tampoco se trata de un proceso cognitivo en una mente individual, se trata de un proceso mediado por las diferentes perspectivas de los coparticipantes, es decir *de una práctica social*.

Al poner el énfasis en la interacción que establece el sujeto como *agente social*, el mundo, la actividad que realiza, el significado de ésta, la cognición, el aprendizaje y el conocimiento, se enfatiza en el *carácter socialmente negociado del significado y el carácter comprometido de la reflexión y la acción de las personas en la actividad*.

De esta forma, el aprendizaje aparece como un proceso que resulta de la historicidad de la producción de las personas, en determinados contextos.

Leave y Wenger, estudiaron desde un enfoque etnográfico, comunidades de práctica tales como las parteras y los sastres, destacando el concepto de participación periférica y enfatizando el carácter indivisible que tiene en estas comunidades, el aprendizaje y las prácticas laborales, se trata en estos casos, de comunidades de práctica dentro de un proceso educativo no formal.

Los autores incluyen un relato que refiere lo que significa ser aprendiz en las comunidades de parteras yucatecas, destacando que el aprendizaje ocurre, sin que esto sea un elemento central e intencionado, y que ocurre como resultado de una práctica social.

..... El aprendizaje sucede como una forma de, y en el curso de la vida diaria. Puede no ser reconocido como un esfuerzo de enseñanza. Una niña

maya quien eventualmente se vuelve una partera, muy probablemente tiene una mamá o una abuela que es partera, toda vez que el ser partera se mantiene en las líneas familiares... Las niñas de tales familias, sin estar identificadas como aprendices de parteras, absorben la esencia de las prácticas del parto, así como el conocimiento específico acerca de muchos procedimientos, simplemente en el proceso de crecimiento.

Conocen cómo es la vida de una partera (por ejemplo que ella necesita salir a cualquier hora del día o de la noche), que clases de historias, de mujeres y hombres que vienen a consultar, le cuentan, que clases de hierbas y otros remedios requieren ser recolectados. Como niñas, ellas pueden estar sentadas tranquilamente en una esquina cuando sus madres o abuelas administren un masaje prenatal; podrían escuchar historias de casos difíciles, de resultados milagrosos y así por el estilo. Al crecer pueden estar pasando masajes, correr por ahí, llevar los implementos necesarios.....Eventualmente puede administrar masajes prenatales a clientes seleccionados. En algún punto puede decidir que desea hacer esta clase de trabajo. Ella entonces presta más atención, pero raramente hace preguntas...En tanto el tiempo pase, la aprendiz toma más y más trabajo pesado , comenzando con las partes rutinarias y tediosas, y finalizando con lo que en Yucatán es culturalmente más significativo, el nacimiento de la placenta.⁷⁸

⁷⁸ LEAVE y WENGER (2003) *Op. Cit*, pp. 41- 43

Capítulo III. La Enfermería y la Partería: oficio, profesión y competencias profesionales

3.1 Partería y Enfermería, antecedentes de un oficio y de una profesión.

Marie Françoise Collière⁷⁹ enfermera y antropóloga afirma que las prácticas de procuración de cuidados, han estado presentes desde el comienzo de la vida, con el propósito de asegurar la continuidad de la misma en el grupo y en la especie. Estas prácticas, han sido realizadas tradicionalmente por mujeres que asisten en el momento del parto y que han sido nombradas matronas, comadronas o parteras. Mientras que la enfermería surge posteriormente vinculada con el tratamiento de la enfermedad, el término mismo de enfermería significa lugar en el que se resguardan los enfermos.

La partera empírica o con alguna preparación, ha estado presente una y otra vez en el suceso del alumbramiento. Ésta práctica histórica y social, fue realizada también posteriormente por las religiosas, incorporando toda la mística y simbología del servicio de ayuda al desvalido, como un acto de salvación y de ganancia de indulgencias, aspecto que de alguna forma, aún está presente en los códigos de ética de la Enfermería.⁸⁰

La presencia de la Enfermería en México aparece de manera posterior al de la Partería, actividad que era aprendida como un oficio, en el que los saberes de la

⁷⁹ COLLIÈRE, Marie Françoise (1993). *Promover la vida*. Madrid, Interamericana Mc Graw Hill. p. 6 y ss.

⁸⁰ Ibidem, p.33

partera eran transmitidos a otra mujer, que generalmente era una persona cercana a la partera: el oficio se aprendía en forma empírica, transmitiendo a través de la oralidad y la práctica, antes de que se formalizara su instrucción⁸¹.

En México la formación de parteras de manera institucional se registra desde 1833 en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México. La instrucción tenía una duración de dos años y se solicitaba que la aspirante fuera mujer, contara con estudios de primaria, aprobara un examen preparatorio y tuviera conocimientos del idioma francés, en tanto las nociones básicas de la clínica, fueron aportados al campo de la medicina desde Francia principalmente y el trabajo de la enfermera derivaba del enfoque médico que predominaba⁸².

El ejercicio de la partería se consideraba congruente con el género femenino, se ejercía sobre la base de un reglamento emitido por la Secretaría de Gobernación en 1892⁸³. Se expedían títulos y los del Distrito Federal tenían un mayor reconocimiento que los que se expedían en otros estados, por ejemplo en Nuevo

⁸¹ LUCIO CRUZ, A. M. (1994). *La enfermera y su imagen social*. Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.65-66.

⁸² ALATORRE WYNTER, Edda (1998). "El proceso histórico de la educación en enfermería en México", en *Memorias de la XII Reunión de Licenciados en Enfermería: del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna*. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.50.

⁸³ En estos reglamentos se indican claramente los instrumentos que requiere la partera para asistir los partos, las sustancias y soluciones desinfectantes, las prescripciones de asepsia y antisepsia que marcaba el Consejo Superior de Salubridad, así como la vestimenta y el aseo de la partera. Se menciona en forma reiterada que la partera debía sujetarse a las prescripciones del médico y en su ausencia debía realizar el servicio e informar posteriormente al médico. No podían aplicar anestésicos más que bajo la dirección del médico. En estos reglamentos, se especifican las multas a que se hacen acreedoras, por infracción al reglamento. SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN (1892) "Reglamento al que debían sujetarse las parteras en el ejercicio de la profesión", "Instrucciones para la práctica de la antisepsia en los partos, a los que debían sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión", *Legislación Mexicana*, 24 de marzo de 1892, Tomo XXII, pp. 80-82.

León y Jalisco. La partería era considerada una especialidad médica, que requería menor tiempo de estudio.⁸⁴

Las tareas propiamente de enfermería estuvieron inicialmente vinculadas con los quehaceres domésticos del ámbito hospitalario, (limpieza, ropería, preparación de alimentos, etc.) de ahí que su desempeño se vinculara con personas sin estudios formales, de escasos recursos que requerían de un trabajo remunerado y generalmente de condición femenina. Se consideraba que bastaba con ser mujer para ser capaz de realizar las tareas de enfermería, tareas de servidumbre supeditadas al médico, a la partera o a la congregación religiosa⁸⁵.

Las enfermeras surgen como un personal subalterno de los hospitales, en virtud de que el campo de actividades del médico se amplía y utiliza técnicas cada vez más elaboradas, hasta el punto que el médico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias que debía realizar (toma de temperatura, examen de orina), así como los cuidados médicos más habituales (cataplasmas, lavativas, etc.) de esta forma este personal era habilitado en la práctica, por su colaboración para con el médico, de ahí que sea designado como personal “paramédico”.

La profesionalización de la enfermería, se vincula con las necesidades prácticas del grupo médico, que demandaba la colaboración de personal con mayor calificación, que atendiera las necesidades de los pacientes derivadas de las

⁸⁴ ARCE GURZA, F., M. BAZANT, A. STAPLES, D. TANCK de ESTRADA y J. Z. VÁZQUEZ. (1982). *Historia de las profesiones*. México, Colegio de México. pp. 161- 162

⁸⁵ SPECKMAN, E. (1996). *Congregaciones femeninas en la segunda mitad del siglo XIX*. Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México. p. 62-74

intervenciones del médico. Consideremos que después de ciertas intervenciones médicas, en algunos casos los pacientes quedan en un estado de dependencia, que les impide satisfacer sus necesidades básicas, tales como la alimentación, la eliminación, el aseo etc., y paralelamente se instauraron normatividades por parte del Estado, en el ofrecimiento de los servicios de atención a la salud, en los establecimientos sanitarios, vinculadas con la preparación de las enfermeras.

Hacia finales del siglo XIX, las órdenes religiosas, habían abandonado la vida contemplativa y se habían conformado en congregaciones, que tenían mayor cabida con la mentalidad liberal, pues se dedicaban a tareas de utilidad social. Por ello la Enfermería tiene una aceptación en éstas, de manera especial con las Hermanas de la Caridad, pues permitía realizar actividades con los menesterosos más acorde con los intereses del Estado. Esta actividad se inició con la República Restaurada y se consolidó durante el porfiriato. Estas congregaciones realizaban votos de pobreza, castidad, obediencia y caridad, consagrándose a la educación, y a la atención en los hospitales y asilos⁸⁶, sin embargo se carecía de un cuerpo de conocimientos y saberes de enfermería, que permitieran aliviar al enfermo.

A principios del siglo XX, el grupo médico vislumbró la necesidad de formar enfermeras, porque ya no se disponía del grupo de las religiosas y por otro lado las parteras no podían ser vistas como enfermeras porque éstas tenían claramente definidas sus tareas obstétricas⁸⁷

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ ALATORRE WYNTER, Edda (1998), *Op. Cit*, p.53

3.2 La enseñanza de la enfermería en el contexto universitario

Cuando la enseñanza de los oficios que se realizaba al interior de los gremios, se traslada a los espacios universitarios, la formación de los profesionales se alejó de la realidad que éstos vivían, los planes y programas de estudio, se centraron en las disciplinas, ponderando los procesos racionales. Los cambios y transformaciones que ocurrían en el ámbito del trabajo, lo mismo que los aportes de la ciencia y de la tecnología, se mantuvieron lejos de las actualizaciones de los planes y programas educativos o bien con una incorporación tardía⁸⁸.

La enseñanza de la enfermería dentro del ámbito universitario en México, data de diciembre de 1911, año en que se incorpora la Escuela de Enfermería del Hospital General de México, a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional y se ofrecen los estudios a nivel técnico, a partir de 1912, con una duración de dos años, después de los estudios de educación básica.⁸⁹

⁸⁸ "... la educación superior hereda un problema nodal en su proceso de formación: el alejamiento de la realidad profesional: ante ello, y en defensa de su propia identidad, se refugió en el dominio de "lo académico". Las diversas disciplinas que forman parte de los conocimientos que requiere un profesionista fueron objeto de un minucioso cultivo, de una disección muy detallada de diversos contenidos para formular planes de estudio con la intención de que ningún tema que fuese considerado relevante quedara excluido; en las profesiones clásicas se estableció una estructura de formación en las que el primer tramo curricular obedecía a la enseñanza de las ciencias básicas (los conocimientos disciplinares indispensables que se aplicarán en el futuro profesional), para dar paso a una segunda etapa en la que se estudiaría la parte aplicada de ese conocimiento. Las instituciones de formación lograron que las legislaciones nacionales reconocieran que el ejercicio de una profesión requería del proceso de certificación que ellas, y sólo ellas, pudieran otorgar; en este sentido, desplazaron el papel y la formación que se ejercía en el gremio medieval, donde el aprendiz no sólo dedicaba un tiempo a la parte conceptual de las actividades que realizaba, sino que llevaba a cabo la parte práctica del trabajo que aprendía a desempeñar".
DÍAZ, BARRIGA, Ángel. "Las profesiones ante los nuevos retos. Globalización, flexibilidad y competencias", PACHECO, Teresa y DÍAZ BARRIGA, Ángel. (2005). **La profesión universitaria en el contexto de la modernización**. México, Ediciones Pomares. pp. 80- 81

⁸⁹ SALAS SEGURA, Susana (1997). **Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias**. Conferencia presentada en el 90 aniversario de la enfermería universitaria. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.20

La convivencia de enfermería con medicina perdura hasta 1945, año en que la Escuela de Enfermería se separa de la Facultad de Medicina para constituirse como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Posteriormente en la década de los sesenta con el ejercicio creciente de la práctica médica del obstetra, se va relegando la participación de las parteras en las instituciones de salud. La carrera de partera como tal, deja de ofertarse y se fusiona con la de enfermería en el año de 1968⁹⁰. La licenciatura en Enfermería y Obstetricia se ofrece en 1966 como un plan piloto y en 1968 de manera formal.

La enfermería a diferencia de las profesiones eruditas, es una profesión eminentemente práctica⁹¹, el origen de su ejercicio históricamente se encuentra vinculado al terreno de las intervenciones, asistiendo al enfermo y al moribundo, cuidando la vida del grupo bajo una idea de vocación y servicio, que bajo un sentido religioso prometía indulgencias a quien la practicaba. Posteriormente cuando se traslada a los espacios académicos, se desarrolla como una profesión técnica, bajo la óptica de la profesión médica.

En esta lógica, los planes de estudio ofrecían en el primer año las asignaturas de patología, farmacia y terapéutica y en el segundo año, se impartía un curso clínico

⁹⁰ MARTÍNEZ BENÍTEZ, Ma. Matilde y Pablo LATAPÍ (1993). ***Sociología de una profesión, el caso de enfermería***. 2ª ed. México, Centro de Estudios Educativos. (Colección Problemas Educativos). p.155.

⁹¹ Freidson sostiene que las profesiones pueden ser de dos tipos doctas y eruditas o prácticas y de consulta, las primeras se interrogan acerca de la verdad, pueden lograr su monopolio sobre el trabajo simplemente por la conjunción de la asociación profesional y el apoyo estatal. Las profesiones de consulta tienen que pasar por la prueba de la solución de problemas prácticos propuesta por la clientela, sobreviven prestando servicios destinados a resolver problemas prácticos. Ellos deben atraer la confianza de la clientela y el modo más efectivo de conseguirlo es proveyendo soluciones adecuadas a sus problemas.
FREIDSON, Elliot (1978). ***La profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado***. Barcelona, Ediciones Península.

para enfermeras, la mayoría de los docentes eran médicos y eventualmente alguna enfermera.

En la década de los noventa, una vez que se ha consolidado el ofrecimiento de la licenciatura y se inician los proyectos curriculares de posgrado, el tema de la científicidad es motivo de preocupación para enfermería, por lo que se ocupan de teorizar y de delimitar su objeto de estudio, recurriendo al discurso de la teoría y modelos de enfermería, principalmente a través del texto de Marriner⁹² publicado en español en 1999, "Modelos y teorías en enfermería", texto que reúne el pensamiento enfermero, desde Florencia Nightingale hasta las concepciones de enfermería contemporáneas, en su mayoría dentro de un contexto anglosajón.

Interrogantes tales como: ¿cuál es el campo de estudio específico de la enfermería?, ¿cuál es su cuerpo de conocimientos propio?, ¿cuál es su objeto de estudio? Preocupan a las enfermeras de los espacios académicos, quienes aceptan y se imponen a sí mismas los modelos de enfermería, porque han ponderado el conocimiento académico y han devaluado el conocimiento de la práctica, que históricamente ha acompañado a la profesión, primero desde un nivel técnico y posteriormente desde un nivel de educación superior.

Medina Moya considera que una consecuencia de adoptar las teorías y modelos de enfermería, como sustento teórico de la enfermería, es que el uso de las teorías ha quedado relegado al ámbito académico. "Las teorías y modelos que emergían se han venido usando.... **como contenido de la curricula más que**

⁹² MARRINER, Ann y Martha RAILE ALLIGOOD (1999). *Modelos y Teorías en enfermería*. Barcelona, Harcourt Brace.

(La primera edición en español que se publicó en 1999, corresponde a la 4ª edición de la obra original en inglés).

como marcos de significado que las enfermeras podían usar para resolver sus problemas prácticos”.⁹³

Es decir se adopta una “teoría” pero esta teoría no da pautas para resolver los problemas profesionales de las enfermeras, más bien queda como un discurso que deja ver cómo se puede concebir la enfermería, señala valores, pondera algún aspecto, pero no da argumentos referenciales para intervenir en la práctica de una u otra forma⁹⁴.

De esta forma, las enfermeras académicas consideran que si los alumnos no revisan los modelos de enfermería, no tienen un marco referencial para la práctica, pese a que para los problemas que tienen que resolver en la práctica, estos modelos no les aporten directamente alternativas de solución.

Por otro lado, si bien es cierto, las docentes de la licenciatura en enfermería, que laboraban en los espacios académicos y universitarios, buscaron la formación de

⁹³ MEDINA MOYA, José Luis (2005). ***Deseo de cuidar y voluntad de poder***. Barcelona, Publicaciones I, Ediciones de la Universidad de Barcelona. p.101 (las negritas son mías).

⁹⁴ “La medicina empieza a elaborar su base científica en la primera mitad del siglo XIX con el reconocimiento de las relaciones entre los cambios en los tejidos (macro y microscópicos) y el proceso de la enfermedad. Patólogos, bacteriólogos y bioquímicos (aunque entonces recibían otro nombre) estudiaban de modo analítico y sistemático las relaciones entre los cambios tisulares, la sintomatología clínica y los efectos de los tratamientos ensayados. Sus descubrimientos y conclusiones fueron usados por las enfermeras para fundamentar y determinar ciertos procedimientos relacionados con la asepsia y la desinfección: técnicas para el tratamiento de úlceras por presión o por la desinfección de heridas quirúrgicas, etc. Así el campo de prácticas, también se constituye como un dominio de saber que emerge de la solución de problemas que enfermeras y médicos encuentran en su actividad. Eventualmente esos saberes, sobre todo el biomédico, se constituye en el fundamento de la curricular en las escuelas de Enfermería, situación que ha perdurado hasta nuestros días

.....Sin embargo, esos saberes pertenecían y habían sido desarrollados para servir a los intereses prácticos de la medicina, saberes que son prestados a las enfermeras para que proporcionen un fundamento empírico a su trabajo, pero saberes que al mismo tiempo produjeron una disolución (alineación de la función propia de la Enfermería en el trabajo de la medicina) y consecuentemente, una relación de subordinación de la enfermera al médico en el ámbito práctico y teórico. Subordinación que se manifiesta hoy día ...”

Ibidem. pp.98 y 99.

estudios de posgrado, la mayoría de las veces lo hicieron accediendo a estudios de posgrado en el área de educación y administración (maestrías y doctorados), pero no en un área particular de enfermería, lo que las alejó definitivamente de su práctica como enfermeras, y les permitió escalar en la carrera académica y administrativa, al interior de las escuelas de Enfermería. Este aspecto desde luego genera una mayor distancia entre la formación que reciben las alumnas en las aulas y la práctica profesional que finalmente realizan.

3.3 Tratados comerciales y profesión de enfermería.

Si bien es cierto que la normatividad es un rasgo que ha estado presente una y otra vez en el ejercicio profesional de la enfermería, la globalización ha implicado entre otras cosas, una tendencia a instituir estándares internacionales en el desempeño profesional, frente a un mercado mundial que desconoce las particularidades culturales, aún cuando éstas auguren resultados bondadosos localmente.

Por un lado, se habla de formar las nuevas competencias profesionales que requiere el mundo moderno, pero paralelamente prevalece un panorama desalentador de desempleo, que no garantiza estabilidad a los nuevos profesionales, pues las mismas empresas que ofrecen empleos, están sujetas a los vaivenes del mercado, sobre los que no tienen un control significativo. No se formulan certezas, ni se analizan en prospectiva las realidades futuras de las profesiones⁹⁵.

⁹⁵ VILLAMIL PÉREZ, Roberto. "El sentido ético de las nociones de utilidad y beneficio social en el origen de las profesiones frente a la globalización", PACHECO MÉNDEZ, Teresa y Ángel DÍAZ BARRIGA (2005). *Op. Cit.* pp. 15- 46.

La firma del TLCAN vigente a partir de 1994, incluyó como elemento de intercambio del mercado, los servicios profesionales de doce profesiones: actuarios, agrónomos, arquitectos, contadores, enfermeras, farmacéuticos, ingenieros, abogados, médicos, odontólogos, psicólogos y veterinarios⁹⁶.

Esto significa que los profesionales mexicanos podrán ejercer profesionalmente en los países de Canadá y Estados Unidos y que a su vez los profesionistas de estos dos países podrán ejercer en México, esto tendría implicaciones en las prácticas profesionales, pues habrá una mayor tendencia a estandarizar los conocimientos y las habilidades que se consideran básicas y fundamentales, y que aparecerían como los puntos comunes de formación profesional en los tres países, lo cual se vería reflejado en el incremento de los procesos de certificación profesional y la exigencia de un dominio aceptable de la lengua extranjera inglesa.

Agregado a esto no habría que perder de vista, los segmentos del mercado de trabajo en los que mayoritariamente se buscan contrataciones de profesionales de la enfermería para atención en el entorno hospitalario, pues por ahora ya se observan mayores demandas de profesionales en las instituciones de atención a la salud, en el ámbito del cuidado de los adultos mayores, por el incremento demográfico que se observa en este grupo de edad.

⁹⁶ RAMOS SÁNCHEZ, Daniel (1998). *La inserción de México en la globalización y regionalización de las profesiones*. México, Instituto Politécnico Nacional, Fondo de Cultura Económica. p.10

3.4 Competencias profesionales de enfermería.

En el contexto de la enfermería, el tema de las competencias tiene presencia en diversas experiencias, por ejemplo puede mencionarse el caso del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)⁹⁷, que elaboró un marco internacional de competencias para la enfermera generalista. Para ello, se preparó una fase de consultas en la que se pidió a las asociaciones nacionales de enfermeras (enero del 2001) de los países participantes⁹⁸, que formularan de acuerdo a sus circunstancias y particularidades, un marco de competencias.

Si bien cada país participante enfrenta problemas de salud particulares y posee sistemas de salud también diversos, se trató de formular un marco incluyente. Algunos países informaron que ya poseían marcos legislativos y éticos, así como declaraciones del ámbito de ejercicio y de la competencia de la enfermería, otros estaban aún en proceso de su definición.

Las competencias propuestas por el CIE para la enfermera generalista quedaron agrupadas en tres grandes rubros:

- Profesionales, éticas y de práctica jurídica.
- Prestación y gestión de cuidados.
- Desarrollo profesional.

⁹⁷ ALEXANDER Margaret F. y Phyllis J. RUNCIMAN (2003). **Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de consultas.** Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras.

⁹⁸ Países que participaron en la primera fase del procedimiento de consultas: Alemania, Armenia, Australia, Bahrein, Botswana, Canadá, China, Chipre, Colombia, Dinamarca, Eslovaquia, EE.UU, Eslovenia, Islandia, Italia, Jamaica, Kenia, Kosovo, Mónaco, Nueva Zelanda, Palestina, Países Bajos, Reino Unido, Samoa, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Taiwán, y Trinidad y Tobago.

Otro caso en el que se ha procedido a formular competencias de enfermería es el que documenta Omayda Urbina Laza y otros⁹⁹ en Cuba, donde se identificaron las competencias profesionales de Enfermería en el servicio de Neonatología.

Esta misma autora junto con Julia Torres Esperón¹⁰⁰, documentan que a partir de esta investigación y de los resultados que derivó otra investigación titulada “Propuesta metodológica de las funciones del personal de enfermería técnico y universitario en los niveles primario y secundario de atención”, realizaron un estudio descriptivo para formular las competencias y habilidades que respondan a las funciones del personal de enfermería según niveles de formación, en el que concluyen para el nivel universitario una serie de competencias que se agrupan en cuatro grandes rubros: competencias vinculadas con las funciones asistenciales, competencias administrativas, competencias docentes y competencias de investigación.

Respecto a las competencias específicas del área de obstetricia, puede afirmarse que éstas adquieren relevancia y presencia en América Latina, a finales del siglo XX¹⁰¹, de manera especial en aquellos países que tienen grupos y comunidades

⁹⁹ URBINA LAZA Omayda, Silvio F. SOLER CÁRDENAS y Marta OTERO CEBALLOS (2005). “Identificación de competencias en el profesional de Enfermería del servicio de Neonatología”. **Educación Médica Superior**. La Habana Cuba, Escuela Nacional de Salud Pública, 19 (2).

¹⁰⁰ TORRES ESPERÓN, Julia y Omayda URBINA LAZA (2006). “Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba”. **Educación Médica Superior**. Escuela Nacional de la Salud Pública, 20 (1)

¹⁰¹ Enfermeras y comadronas poseen diferentes orientaciones acerca de la profesión que desempeñan..... gran número de comadronas no se consideran enfermeras, sino más bien

que han permanecido marginados o aislados de los servicios de seguridad social y cuyas condiciones de vida son muy precarias, lo que incrementa en estas poblaciones el riesgo de mortalidad durante el embarazo y el parto, requiriendo una atención oportuna y competente en el ofrecimiento de estos servicios de salud.

El campo de la obstetricia como espacio de intervención de los profesionales del área de la salud, es un campo que inicialmente no estaba en manos de los médicos, e incluso era despreciado por éstos, pues se consideraba una actividad que realizaban las parteras, (también denominadas comadronas o matronas). Con el nacimiento de la obstetricia como especialidad médica, se vuelve territorio de los médicos y la partería desaparece del escalafón del IMSS.¹⁰²

Las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia para formarse como tales, realizan prácticas de obstetricia en hospitales del sector público, que permiten esta intervención, aunque su aceptación no constituye una práctica hospitalaria generalizada¹⁰³. La especialidad de enfermería perinatal está formando cuadros profesionales de enfermeras especialistas en este campo de conocimientos y son

profesionales con un estatus semejante al del médico. También dentro de la Enfermería existen jerarquías: en el vértice de la pirámide se hallan aquellas enfermeras que realizan su labor en unidades que requieren el uso de alta tecnología, las que trabajan en centros “geriátricos” se hallan en la base...” MEDINA MOYA, José Luis (2005). *Op. Cit.* pp. 126- 127

¹⁰² MARTÍNEZ BENÍTEZ, Ma. Matilde y Pablo LATAPÍ (1993). *Op.Cit.*, p.155.

¹⁰³ No todos los hospitales aceptan que las alumnas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia atiendan partos, pero como las necesidades de atención superan numéricamente al personal dispuesto en el servicio para su atención, algunos hospitales sobre todo en el Estado de México, se muestran dispuestos a ofrecer espacios para la práctica obstétrica, en la que los partos son atendidos por enfermeras(os).

Por otro lado el Centro de Investigación Materno Infantil Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), constituye un campo por excelencia para la práctica de Obstetricia de Enfermería, en tanto los servicios de atención y cuidado a la salud que se proporcionan, son procurados casi en su totalidad, por las licenciadas en Enfermería.

un tanto resistentes a aceptar varones, con lo que se preserva una tradición que al igual que en el pasado, está reservada para ser ejercida por una mujer. Paralelamente las enfermeras hacen reclamos sobre la práctica de los médicos obstetras, que realizan cesáreas que no siempre son necesarias, pero que al ser programadas, facilitan la organización del trabajo de los médicos obstetras, pues se atiende a la mujer embarazada, en el día y la hora acordada, lo que estaría ponderando la organización del trabajo médico, por encima de las necesidades de la paciente.

De ahí que organismos internacionales como la Confederación Internacional de Matronas (ICM), agrupación de asociaciones de partería que representa a las parteras de más de 72 países, en conjunción con la OMS, hayan desarrollado la iniciativa de elaborar las competencias esenciales que debe poseer la partera profesional¹⁰⁴.

Estas competencias son:

1. Fundamentos de los conocimientos, las aptitudes y el comportamiento profesional de las parteras profesionales en los campos de la salud pública, las ciencias sociales y la ética.
2. Atención comunitaria antes del embarazo y planificación familiar.
3. Atención prenatal, orientación y promoción de la salud; identificación y tratamiento de las complicaciones.

¹⁰⁴ OPS/USAID (2006). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*. Washington, D.C., OPS. pp. 4 y ss

4. Atención segura e higiénica del parto, incluidas técnicas de reanimación.
5. Atención puerperal y posnatal integral.
6. Atención y vigilancia del recién nacido.

Los ejemplos antes citados respecto a la definición de competencias en la Enfermería, aunados a otros documentos revisados para definir el estado del arte, refieren un interés por construir un consenso respecto a la formulación de las competencias de enfermería. Este consenso, ha llevado a la consulta de las Asociaciones y Grupos profesionales, así como a la búsqueda de las opiniones desde una óptica internacional.

En la formulación de los listados de competencias, se advierte en forma reiterada, la referencia a los aspectos éticos y legales que supone el ejercicio profesional, el dominio de técnicas y procedimientos vinculados al cuidado del paciente, y la toma de decisiones en situaciones de urgencias, que requieren de la aplicación de un juicio profesional.

Las competencias profesionales de enfermería, se vislumbran como una posibilidad de articular la formación profesional y el desempeño profesional, sin embargo una vez que se formulan y que existe consenso sobre las competencias profesionales, quedan aún en el aire muchas interrogantes por resolver, por ejemplo ¿qué transformaciones se hacen necesarias en el proceso de formación? ¿qué características han de reunir los escenarios que serán considerados para realizar las prácticas supervisadas de formación?

La adquisición de competencias de enfermería, parece estar implicando por un lado la adquisición de conocimientos académicos curriculares y por otro la exposición del alumno a situaciones que le permitan experimentar problemas reales, e ir modelando su actuación en un ambiente de pares, que muestran el desempeño de un rol profesional y que le permiten ir ganando una habilidad gradual y una confianza progresiva.

Esto supone, que las competencias conllevan un estado de creciente perfeccionamiento, hasta alcanzar un dominio experto, rasgo que sería difícil alcanzar en función de las horas curriculares que se asignan a las prácticas de enfermería, en todo caso sería plausible que los alumnos que atraviesan por la práctica, se inicien y alcancen niveles de principiantes o en el mejor de los casos de principiantes avanzados.

3.5 El espacio áulico y el espacio clínico, dos ámbitos de enseñanza aprendizaje con lógicas distintas.

La formación de las enfermeras ocurre fundamentalmente a través de la combinación de dos escenarios fundamentales, el aula y el hospital, se trata de dos escenarios que no comparten las mismas lógicas, pues al interior de las aulas escolares se muestra el deber ser, mientras que en los escenarios clínicos, los alumnos se enfrentan al saber hacer. El contexto sanitario trata de satisfacer las demandas de salud de los usuarios y las aulas comunican conceptos, supuestos teóricos y metodologías, que se espera puedan aplicarse en un futuro, en las situaciones que enfrentarán los alumnos en los escenarios reales de la práctica profesional.

Esto supone, bajo un esquema positivista, una lógica causal de la teoría a la práctica, sin embargo los problemas que enfrentan los alumnos en la práctica, no en todos los casos pueden ser resueltos desde la revisión de la teoría. Es decir, la práctica de enfermería es una práctica compleja, que genera *per se* una gama de problemas que requieren del despliegue y del desarrollo de otras habilidades como son la observación y la interpretación de ciertos rasgos que muestran los pacientes y que no siempre están contenidos en los libros de enfermería.

En este sentido José Luis Medina Moya destaca la separación e incomunicación que se observa entre el mundo académico y el de la práctica, en tanto el conocimiento que la racionalidad técnica propone como necesario para la práctica, muchas veces es incapaz de subsumir zonas de aquella y, sin embargo, es presentado por las profesoras como el ideal de la comprensión racional de la acción profesional que las enfermeras llevan a cabo.

... Lo que me parece importante es que mientras que las escuelas presentan un conocimiento altamente formalizado que es básicamente un “saber que”, el conocimiento clínico práctico es, básicamente, un “saber como” esto es, personal, tácito, situacional, idiosincrásico y, por tanto, difícilmente formalizable...

...El conocimiento académico, como Schön lo ha demostrado, es abstracto acontextual, estable y rígido. Sin embargo, el conocimiento en la práctica es concreto, se halla en un proceso constante de comprensión transformación comprensión... el conocimiento práctico clínico no puede ser formalizado ni enseñado puesto que es muy difícil hacerlo explícito verbalmente, solo puede ser demostrado.¹⁰⁵

Respecto a los docentes que llevan a cabo la enseñanza clínica, cabe mencionar que si bien ejercieron inicialmente la enfermería en el campo clínico, una vez que

¹⁰⁵ MEDINA, MOYA, José Luis (2005). *Op cit.* p.95.

ingresan a la docencia van abandonando paulatinamente la práctica profesional de la enfermería, lo cual no es conveniente, pues esta práctica profesional les aporta una visión real y actualizada del contexto socio sanitario y de la práctica de enfermería, lo cual les permite llevar a cabo de mejor forma una práctica supervisada de los alumnos¹⁰⁶.

3.6 El hospital como escenario de prácticas de formación.

Si consideramos que construir competencias supone ubicar al alumno en situaciones reales o semejantes a las que enfrentará como profesional, tendremos que admitir que en el caso de enfermería, si bien el trabajo previo en las aulas y los laboratorios es por demás necesario, los hospitales y las comunidades constituyen los entornos propicios para que tenga lugar esta formación, lo que nos lleva a la siguiente interrogante ¿Cuáles son las características que presentan los entornos clínicos hospitalarios como espacios de intervención y de formación de los alumnos?

Los hospitales constituyen instituciones con una clara definición de su razón social, así como de una organización y funcionamiento, paralelamente constituyen espacios en los que prevalece un fuerte normatividad y un gran control, no sólo sobre los tiempos y las actividades de las enfermeras, sino también de los

¹⁰⁶ Sobre este aspecto José Luis Medina Moya afirma "... Una considerable cantidad de conocimiento de primera mano, obtenido de una larga historia de "manos y mentes que cuidan", o es incorporado de las enfermeras expertas a las debutantes a través de modalidades "ad hoc" o bien se pierde para siempre".
Ibidem, p. 124

pacientes¹⁰⁷. Los hospitales se caracterizan por hacer una clara organización y distribución de las actividades, en los tiempos y las formas que se consideran pertinentes. Es también un espacio en el que un grupo de personas del área de la salud, se encuentra reunidas por una razón común, y donde cada una de ellas cubre una función específica, ocupando un lugar y un status específico dentro de una jerarquía social.

Las reglamentaciones o leyes que organizan sus funciones, involucran relaciones de poder entre aquellos que ocupan posiciones dominantes en el campo y aquellos que son dominados. Se trata de un espacio en el que determinadas prácticas y formas de conocimiento son valorados y constituyen por consiguiente un capital cultural con poder hegemónico, sobre otras prácticas y formas de conocimiento que son vistos dentro del campo, como inferiores o no reconocidos en el campo.

En este caso la práctica de la enfermería se encuentra subordinada a la práctica del profesional médico, quien prescribe el tratamiento que requiere un paciente y que ejecuta la enfermera, de ahí que se le designe como un personal paramédico.¹⁰⁸

¹⁰⁷ FOUCAULT, Michel (1976). *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. México, Siglo XXI editores.

¹⁰⁸ El término "paramédico" se refiere a las ocupaciones organizadas en torno al trabajo de la curación y son controladas fundamentalmente por el médico. El control médico se manifiesta de distintas maneras. Primero, gran parte del conocimiento técnico aprendido por los trabajadores paramédicos durante su entrenamiento y utilizado en su trabajo tiende a ser descubierto o ampliado, o por lo menos aprobado, por los médicos. En segundo lugar las tareas realizadas por trabajadores paramédicos **tienden a asistir más que a reemplazar las tareas centrales de diagnóstico y tratamiento**. En tercer término, los trabajadores paramédicos generalmente son subordinados, puesto que su trabajo habitualmente se realiza ante la petición o la orden de los médicos, o supervisado por éstos. Finalmente, el prestigio atribuido a las ocupaciones paramédicas por el público general suele ser menor que el otorgado a los médicos. FREIDSON, Elliot. (1978). *Op. Cit.*, p 62. (las negritas son mías)

La noción de *habitus* de Pierre Bourdieu resulta pertinente en este caso, en tanto refiere las disposiciones particulares y actitudes que a través de la práctica social adquieren las personas. Estas disposiciones refieren los modos de percepción, pensamiento y formas de evaluación de las acciones de unos y otros, siendo inculcados los sujetos desde muy temprano, sobre las conductas y pensamientos de un campo particular.

Vista así la educación de enfermería, constituye una forma específica de administración y de normalización de un cuerpo de prácticas sociales, a través de las formas específicas que reúnen las prácticas de enfermería y de las maneras de comprender dichas prácticas. Los conocimientos, la tecnología, los discursos y las prácticas en las cuáles los individuos son posicionados y regulados, dentro de un espacio institucional como es el hospital, para producir una clase de conductas.

Las formas particulares de práctica y de entendimiento que las personas adquieren, dependen de la relación con el *habitus*¹⁰⁹ y de su posición dentro de un campo específico de producción. Esto es, la construcción de subjetividades y de identidades, se generan a partir de la estructura de las instituciones de salud y de los efectos que tienen sobre las estructuras de pensamiento de las enfermeras.

¹⁰⁹ “Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta.

...El mundo práctico que se constituye en la relación con el *habitus* como sistema de estructuras cognitivas y motivacionales es un mundo de fines ya realizados, modos de empleo o caminos a seguir, y de objetos dotados de una “carácter teleológico permanente”...”
BOURDIEU, Pierre (1991). **Op. Cit.** pp.92- 93

En razón de ello, se explican los esquemas de pensamiento de subordinación e incluso de obediencia, (esto se puede apreciar de manera muy clara en el juramento de la enfermera), la presencia de reglamentos de las instituciones sanitarias con los que se familiarizan las enfermeras y que son dados a conocer a los alumnos cuando están por iniciar sus prácticas, el uso obligatorio de una vestimenta con la que deben presentarse, es decir un uniforme y una cofia que permite identificar a través de líneas diagonales u horizontales, rangos en una jerarquía.

José Luis Medina Moya considera que en éstas prácticas sociales, se ven reflejados nuevamente los roles tradicionales de género del hombre y la mujer.

...[los] esquemas de significado adquiridos de modo informal que rigen la práctica... son los mediadores entre las reglas formalmente establecidas de la institución hospitalaria y las cambiantes circunstancias de la práctica diaria, se saturan de una idea básica, constante e informalmente reforzada: los roles de la enfermera y el médico se definen en términos de los papeles que en la familia efectúan hombre y mujer... las actitudes de los médicos hacia las enfermeras.... Como una pareja subordinada, al igual que muchas esposas lo están de sus maridos... ¹¹⁰

Si esto es así, y si la práctica de enfermería en los espacios hospitalarios es tan fundamental en su formación, nos ubicamos frente a una problemática, pues las transformaciones que se propongan desde el espacio curricular, en una ánimo por reorientar las prácticas de enfermería, con un carácter más emancipador, no corresponderán con las prácticas sociales de los espacios hospitalarios, pues finalmente los espacios clínicos hospitalarios, contienen una dinámica propia

¹¹⁰ MEDINA MOYA, José Luis, (2005) *Op. Cit.*, pp 118.

impregnada de lo instituido, en los que se reproducen relaciones de poder y de subordinación de las enfermeras, a través de la práctica social.

SEGUNDA PARTE

EL TRABAJO DE CAMPO

Capítulo IV. Metodología.

4.1 Lugar del investigador ante el problema estudiado.

Mi lugar como investigadora en el problema estudiado, es la de un profesional del área educativa, que si bien forma parte de la comunidad de la ENEO, -situación que posibilitó en gran medida llevar a cabo el estudio- formo parte del grupo de docentes de disciplinas diferentes a la Enfermería, que participamos en procesos formativos y de apoyo educativo en la ENEO. De manera que si bien mi lugar está dentro de la comunidad estudiada, la mirada y el lugar como investigadora, es un tanto ajena al grupo que se identifica propiamente como el grupo de Obstetricia. Mi propósito como investigadora, fue participar en la comprensión y el entendimiento de un proceso que ocurre cotidianamente y que no se ha documentado.

El grupo docente del área de obstetricia, es también de alguna forma, un grupo relativamente independiente de las otras áreas formativas de la enfermería, ya que los contenidos y los campos donde realizan las prácticas, constituyen un elemento un tanto aparte del resto de la formación clínica de las enfermeras, pues el estudio de la Obstetricia se reserva para el último año de formación, una vez que los alumnos han realizado los estudios y las prácticas que se consideran básicos en la formación de la enfermería general, tales como Fundamentos de Enfermería I y II, Enfermería del niño y Enfermería del adolescente, adulto y anciano I y II.¹¹¹

La realización de esta investigación, comprendió los siguientes momentos metodológicos:

¹¹¹ Cfr. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA/ UNAM. (2000). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. Actualización 2000.

4.2 Primer momento. Acercamiento y exploración

En un primer momento, fue preciso delimitar sobre qué competencias de enfermería se centraría el estudio y sobre las cuáles estaríamos indagando. Para ello se inició un acercamiento exploratorio sobre este aspecto, tanto a partir de la revisión de documentos, como interrogando a algunos docentes de enseñanza clínica de enfermería, encontrando que en el área de obstetricia existía una delimitación más clara de este aspecto. Por ello, se tomó la determinación de circunscribir el estudio a las competencias obstétricas de enfermería, lo que significa que quedaron fuera de este estudio otras competencias que se circunscriben al ámbito de la clínica y lo asistencial, como son por ejemplo competencias vinculadas con la atención del niño, el adolescente, el adulto o el anciano, así como competencias del ámbito administrativo.

El contacto con los docentes, me llevó a un documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹¹², que especifica las competencias de enfermería obstétrica, el cual comprende una vasta definición de aspectos teóricos, metodológicos y técnicos, que constituyen los elementos de cada una de las seis grandes competencias de la enfermería obstétrica.

Estas competencias, han sido definidas a través de un proyecto que actualmente realiza la OPS y están reunidas en un instrumento de autoevaluación, que dicha organización ha puesto a consideración del grupo de enfermeras que laboran en este campo de conocimientos, a nivel de la región de Latinoamérica, con el fin de consensarlas.

El instrumento resultó útil, por la definición de competencias obstétricas que comprende, si bien cabe mencionar que para el caso que nos ocupó, el uso de dicho instrumento tuvo fines meramente exploratorios y de acercamiento al objeto de estudio de la investigación, de manera que fuera posible identificar, si al interior

¹¹² Organización Panamericana de la Salud/USAID del Pueblo de los Estados Unidos de América (2006). **Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional**. Washington, D.C., OPS.

de la asignatura de Obstetricia I y II¹¹³, se promueve la enseñanza y el aprendizaje de estas competencias enunciadas.

Para ello, se proporcionó el instrumento de la OPS a los docentes que impartían la asignatura y a alumnos que habían concluido el curso de ambas asignaturas, los cuáles emitieron su opinión respecto a cada una de las competencias y de sus diferentes componentes, calificando si cada rasgo o aspecto de la competencia, se abordaba de alguna manera en las asignaturas teórico prácticas de Obstetricia, en una escala de tres niveles, quedando como opciones de respuesta: no se promueve, se promueve en parte y se promueve ampliamente.

Se obtuvo la información de 9 docentes de un total de 11 y de 52 alumnos, excluyendo dos cuestionarios, que mostraron un llenado incompleto. Los alumnos que accedieron a contestar el cuestionario, pertenecían a diversos grupos, es decir, habían cursado la asignatura con diversos docentes y habían realizado prácticas de obstetricia en diferentes hospitales.

A partir de la obtención de estos datos, se inició el estudio bajo una metodología cualitativa, con el propósito de comprender el proceso que subyace y por el que los alumnos y docentes atraviesan, en la incorporación y construcción de las competencias obstétricas. No constituyó propósito de esta investigación evaluar niveles de competencia obstétrica alcanzados por los alumnos, pues se entiende que se incorporan inicialmente a su enseñanza y aprendizaje, y que es el proceso el que nos interesa estudiar.

¹¹³ Véase en el Anexo Programas de las asignaturas de Obstetricia I y II del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

4.2.1 Sobre el instrumento que define las competencias obstétricas de la Organización Panamericana de la Salud.

Este instrumento en su versión original, constituye un instrumento de autoevaluación, de manera que el profesional de enfermería obstétrica pueda identificar el nivel de confianza que posee, en cuanto a su “*conocimiento actual o desempeño seguro*” de cada elemento de la tarea, apareciendo una escala de Likert que va desde “ninguna confianza”, hasta “muchísima confianza”.

El instrumento formula seis competencias y cada una comprende un repertorio de conocimientos, aptitudes y capacidades, que tienen relación con la atención y los cuidados de enfermería que se proporcionan a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el posparto, así como al niño recién nacido (ver instrumento en el anexo). Estas competencias se enuncian de la siguiente forma:

	Rasgos que comprende la competencia ¹¹⁴
Competencia 1	Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios en los campos de las ciencias sociales, la salud pública y la ética, que forman la base de la atención de calidad culturalmente pertinente y apropiada, que merece la mujer, el recién nacido y la familia.
Competencia 2	Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.
Competencia 3	Las parteras profesionales brindan atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal y detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.
Competencia 4	Las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto, atienden un parto sin riesgos y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatales.

¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Op. Cit.*

Competencia 5	En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada.
Competencia 6	La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado preventivo del niño preescolar.

El instrumento es muy amplio y algunos docentes manifestaron al entregarlo, que algunos elementos de las competencias, de manera especial los que integran la 1ª, 2ª y 6ª competencias, son trabajados en asignaturas de semestres anteriores de la LEO, como es el caso de los conocimientos que forman parte del campo de estudio de las Ciencias Sociales, la Ética y la Salud Pública que corresponden a la primera competencia y que los alumnos de la LEO revisan en asignaturas como Socioantropología, Ética Profesional y Legislación, y Atención a la Salud en México, donde se revisan aspectos de la Salud Pública.¹¹⁵

Asimismo las prácticas que realizan al interior de las asignaturas de Fundamentos de Enfermería I y II y Enfermería del niño, incorporan a los alumnos al trabajo en comunidades que presentan diversidad cultural, donde tiene cabida la reflexión de la crianza saludable de los niños, a que hacen referencia la 2ª y 6ª competencia, aspectos todos ellos que estarían permeando las competencias generales de los profesionales de la enfermería y no sólo las del área de la obstetricia.

Mientras que puede apreciarse que las competencias 3ª, 4ª y 5ª que se refieren al cuidado prenatal, el parto y el puerperio, constituyen el foco de interés del trabajo de las asignaturas de Obstetricia I y II.

Esta primera fase, tuvo un carácter exploratorio y cuantitativo, de manera que los resultados, se agruparon en medidas de tendencia central y porcentajes, el análisis detallado de estos datos se aborda en el siguiente capítulo.

¹¹⁵ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM (2000). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. Actualización 2000.

4.3 Segundo momento: incorporación al trabajo de campo y realización de entrevistas a alumnos.

En un segundo momento se tuvo el propósito de iniciar la realización de observaciones en el laboratorio de enseñanza clínica, sin embargo esto tuvo que postergarse, en tanto los docentes indicaron que dichas prácticas, sólo se realizan al inicio del 7º semestre, durante la 1ª o 2ª semana y al momento en que se quisieron realizar, dicho semestre ya había iniciado.

Se procedió entonces a iniciar la realización de algunas entrevistas a alumnos que habían concluido el 7º semestre de la LEO, es decir alumnos que habían concluido la asignatura de carácter teórico y práctico de Obstetricia I. Cabe mencionar que los alumnos, constituyen los principales informantes en este estudio, pues son las personas que han vivido el proceso formativo en los diversos escenarios de práctica, quienes enfrentan las situaciones de menor o mayor complejidad, y sobre los cuáles recae la acción de orientación tanto de los docentes como del personal del área de la salud, es decir médicos y enfermeras. A su vez la incorporación al campo de estudio y de práctica de la obstetricia, solamente tienen lugar durante su formación como enfermeros en el 7º y 8º semestre.

Para ello se solicitó a un grupo que concluía el 7º semestre su colaboración y aceptación para ser entrevistados, se les informó que la entrevista interrogaría sobre sus experiencias en la práctica de obstetricia, y que quienes estuvieran dispuestos a colaborar en ello, se anotaran en una lista de citas programadas. Se obtuvo el registro de 14 voluntarios y la asistencia de 10 alumnos.

Cabe mencionar que los alumnos entrevistados, realizaron sus prácticas en diferentes hospitales generales de la ciudad de México y del estado de México y que tuvieron diferentes maestros de enseñanza clínica, en la supervisión de sus prácticas, de manera que en el estudio están presentes, informantes que fueron asignados a escenarios diversos, a profesores de obstetricia distintos y a fines curriculares comunes.

La entrevista incluyó los siguientes temas, planteados como preguntas desencadenadoras del relato:

- Percepción inicial del campo de prácticas de obstetricia y percepción al concluir las prácticas.
- Responsabilidades que le fueron asignadas durante la práctica de obstetricia.
- Mecanismos empleados para ser incorporado en la comunidad de prácticas del hospital y signos de aceptación.
- Actividades de obstetricia que realizó al inicio y al final de la práctica de obstetricia.
- Relaciones establecidas con el grupo de enfermeras presentes en el hospital, durante la práctica, y aprendizajes que compartieron con el alumno.
- Relaciones que pudieron apreciar entre la teoría revisada en la asignatura y la práctica en el hospital.
- Actividades preparatorias que realizó la maestra para la práctica.
- Formas en que aprende durante la práctica.
- Descripción de una situación problema que enfrentó durante la práctica de obstetricia y forma en que la resolvió.
- Autopercepción de sus fortalezas adquiridas en la práctica de obstetricia y aspectos sobre los que aún requiere un mayor trabajo.
- Atributos que considera que deben de estar presentes en el profesional de enfermería y obstetricia.
- Aspectos asociados con la elección de la profesión de enfermería.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas.

4.4 Tercer momento: realización de observaciones en un hospital general de la ciudad de México y en el laboratorio de enseñanza clínica.

Para realizar observaciones en el hospital, nuevamente se solicitó la colaboración de las maestras de enseñanza clínica, cabe mencionar, que ello resultó por demás difícil, pues la normatividad de los hospitales, no permite la presencia de personas ajenas a los servicios y menos aún de las personas que no pertenecemos por

nuestra formación al área de la salud. Sin embargo una de las docentes de enseñanza clínica, hizo las gestiones necesarias, para que pudiera realizar al menos tres observaciones en el hospital.

De manera que fue posible realizar observaciones en el hospital, en el área de hospitalización y en urgencias, sin embargo la presencia de medidas que se tomaron en el D.F. con motivo de la gripe A H1N1, impidió la realización de un mayor número de observaciones, pues los alumnos de la LEO, fueron retirados del campo de prácticas.

Respecto a las observaciones de las prácticas de laboratorio, una vez que el calendario escolar las hizo factible, se procedió a ello.

Las observaciones realizadas en el hospital y en el laboratorio de prácticas de obstetricia, estuvieron vinculadas con el desarrollo de las siguientes actividades, por parte de los alumnos y de las docentes.

Cuadro No. 1 Relación de observaciones realizadas

No. de observación	Lugar	Actividades observadas
1 ^a observación	Hospital General, Servicio de obstetricia área de alojamiento conjunto.	Actividades de cuidado en el puerperio, dos alumnas de la LEO y maestra de enseñanza clínica de obstetricia
2 ^a observación	Hospital general, Servicio de obstetricia, área de alojamiento conjunto	Actividades de cuidado en el puerperio, tres alumnas de la LEO y maestra de enseñanza clínica de obstetricia.
3 ^a observación	Hospital general, área de urgencias.	Recibimiento y preparación de mujer embarazada, con alto riesgo, que sería operada. Presencia de tres alumnas de la LEO y maestra de enseñanza clínica de obstetricia.

4 ^a observación	Laboratorio de enseñanza clínica ENEO	Práctica de instrumentación de la cesárea. Presencia de la maestra de enseñanza clínica y de un grupo de 7 ^o semestre de la LEO.
5 ^a observación	Laboratorio de enseñanza clínica ENEO	Práctica de lavado quirúrgico. Presencia de la maestra de enseñanza clínica y de un grupo de 7 ^o semestre de la LEO
6 ^a observación	Laboratorio de enseñanza clínica ENEO	Práctica de mecanismos de trabajo de parto. Presencia de la maestra de enseñanza clínica y de un grupo de 7 ^o semestre de la LEO.
7 ^a observación	Laboratorio de enseñanza clínica ENEO	Práctica de trabajo de parto. Presencia de la maestra de enseñanza clínica y de un grupo de 7 ^o semestre de la LEO.

Se realizó un registro manual de las observaciones en el campo y se procedió posteriormente a su transcripción, codificación e interpretación.

4.5 Cuarto momento: entrevistas a los docentes

Este fue el último momento del trabajo de campo y se realizó en forma posterior al inicio del análisis de las entrevistas de los alumnos y de las observaciones.

Se realizaron entrevistas a los docentes de enseñanza clínica de Obstetricia I y II, es decir docentes que están presentes, tanto en la teoría como en la práctica de la asignatura.

Para ello, se estableció comunicación previamente con la presidenta de la Academia de Obstetricia, quien sugirió mi asistencia a una reunión de Academia para solicitar la colaboración de los docentes y su aceptación para ser entrevistados, se les informó que dichas entrevistas se realizarían como parte de una investigación de tesis doctoral y que la información se emplearía sólo para este fin, garantizando el anonimato. También se indicó que las entrevistas se

centrarían en la enseñanza y la práctica de la obstetricia. De los ocho docentes presentes, sólo cuatro accedieron a conceder las entrevistas.

Considerando la información que ya se tenía con las entrevistas a los alumnos y las observaciones en el campo de prácticas y en los laboratorios de enseñanza clínica, se consideró pertinente que las entrevistas a los docentes, exploraran entre otras cosas y de manera especial, el campo de prácticas de la obstetricia como un entorno generador de las competencias obstétricas, de manera que se incluyeron los siguientes aspectos, formulados a manera de preguntas abiertas.

- Atributos que están presentes en una enfermera obstetra competente.
- Características que debe reunir el campo clínico, para ser elegido como campo de prácticas de obstetricia.
- Características de la práctica supervisada.
- Formas que emplean los docentes en el afán de vincular la teoría de obstetricia con la práctica.
- Importancia de la presencia de las enfermeras en el campo de prácticas y forma en que se relacionan con los alumnos.
- Errores más comunes de los alumnos en el campo de prácticas.
- Competencias que logran los alumnos de obstetricia durante el último año de formación en la LEO.
- Diferencias entre el médico obstetra y la enfermera obstetra.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, concluida esta fase, se dio por terminado el estudio de campo.

4.6 Documentos reunidos

Los documentos reunidos finalmente como resultado de los momentos expuestos anteriormente fueron los siguientes: un total de siete observaciones realizadas, de las cuáles tres se obtuvieron en un hospital general de la ciudad de México y cuatro en el laboratorio de enseñanza clínica; diez entrevistas realizadas a alumnos y cuatro a maestros de Obstetricia. Si bien el lector podrá encontrar en el anexo una relación de los documentos con un mayor detalle, en la que se incluye

un resumen sintético y una apreciación general de cada uno, así como de los principales temas que aparecieron, en este apartado menciono en forma breve algunas características y aspectos que reunieron dichos documentos.

- *Las observaciones realizadas en el hospital.* Dos de ellas aportaron datos teniendo como contexto el área de hospitalización, donde se pudieron observar procesos de enseñanza de la maestra de obstetricia a dos alumnas. Esta enseñanza ocurrió ante una mujer en puerperio, de manera que la maestra enseñaba a sus alumnas a la par que observaba el estado de la paciente, a la que le hizo algunas preguntas. Pudo observarse el interés por parte de la maestra, para que sus alumnas reconocieran la razón de las intervenciones que se aplicarían a la paciente.

Otra de las observaciones se realizó en el área de urgencias, en la que el principal incidente que aconteció, es que las alumnas no lograron canalizar a una paciente que sería turnada a hospitalización, situación que resolvió la maestra.

Cuatro observaciones más fueron realizadas en el laboratorio de enseñanza clínica en las que los temas de enseñanza fueron: preparación de material quirúrgico para una cesárea, preparación de la paciente para la cesárea e instrumentación de una cesárea, ejercitación del lavado de manos, mecanismos del trabajo de parto y trabajo de parto. Dado que estas observaciones se realizaron en el laboratorio, el contexto reúne un entorno semejante al que enfrentan los alumnos en situaciones reales, pues cuentan con maniqués, camas, y una serie de instrumentos propios de un área de atención a la mujer que se aproxima al momento del parto.

- *Las entrevistas a los alumnos.* Se reunió información a partir de un total de 10 entrevistas realizadas a alumnos que habían concluido el 7º semestre y que habían cursado la asignatura de Obstetricia I, tanto en su parte teórica como práctica, su regreso a la escuela luego de concluir la práctica era muy reciente, es decir, los eventos y aspectos sobre los que se les interrogó, se habían desarrollado en una temporalidad muy cercana.

Se reunió la entrevista de cinco alumnas y de cinco alumnos, lo cual fue afortunado en el sentido de contar con la información de los varones, en una profesión que históricamente ha sido preponderantemente femenina.

- *Las entrevistas a los docentes.* Como se mencionó en un apartado anterior, los maestros fueron invitados en una reunión de Academia, sin embargo sólo se contó con la cooperación de cuatro docentes, todas ellas habían participado tanto en la parte teórica como práctica de la asignatura de Obstetricia I y II y si bien este fue el criterio central para incorporarlas a las entrevistas, pueden mencionarse además algunas características presentes en este grupo de docentes: una de ellas participó en la definición de la Norma Oficial de la Enfermera Obstetra¹¹⁶, mientras que otra ejerció en forma temporal la partería en forma independiente y una de ellas realizó actividades de actualización de enfermeras obstetras.

4.7 Codificación de las entrevistas

Una vez que se tuvo el material en forma escrita, se procedió a su codificación, algunos códigos derivaron de los ejes de la entrevista y otros aparecieron a manera de códigos vivos.

Las entrevistas fueron leídas y releídas, pudiendo ver la presencia de los códigos en forma comparativa, y posteriormente se pudo apreciar el momento de saturación de los datos.

¹¹⁶ Como parte de la política del Gobierno de México por disminuir la mortandad de las mujeres al momento de parir, se trabajó en la definición de una Norma Oficial de la Enfermera Obstetra en el que participó un grupo de enfermeras obstetras. Una de las docentes entrevistadas, participó en la elaboración de la definición de dicha norma, que tiene el propósito normar y delimitar el campo de intervención de la enfermera obstetra en el Sistema de Salud, de manera que se institucionalice su ejercicio en el primer nivel de atención a la salud, en el Estado de México. La concreción de esta iniciativa, ofrece la posibilidad de una intervención directa de las enfermeras obstetras, en la atención materno infantil en la población de bajo riesgo, es decir centros de salud atendidos preponderantemente por enfermeras obstetras. SECRETARÍA DE SALUD (2002). **Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.** Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Estados Unidos Mexicanos, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

Si bien los datos aportados por las entrevistas se compararon constantemente entre sí a lo largo de todas ellas, no se perdió de vista la aportación especial, que realizó cada una por separado (ver anexo 4 relación de documentos analizados). Paralelamente se elaboraron esquemas por cada una de las entrevistas, de manera que se pudiera apreciar en forma visual el material analizado y recuperar de manera integral los datos.

Códigos

Atributos profesionales de la enfermera obstetra.

Autopercepción del desempeño competente.

Autoridades y jerarquías.

Características de los alumnos.

Características de los escenarios de práctica.

Cada momento se convierte en una oportunidad de aprendizaje.

Competencias 3 (atención y orientación durante el embarazo).

Competencias 4 (atención durante el parto y la recién nacido).

Competencias 5 (atención en el puerperio).

Compromiso y responsabilidad.

Conocimientos compartidos en comunidad de práctica.

Conocimientos previos.

Detección del riesgo.

Elección de la profesión.

Ellas se sienten morir.

Enfermera obstetra y médico obstetra.

Errores comunes alumnos.

Formas apropiación competencia.

Formas de evaluación competencias.

Formas organizar y distribuir el trabajo.

Género.

Incorporación y aceptación en comunidad de práctica.

Las pacientes son tuyas.
Lectura del problema alumno.
Miedo.
Momento mágico.
No, la práctica es... trato.
No, sino usar más la clínica.
Partería.
Práctica reflexiva.
Práctica anhelada.
Práctica supervisada.
Práctica laboratorio.
Problemas que enfrenta alumno.
Realmente aquí el límite es el alumno.
Recursos afectivos movilizados.
Recursos cognitivos movilizados.
Recursos sociales movilizados.
Relación maestro- alumno.
Relación Teoría- práctica.
Relaciones de abuso.
Saber que son personas, no cuerpos.
Tomar decisiones.
Trabajo áulico previo.
Trato paciente embarazada.

Durante la lectura y análisis de las entrevistas, paralelamente se fueron anotando memorandums, que incluyeron reflexiones e inquietudes derivados del análisis del material.

Este trabajo se realizó empleando el Programa de análisis cualitativo Atlas.Ti, versión 5.0, el cual permitió un registro sistemático de los códigos y de los memos, así como su recuperación en forma de redes semánticas.

4.8 Formulación de categorías de análisis y subcategorías

A partir del análisis anterior, se fueron perfilando las categorías de análisis, y las propiedades que tales categorías presentaban y que daban lugar a la formulación de subcategorías. Este proceso requirió un esfuerzo por identificar niveles de mayor generalidad que comprendían propiedades y aspectos específicos, los cuáles guardaban alguna forma de relación o vínculo con alguna de las categorías que se fueron perfilando.

Este proceso dio como resultado las siguientes categorías y subcategorías de análisis, así como una red semántica de las mismas.

Categoría 1 El hospital escenario de E-A de las competencias obstétricas

Subcategorías

- Comunidad de práctica de profesionales de salud
- Conocimientos que comparten con los alumnos

Categoría 2 Práctica supervisada

Subcategorías

- Práctica anhelada
- Incorporación y aceptación en la comunidad de práctica
- Formas de E-A de las competencias
- La paciente como detonador de las competencias
- Percepción de logro de las competencias obstétricas

Categoría 3 Mediación docente

Subcategorías

- Construir el campo de prácticas
- Aproximarse a la realidad en forma simulada
- Mediar las relaciones en el campo de prácticas

Categoría 4 Ser enfermera obstetra

Subcategorías

- Significado del parto
- Atributos de la enfermera obstetra
- La Partería como referente de la enfermería obstétrica

Capítulo V. Resultados del trabajo de campo

5.1 Resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de la OPS sobre competencias obstétricas.

Considerando la gran extensión que tiene el instrumento, se muestra en este apartado el análisis de los resultados que éste arrojó en la 4ª competencia, que se refiere propiamente a la atención del parto: “las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto, atienden un parto sin riesgos y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatales”, misma que guarda estrecha relación, con los propósitos curriculares de las asignaturas Obstetricia I y II ¹¹⁵.

Con el propósito de que pueda apreciarse y compararse la opinión que tienen docentes y alumnos a la vez, respecto a cada componente de la competencia, exponemos las gráficas de barras horizontales en forma paralela e intercaladas en el texto.

A primera vista, podemos apreciar que hay un predominio de la opción de respuesta, “se promueve ampliamente”, en la mayoría de los elementos sobre los que se interroga, en comparación con la opción de respuesta “no se promueve”, lo que inicialmente indica que, aquello que se enseña y se aprenden en las asignaturas de Obstetricia I y II, tiene relación con los elementos que integran la competencia enunciada.

Si bien es cierto los docentes tienen porcentajes más altos de respuestas que caen en “se promueve ampliamente”, comparativamente con los porcentajes que muestran los alumnos, en los diferentes rubros calificados, aún en éstos últimos se mantienen proporciones elevadas.

Los aspectos en los que docentes y alumnos coinciden en sus respuestas son:

Ver gráficas 1 y 2

¹¹⁵ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/UNAM (2000). *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. Actualización 2000.

- Termoregulación del neonato, evaluación de respiración, maniobras de reanimación, cuidado cordón umbilical, apego precoz piel a piel (se promueve ampliamente 89% docentes, 85% alumnos)
- Mecanismos del parto: paso descenso, expulsivo y nacimiento (se promueve ampliamente 89 % docentes, 92 % alumnos)
- Diagnóstico y manejo del período expulsivo del parto (se promueve ampliamente 89% docentes, 85% alumnos)
- Signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto, frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio (se promueve ampliamente 89% docentes, 94% alumnos)
- Evaluación del progreso del parto, empleo de partograma (se promueve ampliamente 89% docentes, 90% alumnos).
- Signos y síntomas del comienzo del parto (se promueve ampliamente 89% docentes, 94% alumnos)
- Fisiología del parto (se promueve ampliamente 89% docentes, 88% alumnos)

Ver gráficas 3 y 4

- Evaluar progresión del parto, observación y exploración física (se promueve ampliamente, 89% docentes, 81% alumnos)
- Practicar tacto vaginal, determinar borramiento, dilatación (se promueve ampliamente 89% docentes, 85% alumnos)

Ver gráficas 5 y 6

- Examinar placenta y membranas, eliminarlas de forma segura (se promueve ampliamente (78 % docentes, 79 % alumnos)
- Atención inmediata al recién nacido: cortar cordón umbilical (se promueve ampliamente 100 % docentes, 94 % alumnos)
- Después de expulsión de placenta, comprobar contracción del útero, desencadenar expulsión de coágulos (se promueve ampliamente 89% docentes, 85% alumnos).

Ver gráficas 7 y 8

- Vigilar estado del recién nacido, reanimarlo si nace con asfixia (se promueve ampliamente 100% docentes, 92 % alumnos)
- Vigilar estado de la madre, signos vitales, hemorragia vaginal, y útero contraído (se promueve ampliamente 89 % docentes, 92 % alumnos).

Ver gráficas 9 y 10.

- Verificar atención postaborto (se promueve ampliamente 89% docentes, 73% alumnos)
- Administrar medicamentos oxitócicos, provocar parto y tratar hemorragia puerperal (se promueve ampliamente 78% docentes, 81% alumnos)
- Colocar venoclísis, extraer sangre para análisis (se promueve ampliamente 89% docentes, 79% alumnos)

Los aspectos de la competencia, cuya enseñanza y aprendizaje se promueven en menor medida o cuya opinión difiere en gran medida, entre los porcentajes que alcanzan alumnos y docentes son:

Ver gráficas 1 y 2

- Técnicas de sutura de desgarros (se promueve ampliamente, 67% docentes, 56% alumnos)
- Cálculo de sangre perdida (se promueve ampliamente 89% docentes, 42% alumnos)
- Técnica para extracción hábil del feto (se promueve ampliamente, 89% docentes, 71% alumnos)
- Medidas que elija la madre durante el parto, que le den alivio: postura deambulación, etc. (se promueve ampliamente 89% docentes, 33% alumnos)
- Humanización del parto (se promueve ampliamente 89% docentes, 56% alumnos)
- Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto (se promueve ampliamente, 78% docentes, 48% alumnos)

Ver gráficas 3 y 4

- Mantener a la mujer en condiciones óptimas, hidratación, evacuación, evitar infecciones (se promueve ampliamente 100% docentes, 69% alumnos).
- Apoyo psicológico a la mujer, procurar que esté acompañada, informarle evolución del parto (se promueve ampliamente, 100% docentes, 52% alumnos)

Ver gráficas 5 y 6

- Practicar episiotomía antes del parto, o si el parto es complicado (se promueve ampliamente 78% docentes, 56% alumnos)
- Permitir que la mujer dé a luz, interfiriendo lo menos posible (se promueve ampliamente 89% docentes, 56% alumnos)
- Si no se dispone de medicamento oxitócico, apoyar alumbramiento fisiológico (se promueve ampliamente 89% docentes, 48% alumnos)
- Calcular y anotar pérdida sanguínea con exactitud (se promueve ampliamente 89% docentes, 50% alumnos)

Ver gráficas 9 y 10

Algunos rasgos que comprende la 4ª competencia, se consideran *aptitudes avanzadas de la partera*, éstas fueron calificadas en mayor proporción por parte de los docentes, como aspectos cuya enseñanza y aprendizaje, *no se promueven al interior de Obstetricia I y II*, mientras que los alumnos, lo hacen en porcentajes menores, lo que parece estar indicando que en la opinión de los docentes, éstos aspectos no deben cubrirse en la asignaturas de Obstetricia pues constituyen actividades que no debe cubrir la enfermera obstetra, como puede observarse en el rasgo que refiere la receta de medicamentos empleados en el parto, o bien el uso de fórceps que en algunas instituciones no es bien visto.

- Aplicar anestesia local y extracción de fórceps (no se promueve, 56% docentes, 33% alumnos)
- Realizar compresión aórtica, detener hemorragia puerperal (no se promueve 45% docentes, 33% alumnos)

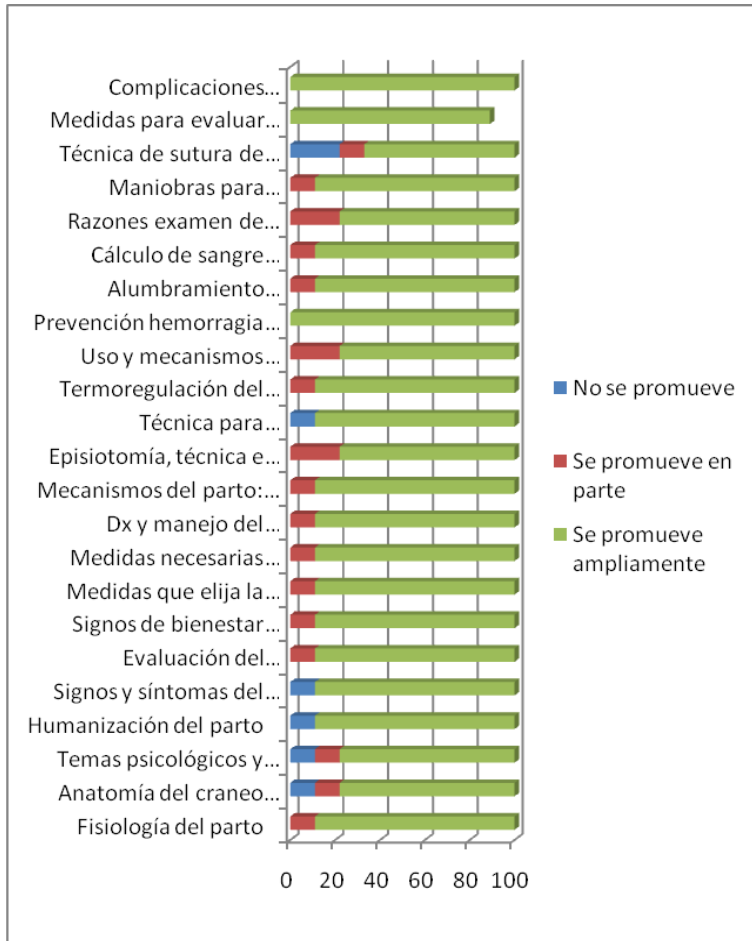
- Recetar y administrar ciertos medicamentos (no se promueve 67% docentes, 25% alumnos)

Llama la atención que en éstos últimos rasgos, las respuestas de los alumnos en el rango “No se promueve”, reúnan porcentajes menores al compararse con la respuesta de sus docentes, lo que estaría indicando que la enseñanza en el campo de prácticas, en el que se diluye la participación del docente con cada alumno, parece estar propiciando éstos aprendizajes, pues en los entornos de la práctica, cobran mayor presencia e influencia las enfermeras en servicio y los médicos y residentes, lo que podría estar explicando la diferencia en la apreciación de este rasgo, por parte de los alumnos.

Gráficas Instrumento de la OPS

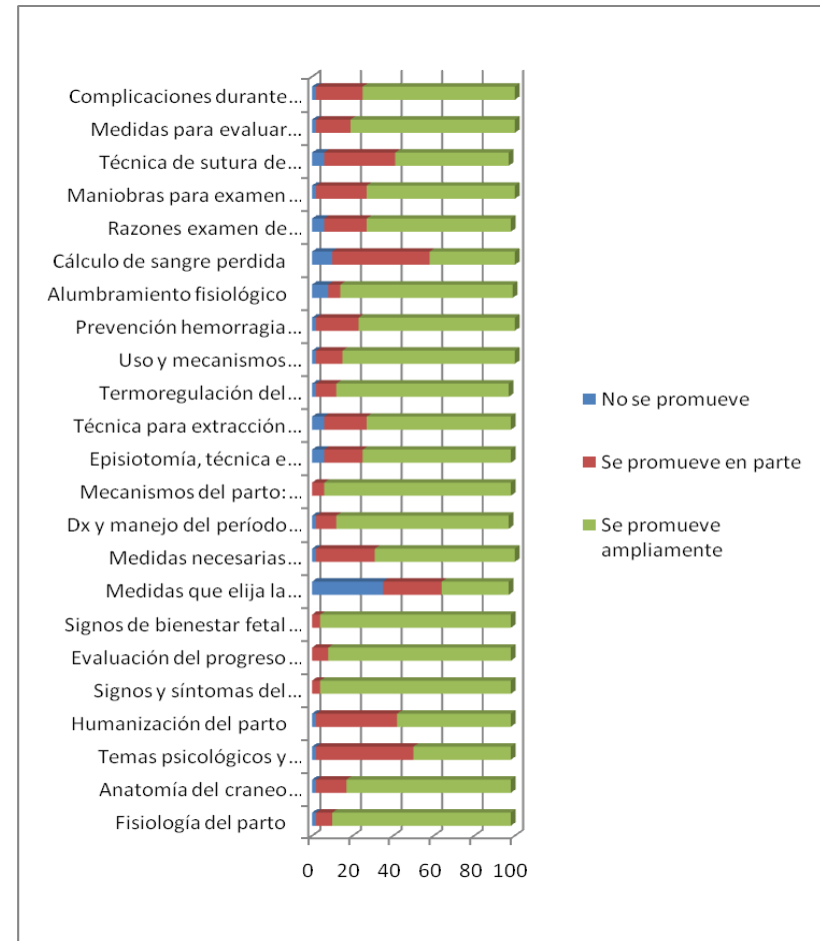
Docentes

Gráfica 1. Conocimientos que forman parte de la 4a competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde la asignatura de Obstetricia I y II



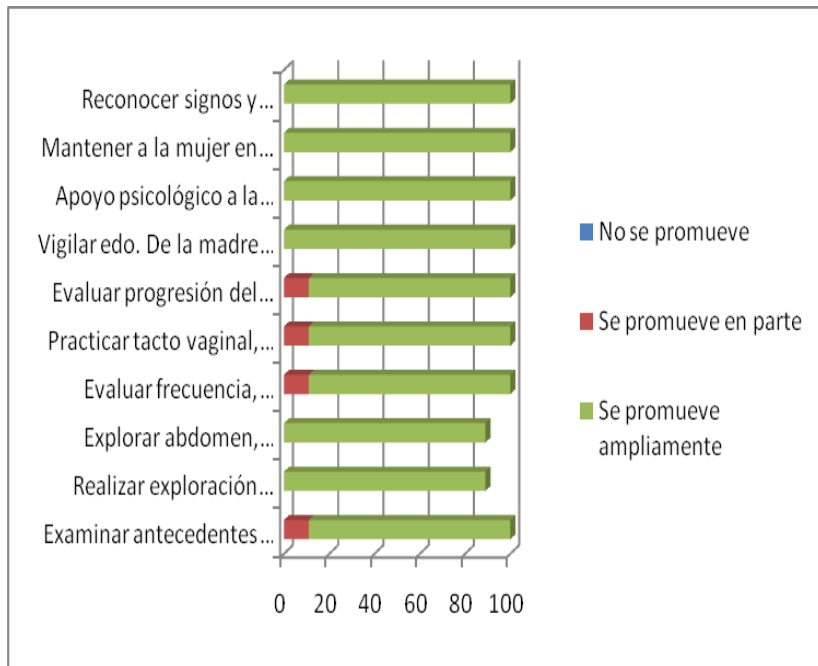
Alumnos

Gráfica 2. Conocimientos que forman parte de la 4a competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde la asignatura de Obstetricia I y II



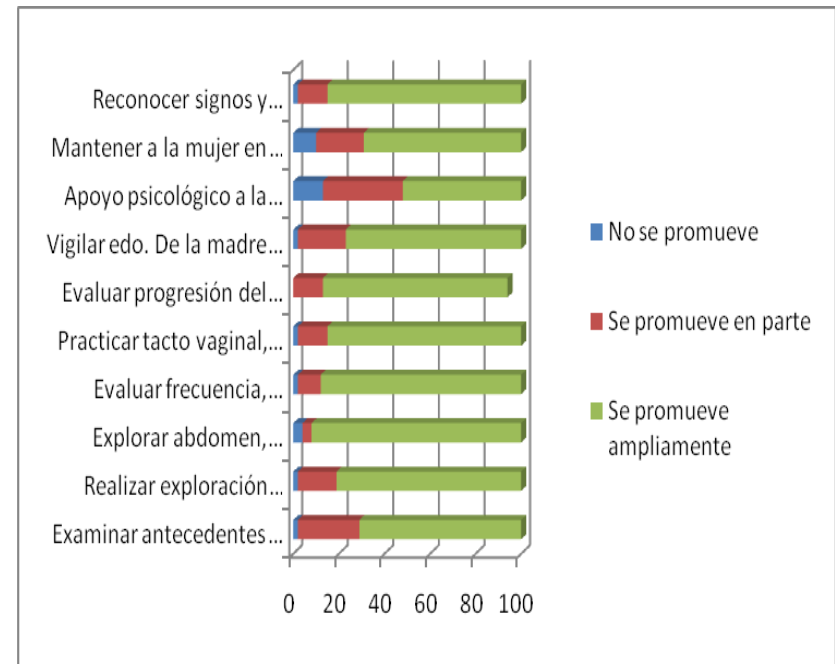
Docentes

Gráfica 3. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



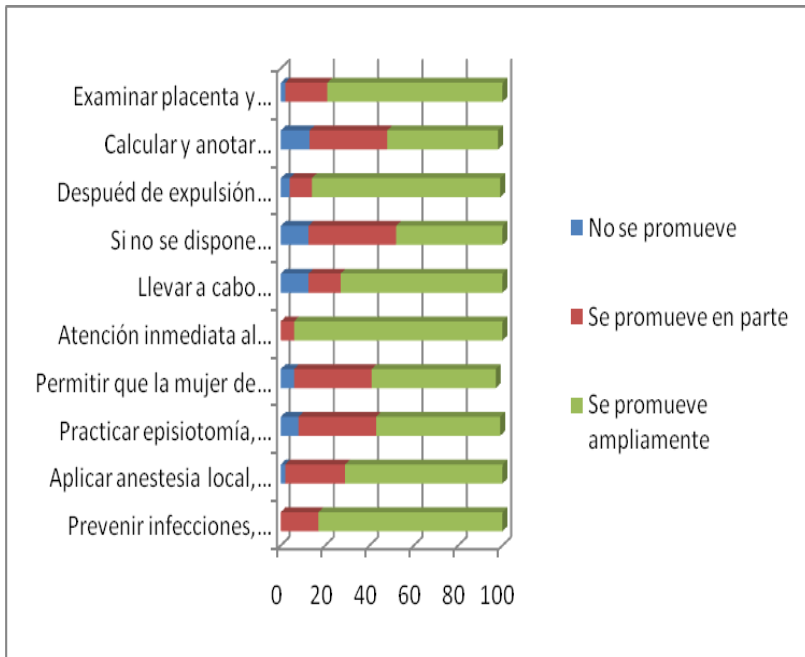
Alumnos

Gráfica 4. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



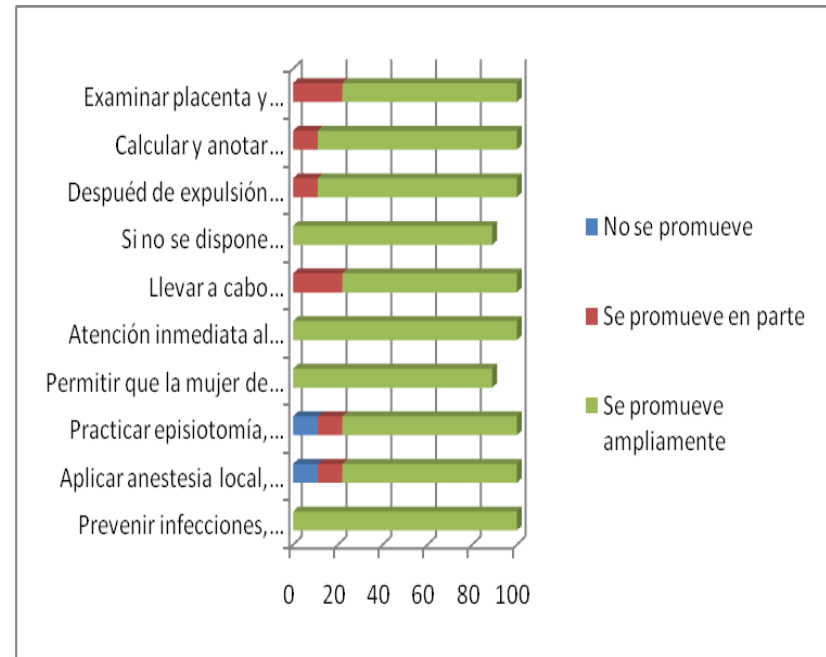
Docentes

Gráfica 5. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



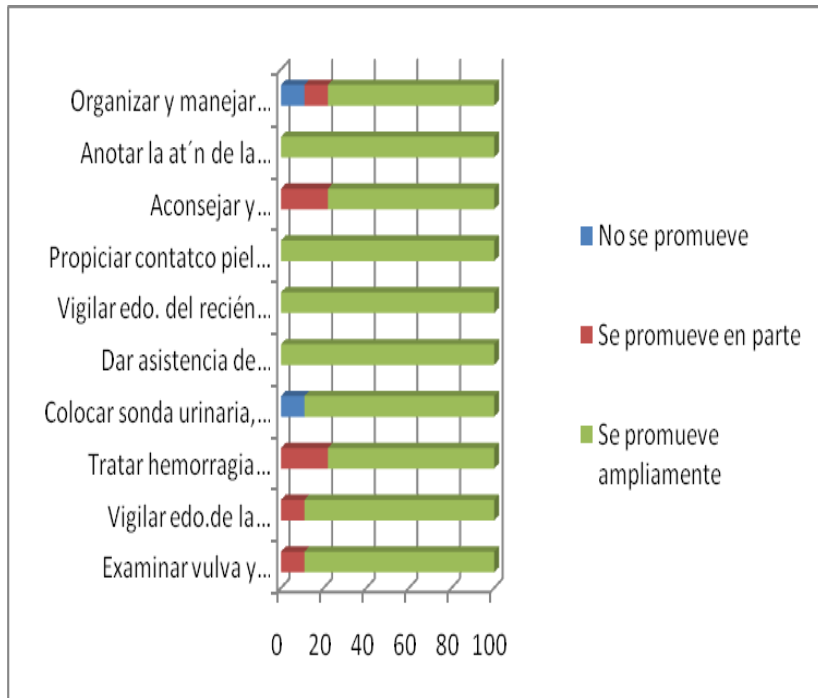
Alumnos

Gráfica 6. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



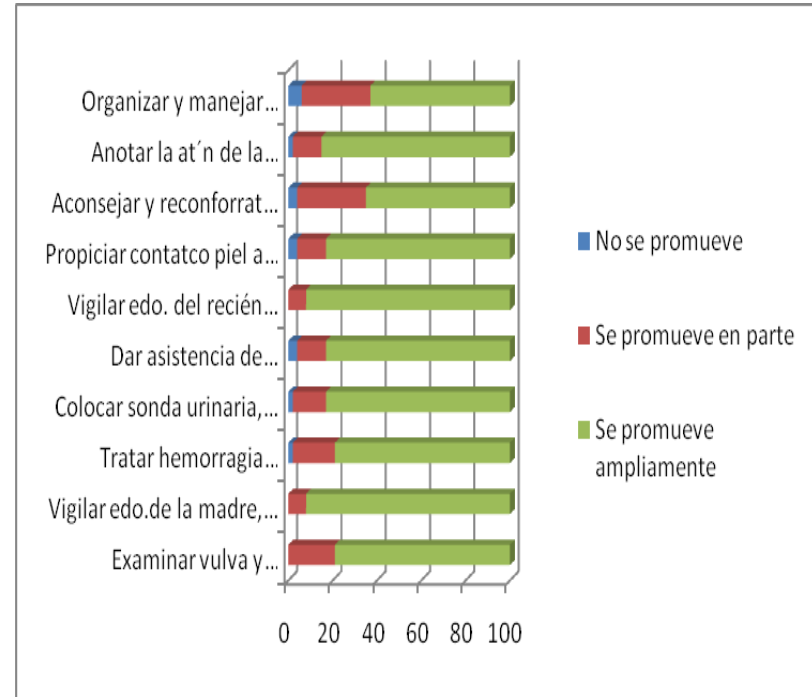
Docentes

Gráfica 7. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



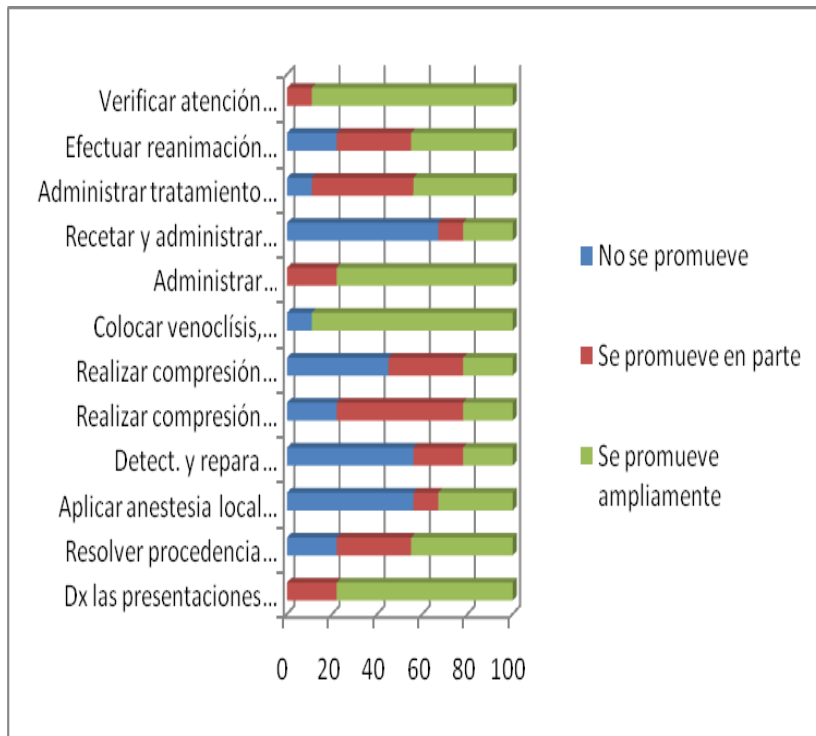
Alumnos

Gráfica 8. Aptitudes básicas que requiere la partera profesional , según 4ª competencia y nivel en que se promueve su aprendizaje desde Obstetricia I y II.



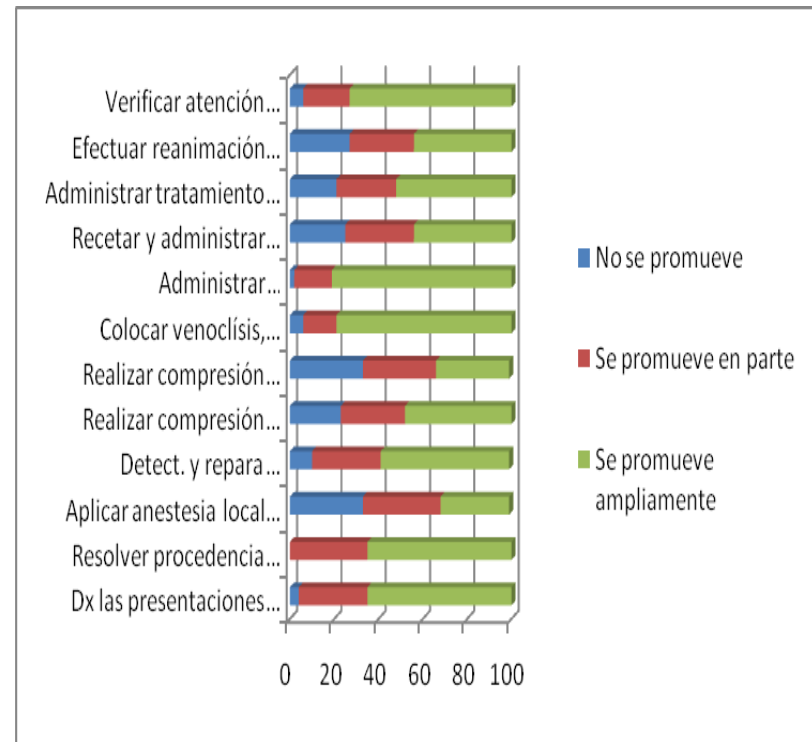
Docentes

Gráfica 9. Aptitudes avanzadas comprendidas en la 4ª competencia: Reanimación de la madre. Nivel en que se promueve su aprendizaje en las asignaturas de Obstetricia I y II.



Alumnos

Gráfica 10. Aptitudes avanzadas comprendidas en la 4ª competencia: Reanimación de la madre. Nivel en que se promueve su aprendizaje en las asignaturas de Obstetricia I y II.



5.2 Resultados obtenidos a partir de las observaciones y las entrevistas realizadas a alumnos y docentes.

- **Categorías y subcategorías de análisis.**

Hemos mencionado en el capítulo anterior, que después de la codificación del material reunido, se procedió a la configuración de las categorías y subcategorías de análisis que quedaron integradas de la siguiente forma.

Categorías de análisis	Subcategorías de análisis
El hospital escenario de E-A de las competencias obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad de práctica de profesionales de la salud • Conocimientos que comparten con los alumnos
Práctica supervisada	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica anhelada • Incorporación y aceptación en la comunidad de práctica • Formas de E-A de las competencias • La paciente como elemento central de la situación problema inédita • Percepción de logro de las competencias obstétricas
Mediación docente	<ul style="list-style-type: none"> • Construir el campo de prácticas • Aproximarse a la realidad en forma simulada • Mediar las relaciones en el campo de prácticas
Ser enfermera obstetra	<ul style="list-style-type: none"> • Significado del parto • Atributos de la enfermera obstetra • La Partería como referente de la enfermería obstétrica.

En este apartado presentamos los datos que aportaron los documentos reunidos, a partir de cada una de las categorías y subcategorías de análisis perfiladas. Se hace la presentación anotando a pie de página la cita de algunos párrafos de las entrevistas, que involucra la presencia del dato. Se incluye el número de documento y de la cita a que corresponde, según el registro asignado por el programa de

análisis cualitativo Atlas. Ti que se empleó, en la idea de no romper la secuencia de la descripción y análisis de los datos. Asimismo se incluyen las redes semánticas resultantes de cada una de las categorías de análisis, con el propósito de esquematizar la información.

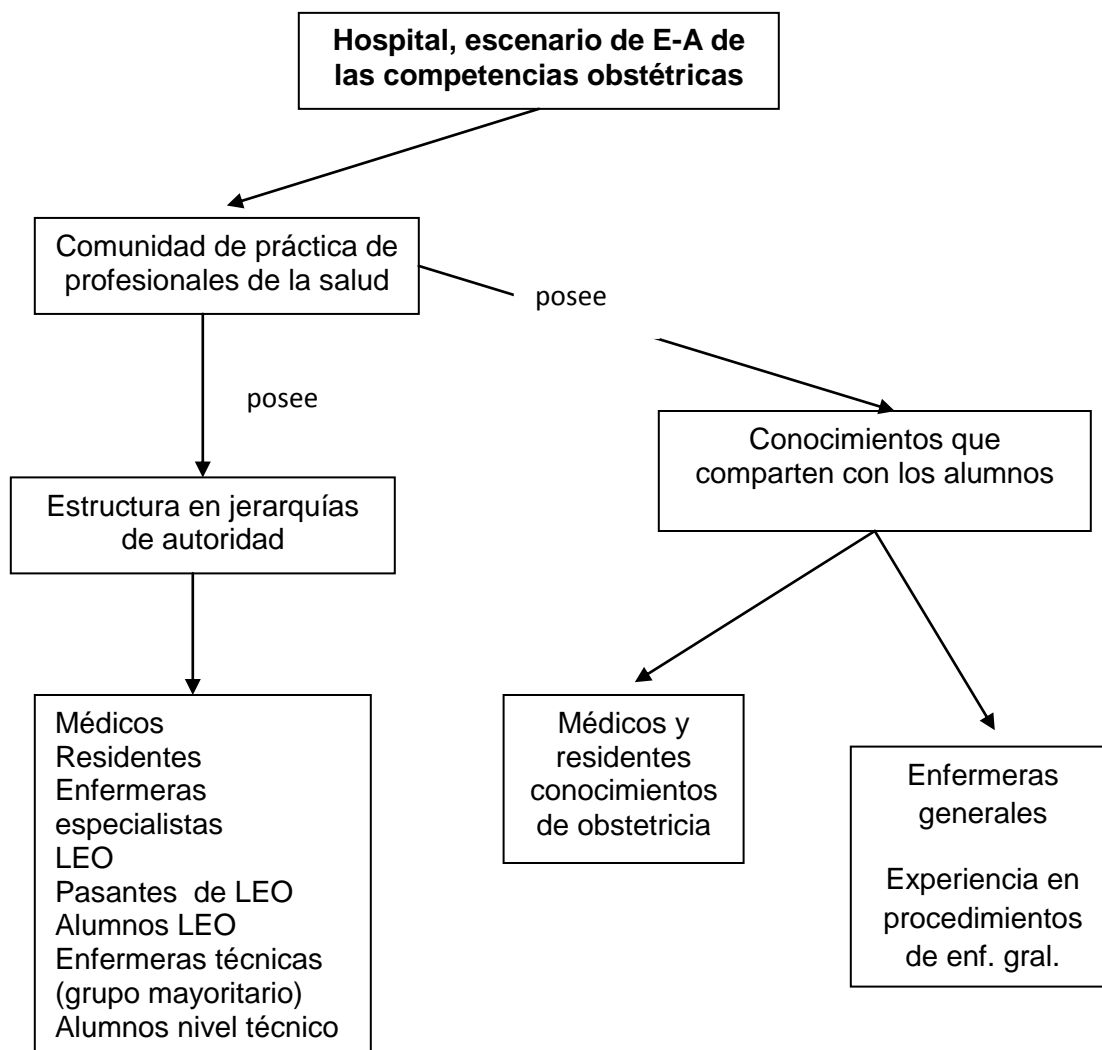
5.2.1. Categoría de análisis 1. El hospital como escenario real de enseñanza y aprendizaje de las competencias obstétricas.

El hospital ofrece un escenario real para la enseñanza y el aprendizaje de las competencias obstétricas, para los alumnos de la licenciatura en enfermería y obstetricia (LEO) pues en él los alumnos se enfrentan a situaciones reales en las que deben intervenir, inicialmente bajo la tutela de los médicos y de las enfermeras especialistas y paulatinamente, de manera más independiente. Sin embargo este proceso en el que se incorpora el alumno al escenario de prácticas, no ocurre de manera fluida, sino que le preceden momentos de intercambio y negociación que establecen los alumnos y los docentes con los médicos y las enfermeras de los hospitales. Al interior de esta categoría, que implica el escenario en el que tienen lugar procesos de enseñanza y aprendizaje, están presentes las siguientes subcategorías:

1.1 Una comunidad de práctica de profesionales de la salud claramente estructurada en jerarquías de autoridad.

1.2 Conocimientos de los médicos y experiencia de las enfermeras técnicas, son compartidos con los alumnos de obstetricia en el escenario hospitalario.

Categoría 1



1.1 Comunidad de práctica de profesionales de la salud claramente estructurada en jerarquías de autoridad.

La integran fundamentalmente los médicos y las enfermeras que están ubicados en los diversos servicios del hospital (consulta externa, hospitalización, quirófano y urgencias), se trata de una comunidad de práctica, claramente estructurada en

jerarquías de autoridad, ubicándose el médico en el rango superior y las enfermeras en la base.

De esta manera están los médicos especialistas, los médicos generales, las enfermeras especialistas, las licenciadas en enfermería, las enfermeras técnicas con curso postécnico y las enfermeras técnicas, estas últimas componen la mayor proporción del grupo de enfermería, pues aún son pocos los licenciados presentes en los servicios y aún menos las enfermeras especialistas en enfermería perinatal, también calificada como enfermera materno infantil.

Estas jerarquías también se reproducen, en el caso de los alumnos, por lo que los alumnos residentes de medicina, tienen un nivel jerárquico superior a los alumnos de licenciatura en enfermería y los pasantes de enfermería que realizan su servicio social en el hospital, tienen un nivel superior que los alumnos practicantes de la licenciatura. Al final de la jerarquía están los alumnos de otras licenciaturas de enfermería y los alumnos de los niveles técnicos, por ejemplo CONALEP^{116,117},¹¹⁸, obedeciendo a una lógica de mayor y menor escolaridad, así como de un “prestigio social” de las instituciones de procedencia.

¹¹⁶ “...porque de hecho habían allí pasantes técnicas ... si pasantes técnicas que venían de un CONALEP de Milpa Alta que está cerquita de ahí y después llegaron estudiantes de enfermería pero también técnicas de ese mismo CONALEP y si se sentía la diferencia porque a nosotros a veces nos pasaban... bueno a pesar de que éramos estudiantes, ahí éramos como pasantes, siendo de la licenciatura y ellas como eran estudiantes técnicas, si o sea, era otro cambio totalmente, o sea ...si teníamos más accesibilidad nosotros si dependía de eso, el hecho de la responsabilidad que teníamos cada una...” (Entrevista a alumna, documento No. 9, cita 8)

¹¹⁷ “Digo en algún momento yo creo que, el hecho pues de tener el reconocimiento de licenciadas en obstetricia, pues influye en nosotras en sentirnos pues...mas ¿no?, si si influye eso. Por ejemplo yo me doy cuenta que cuando hacen especialidades de instrumentista ¿no? o están en cuidados intensivos, o sea si se siente pues esa superioridad, digo aunque tú no lo digas, digo por el respeto a los demás, dicen son enfermeras en obstetricia y están atendiendo partos, si se siente ese nivel, o sea ese cambio de nosotras...” (Entrevista a alumna, documento No.9, cita 29)

¹¹⁸ “... Bueno las enfermeras eran bastante accesibles, no nos ponían topes en el aprendizaje, de hecho nos decían que íbamos a hacer todo lo que nosotros quisiéramos hacer, este pero..... cómo estaban los internos de los médicos, les daban prioridad a los internos.....“Primero aprenden mis internos y después ustedes”...” (Entrevista a alumno, documento No. 13, cita 1).

Al interior de la comunidad existe una clara asignación de actividades y responsabilidades en cada integrante, funciones claramente definidas que cubren las enfermeras y los médicos de acuerdo a su rango y nivel¹¹⁹.

Los procesos de enseñanza de las competencias obstétricas, ocurren dentro de este contexto estructurado en jerarquías, de manera que inicialmente se les permite observar y después participar en algún proceso, posteriormente y bajo la supervisión de los médicos o de los residentes, se autoriza la intervención del alumno de enfermería en el parto. De esta forma el proceso conlleva un doble contenido, el aprendizaje sobre la obstetricia y el respeto a las jerarquías¹²⁰.

En este caso en el que se espera que los alumnos en su práctica se incorporen a la atención de la mujer embarazada, aparecen contradicciones, pues las enfermeras técnicas que se encuentran en el hospital y que fungen como las personas que permanecen mayor tiempo con los alumnos, institucionalmente no les está permitida la atención de partos, pues su formación no las prepara para ello, aún cuando lo sepan hacer de manera empírica, y los alumnos de la LEO llegan entre otras cosas, a atender partos, lo que supone un proceso de trabajo asistido, en este caso por una enfermera, de manera que los alumnos requieren

¹¹⁹ “Cada quien hace lo que le toca hacer, básicamentese trabaja así, si el parto es de riesgo y sabes que el bebé va a salir meconiado, o que va a necesitar primeros auxilios,se le manda hablar al pediatra, por ejemplo pero si el parto es de bajo riesgo no tiene por qué hablarse al pediatra, y cada quien hace lo que se tiene que hacer y generalmente eso lo hace personal de enfermería y cada quién hace lo que le toca hacer..... La valoración inicial... el Apgar, lo hace personal enfermería, a menos que sea de alto riesgo, que va a salir meconiado, que va a salir con síndrome de meconio, que va a necesitar primeros auxilios, o que tenga sufrimiento fetal, se le manda llamar al pediatra, para que entre el personal de enfermería y el pediatra, puedan reanimar a ese a ese recién nacido.....así es el equipo, claro.....” (Entrevista a alumno, documento no. 18, cita 20)

¹²⁰ “....regularmente los residentes tienen la misma edad que nosotros, yo creo que el promedio de ellos está entre los 25 años o 30 años, o sea el promedio de edades,..... creo que eso es un gran factor y tu puedas llegar así, porque si.....inclusive los residentes que ya eran más grandes o los médicos de guardia o los R3, se encierran en sus actividades, en su grupo de personas, e inclusive hasta a los residentes más jóvenes los trataban mal....entonces cuanto más a nosotros que somos de otra carrera.... (Entrevista a alumno, Documento No. 18, cita 19)

ser asistidos por las enfermeras en turno. Esta situación causa conflicto pues la enfermera con experiencia se vuelve la asistente del alumno, y por otro lado, la responsabilidad finalmente recae en ella, pues el alumno es practicante y no personal contratado por el hospital, esta situación parece estar explicando por qué algunas enfermeras técnicas muestran poca disposición a enseñar al alumno, como veremos más adelante.

La atención del parto, como actividad dentro de esta estructura jerárquica de funciones, está reservada para el médico o para el residente, a los alumnos de la LEO se les autoriza bajo supervisión, siempre y cuando se trate de un parto de bajo riesgo¹²¹, mientras que el parto de alto riesgo, sólo lo puede atender el médico y es preciso hacer llamar a un pediatra que atienda al recién nacido. Durante la atención del parto, las enfermeras técnicas asisten a los médicos, y se ocupan de dar atención al recién nacido, cuando éste es de bajo riesgo.

1.2 Conocimientos de los médicos y experiencia de las enfermeras técnicas, son compartidos con los alumnos de obstetricia en el escenario hospitalario.

En el escenario de prácticas hospitalario, son los médicos y los residentes quienes a partir de su práctica, van mostrando a los alumnos la manera de realizar ciertas maniobras, los interrogan y los orientan sobre este campo de conocimientos. El relato de los alumnos deja ver que los escenarios que reciben una población abierta, donde existe un alto número de pacientes, resultan escenarios que ofrecen mayores oportunidades de aprendizaje para los alumnos de la LEO, pues

¹²¹ “... en el campo de obstetricia los partos los atienden regularmente los residentes,... residentes 1 o 2, el que está de guardia.... ahí casi no interviene mucho, en los que son por vía vaginal, natural, ya las cesáreas ya son... un poquito más complicado, y este...entonces si los residentes de hecho son muy accesibles, siempre y cuando el estudiante esté preparado, porque inclusive antes de intervenir te hacen preguntas,.....valoran tus conocimientos, básicamente, el estudiante que sí está preparado regularmente si.. si interviene y el que no simplemente tratan de hacerlo a un lado. O sea que si, la formación que se lleva de aquí, cuenta....es fundamental si no, no te dejan.” (Entrevista a alumno, documento No. 18, cita, 4)

ofrecen mayores posibilidades de intervención e interacción con las pacientes, lo que resulta muy conveniente.

Por su parte las enfermeras técnicas, comparten con los alumnos su experiencia y habilidad en el desarrollo de una serie de procedimientos que son propios de la enfermería general, y que si bien se retoman en la práctica obstétrica, no constituyen su esencia, por ejemplo la toma de presión arterial o canalizar a las pacientes, ambos son procedimientos sobre los que los alumnos han sido instruidos anteriormente y no constituyen el foco de atención de la práctica obstétrica, sin embargo algunos alumnos presentan deficiencias en estos conocimientos previos, lo que constituye un obstáculo para aprender la obstetricia, de manera que buscan por iniciativa propia, la ejercitación de estas técnicas y procedimientos, aunque no constituya el propósito central de la práctica obstétrica.

Los alumnos refieren que el ambiente que prevalece en el área de hospitalización, es un ambiente hostil, pues se enfrentan mayoritariamente a un grupo de enfermeras técnicas, que muestran una actitud de rivalidad frente a ellos. Esta actitud, si bien cambia en muchos de los casos posteriormente, los alumnos tienen que “ganarse” el derecho de intervención, pues las enfermeras técnicas que los acompañan en mayor proporción durante el tiempo de prácticas, cuentan con mucha habilidad y destreza en los procedimientos que se deben realizar a las mujeres, pero carecen de los conocimientos y los fundamentos necesarios, que dan sentido a las intervenciones que se realizan.

Para poder acceder a las situaciones objeto de la práctica de obstetricia, los alumnos cubren ciertas actividades de enfermería general, lo que eventualmente les va abriendo la oportunidad de atender partos¹²².

¹²² “.....si tuve otra percepción porque a final de cuentas en vez de perjudicarme esa falta de apoyo por parte de ellas, [se refiere a las enfermeras técnicas] al contrario me benefició , porque pues aprende uno a sobrevivir esas situaciones, y se le queda a uno a fin de cuentas la experiencia, uno aprende, a lo mejor con malas caras, ahí recibí más ayuda de los médicos, definitivamente, un apoyo incondicional por parte de ellos, porque me decían, “ven yo te enseño, ven tu hazle

Para ganarse la oportunidad de asistir a una paciente, los alumnos refieren la adopción de una actitud de humildad, de iniciativa e interés por participar y colaborar, no sólo en lo que está indicado en la práctica de obstetricia, sino asistiendo a los pacientes con la aplicación de procedimientos de enfermería general, tales como: toma de signos vitales, baño de pacientes y tendido de camas¹²³.

Respecto a los residentes de medicina, la condición que ellos ponen a los alumnos, es el dominio de los elementos teóricos, por lo que después de un interrogatorio verbal, se toma la decisión de dar la oportunidad de atender un parto.

5.2.2. Categoría de análisis 2. Práctica supervisada

Esta categoría supone el acompañamiento del alumno en los espacios hospitalarios dispuestos para la práctica y conlleva la presencia de los médicos, las enfermeras y las docentes de enseñanza clínica, en los escenarios por los que transitan los alumnos, en los que enfrentan diversas situaciones, con el propósito de adquirir y desarrollar ciertas habilidades que forman parte de las competencias obstétricas.

así”.....y si queda una experiencia muy bonita..... la verdad, si.... si regresaría a ese campo....”(Entrevista a alumna, documento No. 15, cita 5)

¹²³ “...mmmh.... regularmente está más enfocada a actividades de enfermería, de hecho no este ...si uno quiere la oportunidad, la tiene que pedir,.... pero más que nada es profiláctico, checar las dosis de medicamentos, actividades de enfermería básicamente, atención al recién nacido, el cordón umbilical, atenciones primarias al recién nacido..... Ya si uno desea atender un parto, lo debe de pedir de antemano, este... por ejemplo con el residente que se hace cargo en ese momento, que te dé oportunidad de atender un parto, pero ya debes de saber la maniobras de Leopold, debes saber suturar, o sea porque si hay necesidad de hacer episiotomía,..... entonces..... si va muy ligado a la preparación que tenga el alumno, esas oportunidadessi aquí en la escuela no enseñan a suturar, o te dan 15 días de teoría y luego te mandan así al campo..... tu no vas a atender un parto sino hasta muchísimo después, digamos casi al final de la práctica....todo el tiempo anterior casi haces puras actividades de enfermería...” (Entrevista a alumno, documento No. 18, cita 7)

La práctica supervisada de obstetricia, inicia bajo la supervisión del médico, quien posteriormente se va alejando del alumno, delegándole al mismo tiempo una mayor responsabilidad. Este proceso puede ser seguido de manera más estrecha, por el médico y los residentes, en tanto son personal que trabaja en la institución en la que se realiza la práctica, por lo que permanecen comparativamente con la docente de enseñanza clínica, todo el turno de trabajo, mientras que la docente, es un personal externo a la institución de salud y distribuye su tiempo en el número de alumnos que tiene a su cargo, los que a su vez están asignados en diversos servicios (consulta externa, urgencias, hospitalización o quirófano).

La intervención educativa de la docente de enseñanza clínica por su parte, inicia en los espacios escolares, llevando a los alumnos a vincularse con situaciones semejantes a las que enfrentarán en la práctica, empleando para ello las prácticas de laboratorio de obstetricia, aspecto sobre el que regresaremos más adelante.

La función de la docente de enseñanza clínica dentro de los escenarios hospitalarios, en muchos casos intenta salvaguardar los propósitos curriculares de la práctica, frente a las rutinas establecidas en los hospitales, que se vinculan más con las competencias básicas de la enfermería, pero que no se centran propiamente en la obstetricia.

Subcategorías

2.1 La práctica de obstetricia, una práctica anhelada o la última práctica a cubrir.

2.2 Incorporación a la práctica y aceptación en la comunidad de práctica.

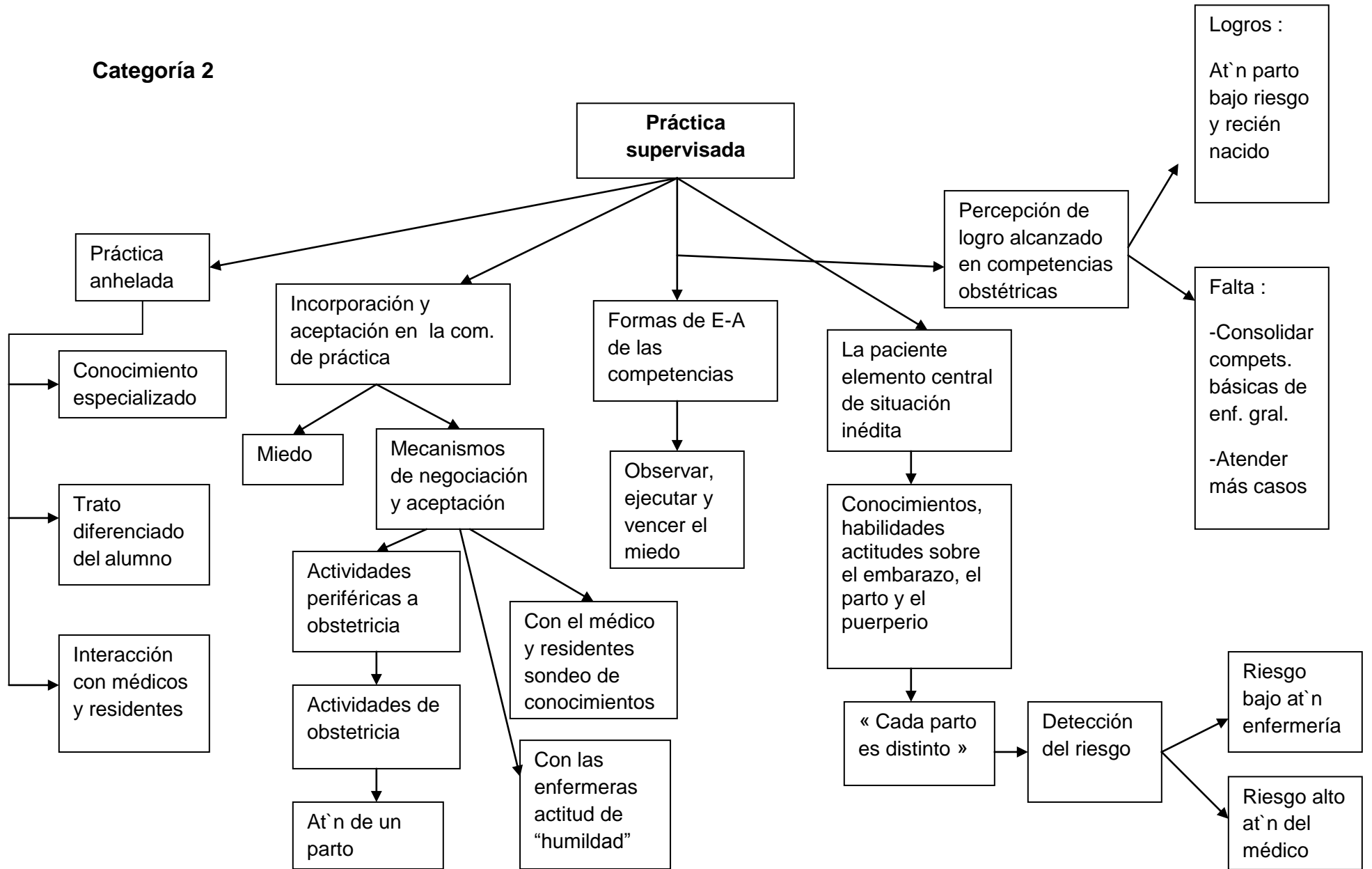
2.3 Formas de enseñanza y de aprendizaje de las competencias, “vencer el miedo”.

2.4 La paciente embarazada como elemento central de la situación problema inédita.

2.4.1 Problemáticas que enfrentan los alumnos ante pacientes de obstetricia.

2.5 Percepción del logro adquirido en la práctica.

Categoría 2



2.1 La práctica de obstetricia, una práctica anhelada o la última práctica a cubrir.

En el relato de los docentes y de los alumnos, la práctica de obstetricia marca un momento muy especial dentro de la formación de los alumnos de la LEO, aparece signada como una práctica distinta a todas las prácticas anteriores que han realizado los alumnos, en diversos contextos hospitalarios. Por un lado aparece como una práctica anhelada y esperada, o en forma totalmente contraria, una práctica que por fortuna es la última y que es preciso cumplir,¹²⁴,¹²⁵,¹²⁶, cabe mencionar que ésta última apreciación, sólo aparece en el relato de las docentes, mas no en el de los alumnos.

Aquí lo que se advierte, es la presencia subyacente de varias cosas:

- La idea de que la obstetricia es un *campo de conocimientos que encierra cierta especialidad en la enfermería*, por lo que se le concibe como un grado superior de preparación al interior de la licenciatura, que va a marcar una diferenciación con el cuerpo de conocimientos de la enfermería general, es decir

¹²⁴ “...yo escuchaba compañeros de otros semestres cuando estaban en tercero, en segundo, y que yo acababa de entrar a la carrera y yo todavía no sabía bien pues que onda “Cuando llegues a obstetricia ¡no!..., o sea obstetricia es guau”, y yo siempre tenía esa ilusión de llegar a obstetricia. Entonces ahora que yo estuve en obstetricia que acabo de terminar este semestre, digo la verdad es que si, es una experiencia pues...muy padre,... de toda la carrera en general, de toda la carrera en general....(Entrevista alumna, documento No.9, cita 29)

¹²⁵ “...algunas veces los alumnos llegan muy motivados, como si 7º y 8º semestre fuera.... como el oasis que estaban esperando desde hace tres años ¿no?, (risa) hay por fin....y el sueño dorado y ahora voy a hacer todo lo que no había hecho, y no sé que tanto ¿no?.... “(Entrevista a docente, documento 19, cita: 27)

¹²⁶ “Así como lo más anhelado, así como ¡qué importa el pasado!, ¡que importan las cosas tristes!, ¡ahora viene lo fabuloso!..... a veces llegan así..... y¿ cómo salen? pues salen muy satisfechos, muy contentos, mmmh.... creo que así como dice ese libro de..... el Frankenstein pedagógico, en donde todos tenemos necesidad de crear de construir, es verdad.....ese Frankenstein que todos llevamos dentro, de crear de construir, de dar vida, los alumnos se sienten así después de la práctica, ¿no?, pues porque yo creo que es así, cuando atienden un parto, pues es la vida misma, ¿no?...” (Entrevista a docente, documento 19, cita:26)

un campo de conocimientos especializado, *que confiere un mayor estatus para el que lo conoce y lo practica*.¹²⁷

- El comportamiento de la comunidad de práctica en los hospitales, *trata de manera distinta a los alumnos de obstetricia*, pues considera que son ya de 4º año de la licenciatura y que han atravesado por una diversidad de situaciones, en las prácticas previas que han realizado durante su formación, y que por consiguiente tienen ya ciertos dominios, al menos en los procedimientos generales de la enfermería, de manera que se les da un margen mayor de libertad en su acción.

- A esto debe agregarse que quienes conducen la enseñanza de la obstetricia en el hospital, son preponderantemente los médicos y no las enfermeras, pues como se ha mencionado antes, las enfermeras técnicas constituyen en número, el mayor grupo en los equipos de salud, pero no tienen permitida la atención del parto, de manera que los alumnos *establecen una relación de aprendizaje más estrecha con los médicos y los residentes*, con quienes suelen sentirse más a gusto, apareciendo una forma de interacción distinta a la que vienen entablando en su formación, con el grupo de las enfermeras técnicas.

2.2 Incorporación a la práctica y aceptación en la comunidad de práctica.

La incorporación de los alumnos al espacio de la práctica, atraviesa por un proceso de incorporación y aceptación, en el que los alumnos establecen mecanismos de negociación con fines de aceptación, tanto con el grupo de enfermeras como con el grupo médico.

Este proceso se caracteriza por incorporar inicialmente al alumno a actividades periféricas en el campo de prácticas y posteriormente se le va dando acceso a

¹²⁷ “Digo, en algún momento; yo creo que, el hecho pues de tener el reconocimiento de licenciadas en obstetricia, pues influye en nosotras, en sentirnos pues...más ¿no?, sí, sí influye eso. Por ejemplo yo me doy cuenta que cuando hacen especialidades de instrumentista ¿no? o están en cuidados intensivos, o sea si se siente pues esa superioridad, digo aunque tú no lo digas, digo por el respeto a los demás, dicen son enfermeras en obstetricia y están atendiendo partos, si se siente ese nivel, o sea ese cambio de nosotras...”(Entrevista a alumna, documento 9, cita 36)

actividades que suponen un papel de mayor protagonismo profesional en la obstetricia¹²⁸.

En el caso del grupo de las enfermeras que se ubican en el escenario de prácticas, los alumnos realizan un proceso de negociación, que consiste en que ellos aceptan realizar actividades de enfermería general, como son la toma de signos vitales, el baño de la paciente, el tendido de cama, etc. aspectos que si bien realiza cotidianamente el personal de enfermería, no constituyen el propósito central de la práctica de obstetricia, pero que en este caso hace las veces de un trueque, que abre a la posibilidad ulterior de la atención de los partos.

Esta negociación está permeada por una actitud de “humildad” que los alumnos asumen frente al personal de enfermería y de manera especial frente al personal técnico de enfermería,^{129 130} que viven la presencia de los alumnos como algo amenazante, en tanto en el futuro mediato, se convertirán en licenciados en enfermería, lo que significa que personal de enfermería con mayor preparación entrará al campo laboral. La experiencia de las enfermeras técnicas y sus habilidades en la ejecución de procesos de enfermería, son reconocidas por los

¹²⁸ “...al principio nada más empezabas, como dije hace rato, observando y empezando a hacer tus notas médicas, ...conforme fue avanzando, hacías más técnicas, hacías las maniobras de Leopold , hacías tacto vaginal y al final de la práctica pues ya de hecho ya hacías todo, ya nada más entraba la señora embarazada y le decías al médico interno que es el que hacía la nota, ya le decías tiene tanto de dilatación y está así, tantos meses...pues ya el médico te decía “que se quede” y si se quedaba pues ya hacías todo lo demás, ya al final era totalmente tu parto.... había veces que hasta te decía el médico, “ haz la episiotomía” ,” si se puede, no se puede...” (Entrevista a alumno, documento no.11, cita 12)

¹²⁹ “...simplemente uno debe como estudiante de tener mucho la iniciativa, muy ligada a la humildad, o sea....llegar a preguntar a comentar y si te dan esa entrada, o esa confianza puedes llegar más lejos, pero.... si.... siempre va a depender de eso, de la humildad y de la iniciativa que uno tenga para con el personal, y casi casi uno tiene que estar captando el carácter de cada persona que trabaja ahí y ver con quién te puedes apoyar y con quién no....” (Entrevista a alumno, documento No. 18, cita 8)

¹³⁰ “.....Mmmhsi también la actitud, o sea....no puedes llegar con una actitud altanera, de que lo sé todo porque no es cierto, yo voy con la mente abierta, sé lo que me han enseñado aquí y voy y lo aplico, pero si sé más, lo converso, lo platico y así voy demostrando que realmente yo sé de lo que estoy hablando, y sé lo que estoy haciendo...” (Entrevista a alumno, documento 10, cita 5).

alumnos, si bien se percatan de que carecen de los conocimientos que dan razón y fundamento a aquello que realizan¹³¹.

Las relaciones que establecen los alumnos con las enfermeras técnicas, están fuertemente signadas por las jerarquías sociales que están presentes en el grupo del personal de salud, al que hicimos referencia anteriormente, y como alumnos si bien son confiados a ellas, sus conocimientos los colocan muchas veces por encima de ellas, situación que les incomoda mucho a las enfermeras técnicas.¹³²

La relación de los alumnos con las enfermeras técnicas, les permite ver a los primeros, los límites que conlleva el trabajo de la enfermería técnica y la visión que ellas tienen sobre el mismo y contrastarlo con el del LEO, de manera que se constituye en un referente de lo que no quieren llegar a ser¹³³.

Esta negociación que tiene lugar en la práctica supervisada, es vista por los alumnos y por la mayoría de los docentes como un aspecto, en cierta forma

¹³¹ “...Pues si se da mucho, más que nada los técnicos tienen como mucho resentimiento, es que tu eres licenciado incluso llegas al hospital ¡ah no, no! tú lo debes saber hacer porque eres licenciado, y es cuando tu entras bueno... con sentido común y...si si lo sé hacer pero, a ver enseñame tu, tu técnica a la mejor es mejor . Porque en teoría si les ganamos, si es un abismo muy grande, pero en procedimientos ellos nos llevan de calle.” (Entrevista a alumno, documento 11, cita 18)

¹³² “... ahí no están en ese lado de obstetricia, más que nada ellas se encargan por ejemplo en... pues si, de asistir a los médicos por ejemplo, o sea en realidad en ese aspecto de obstetricia no,... por ejemplo ellas no atienden partos, no, nada más se encargan de asistir al médico de dejarle el instrumental preparado y todo eso, donde si hay de repente sentimos el recelo en ellas fue el hecho de asistirnos más bien a nosotras, para cuando atendíamos partos, eso si había como un recelo. De hecho en alguna ocasión una de ellas si nos dijo “no, que lo haga el médico, yo no te puedo asistir a ti porque yo no me responsabilizo si algo pasa” y en ese momento llegó el médico y dijo “no, pero ella tiene mi confianza, entonces...la puede asistir”, entonces si siento como que en ese aspecto decían ¡uy no! es estudiante ¿y que yo la tenga que asistir?, como que no, en eso sí, eso estuvo...medio pesado...” (Entrevista a alumna, documento 9, cita 17)

¹³³ “.... mmh... no quedarme atrás, yo creo.... porque cada una de ellas tuvo una historia y cada una me la contó, entonces yo creo que ante todo ver cómo están ellas visualizadas por ellas mismas y cómo pretendo yo visualizarme en el futuro, creo que eso me dejaron más, no que me hayan enseñado más..... sino lo que representaron para mí....en el sentido de que ellas hicieron una vida, con ciertas.... cosas, pero yo quiero más.....” (Entrevista a alumno, documento 10, cita 11)

“natural y necesaria”,¹³⁴ ¹³⁵ si bien en algunos casos se manifestó una opinión muy diferente, por parte del docente en la que existe un pronunciamiento por salvaguardar el propósito de la práctica,¹³⁶ esta última postura abre al tema de la *construcción del campo de prácticas*, es decir, si bien se eligen escenarios en los que sin lugar a dudas se realizarán actividades con mujeres embarazadas, esto no garantiza por sí sólo que los alumnos tendrán acceso a las situaciones que requieren experimentar, de ahí que el docente deberá tener un papel de defensor

¹³⁴ “... eso es fundamental, tienes que tener un vínculo, si la profesora llega así como ajena y nada más quiere llegar a ver a los alumnos, no se les dan facilidades.... por eso yo te decía tienes que llegar y saludar al personal, con una sonrisa siempre la verdad, porque esto te abre puertas, tienes que ganarte al personal, en este caso nosotros hacemos actividades que... bueno... institucionalmente están más orientadas al trabajo de un gineco obstetra ¿no?, entonces es obvio que te tienes que ganar al gineco ¿no? y te tienes que ganar al jefe de servicio de gineco tanto al médico como a la jefa de enfermería y a las enfermeras, las enfermeras casi siempre, es obvio es que sienten un celo profesional y debo decirte con tristeza que a veces aunque sean licenciadas egresadas de la ENEO, me han tocado..... (Entrevista a docente, documento 22, cita 14)

¹³⁵ mira..... cómo te ganas.....yo si les digo a los alumnos, a los médicos te los ganas..... ponte a vigilar a un paciente todo todo, de estarlo checando foco y eso y así como yo te estoy pidiendo que me presentes al paciente, así preséntaselo al médico, que el médico sepa que estás al pendiente de cómo está su foco fetal, de cómo está avanzando su dilatación, de que no se le han roto sus membranas, de que la estás checando, de que estás haciéndole todo eso, si te pregunta y tu le contestas te lo ganas, así es como te lo ganas, después ya te dejan solita o solito, pero tienes tú que ganarte el procedimiento, con las enfermeras ¿cómo te las ganas? Pues haciendo las actividades de enfermería, si tu solo te quieres dedicarte a hacer las actividades de obstetricia, te echas de enemigas a las enfermeras, y si sólo quieres hacer cuestiones de enfermería, los médicos no te dejan hacer las otras cuestiones, entonces tienes que tener una integración tanto con enfermeras como con los médicos y eso es parte de lo que los alumnos tienen que hacer.....” (Entrevista a docente, documento 22, cita 16)

¹³⁶ “.....bueno yo a lo mejor soy..... ¡ay! pues....seré grosera, pero yo cuando llego con mi oficio, y ellos ya saben, no tengo por qué negociar, aquí hay un oficio y supongo que lo leyeron, porque está firmado por ustedes y saben a qué vengo y no nada más saben a qué vengo yo, sino que saben a qué vienen todos los estudiantes y eso de que negocies...y eso de qué voy a dar para ello.....no no... por favor..... ni me lo toque porque no..... ustedes aquí aceptaron esto.....creo que eso es lo primero, pero nosotros... nosotros, hablo la coordinación, nosotros la ENEO, somos los primeros que nos debe quedar claro para qué pido un campo clínico.....” (Entrevista a docente 11, documento 19, cita 14)

del campo, de acuerdo con el personal de los servicios¹³⁷, para que los alumnos sean turnados a las situaciones que demanda la práctica de obstetricia.

Por su parte el grupo médico y los residentes, establecen inicialmente procesos de sondeo e interrogación hacia los alumnos, sobre los aspectos teóricos de la obstetricia, y una vez que éstos demuestran sus conocimientos, los médicos y residentes, aceptan que se incorporen a las diversas intervenciones que requiere una paciente obstétrica, tales como realizar las maniobras de Leopold, realizar tactos, medir el fondo uterino, checar el foco fetal, etc. hasta que paulatinamente “se ganan” la oportunidad de atender un parto, situación que suele presentarse durante las guardias nocturnas.

La percepción inicial que tienen los alumnos sobre el campo de prácticas, es de miedo y temor a enfrentar situaciones que les son totalmente desconocidas^{138, 139}, así como la percepción de un ambiente hostil y de recelo por parte de las enfermeras técnicas. Esta impresión se va transformando y los alumnos van

¹³⁷ “Porque inclusive todas las personas que participan con los estudiantes, saben a qué van los estudiantes, entonces no necesitábamos del desgaste de tener que decirle, es que el estudiante tiene que hacer maniobras de Leopold, es que el estudiante tiene que hacer tacto... ¡no!, quizás al principio lo hicimos, y quizás la primera vez....pero inclusive para eso fue diferente porque reunimos a las personas, las gentes sabían, inclusive estaban contentos... como muy contentos de que los alumnos fueran de prácticas ahí, como que iban alumnos de otras escuelas de menor calidad que la ENEO ¿no?..... entonces se sentían como privilegiados, entonces el coordinador de enseñanza preguntó, se interesaron y todos estaban involucrados en lo que tenían que hacer los alumnos, eso me parece bueno, y el hospital funciona para lo que los alumnos necesitan.” (Entrevista 11, documento 19, cita 5)

¹³⁸ “..... mi primera impresión fue de miedo..... porque no sabía realmente a lo que nos íbamos a enfrentar en las prácticas, pues todo era nuevo, era desconocido para nosotros, la mayoría de las cosas, las formas básicas de enfermería,.... la práctica pues si llevábamos la base... pero ya especialmente obstetricia.... es diferente.....” (Entrevista a alumno, documento 15, cita:1)

¹³⁹ “...yo tenía miedo..... yo tenía miedo, porque era la primera vez que íbamos a obstetricia y con dos semanas de teoría, y enfrentarte al campo que tiene tanta gente y con tantos problemas.... ¡ay! pues cómo... cómo le hago con tan poquita teoría, ¡yo sentía que no sabía nada!...” (Entrevista a alumno, documento 17, cita:3)

ganando confianza y aceptación, lo que les va permitiendo una mayor incorporación a las actividades obstétricas.

Las guardias nocturnas constituyen el espacio de mayor oportunidad para atender los partos. En la mayoría de los hospitales, si bien es cierto se asigna personal en el turno nocturno, generalmente hay poco personal en razón del número de situaciones de parto, que llegan a presentarse durante el transcurso de la noche, de ahí que las guardias constituyan el espacio de mayor oportunidad de experiencia y aprendizaje para los alumnos de obstetricia^{140, 141}.

2.3 Formas de enseñanza y de aprendizaje de las competencias “...vencer el miedo”

En esta subcategoría se pueden apreciar tres aspectos:

- observar, ejecutar y vencer el miedo para aprender
- una enseñanza con referencia al modelo de la docente
- enseñanza médica y respaldo en la ejecución de las intervenciones

Respecto al aprendizaje de los alumnos, éstos refieren la necesidad de *observar, ejecutar y “vencer el miedo”*^{142, 143, 144}, para los alumnos la experiencia vivida en el

¹⁴⁰ “....decían que en las guardias era para hacer prácticas de obstetricia y en las mañanas era para hacer prácticas de enfermería general...bueno... eso nos decían, ...para nosotros está mejor hacerlo en la mañana que en la noche...

E....y tu encuentras una explicación de eso, ¿por qué es así?

R....pues... yo creo que una parte es porque el personal de la noche es como más accesible,así en la noche es como un ambiente distinto..... (Entrevista a alumna, documento 17, cita 6)

¹⁴¹ En la mañana simplemente las enfermeras no nos dejan hacer las cosas que corresponden a obstetricia, hay unas enfermeras que se enojan, inclusive te dicen” ¡no no!, tu no hagas eso, no te corresponde a ti”.....entonces ya en la tarde y en la noche ya es más diferente.... (Entrevista a alumna, documento 18, cita 24)

¹⁴² “... si es una técnica pues nada más viendo, de hecho las veces que estuve viendo antes de atender el parto, ya más o menos tenía la idea de las maniobras y todo eso, pero una cosa es que tengamos la teoría, porque ya al hacerlo es totalmente distinto,de alguna manera, igual y si te lo maneja el libro, pero tan sólo..... el uno estar en contacto ahí al hacer una maniobra y con algo que por ejemploa la hora ya para sacar totalmente el producto, si venía en corto, si venía con doble circular, era un poco difícil, porque te decían “muévele aquí, hacia arriba y hacia abajo” y uno lo hacía pero no sabía con que fuerza hacerlo, eso no te lo dice la teoría, con cuánta fuerza lo vas a jalar, o si va a ser mucha o va a ser poquita...” (Entrevista a alumna, documento 13, cita 24)

desempeño de los diversos procedimientos, es muy reveladora, el tocar y palpar a la paciente, el percibir la atmósfera contextual de cada paciente, les ofrece un cuerpo de conocimientos, que es muy diferente a lo que han revisado en los textos, o que han experimentado en los laboratorios de enseñanza clínica. Se trata de un conocimiento que no siempre está documentado, es más bien un conocimiento práctico que deviene de la misma práctica, de un conocimiento que si bien guarda relación con el conocimiento teórico, su aprehensión proviene de la experiencia directa, a través de la intervención con la paciente.

Donal Schön ha mencionado la epistemología de este conocimiento práctico, catalogándolo como un conocimiento que se obtiene como resultado de la reflexión en la acción y la reflexión después de la acción.¹⁴⁵

- Una enseñanza con referencia al modelo de la docente.

La docente de enseñanza clínica se desempeña durante la práctica como enfermera obstetra y muestra al alumno, cuáles son las intervenciones que requiere la paciente obstétrica^{146, 147}, la forma en que se dirige a ella, la manera de

¹⁴³ "... haciéndolo....era lo que más aprendizaje te dejaba..... si porque no es lo mismo ver cómo lo hacen, que hacerlo..

E.. eso es...y generalmente ¿te enseñaban de esa forma?

R. sí, es que por ejemplo, allí agarrabas y se sentaban y te decían, "vamos a hacerlo" y se sentaban a un lado de ti y te decían "Pon tu mano acá" y..." qué estás haciendo " y entonces tu decías que estabas haciendo esto...."y ahora jálale acá" y "ahora qué vas a hacer", no pues voy a hacer esto....

Eo sea que te van guiando.... en cada cosa que vas haciendo....

R.... aja,... la primera vez, y la segunda dependiendo de cómo lo haces, ven que ya lo haces bien y ya te dejan solito...." (Entrevista a alumno, documento 17,cita 21)

¹⁴⁴ "...yo creo que como fortaleza, aprendí a dominar mi miedo....aprendí a ser muchísimo más responsable, bueno si era responsable, pero ahora aprendí que son..... no se.... como que le di importancia a lo que se debe de hacer, a dominar los nervios porque todo puede salir peor, y también a relacionarme con la gente, ...

E... ¿con los pacientes?

R.....si con los pacientes, bueno también con las enfermeras, pero más con los pacientes..."

(Entrevista a alumna, documento17, cita 25)

¹⁴⁵ SCHÖN, Donald (1992). *Op. Cit.*

¹⁴⁶La maestra inicia entonces una revisión de la paciente, le pide que abra la boca y le pregunta si ha tomado agua, a lo que la paciente responde que poca.

palparla y de interpretar diferentes signos, de esta manera, podemos identificar un proceso de enseñanza en el que *la maestra se torna en un modelo a imitar*.¹⁴⁸

La docente muestra y deja que los alumnos intervengan, y si bien hacer es importante y necesario, también se reitera la necesidad de un espacio para organizar, estructurar y reflexionar sobre la práctica misma.¹⁴⁹

▪ Enseñanza médica y respaldo en la ejecución de las intervenciones

El médico por su parte, muestra al alumno las intervenciones y después lo observa en su desempeño, respaldándolo con su presencia^{150, 151}. Sobre este aspecto los

La maestra pregunta a las alumnas ¿para qué le va a servir el agua?

-para hidratar responde una de las alumnas.

La maestra se dirige a la paciente y le indica que debe tomar mucha agua y que la requiere también para alimentar a su bebé, también puede tomar atoles, leche y todos aquellos líquidos.

Ahora revisa los pechos de la paciente.

- “Vamos a ver con el tira leche cómo está su leche, necesito que su bebé succione para que no se vaya su leche....” (Observación, documento 1, cita 4)

¹⁴⁷ le piden a la paciente que se recueste, ahora la Mtra. se ha acomodado a un lado de la cama y ha tomado la venda, que va a acomodar junto con alumna 1.

Nuevamente solicita que alce la cadera y acomodan la venda debajo de la misma, esta paciente también tiene cesárea.

Alumna 1 va a poner la gasa en la herida, pero le pide la Mtra. que antes palpe a la paciente, en la zona que está alrededor de la herida, alumna 1 lo hace, pero la Mtra. nuevamente le muestra cómo debe hacerlo, indicando cómo debe acomodar los dedos y qué tanto debe oprimir el vientre, hablan muy quedito, pues no quieren molestar a las otras pacientes y bebés que están en la misma sala. (Observación, documento 2, cita 4)

¹⁴⁸ En la observación de este evento (observación en el hospital), la maestra realiza una enseñanza muy dirigida a sus dos únicas alumnas que se encuentran en este servicio, pues a la vez que atiende a la paciente, muestra a las alumnas cómo se realizan ciertas intervenciones de enfermería obstétrica.

Puede apreciarse una reiterada insistencia de la maestra para que sus alumnas reflexionen sobre la razón de sus intervenciones, pues paralelamente se advierte que esta circunstancia de enseñanza no es la que prevalece, una vez que la docente se ausenta. (Observación en hospital, documento 1, memorándum “Anotación general 1ª observación”)

¹⁴⁹ “.....y ahí lo que importa es que haga las 1000 camas, tome los signos vitales de todos..... y no es cierto, no es así, los estudiantes están aprendiendo y necesitan tener espacios de construcción, nos vamos a salir porque vamos a tener sesión clínica.... y las enfermeras se enfrascan sólo en hacer, hacer, hacer.... importante si, pero importantes para bien y para mal....” (Entrevista a docente, documento 19, cita 33)

¹⁵⁰ “.... mmh.... Incluso no es tan difícil porque..... teniendo un buen maestro no es difícil, no cuesta trabajo aprenderlo, este...uno se guía tanto con la teoría como en la práctica, sobre todo cuando

alumnos refirieron, recibir la enseñanza de los médicos y de los residentes, así como su apoyo al momento en que ellos intervenían a las pacientes, bajo su supervisión.

Los alumnos refieren, algunos signos de aceptación y aprobación de sus desempeños, tales como relatar con orgullo, momentos en los que sintieron que contaban con la aprobación y la confianza de los médicos, y que esto se reflejaba en la autorización que éstos daban para que los alumnos atendieran los partos¹⁵², o bien tomaban en cuenta la valoración que hacían de las mujeres embarazadas, o firmaban las recetas con los medicamentos que el alumno había prescrito a la paciente embarazada. Es decir, la aceptación y la aprobación de los médicos hacia los alumnos, se mostraba dejándoles intervenir a las pacientes y respaldando las intervenciones que éstos realizaban sobre las mismas.

2.4 La paciente embarazada constituye el elemento central de la situación inédita a partir de la cual ocurre la movilización de los conocimientos,

los médicos están atrás de uno, hazle así, mira sabes que....mete por aquí el escalpelo, o mete por aquí las tijeras, o agarra esta parte del periné, o cosas así, no es difícil, es temeroso sí, porque uno no lo conoce, pero difícil no es....." (Entrevista a alumna, documento 15, cita 26).

¹⁵¹ "... Primero el me enseñó, me dice vente, me preguntó ¿qué se califica en el Apgar? me dijo, para que yo te enseñe primero si ya estás en este semestre, tienes que decirme qué puntuación se le da en el Apgar, se la dije....Bueno muy bien ¿Qué otra calificación se la da a un niño?....no pues la de Silverman.....

Bueno, está bien, ya después el me dijo, vente conmigo te voy a enseñar a reanimar a un niño, y ya me enseñó cómo se reanima un niño, y cómo se evita que el niño llegue a ser entubado, sobre todo, él me enseñó que desde antes del nacimiento, debe prepararse uno para saber qué tipo de nacimiento es y estar preparado para recibir..." (Entrevista a alumna, documento 15, cita 30)

¹⁵² "...El personal tiene que identificarte para empezar y si tu tienes iniciativa el personal te identifica y... es alrededor de... de la 4ª semana, o sea ya cuando ya ven que vas todos los días, que ya se saben tu nombre, y te dejan tener más responsabilidades, en el momento en que tu tengas más responsabilidad, te vas a sentir más parte de todo el equipo de trabajo.

Regularmente a mi me pasó que hasta la 3ª o 4ª semana,.... inclusive este....inclusive si me llegaba a tocar en urgencias por ejemplo, me dejaban mucho practicar las maniobras de Leopold, hacer tacto vaginal, y... cosa que los residentes inclusive en las guardias, había veces que hasta se iban a descansar, se iban a dormir y a mi me dejaban esa...."si tiene tanto de dilatación, tanto de borramiento me despiertas, si no ni me despiertes o sea las mandas a caminar otro poquito, que se esperen otro poco, todavía no dilata lo suficiente", o sea....y ahí es donde te sientes ya más.... parte del equipo, es una sensaciónagradable, saber que eres parte de.... que eres aceptado....." (Entrevista a alumno, documento No. 18, cita 12-13)

habilidades y actitudes que poseen los alumnos, durante la práctica supervisada.

Las diversas condiciones que reúne cada una de las pacientes embarazadas, constituye el principal elemento que pone en juego la gama de conocimientos, habilidades y actitudes que posee la persona que la asiste. Se puede apreciar que toda esta gama de elementos, concuerdan con los aspectos que integran principalmente las competencias 3, 4, y 5 de la OPS, es decir diversos aspectos que tienen relación con la atención de la mujer embarazada, el parto y el puerperio, sin embargo cada paciente reúne circunstancias muy particulares, que hacen del caso una situación que si bien puede ser semejante, es en muchos sentidos única y diferente^{153, 154}.

Esto implicaría, que los alumnos además de poseer los conocimientos teóricos y las técnicas y procedimientos necesarios, requieren desarrollar la habilidad para poder identificar cuando y de qué forma difiere un caso de otro y cuál es la forma en que debe atenderse el caso de acuerdo a las características que presenta.

Las competencias de la OPS, fueron mencionadas en dos entrevistas a docentes^{155, 156}, en una de ellas se destaca que dos semestres que es la duración

¹⁵³ saber que son personas y no cuerpos ¿no? Si llegamos a ver actitudes, del hecho de decir que un parto es algo sencillísimo ¿no? que es lo más fácil y la verdad es que no, ¿por qué? porque todos somos diferentes y no todo puede ser tratado de la misma manera ¿no? Dependiendo de la edad de la paciente, porque hay niñas en realidad, o sea como todavía estamos.... pues en pueblo, (se refiere a la ubicación geográfica del Hospital de prácticas) había este... pues si niñas de 14 años ¿no? ,que daban a luz, entonces yo siento que es muy importante que una como profesional de enfermería no sólo se enfoquen en atender partos, sino psicológicamente prepararlas a la paciente para atender este.... bueno para dar un buen parto ¿no?, porque son niñas que no saben, no saben... (Entrevista a alumna, documento 9, cita 31)

¹⁵⁴ Todos los embarazos son diferentes, todos, todos, así tu hayas atendido a muchísimas embarazadas, muchísimos partos, todos los partos son diferentes, se pueden comportar de manera similar, pero todos son diferentes y las mujeres son diferentes, entonces el cuidado que se tiene que dar tiene que ser individualizado, tiene que ser personalizado y tiene que ser muy.... con mucha comunicación... (Entrevista a docente, documento 22, cita 2).

¹⁵⁵ ...pero verdaderamente quien puede detectar factores de riesgo, quien puede dar una buena atención a la mujer, pues solamente personal capacitado, entonces eso lo va haciendo conforme

de la asignatura de obstetricia, resultan insuficientes para cubrir la totalidad de las competencias. También se hace referencia a que *estas competencias consideran más un trabajo educativo con la mujer embarazada*, que implicaría una actividad fuera del contexto hospitalario, con fines más preventivos y de promoción de la salud, pues resulta difícil atenderlo en el contexto hospitalario, donde los tiempos y las prioridades que se atienden, se centran principalmente en los problemas de salud y de la enfermedad.

En la paciente embarazada, subyace además, una problemática social más amplia, de ahí que a partir del trabajo con la paciente, el alumno puede percatarse de la presencia de toda una problemática social que está presente en la población abierta, que acude a estos centros de atención de la salud, en los que los alumnos realizan sus prácticas, de manera que se enfrentan a casos de embarazo en niñas y adolescentes, violación, el abandono de la mujer, la interrupción del embarazo, etc., casos vinculados muchas veces a la pobreza, la marginación social, la falta de oportunidades sociales y la falta de educación, aspectos todos ellos que ubican a las pacientes en situaciones de mucha desventaja social y que dejan un impacto fuerte y una honda reflexión en los alumnos, pues se percatan del futuro incierto que deberán enfrentar estas personas.¹⁵⁷

va logrando más experiencia, que yo podría asegurar que un semestre o dos semestres no son suficientes, para poder decir que cumple con las competencias que solicita la OPS..... (Entrevista a docente, documento 20, cita 28)

¹⁵⁶Son muchas [se refiere a las competencias de obstetricia enunciadas por la OPS] pero si las analizamos a profundidad, muchas de ellas se van hacia la parte educativa, más que a la parte asistencial, es a la parte educativa, hacia la parte de liderar a las mujeres que están en la salud reproductiva, a liderar en las comunidades para poder favorecer su cambio de conductas hacia la salud,.... (Entrevista a docente, documento 20, cita 29)

¹⁵⁷“..... Una situación..... ¡híjole, es que fueron dos!. Una fue cuando llegó una niña de 12 años embarazada, yo así como que bueno....¿que hago!?...te pones a pensar, tiene 12 años, ya va a tener un bebé, o sea....es que en ese centro tuvieron muchas cosas, una niña de 16 años con su 4° hijo....te ponen a pensar muchas cosas y ver y decidir por el bienestar más que nada de la niña ¿no?...” (Entrevista a alumno, documento No.11, cita 20)

La detección del riesgo de la paciente y la toma de decisiones.

Un aspecto que está presente también en las competencias de obstetricia, es la presencia de ciertos riesgos que cada caso puede encerrar y la necesidad de tomar una serie de decisiones respecto a los mismos, como resultado de su detección.

Por ello la capacidad de observación y de interpretación correcta de los diversos signos y síntomas clínicos que presenta la paciente¹⁵⁸, resulta fundamental pues va delineando las pautas de intervención que el caso requiere^{159, 160, 161}.

¹⁵⁸ E. ¿tu podías captar bien esos signos?

R.”..... este....de riesgo sí,.... si porque si hay hipertensión, hay edema y.... este por los análisis de laboratorio, más o menos te das cuenta si tiene eclampsia o inclusive preclampsia, si ya hubo otro tipo de complicaciones con anterioridad.... o sea le preguntas..... su historia clínica....” (Entrevista a alumno, documento No.18, cita 15)

¹⁵⁹ bueno....me....a mi me preocupa que ellos puedan tener las habilidades y las destrezas para poder valorar , para poder hacer una identificación de riesgos, para poder prever y prevenir, ver la situación y poder hacer algo, para que no haya un daño, en este caso.... eehm... (Entrevista a docente, documento 22, cita 21).

¹⁶⁰ “ a ver preséntame a tu paciente, o a la persona que estás valorando y el presentarla es decir: bueno.....es una mujer de tal edad, que tiene tantos embarazos, tantos abortos, tiene un diagnóstico de ingreso tal, y entonces yo le he hecho, la exploré, le medí su fondo uterino, su foco fetal que tiene tanto, o sea que te puedan decir eso, cuando tu veas desde el lenguaje, o sea de cómo te hablan o ves la seguridad, que ellos agarren y toquen a las pacientes, porque hasta en eso, a veces les da miedo tocar a la paciente, y ponen las manos atrás, hay algunos que me ha tocado, que hasta se hacen a un lado o ponen las manos atrás y yo les digo ¡no, ustedes acá!, siempre les digo que traigan su estetoscopio, que traigan su cinta métrica, que traigan su guía de previgen, que revisen el expediente, para que cuando yo llegue, pues ellos ya sepan, por qué se le está dando ese tratamiento.... (Entrevista a docente, documento 22, cita 10)

¹⁶¹ “..... nosotros somoso estamos inexpertos en ver la reacción cuando una mujer llega con..... su presión alta y está embarazada, entonces es difícil porque hay veces que ellas no sienten que tienen la presión alta,....este....son experiencias que no conocíamos, entonces si son difíciles, porque uno entra sin saberlo y cuando uno lo tiene enfrente dice uno ¿qué le está pasando? ¿qué le hago? pero a uno le dan la teoría pero en la práctica pues es diferente, es muy diferente, no nos pueden decir.... suda, no se.... X síntomas o signos, pero..... cuando lo está viviendo, uno se bloquea y dice bueno “y ahora qué hago, no”? (Entrevista a alumna, documento 15, cita 15)

Sin embargo, como advierte una docente, los alumnos de la LEO, durante su trayecto de formación previa, han trabajado más bajo esquemas de pensamiento de colaboración y están más acostumbrados a recibir instrucciones. El juicio crítico, el análisis y la toma de decisiones no suelen estar presentes, por lo que resulta difícil trasladarlos a estos nuevos esquemas de pensamiento y de acción que se requieren,^{162, 163} y que están presentes en las competencias obstétricas, lo que parece apuntar más a un esquema de trabajo más independiente del médico, en el que tienen que tomarse muchas decisiones, a partir de la valoración y el juicio clínico.

2.4.1 Problemáticas que enfrentó el alumno en la práctica de obstetricia y manera en que las resolvió.

Un aspecto que se introdujo en las entrevistas a los alumnos, fue solicitar la narración de una situación problema, que describiera tanto el caso como la forma en que el alumno trató de resolverla, en la idea de identificar la manera en que los alumnos movilizaban los conocimientos, sus actitudes y el despliegue de sus habilidades, lo que nos estaría acercando a las competencias que poseen los

¹⁶² “...Yo creo que debe tener..... ser capaz de tener un juicio crítico, a mi me parece que es uno de los elementos más importantes, porque debe ser resolutiva, debe tomar decisiones, este.... en cualquier momento que veamos a una mujer embarazada, debe tomar decisiones, por lo tanto debe ser uno de sus atributos, a mi me parece el más importante.... Por supuesto eso implica que tenga conocimiento y dominio del conocimiento no.... no.....parcelas de conocimiento, o sea que tenga un conocimiento amplio, ...total...” (Entrevista a docente, documento19, cita 1)

¹⁶³ “.....necesito que usted lo mínimo que sepa, sea capaz de tomar decisionesy ese es un problema serio, porque resulta que en los otros semestres a los alumnos no se les enseña....bueno a lo mejor si se les enseña, pero no.....bueno yo creo que tomar decisiones, tener un juicio crítico es una construcción, y para tomar decisiones los alumnos tienen que hacerlo una y otra vez y a los alumnos nunca antes se les permitió tomar decisiones y cuando llegamos a 7º semestre queremos que lo haga ¡qué difícil!, porque..... porque además tiene que tomar decisiones rápidas, tienen que tomar decisiones si la paciente ingresa o no, tiene que tomar decisiones de si esa señora se va a su casa o se queda en observación..... tiene que tomar decisión de en qué momento pasa la paciente a la sala de partos.....entonces..... y eso no lo ha hecho, y creo que la dificultad más grande es que el alumno espera que alguien le diga y claro si espera que alguien le diga, entonces ya otro atendió el parto...” (Entrevista a docente, documento 19, cita 9)

alumnos y que ponen en juego, en razón de las circunstancias. Esto con la idea de apreciar cómo se van perfilando las competencias obstétricas en los alumnos, pues como practicantes son ubicados como aprendices y principiantes de este ejercicio.

No todos los problemas referidos permiten ver la construcción de competencias obstétricas, algunos se vincularon con formas de organizar el trabajo en el hospital y con la presencia de dificultades de relación con las enfermeras técnicas.

Las problemáticas que expusieron los alumnos, siempre generaron una gran tensión en ellos y en algunos casos obtuvieron un buen final.

Se presentan en forma gruesa las problemáticas y después se hace una reflexión de los elementos que están presentes tanto en los casos, como en las formas en que se intentaron resolver.

Situación que se presentó	Problema central	Solución dada	Resultado
1. Estando en guardia, la alumna y su compañera se hacen cargo de todos los partos que se presentan en la noche, sin la asistencia de las enfermeras técnicas, aparentemente por existir un celo profesional. Las alumnas lo viven como un "ser puestas a prueba"	Falta de asistencia por parte del equipo de salud "¡nos dejaron solas!"	Cada una de las alumnas asumió un rol, una atendió a la madre y la otra al recién nacido. Posteriormente lavaron todo el instrumental empleado. En este caso estuvieron presentes conocimientos y habilidades por parte de las alumnas y ellas tuvieron certeza de sus intervenciones.	Obtienen buenos resultados con sus intervenciones "yo creo que si fue nuestro examen ese día, porque fue atender de todo a todo y obviamente... ¡lo pasamos bien!"
2. Paciente embarazada sin dilatación y presencia de sufrimiento fetal, no había ginecólogo que atendiera el parto.	Trabajo de parto prolongado y presencia de sufrimiento fetal	El alumno aplicó una maniobra "Kristell", maniobra que ya está contraindicada, pero que el alumno consideró que era la única alternativa	Buen resultado, nació bien el bebé. "...ya cuando lo escuché llorar... me sentí aliviado"

		que le quedaba.	
3. Después del parto, el personal a cargo sale del área y dejan a la paciente con los alumnos, quienes no identifican, que la paciente no presenta involución uterina, y presenta sangrado abundante. La paciente se pone mal y casi cae en estado de shock	Sangrado abundante, sin involución uterina después del parto y con riesgo de shock.	Las alumnas se percatan por observación y por la toma de presión arterial, que la paciente tiene el riesgo de caer en estado de shock. Ante esto le dan una posición a la paciente, que contribuye a aminorar el problema y una de las alumnas recuerda que hay una solución que se aplica en estos casos "hartman", esta es una indicación que las alumnas aprenden, en las primeras prácticas de enfermería, (Fundamentos de enfermería). Otra de las alumnas sale a buscar ayuda del personal.	Logran salir de la situación difícil "nos entró mucho nerviosismo"
4. Tres mujeres jóvenes (de 16 a 17 años) se presentan para que se les aplique un ILE (interrupción legal del embarazo)	Para la alumna esta situación la enfrenta a un conflicto de valores.	Intenta hablar con una de las pacientes, para convencerla de que desista. El médico le llama la atención.	(médico) "tu no debes de preguntarles, a ti eso no te importa... ...a lo mejor es cierto (alumna)... si me importa pero no me incumbe"
5. Atender por primera vez a un recién nacido	La alumna refiere un gran temor por	En este caso, antecedió un trabajo estrecho con	Buen resultado "me puse muy

	ser una intervención que nunca ha realizado	un neonatólogo, lo que instruyó a la alumna sobre las diversas acciones que debía aplicar	nerviosa... hice las cosas tal como me había enseñado el neonatólogo en la mañana... tuve la oportunidad de no enfrentarme a un bebé que no venía mal”
6. El alumno tiene que hacer un Proceso de atención de enfermería, a partir de una paciente que le asignan. En este caso la paciente presenta una problemática fuerte, (mujer violada, abandonada por su pareja, sin apoyo laboral, con preclampsia, al llegar al hospital muere su bebé) el caso toca al alumno emocionalmente.	Mujer embarazada con una fuerte problemática de salud, social y emocional, situación que impacta fuertemente al alumno.	El alumno sintió que el problema lo rebasó y que tenía un fuerte contenido psicológico, intentó proveer un apoyo emocional.	Dentro de lo posible, se le procuró la atención que requería “la paciente tenía todas las agravantes”
7. Recibir a un recién nacido sin ninguna indicación previa. El médico solicita su intervención, pues no hay más personal disponible, pero desconoce que el alumno no ha recibido ninguna instrucción, al respecto.	Desconocimiento de las intervenciones que debía realizar como enfermero obstetra, en el recibimiento de un recién nacido.	El alumno no disponía de ninguna alternativa de solución, por lo tanto queda sin solución.	Mal resultado y reprimenda por parte del médico.

Puede apreciarse que en todos estos casos, los alumnos se enfrentaron a situaciones vinculadas con pacientes que atravesaban por algún evento obstétrico, es decir, el espacio de prácticas proporcionó a los alumnos situaciones que favorecerían la construcción de las competencias en el área obstétrica y que en todos ellos aparece un aspecto, sobre el que es preciso centrarse, pues su resolución a su vez generará consecuencias favorables en otros aspectos, a manera de implicaciones en cadena.

También se advierte el factor del contexto, es decir, que las características que acompañaron la situación, son las que propiciaron que de alguna forma la situación se tornara en un problema de complejidad y dificultad, sobre la que los alumnos en algunos casos pudieron intervenir con resultados satisfactorios, mientras que en otros les fue imposible obtener un buen resultado.

En las situaciones se advierte que cuando los alumnos tuvieron una indicación precisa de qué hacer ante tales situaciones, o bien contaron con la certeza de aquello que hacen (casos 1 y 5), y que el caso además, no involucró otras complicaciones que salieran de sus conocimientos y dominios adquiridos, el resultado fue bueno.

En algunos casos la problemática, movilizó con mayor fuerza la esfera valoral y emocional de los alumnos, dejando en ellos una profunda reflexión de lo sucedido (casos 6 y 4), así como la preocupación por el destino de ese otro ser, que es la paciente.

También se observan algunos obstáculos en materia de comunicación, de parte de quienes tendrían que estar supervisando, en tanto a veces se le deja al alumno sólo o se desconoce su nivel de competencia, respecto a ciertas intervenciones en las que se le involucra (caso 7).

Para los alumnos, en todos los casos, las problemáticas que enfrentaron, significó un legado de gran experiencia y de aprendizaje.

2.5 Percepción de logro y de habilidades obstétricas que se adquieren en la práctica. Percepción del alumno y percepción de las docentes

La percepción que tienen los alumnos sobre sus propios logros, en el campo de la obstetricia, va desde percatarse que a veces les falta consolidar las competencias básicas de la enfermería, como elemento previo, lo que constituye una limitante cuando ingresan al campo de la obstetricia, donde se espera que ellos ya dominen y apliquen tales procedimientos, hasta percatarse de que son capaces de atender un parto de bajo riesgo, pero no saber identificar todos los signos que indican, que una paciente es de alto riesgo, ni el tipo de decisiones que se deben tomar.¹⁶⁴

Se argumenta que hace falta atender más casos, que contribuyan a mostrar más situaciones con elementos diversos, adquirir mayor seguridad en sus intervenciones y poder eliminar el miedo¹⁶⁵, así como una mayor consolidación de los conocimientos anatómicos y fisiológicos de los momentos del embarazo y ejercitación para adquirir una mayor habilidad al realizar las suturas¹⁶⁶.

¹⁶⁴ “..... Yo creo que.... cuando es la obstetricia.... es que..., bueno yo me quedé muy complaciente cuando por ejemplo eran partos que estepues... que no había complicaciones ¿no? pero lo que yo si siento que nos hace falta más es...qué pasa cuando se complica ¿no? Como para que no entre un médico y tu lo hagas ¿no? O sea yo si siento que si falta eso, falta más experiencia en el lado de este.... de complicaciones y de que nosotros intervengamos en esas cosas, ¿no?, porque en sí hasta los mismos médicos por ejemplo valoran a la paciente y dicen “no pues, si tienes oportunidad de atenderla”, pero también si ellos se dan cuenta que es de alto riesgo, no te dejan atenderlos, entonces, siento que en ese lado, si sería muy importante pues... pues enfocarnos ¿no?, enfocarnos en qué pasa cuando se complican o que hacer cuando se complican o todo eso.” (Entrevista a alumno, documento No. 9, cita 30)

¹⁶⁵ “...yo creo que me hace falta práctica que es lo primero,.... me hace falta..... hasta cierto punto ser más segura de mi misma, si sé que lo estoy haciendo bien y si está bien hecho, no hay por qué dudar, que yo creo que eso se va adquiriendo con el tiempo.... Como debilidad, también aprender a hablar con las autoridades....” (Entrevista a alumno, documento No.17, cita 26)

¹⁶⁶ “... mmh...de mis mayores debilidades en el campo de la obstetricia es de ... digamos lo que es la práctica para suturar, o sea como fortaleza yo puedo atender un parto en este momento, puedo atender a un recién nacido en este momento, es muy fuerte en eso, pero si tienes que suturar, si hay necesidad de hacer episiotomía, no sé si sean así todas las maestras, yo le decía al médico enséñeme a suturar, es que mira así se hace.....pero sin previo..... sin una enseñanza previa y es muy muy importante, muchos alumnos atienden partos, pero el bebé estés tu o no estés tu, el bebé va a salir, el bebé va a salir estés tu o no y ... lo importante es que si hay necesidad de hacer un

Las docentes por su parte refieren que los alumnos logran aprender¹⁶⁷ los conocimientos de obstetricia y las habilidades básicas para atender un parto, así como hacerse cargo de actividades administrativas que les demanda el servicio¹⁶⁸ y si bien logran perder el miedo, no logran una expertez, ni un dominio de todas las competencias propuestas por la OPS¹⁶⁹, requieren aún mucha práctica y templanza, pues cada parto les ofrece situaciones de complejidad distinta, y a veces aún cuando han intervenido satisfactoriamente en uno, eso no asegura que en otro parto obtengan también un resultado satisfactorio.

corte, sepas arreglar el corte, entonces no se me hacía justo muchas veces que el alumno, los compañeros míos me decían, déjame atenderlo y nada más lo recibían, pero tu arréglalo, tu sutúralo porque yo no sé suturar, la sutura es necesaria.....” (Entrevista a alumno, documento No.18, cita 38)

¹⁶⁷ Cuando llegan con nosotros a la materia de obstetricia, no saben absolutamente nada de salud reproductiva, porque no se ha revisado tan detenidamente, solamente se han revisado aspectos generales de las etapas de la vida pero no tan detenidamente..... pero la integración de la etapa reproductiva solamente cuando llega con nosotros, entonces partimos de que el alumno no sabe nada de la obstetricia, no sabe nada de lo que es el ciclo reproductivo y termina sabiendo todo esto, termina sabiendo cómo se da un embarazo, cómo se va desarrollando y cómo culmina el embarazo, pero también va reforzando cosas que a lo largo de su formación había revisado, y que ahora termina viendo pero de una manera integradora, anatomía y fisiología es un ejemplo básico, ... de haber visto el aparato reproductor en forma aislada como una cuestión biológica, pues ahora lo ven en forma más integrador en todos los sentidos...” (Entrevista a docente, documento No.20, cita 20)

¹⁶⁸ “...pues si se les nota un cambio grandísimo, porque algunos llegan inseguros, algunos llegan muy temerosos, o como que si ,si sé, pero me da un tanto de miedo, porque ya cuando terminan el 8avo semestre , los ve uno que son los que manejan el servicio, hacen actividades administrativas, ven a los pacientes, se hacen responsables de las áreas y al principio llegan temerosos ¿con quién estoy?, ¿dónde voy? Y al final, a lo largo del semestre se dan cuenta que ya son responsables de lo que hacen, ya no como en otros momentos y que el mismo personal de los hospitales, les da esa confianza y esa responsabilidad....” (Entrevista a docente, documento No.21, cita 20)

¹⁶⁹“..... pero verdaderamente quien pude detectar factores de riesgo, quien puede dar una buena atención a la mujer, pues solamente personal capacitado, entonces eso lo va haciendo conforme va logrando más experiencia, que yo podría asegurar que un semestre o dos semestres no son suficientes, para poder decir que cumple con las competencias que solicita la OPS.....” (Entrevista a docente, documento No. 20, cita 28)

Las docentes hacen énfasis en que una enfermera(o) obstetra, debe poseer un gran dominio en la detección del riesgo en la mujer embarazada¹⁷⁰, y que atender un parto no supone “cachar al bebé”, pues la mujer va a dar a luz, con o sin intervención de los obstetras, en tanto es un proceso biológico natural de la vida¹⁷¹.

Una de las docentes advierte que el error más común que cometen los alumnos es confiarse, creer que ya todo lo saben, porque en un caso todo resultó bien, pero cada caso es distinto, por ello les sugiere que deben proceder con cautela, ser pacientes, observadores, reflexionar sobre lo observado, verificar sus suposiciones con la opinión del alguien más, características todas ellas, que están presentes en una persona más experta.¹⁷²

5.2.3. Categoría de análisis 3. Mediación docente

Esta categoría reúne aquellos aspectos que realiza la docente de enseñanza clínica, tanto en su carácter teórico como práctico, en los entornos áulicos,

¹⁷⁰ “ Una buena detección de factores de riesgo, una buena intervención hacia esos factores de riesgo, llámese una intervención asistencial o una intervención educativa, una buena valoración de la mujer en el trabajo de parto, con..... detectando bien actividad uterina, detectar buena dilatación, detectar borramiento, y detectar la presentación, yo creo que esa es una habilidad que se va adquiriendo conforme se va teniendo más experiencia, ¿no? porque con que con una o dos veces que se haga ... pues no es suficiente, y el hecho de atender tanto el número de partos, también pues es muy relativo, yo siempre les digo a los chicos, no es lo mismo darle la atención a una mujer embarazada y a un nacimiento, que cachar a un bebé,” (Entrevista a docente, documento No.20, cita 27)

¹⁷¹ “...Un embarazo normal un parto normal, con o sin alguien, nace..... lo único que tiene que hacer la persona que está dando la atención obstétrica, es digamos....ayudar o facilitar a que el proceso se dé en las mejores condiciones....” (Entrevista a docente, documento No.22, cita 2)

¹⁷² “...son... se sienten más seguros,... son.... algo que a lo mejor pasa.... es que son más precavidos, ...piden ayuda más el experto pide más ayuda... mmh... solicitan corroborar sus datos,.... es capaz de decir yo ví esto, pero ¿ no quisiera tocarla para ver si es cierto?... o sea está corroborando sus datos, no es que dude de lo que vio, yo lo vi pero quiero corroborarlo ¿no?... El experto eso hace,... el inexperto...o sea fácil, lo que importa es que lo atienda ya después veré qué hago... el experto además tiene más paciencia, ... el experto también.... le da oportunidad de observar otras cosas que no había observado antes...” (Entrevista a docente, documento No.19, cita 39)

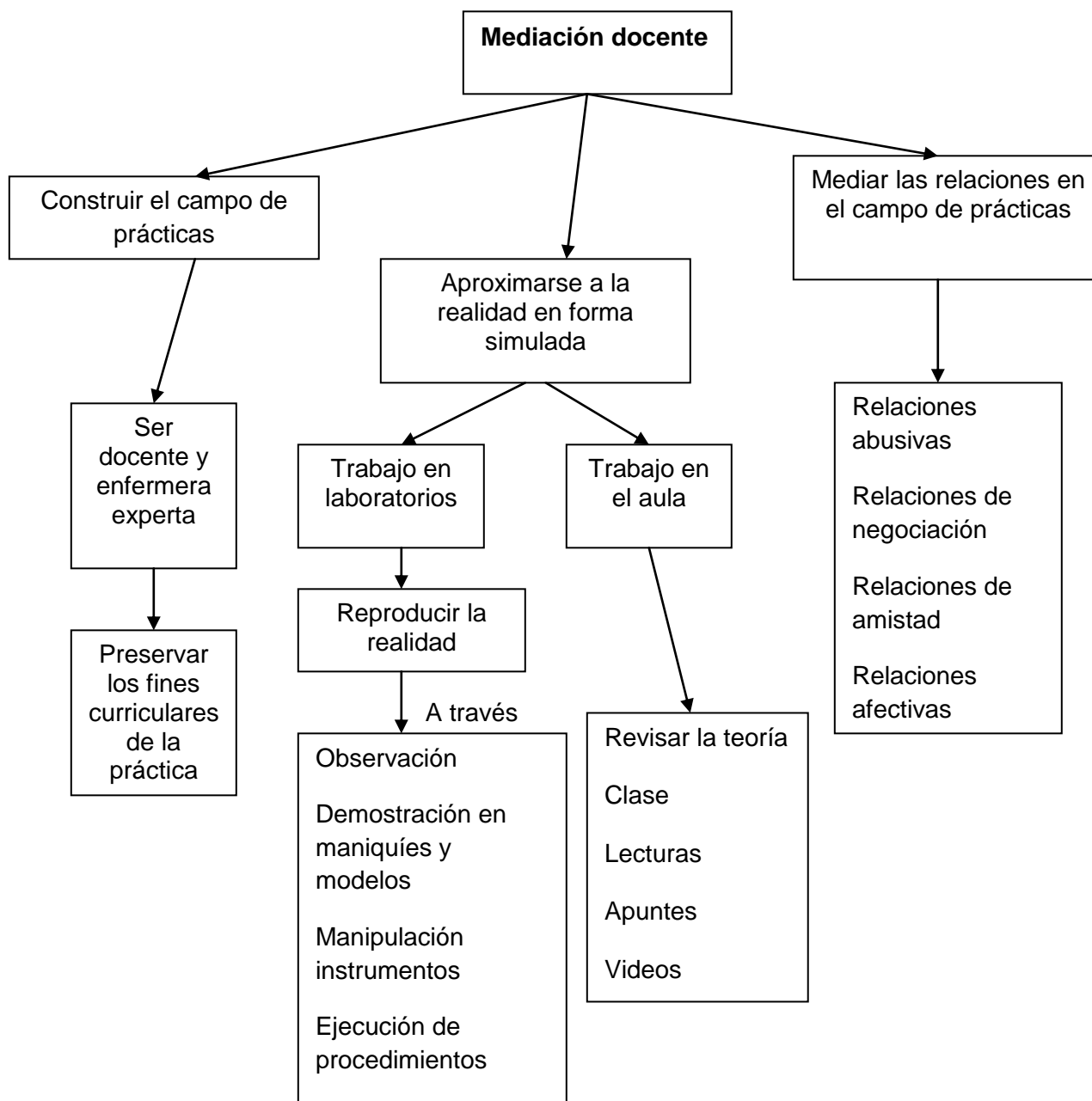
laboratorios y campo clínico, reúne las acciones educativas que emprenden las docentes antes de ir al campo de práctica y en la práctica misma.

El propósito de la mediación docente es por una lado, acercar al alumno a la realidad sobre la que tendrá que intervenir, vinculándolo con los conocimientos que deberá poseer, ejercitando las habilidades que tendrá que reproducir y familiarizándolo con las actitudes que el campo de prácticas le va a requerir.

A través del relato de los alumnos, la figura docente en el campo de prácticas, se aprecia en algunos casos con una mayor presencia que en otros, sin embargo en la mayoría de los relatos, la figura del médico, del residente y de las enfermeras técnicas asignadas a los servicios del hospital, es más fuerte, pues como ya se ha mencionado con anterioridad, el docente tiene que distribuir su tiempo de práctica, en los distintos alumnos que tiene asignados, los cuáles a su vez están distribuidos en diversos servicios hospitalarios.

Las subcategorías que aparecen en la categoría de mediación docente son: **construir el campo de prácticas, aproximarse a la realidad en forma simulada y mediar las relaciones en el campo de prácticas.**

Categoría de análisis 3



3.1 Construir el campo de prácticas y ser experta en la obstetricia.

Sobre este aspecto, aparece la consideración por parte de las docentes, de que no basta con tener un campo clínico, en el que se atienda una suficiente demanda de atención de mujeres embarazadas¹⁷³, sino que esta enseñanza se proporcione desde un enfoque de enfermería y no desde un enfoque médico.

Los campos clínicos si bien reúnen condiciones para ser elegidos como campos clínicos de la práctica de obstetricia, los docentes indican que es preciso “negociar” con el personal en servicio, las oportunidades de intervención que requieren los alumnos, para que puedan aprender la obstetricia y evitar que los alumnos sean asignados a actividades de enfermería general.

En este sentido, algunos docentes afirman que el campo clínico “se construye”, mientras otros hablan de “ganarse al médico y a las enfermeras”, lo que parece indicar, que este ámbito del ejercicio profesional de las enfermeras, no acaba de ser instituido y reconocido en los espacios hospitalarios, o al menos no acaba de ser identificado como una práctica profesional de la enfermera, en la misma medida en que son reconocidas las prácticas de la enfermería general.

Salvo algunas excepciones de campos clínicos referidos, lo común suele ser la necesidad de recordar y de reiterar, la razón de ser de la práctica de obstetricia y del propósito de sus intervenciones, aspecto que suele generar enojo en algunos docentes¹⁷⁴ y en otros disposición a negociar, considerándolo como algo “normal”, reflejando con ello, que están un tanto acostumbrados a que esto ocurra.

¹⁷³ ¿Cómo cuál campo? pues afortunada o desafortunadamente solamente tenemos cerca CIMIGEN que es como una extensión de la ENEO, donde la atención obstétrica la dan las enfermeras, entonces lo que nosotros quisiéramos encontrar en un hospital, es que se dé la atención obstétrica pero con el enfoque disciplinar de la enfermería, porque si.....hay muchos médicos que apoyan mucho a los estudiantes de enfermería, pero desde su disciplina misma, entonces como que ahí viene la parte contrastante, de lo que nosotros queremos que los estudiantes hagan el estudiante en la práctica y lo que van a ver que replican el personal que atiende a estas mujeres y que muchas veces carecen de un conocimiento certero de un trato digno, de la calidez y de la humanización, por eso le digo ¿el real o el ideal? (Entrevista a docente, documento No. 20, cita 13)

¹⁷⁴ “...Porque si nosotros pedimos un campo clínico para atención del parto, yo cuando llego al campo clínico, ellos aceptaron que....ellos leyeron el oficio y aceptaron que esa práctica se

Los docentes consideran que sería factible e ideal, hacer transitar a los alumnos por situaciones de menor a mayor complejidad, por ejemplo iniciar con valoraciones de la mujer embarazada en consulta externa, posteriormente pasar a hospitalización, quirófano y urgencias, sin embargo en razón del número de campos y de los alumnos que tienen que rotar por los servicios, esto no es factible, no es posible resolverlo administrativamente hablando, no obstante esto, no deja de verse el campo de prácticas como un espacio en que cada situación y “cada momento se convierte en una oportunidad de aprendizaje”.¹⁷⁵

Un dato que también aparece, es la necesidad de que el docente de enseñanza clínica, sea una persona experta en el campo de la obstetricia¹⁷⁶, pues su mediación en la práctica justamente depende en gran medida, de mostrarle al alumno, la forma en que ha de intervenir en las diversas situaciones, este dato pudo cruzarse y corroborar también en las observaciones realizadas en el hospital, al cual hemos aludido anteriormente.

3.2. Aproximarse a la realidad en forma simulada y sin peligro.

Dentro de esta subcategoría, se reúnen todas aquellas actividades que la docente implementa en forma previa a las prácticas, en la idea de familiarizar al alumno con las situaciones que enfrentará en el campo de la obstetricia. Fundamentalmente caen dentro de éstas, las prácticas de laboratorio de enseñanza clínica y todas aquellas recomendaciones que la docente hace a los

realizara y si no pues que diga que no ¡y ya!, pero si aquí dice el oficio que es un grupo de tal semestre y que es para atención del parto, punto, o sea yo no tengo por qué andar negociando....” (Entrevista a docente, documento No. 19, cita 58)

¹⁷⁵ Código vivo, (Entrevista a docente, documento No. 19, cita 59)

¹⁷⁶ “... o trato de que en el aula, los alumnos recreen una realidad que se van a encontrar, por lo tanto.... bueno.....pero eso de que recrean, es porque tengo la experiencia, porque si me pregunta cuándo fue la última vez que atendiste un parto, yo digo, mi último parto lo atendí hace un mes...y no es algo que sea lejano a mi.....” (Entrevista a docente, documento No.19, cita 6)

alumnos, y que abarcan no sólo su intervención con la paciente^{177, 178} sino también la interacción con las enfermeras en servicio¹⁷⁹.

Pudo observarse, que en las prácticas de laboratorio la docente, invita a los alumnos a través de un interrogatorio, a incorporar los conocimientos de anatomía y de fisiología, que han estudiado en semestres previos¹⁸⁰, así como a tomar apuntes de algunos conceptos que considera básicos¹⁸¹.

¹⁷⁷ (La maestra) interroga a una alumna ¿cómo debe entregar una enfermera a la paciente que va a ingresar a labor?

Para analizar esto la maestra les plantea una situación hipotética, en la que una mujer va a consulta, y que después de su revisión es turnada a cirugía.

Una alumna simula la entrega de la paciente a otra enfermera que se la llevará en una camilla, inventando datos como nombre, edad, signos vitales, situación en que está, dolor, dilatación, borramiento en un 50%, etc. y que no ha iniciado trabajo de parto.

La supuesta enfermera (otra alumna) que recibe a la paciente, debe anotar los datos y verificar, y al realizar esto, la maestra le indica que casi escribe encima de la paciente, pues se recarga en el maniquí para hacer las anotaciones, situación que aprovecha la maestra para hablarles sobre el trato que es necesario darle a la paciente. Con esta corrección, hay risas de los alumnos. (Observación en laboratorio, documento No. 4, cita 12)

¹⁷⁸ (Maestra)...y le avisamos a la paciente,¡no sean parcos con la paciente!, pregunten si le dolió, o si está llorando..... a lo mejor ella es madre soltera, con estrés.... si no le hablamos y la tranquilizamos, le damos más estrés.... se le debe hablar en forma comedida, no tutear a la paciente, no son nuestros familiares, sólo cuando se ha establecido una confianza con ella, podemos tutearla..... (Observación en laboratorio, documento No. 4, cita 15)

¹⁷⁹ La maestra les comenta a sus alumnos que en hospital hay gente muy celosa, que todo les critica, por eso la práctica en laboratorio trata de corregir errores, evitando que ocurran allá.

M. "...hay gente muy quisquillosa, todo observan y me los pueden sacar del campo, hay que estar más seguros para hacer los procedimientos...." (Observación en laboratorio, documento No. 5, cita 7)

¹⁸⁰ Les explica la sutura que se requiere de acuerdo al tejido del útero y les interroga por que se emplea hilo de vinil o de seda, a lo que no responden los alumnos, en voz baja murmuran entre sí. M.-Porque se tienen vasos entrantes y se sutura con la de tres ceros.....¿qué sigue de la piel?

....los alumnos no responden

M.- el tejido adiposo ¿y después?

....tampoco responden

M. el músculo.... ¿el tejido sangra?

Los alumnos dudan sobre la respuesta, unos dicen que si otros dicen que no...

M.no,.... el que sangra es el músculo, porque está enervado...¿Cuándo cortamos el tejido qué debo tener cerca?

Los alumnos no contestan, se miran entre sí

M.... los separadores..... ¿y qué más?

Los alumnos nuevamente no saben la respuesta

M....la hemostasia... ustedes deben seguir la cirugía, y hacen hemostasia con sutura.... ¿y si tienes que sacar pronto el producto?¿la hemostasia sangra?....

En las prácticas de laboratorio, como se pudo observar, los alumnos son introducidos en la enseñanza de los siguientes aspectos: instrumentación de una cesárea, trabajo de parto, atención del parto, ejercicios para valorar el riesgo en el embarazo, maniobras de Leopold, medición de fondo uterino, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, tacto vaginal, pelvimetría, atención del recién nacido y psicoprofilaxis perinatal.

Estas actividades se llevan a cabo con el apoyo de maniqués y simuladores, así como con equipo e instrumental que existe en el laboratorio¹⁸². También los mismos alumnos(as), hacen las veces de modelos de intervención obstétrica¹⁸³, más aún cuando algunas de las alumnas atraviesan por un proceso de embarazo.

Los alumnos no contestan, no saben la respuesta

M ... acuérdense que detrás de una vena va una arteria, ¿la aponeurosis para qué sirve?

Como lo alumnos no contestan, la maestra continúa dando las respuestas a sus sucesivas preguntas, explica sobre las membranas del cuerpo, se pregunta y se responde, pues los alumnos no logran recordar nada. (Observación en laboratorio, documento No. 4, cita 8)

¹⁸¹ (Maestra)....."vamos a ver lo que es el trabajo de parto, van a sacar sus cuadernos y vamos a anotar algunos conceptos que quiero que se lleven...."

Los alumnos se dirigen a sus mochilas y sacan sus cuadernos, la maestra pide a un alumno que le ceda la silla, y toma asiento e inicia un dictado de definiciones.

Algunas alumnas se sientan en las camas más cercanas y otros se recargan en las camas a manera de una mesa, para tomar apuntes. (Observación en laboratorio, documento No.6, cita 3)

¹⁸²(Maestra) "... ¿qué tipos de presentaciones podemos tener?"

Se escuchan algunos murmullos, pero no lo suficientemente claro, pues los alumnos no están muy seguros de una respuesta certera. La maestra toma un modelo de pelvis y muestra las diversas formas en que se puede presentar el producto (pélvica, cefálica o transversa). (Observación en laboratorio, documento No. 6, cita 4)

¹⁸³ La maestra elige a la primera voluntaria.....

M... tú....

A... ¡Nó! ¡Yo no!.... yo ni siquiera quiero tener hijos,,, jodio a los niños!.....

M"..... mmmh.... espere que le dé la calentura y verá....."

Se trata de una alumna que tiene sobrepeso, situación que aprovecha la maestra para mencionarles, que cada paciente va a presentar características diversas, y que tienen que saber acomodar las pierneras de acuerdo a éstas, que no esperen que lleguen sólo pacientes delgadas cuyo acomodo resulta relativamente fácil.

No muy convencida, la alumna accede y se sienta en la silla de ruedas y la acercan al quirófano, se levanta y le piden que se acomode en el quirófano y que acomode las piernas, pues le van a ajustar las pierneras. La alumna se ruboriza por la posición que debe adoptar frente a sus compañeros.

M".... acuéstese señora, su cadera hasta abajo..." (Observación en laboratorio, documento No. 6, cita 13)

Forman parte también de esta aproximación a la realidad, los casos clínicos¹⁸⁴, los videos e imágenes tridimensionales, que ofrecen un panorama visual y táctil al alumno, así como ejercicios para aprender a suturar, que algunos maestros realizan con sus alumnos, empleando piezas de pollo.¹⁸⁵

Las observaciones realizadas en las prácticas de laboratorio, muestran como una característica reiterada, la demostración de los procedimientos y la solicitud al alumno de ejercitar tales procedimientos.¹⁸⁶

Mientras que en el relato de las entrevistas a los alumnos, las prácticas de laboratorio, no tienen una presencia fuerte, y si bien en la mayoría de los casos refirieron haberlas realizado, el enfrentamiento a la realidad con fines educativos,

¹⁸⁴ “... nosotros en el aula trabajamos a base de algunos casos clínicos, entonces en los casos clínicos hacemos la representación de un paciente, de una paciente una persona, de una mujer en trabajo de parto, ya sea con alguna complicación según sea el tema que estamos desarrollando y bueno después el alumno cuando ya está en la práctica, él ya relaciona, eso que se vio en el aula, o que trabajó de alguna manera en el aula, pues ahora lo puede ver y lo relaciona con la paciente directamente.” (Entrevista a docente, documento No. 21, cita 10)

¹⁸⁵ E. Antes de iniciar la práctica de obstetricia, ¿qué actividades realizó tu maestra para prepararlos para la práctica en campo clínico?
R. emmmh.....realizamos prácticas aquí en el laboratorio, ... este....con maniqués, nos enseñó a este.....llevamos una pieza de pollo para saber suturar, llevamos una pieza de pollo y nos enseñó a suturar, nos enseñó lo que le llaman sutura invisible que nada más le jalan un hilito y no les quedan cicatrices y este..... desde las suturas todas horribles que hacen los médicos, en cruces..... si nos enseñó la maestra, trató de explicarnos con maniqués, con acetatos, o sea...si , si trabajó en eso, como que nos preparó, esto es lo que les viene.... (Entrevista a alumna, documento No. 15, cita 25)

¹⁸⁶ Durante la observación de esta práctica, está presente de manera constante la demostración por parte de la maestra de enseñanza clínica, empleando para ello, instrumental quirúrgico y manipulación de modelos anatómicos y maniqués.

Una característica presente respecto al desarrollo de los contenidos, es que la maestra sigue la secuencia que presentan estos procesos en las situaciones reales en las que se lleva a cabo, la maestra interroga a los alumnos a lo largo de la práctica, en la idea de que ellos lleven la secuencia de tales procesos, no parece esperar que sepan todas las respuestas a sus preguntas planteadas, más bien su intención es mostrarles los procesos y recordarles algunas cosas que ya han visto en semestres anteriores, respecto al manejo de instrumental quirúrgico. (Observación en laboratorio, documento No. 4, Memo Anotación 4ª observación)

parece ser más contundente y superar toda expectativa de los alumnos y en algunos casos de los mismos docentes.¹⁸⁷

3.2 Relaciones que aparecen en el campo de prácticas: relaciones abusivas, relaciones de negociación, relaciones de amistad y vínculos afectivos

Desde la perspectiva de los alumnos y de los docentes, la relación enfermera – alumnos, se mueve entre dos extremos, aquellas enfermeras que propician su intervención en la práctica y aquellas que lo obstaculizan^{188, 189}.

En el primer caso, se menciona que algunas enfermeras comparten con los alumnos sus habilidades y su experiencia y que muestran una actitud de disposición a enseñar, aún cuando esto ocurra bajo una forma rígida y autoritaria “aquí las cosas se hacen así”, lo que parece indicar que las enfermeras son

¹⁸⁷ “... La maestra que teníamos, que nos dio gineco, es una enfermera ginecóloga y neonatóloga, entonces ella decía ok se los voy a dar así, pero la verdadera experiencia la van a tener en el hospital, y sí es cierto...muy cierto,.... yo creo que por eso no le dio tanta importancia a la teoría, en cierta forma..... sabía que la experiencia en la práctica era la que contaba, obviamente si retroalimentábamos, ella nos dio de antemano lectura de ultrasonido, nos dio muy buenas diapositivas, imágenes 3 d, lo actual para sacar el ultrasonido, todo eso....” (Entrevista a alumno, documento No.10, cita 16)

¹⁸⁸ “...el campo debe ser materno infantil, el campo debe pues tener una afluencia suficiente de personas que busquen atención y..... bueno, tener personal tanto médicos como enfermeras que estén de acuerdo, eeehh.... con la recepción de los alumnos y que estén sensibilizados para que les ayuden con el desarrollo de sus prácticas.....

No siempre nos sucede, a veces nos encontramos que las limitantes son más las enfermeras o las jefe de piso que no están muy de acuerdo con la enfermería obstétrica, esos serían los requisitos.... básicamente....” (Entrevista a docente, documento No. 21, cita 11)

¹⁸⁹ “... aquí podríamos dividir las, algunas que son muy buenas, que son un apoyo grandísimo y yo les digo a los alumnos, ustedes deben confiar, de aceptar de repente muchas cosas.... bueno no todas, pero si el consejo y el apoyo que les den las enfermeras de las áreas, porque ellas son las que están en las áreas y ellas tienen toda la experiencia, digo, también nos hemos encontrado del otro lado que no los quieren, ellos tampoco las quieren por supuesto, también aspectos donde a veces los alumnos las han rebasado, porque muchos de estos hospitales tienen enfermeras técnicas o auxiliares, y bueno fueron cambiando de categorías y niveles.....pero..... si he tenido situaciones donde los alumnos han rebasado los niveles, y otras donde ellas han sido buenísimas, y un apoyo grande, porque ellas también les inculcan, oye tienen que llegar temprano, porque tú eres parte del trabajo con nosotros.....” (Entrevista a docente, documento No. 21, cita 24)

elementos altamente reproductores de las formas de trabajo de los hospitales y de la manera de hacer las cosas, en el que no tiene cabida el cuestionamiento.

En el extremo opuesto, se mencionan las actitudes de rechazo que no permiten que los alumnos realicen ciertos procedimientos, sobre todo los que usualmente realizan los residentes y los médicos obstetras, pues consideran que no les corresponde a ellos hacerlo.

También hemos de mencionar, que son referidas algunas formas de relación abusivas¹⁹⁰, en las que se le delega a los alumnos una gran cantidad de actividades rutinarias del ámbito hospitalario, o bien concesiones, donde a los alumnos se les permite hacer algo a cambio de otras cosas, por ejemplo la compra de refrescos y el pago de algún alimento.

También fueron referidas, en algunos relatos de docente y alumnos la existencia de relaciones amistosas¹⁹¹ y emotivas entre el grupo de alumnas de la LEO, que suelen ser mayoritariamente mujeres y el grupo de residentes que suelen ser mayoritariamente hombres.

5.2.4 Categoría de análisis 4. Ser enfermera obstetra

Hablar de las competencias de la enfermera obstetra, conlleva además de un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, una forma de ser, una cierta

¹⁹⁰ “.... a mi me cae mal que.... que... me cae muy mal y no lo comento, como que esas relaciones de de abuso... así como de “ hoy tu atendiste el parto y a ti te toca el desayuno, te toca pagar las cocas”, o te tocas esto.... o sea no.... “

E... o sea tu tuviste la oportunidad y ahora te toca pagar ¿a cambio?.....

R.....y por ejemplo ese tipo de relaciones son las que se forman y no me gustan, porque como que parecíamos mendigos de algo la enfermería, y no lo somos porque el campo clínico aceptó tenernos ...” (Entrevista a docente, documento No.19, cita 34 y 35)

¹⁹¹ “..... a veces se hacen muy muy amigos de.... de los médicos, de los residentes, y claro eso a nosotros nos favorece hasta cierto punto, porque ellos son los que de repente les dan la apertura, con las enfermeras, normalmente..... se llevan bien... eeeh..... y en general no tenemos problema, yo en el tiempo que he estado aquí en docencia, me he encontrado con pocas enfermeras que no quieran a los alumnos tajantemente y pocos alumnos que hayan tenido problemas con enfermería o con los médicos, normalmente es la aceptación...” (entrevista a docente, documento No.21, cita 25)

identidad en la que subyace una forma de concebirse a sí mismas y una forma de concebir aquello que realizan.

En el problema que nos ocupa en esta investigación, nos percatamos que no existe un modelo consistente de lo que es la enfermera obstetra, pues en la práctica en los escenarios de enseñanza y de aprendizaje, la actividad la realizan preponderantemente los médicos y los residentes, los cuales aparecen como un referente escindido para los alumnos, pues si bien atienden los partos y poseen los conocimientos necesarios para ello, les queda claro a los alumnos que no son enfermeros.

Por su parte las docentes de enfermería aportan en mayor o en menor medida ciertos elementos que contribuyen a perfilar la figura de la enfermera obstetra, que tiende a alejarse de la figura del médico obstetra y se acerca en parte a la de la partera, en la que existe un trabajo más cercano a la paciente, pero que supone un trabajo que idealmente se desempeñaría más en un contexto comunitario que hospitalario.

La figura de la partera, es una figura ancestral¹⁹², anterior a toda formación formal de profesionales, también es denominada matrona, actividad que tradicionalmente y aún en la actualidad, realiza una persona de género femenino, la cuál es instruida generacionalmente, es decir es habilitada en forma empírica a través de las enseñanzas que transmite la abuela o la madre a la hija, aspecto este último que nos interroga si la enseñanza de la enfermería obstétrica es un asunto cultural de género.

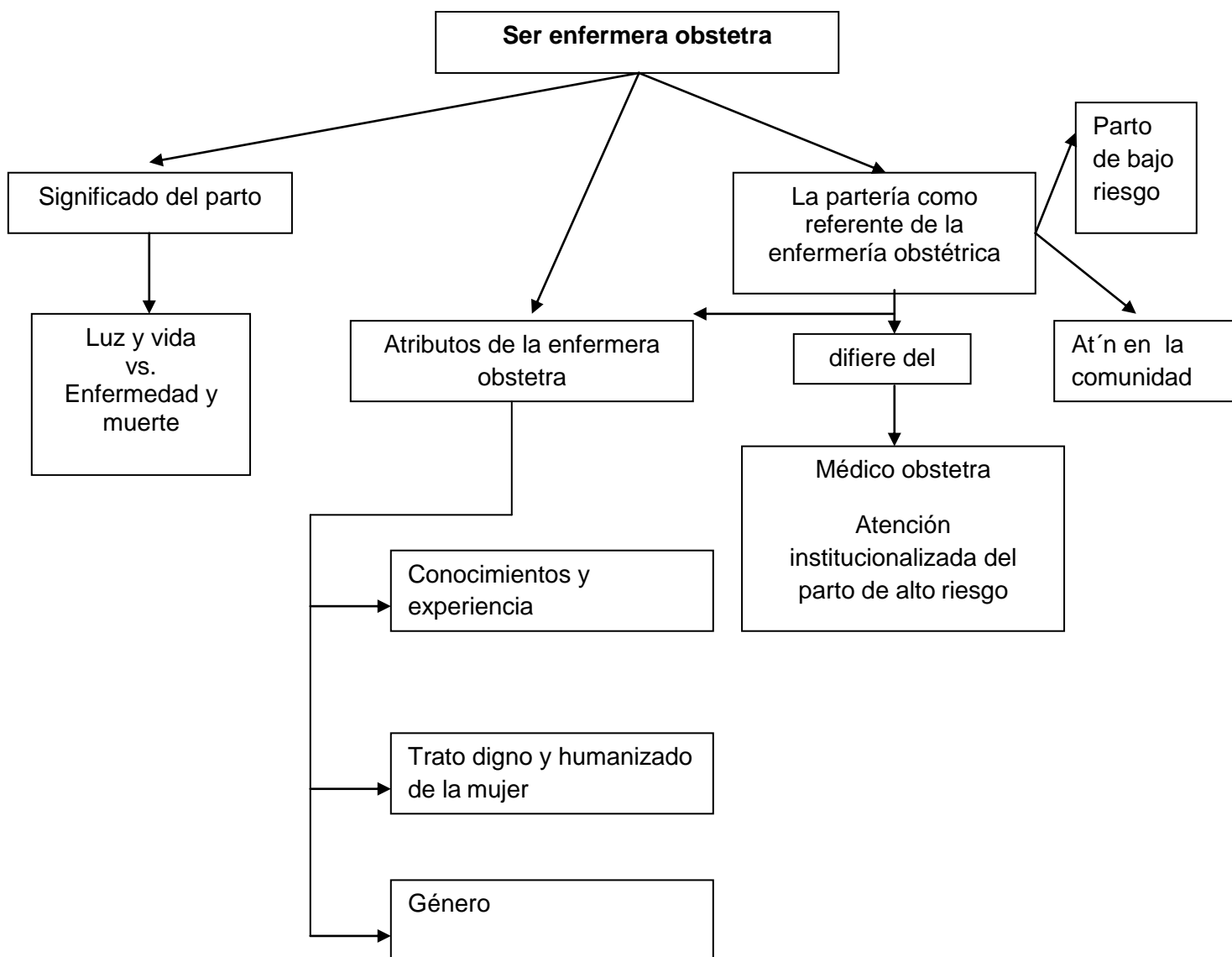
Paralelamente, requerimos recuperar el significado mismo que se le confiere al parto, como acontecimiento culminador de un proceso que se estudia y que inicia desde el momento en que se concibe la vida de un nuevo ser, hasta el momento en que nace.

¹⁹² COLLIÉRE, Marie Françoise (1993). *Op. Cit.* p. 6 y ss.

A partir de los relatos recuperados sobre estos aspectos, esta categoría “ser enfermera obstetra”, abre a las siguientes subcategorías:

- Significado del parto, luz y vida vs enfermedad y muerte
- Ser enfermera obstetra ¿un asunto de género? atributos: conocimientos, experiencia y humanismo
- Enfermera obstétrica vs médico obstetra
- La partería como referente de la enfermería obstétrica

Categoría de análisis 4



4.1 Significado del parto. Luz y vida vs enfermedad y muerte

El parto no se considera un problema de salud, sino un proceso que es parte del ciclo mismo de la vida, en el que tiene lugar la reproducción humana y encierra un significado espiritual y mágico, pues el momento del nacimiento está asociado con la alegría y la esperanza, contrario a lo que se experimenta por ejemplo, en una

sala de terapia intensiva, en el que los pacientes, están ante el riesgo de la muerte. Muerte y vida son los opuestos y el nacimiento está del lado de la vida.

El nacimiento de un nuevo ser, dentro del cuerpo de conocimientos que transmiten las docentes a sus alumnos, está impregnado de una connotación de misticismo y de cierta magia, pues ante el suceso del nacimiento, las enfermeras no se enfrentan a la enfermedad, sino al surgimiento de la vida misma.

Aparece además, la idea de que querer ser obstetra es una cuestión “de gusto” y de “vocación”, estableciendo un vínculo afectivo con la actividad que se realiza, por lo que si bien no se espera que todos los alumnos queden cautivados por este campo de conocimientos, ni quieran dedicarse todos en el futuro a ello, se parte de la idea de que quien decida dedicarse a ello, lo haga “con gusto”, y que ello se refleje en la procuración de una atención que se centre más en las necesidades integrales de la paciente, que en el mero cumplimiento de las rutinas que disponen las instituciones de salud, las cuales pueden incluso contravenir las necesidades de la misma mujer¹⁹³.

4.2 Ser enfermera obstetra ¿un asunto de género? Atributos: conocimientos, experiencia y humanismo

En el relato de las docentes, subyace una concepción de la enfermería obstétrica, fuertemente signada por el elemento de género, que permea las dimensiones del

¹⁹³ Lo que pasa normalmente en las instituciones es que en lugar de ayudar, se distocia [significa que se complica, se vuelve un parto difícil] o se hace de manera inadecuada una situación y se complica, entonces algo que era normal..... si tú acuestas a una mujer en una cama en lugar en lo que su fisiología dice que tiene que ser de manera vertical, si ella quiere caminar, y ella quiere estar sentada o en cuclillas, fisiológicamente su organismo se lo está pidiendo, pero si en una institución por rutina la acuesta..... pues eso va a hacer que el trabajo de parto..... entonces si tú la pones de lado, esas contracciones van a ser más intensas que es lo que tú quieres, para que se borre y se dilate el cuello del útero y esto puede hacer que nazca mucho más fácil, ¿aja?....pero cuando la metes a una institución, entonces tú la limitas.....

(Entrevista a docente, documento No. 22, cita 3)

conocimiento de quien ejerce la profesión, de quien la enseña y de quien vive el proceso mismo de embarazo y parto¹⁹⁴.

De tal manera, que se considera que la obstetricia debe ser enseñada por una enfermera¹⁹⁵, tanto por el hecho de formarla desde la disciplina de la enfermería¹⁹⁶, como por el hecho mismo de poseer la condición social de género femenino, que conlleva una visión distinta a la del género masculino¹⁹⁷.

¹⁹⁴“..... yo creo que la enfermera obstetra debe tener esa sensibilidad de sentirse como parte también de ese proceso que está pasando la mujer, soy mujer, me puedo embarazar o está embarazada, o está en trabajo de parto y cómo la puedo ayudar, de ser amable con la gente, de ser empático, porque nosotros hablamos a veces mucho de la persona y de la enfermera, y se nos olvida esta cuestión de señora buenos días o señora Mirna, Bertha o como se llame, ¿cómo amaneció? ¿Cómo se siente? ¿cómo está su bebé? o ¿dónde está su bebé ? y todas estas cuestiones, yo creo que deben ser muchos los atributos que debe tener la enfermera, y pues muchos los conocimientos y por supuesto muchísima la práctica que debe tener la habilidad y la destreza, incluso para defenderse a veces de otros profesionales de la salud, ¿no? por ejemplo el médico o como el de laboratorio, o como cualquier otro personaje que de repente se acerca a nosotros y nos pregunta quiénes somos o qué estamos haciendo....” (Entrevista a docente, documento No.21, cita 3)

¹⁹⁵ .”....yo creo que... varias cosas.... entre ellas, debe de..... yo creo que es importante que quien enseñe..... sea una enfermera,... o sea no podemos pedirle a la enfermera aprenda del médico porque si aprende de un médico entonces aprende otras cosas, o sea yo creo....¿qué se requiere? pues que quien enseñe sea una enfermera experta....” (Entrevista a docente, documento 19, cita 3)

¹⁹⁶ “.... a mí me gustaba mucho pasar por un servicio de enfermería materno infantil, enfermeras perinatales hospitalarias,... y aunque no me dieran ningún otros servicios, pero que todos mis alumnos pasaran por allí, era más que suficiente, porque ellas daban la vigilancia del embarazo pero con este enfoque disciplinario , con esa parte del cuidado de la persona, no nada más el valorarle su condición de embarazada, sino todos los aspectos culturales y sociales que están alrededor de ello, entonces esa parte era muy importante, pero nuevamente de lo que platicábamos antes, un escenario donde no hay enfermeras, que den el cuidado integral a la mujer en trabajo de parto y en el nacimiento, pues difícilmente van ellas a llevarse esa concepción de la enfermería materno infantil, como debe de ser, porque ellas están aprendiendo la obstetricia desde otra disciplina, pero desafortunadamente tenemos pocas enfermeras perinatales en servicio..... como que es una actividad que le hadado exclusividad al personal médico y que otra vez, retomando la historia pues es algo que nosotras hacíamos y que debemos seguir conservando.....” (Entrevista a docente, documento No 20, cita 24)

¹⁹⁷ Este aspecto se observa muy claramente en la enfermería perinatal, especialidad de enfermería que no acepta el ingreso de enfermeros varones.

Entre los argumentos expuestos, se destaca que el médico ve el proceso de embarazo, parto y puerperio, desde una perspectiva médica preponderantemente biologicista, y desde su condición de género masculino, que difiere de la visión de la enfermería que destaca el reconocimiento de la integralidad de la paciente y visualiza a la mujer, además de su circunstancia biológica, reconociendo su condición social de género.

“No se puede enseñar la enfermería obstétrica, si no se es enfermera”, esto parece implicar una doble condición, que la obstetricia no puede ser enseñada de la misma forma por el médico obstetra que por la enfermera obstetra, pero no sólo porque el referente profesional sea distinto, pues mientras el médico se ocupa de la salud y la enfermedad, la enfermera se ocupa de los cuidados, sino porque además el ejercicio de cada una de estas profesiones, está impregnado del significado de una práctica social que implica realizar dichas actividades, desde posiciones profesionales con status sociales distintos, además del estatus social que confiere la condición misma de género.

El lugar que ocupan médicos y enfermeras en el campo del ejercicio profesional, es socialmente muy distinto, aspecto al que ya hemos aludido en la primera categoría de análisis, además de que socialmente, desde la percepción de los mismos pacientes, son percibidos e identificados con una diferenciación, que nuevamente impregna la jerarquía social, en la que el médico es superior a la enfermera.

El reconocimiento social, es un aspecto que las docentes de obstetricia destacan, relatando que para la población en general, quién obtiene reconocimiento y todo el beneplácito son los médicos¹⁹⁸, mientras que las enfermeras, quedan al margen

¹⁹⁸ “...cuando la gente te ve no te dice enfermera te dice doctora y yo les digo no soy doctora soy enfermera, ¡ah bueno! pero casi es doctora ¿sí?..... (risas) **como que pareciera que ser enfermera es menos que ser médica**, entonces en ese sentido yo creo que es algo cultural, es algo socialmente aprendido y se tiene que desaprender y el reconocimiento de las enfermeras pues..... tarde o temprano va a llegar, como sucedió en otros países como Estados Unidos ¿no?, pero eso tiene que empezar con nosotros mismos, o sea..... el que tu sepas y le des valor a lo que haces, le des valor a tu trabajo, porque si no pues nadie se lo va a dar...”
(Entrevista a docente, documento No. 22, cita 20, las negritas son mías)

de los reconocimientos sociales, aún cuando hayan proporcionado muy buenos cuidados a la paciente¹⁹⁹.

Ser enfermera obstetra, también se vincula con procesos de identificación con las mujeres que atraviesan por procesos de embarazo, en tanto las docentes han vivido dicho proceso o en algún momento es posible que decidan vivirlo, mientras que un médico jamás tendrá un parto, podrá ocuparse de los partos, pero no podrá experimentar uno, por lo tanto no puede asumir el significado y la perspectiva que le confiere la mujer, siempre verá el embarazo y el parto desde su condición social de género masculino, o bien desde su perspectiva como médico.

4.3 La enfermera obstetra vs el médico obstetra

En tanto la práctica profesional de la enfermera obstetra, no constituye un campo de ejercicio claramente instituido en los hospitales, pues como hemos mencionado antes, es una actividad que comúnmente realizan los médicos y los residentes, no obstante que ellos mismos son los que instruyen a los alumnos de la LEO, las docentes expusieron argumentos cuando se les interrogó sobre las diferencias que existen entre un médico obstetra y una enfermera obstetra.

El argumento que se mencionó en todos los casos y que bajo diferentes formas fue sostenido, es el que tiene que ver con *la relación que se establece con la paciente, en términos de trato*, así como de la intervención clínica.

¹⁹⁹“... lo que pasa es que socialmente y culturalmente en nuestro país, eh... la enfermera... o sea no se le relaciona digamos con,... tu puedes dar un buen cuidado, un excelente cuidado como obstetra y generalmente los beneplácitos o las felicitaciones se las lleva el médico, o sea haz de cuenta... si un médico llega y atiende ¡ay gracias doctor! casi casi le agradece como si él hubiera hecho todo, cuando en verdad hiciste todo tu como mamá que pariste, cuando lo atiende una enfermera, haz de cuenta.....como que la gratificación no es la misma...” (Entrevista a docente, documento No.22, cita 19)

Con respecto al trato, se argumenta que las enfermeras promueven un trato “digno”, “humanizado”²⁰⁰, característica que suele estar asociada a la vocación y al conocimiento que ha de tener la enfermera.²⁰¹

Clínicamente hablando, se habla que la enfermera obstetra es formada, para proporcionar *un trato integral*,²⁰² es decir, no sólo atiende la esfera biológica, sino que atienden la esfera psicológica y social de la mujer, así como aspectos que tienen que ver con una educación de la mujer, sobre el proceso mismo del embarazo y con los cuidados que requieren ella y su hijo, después del parto²⁰³,

²⁰⁰“ La parte humanista la parte humanista.....no con eso quiero decir que haya..... todos los médicos sean así tan..... tan falta de calidez, ¿no? pero yo creo que dentro de su formación que ellos tienen, pues ellos tienen una parte disciplinar muy específica que es esta parte de la curación, donde solamente revisan aspectos anatómicos, biológicos y fisiológicos, pero ya en la otra parte, pues eso ya nadie lo ve, eso tal vez no forma parte de su competencia pero si de la enfermería, la enfermera tiene que tener esos elementos humanistas porque la enfermería en su parte disciplinar pues es lo que tiene que hacer ¿no?, independientemente de que sea un obstetra, o de que sea un adulto mayor o de que sea un niño, la enfermera tiene que tener esos elementos humanistas, esos elementos que le van a dar una atención más integral, pero al mismo tiempo de más calidad yo creo que eso hace la diferencia.....” (Entrevista a docente, documento No. 20, cita 33)

²⁰¹ “...Yo creo que las otras cosas que así como de repente se habla ¿no? eso de sentido humanitario.... y demás , yo creo que esas son..... secundarias, si la persona conoce su... conoce su espacio de trabajo... lo que está haciendo, porque no haría algo..... esa parte de tratar mal a las mujeres en el área obstétrica,..... se da cuando alguien es ignorante, se es ignorante y se cometen muchas faltas de respeto a la persona, yo creo que un profesional que tiene conocimiento, no comete esas faltas tan graves como las que se habla, esa parte del género y esa parte de la deshumanización de la atención de la mujer..... yo creo que no es otra cosa que falta de conocimiento, por lo tanto yo digo que si tiene conocimiento, no comete esas faltas...” (Entrevista a docente, documento No. 19, cita 2).

²⁰² “... la enfermera obstétrica ve de manera integral a la persona, el médico sólo se enfoca lo que propiamente es la parte obstétrica, y nosotros tenemos más cercanía con la persona usuaria, la miramos, la observamos, la tocamos, cosas que tienen que ver con aspectos de satisfacción, con la calidad, es darle un trato digno, es darle un trato personalizado, y el médico está 5 minutos, a veces ni la ve a los ojos, no la escucha, solamente anota y anota, entonces.....nosotros como no..... nosotros nos acercamos, la escuchamos, la miramos, le damos su lugar pues..... le damos su espacio, entonces yo creo que en ese sentido pues..... siento que..... hay diferencias en cuanto a la atención que es más integral y la otra es una atención más..... específica.... como impersonal.....” (Entrevista a docente, documento, No. 20, cita 18)

²⁰³ “..... yo he visto incluso mujeres ginecólogas mujeres, que le dan un trato a las pacientes que... ¡híjole de veras dan ganas de llorar! y de pegarles casi casi en el servicio, donde están

²⁰⁴, mientras que el médico focaliza su atención en los problemas obstétricos de la paciente y concluye su trabajo.

Otro aspecto que aparece claramente es el que refiere que la enfermera ha de atender el embarazo y parto de bajo riesgo²⁰⁵ y el médico obstetra el embarazo y parto de alto riesgo, pues ello supone la presencia de ciertas patologías. Este aspecto supone por consiguiente, que la enfermera ha de poseer conocimientos que permitan hacer una buena toma de decisiones y poseer un juicio crítico²⁰⁶.

manejando a las pacientes, desde la forma en que les hacen el tacto, cómo les gritan, las insultan, entonces.... este....de verdad es algo que impacta mucho, a los alumnos les impacta mucho más, más que incluso la cuestión misma del nacimiento, el manejo que luego tienen los médicos, desde luego no puedo generalizar, por supuesto hay unos que son muy buenos, muy humanos, que igual ven a la mujer como otra persona y la tratan bien,pero no deja de ser ese trato ¿cómo estás? mira te voy a dar tus medicamentos y te vas a tu casa y luego nos vemos en 8 días para tu revisión, a cuando uno está con ellas, y mire esta es su solución se la voy a quitar, le voy a picar, le va a doler, tiene hinchados los pies le vamos a dar un masaje, o le voy a poner unas vendas, todos esos cuidados que uno le da y que el médico no..." (Entrevista a docente, documento No.21, cita 35)

²⁰⁴ "... el médico le pone en la hojita vendaje compresivo en los miembros inferiores y se da la media vuelta y se va, y a la señora nada más le dice te voy a dar tus medicamentos, estás muy bien, te espero en 8 días y se va....y a la mejor la trato muy bien, le habló muy amablemente, pero no ve nada más y la enfermera no, porque finalmente ella tendrá que ver esas otras necesidades y cuidados, desde enseñarle cómo cargar a su bebé, cómo le va a dar la lactancia, cómo lo va a bañar, de consejería de planificación familiar, si va a usar un método o no lo va a usar, de respetarle si sí o si no, que bueno en los hospitales no siempre sucede..... que es más el consentimiento obligado." (Entrevista a docente, documento No.21 cita 36)

²⁰⁵ " A la enfermera le corresponde atender el embarazo, parto puerperio y recién nacido de bajo riesgo, como que es obvio que si al médico le enseñan a hacer cirugías, cesáreas, es obvio que no le interesa atender los partos de bajo riesgo, pero además como dice el proverbio chino, una mosca no la matas con un cañón, por lo tanto un embarazo de bajo riesgo, un parto de bajo riesgo, ¿para que quieres a un personal que está preparado para cirugías?, él que resuelva lo de alto riesgo....." (Entrevista a docente, documento No.19, cita 44)

²⁰⁶ "...Yo creo que debe tener... ser capaz de tener un juicio crítico, ... a mi me parece que es uno de los elementos más importantes, porque debe ser resolutiva, debe tomar decisiones, este.... en cualquier momento que veamos a una mujer embarazada, debe tomar decisiones, por lo tanto debe ser uno de sus atributos, a mi me parece el más importante... ehmmm... Por supuesto eso implica que tenga conocimiento y dominio del conocimiento no.... no.....parcelas de conocimiento, o sea que tenga un conocimiento amplio,total..." (Entrevista a docente, documento No. 19, cita 1).

El embarazo cuando transita por un proceso “normal”, es considerado un proceso natural de la vida, no una enfermedad. En este sentido, se estaría reafirmando que la enfermera atiende un proceso de salud y el médico por el contrario, atiende un proceso de enfermedad, que puede volverse además muy complejo y asociarse con otros trastornos que posee la persona.

4.4 La Partería como referente de la enfermera obstetra

Las docentes hicieron referencia a algunas estrategias que han derivado de las políticas de salud, que de alguna forma, han tratado de resolver el problema de la atención materno infantil, delegando en la enfermera actividades que desarrollarían en el contexto de las comunidades,²⁰⁷ aspecto que por ahora no ha logrado consolidarse, entre otras razones, por falta de un número suficiente de recursos humanos con esta formación.

Estas políticas e iniciativas parecen apuntar, a una recuperación de las enfermeras obstetras, de este espacio de intervención y que implicaría un trabajo de intervención, más bien en contextos comunitarios y no hospitalarios.

En este sentido, la partería aparece como un referente de lo que significa ser enfermera obstetra, aspecto que algunos docentes entrevistados, han practicado como una forma de ejercicio libre,²⁰⁸ en el que prevalece una relación más

²⁰⁷ ...la estrategia de extensión de cobertura empezó por la OPS, fue una recomendación de la OPS, en 1990..... inició 1990.... 91..... bueno....tiene la justificación de la estrategia de, bueno se llamó así, estrategia de cobertura, hoy tiene otros nombres.....por ejemplo es lo de IMSS Solidaridad, ha ido cambiando, pero en esencia empezó así, como estrategia de extensión de cobertura, y.... y a mí me parece.... yo digo que las enfermeras vamos un paso atrás, siempre, no sé por qué, porque cuando fue la estrategia, estaba la planeación y a quién mandamos? a las enfermeras.... o sea yo estuve trabajando dos años en eso y este.... y había un jefe jurisdiccional y era médico, pero..... lo que el médico hacía era recibir los informes, y el estaba en la jurisdicción, en el espacio de trabajo, no había médico, es más a mi me tocaba supervisar al médico en las campañas de vacunación.....

El espacio de trabajo era tal,.... pero ¿qué fue lo que ocurrió? que las enfermeras no quisieron irse a trabajar a comunidad..... (QU 19:48) (Entrevista a docente, documento No.19, cita 48)

²⁰⁸ E.” ¿usted ha ejercido libremente maestra?

estrecha con la paciente y un trabajo más fuerte de orientación y educación de la mujer, para un cuidado propio y del recién nacido.

La partería, como ya hemos mencionado antes, surge como una práctica de carácter empírico, sobre la que instruye la generación adulta a quien eventualmente se ocupará de tal ejercicio,²⁰⁹ es un conocimiento y un conjunto de

R. Mjm, tuvimos un consultorio de enfermería, pues dábamos todo la consultoría prenatal, la consulta del control del niño sano y cursos psicoprofilácticos, en algún momento también estuvimos atendiendo partos en el hogar, de esas mismas mujeres de las que tuvimos un control, algunas de ellas decidían tener su nacimiento en el hogar con nosotros y pues es una experiencia muy bonita, y entonces es lo que también les vendemos a los chicos.... Es una actividad muy gratificante, es una actividad muy bonita, pero es una actividad que merece todo el respeto de las enfermeras y también requiere todo una serie de conocimientos, porque cuando somos estudiantes y estamos en el hospital, hay alguien que siempre nos va a respaldar, un profesor, o están las enfermeras o están los médicos,.....pero cuando uno lo hace sólo ya en un ejercicio libre, pues es uno sólo y la responsabilidad recae en él y la responsabilidad es a base del conocimiento que nos respalda para poder dar toda una consultoría, y la gente nos busca mucho, por esa cuestión del bebé, la afinidad del mismo sexo y por la característica de Enfermería que tiene esa parte de más humanización más de sensibilización, más de orientación.....” (Entrevista a docente, documento No. 20, cita 12)

²⁰⁹ “... Pero además las parteras... yo creo que las parteras son un recurso importante, yo no estoy peleada con las parteras.... siempre platico mi experiencia con las parteras..... yo llegué un día a mi comunidad, y.... claro llegué así como... como le dije que llegan mis estudiantes después de atender 5 partos, se creen expertos, yo me creía experta llegué y le dije a la partera, vengo a capacitar a la partera, porque esa era mi encomienda y me dijo “¡ah! sí está muy bien”..... ¡claro era muy muy joven yo! y me dijo “está muy bien, siéntate en esa sillita y si tienes alguna duda me preguntas.....

.....Y yo dije, creo que no me entendió, claro si esta es una zona rural que hablan tarasco, en mi español ha de ser tan buen español que no entiende esta señora.... (risas) y entonces yo dije “no.... no me entendió, creo que no me entendió bien” y yo dije “yo la vine a capacitar, si..... ¡ay no!, esta señora no me entiende, ¡ay no!, no puede ser que esta señora ¿que no entiende?” y después de algunos días le pregunté, ella se llama Esther.... y

- “Esther ¿y desde cuando es partera?”
- Desde que tenía 13 años....y tiene 60.....
-y Esther y ¿por qué te hiciste partera?,
-pues porque la que estaba teniendo un bebé era mi mamá, y mi mamá era la partera, pero la partera no podía atender su propio parto, y se me murió mi mamá en el parto y desde entonces atiendo partos aquí.....
- ¿y se te ha muerto alguna otra mamá?
- No... nunca se me ha muerto, porque si se me muere una mamá aquí me matan primero, porque así se resuelven las cosas en la comunidad, por lo tanto nunca se me ha muerto una mamá, ni ningún niño en los 50 años que tengo atendiendo partos..... ahora dime ¿en qué me quieres capacitar tú?.....
-pues ¿qué puedo yo enseñarle?”

(Entrevista a docente, documento No. 19, cita 49)

habilidades, que se transmite en forma oral y de manera empírica, de manera que generalmente la partera enseña a la hija, o la abuela a la nieta. La partera es un personaje que identifica claramente una comunidad determinada, a la que se le solicitan sus servicios y en quién confían, los miembros de esa comunidad.

Capítulo VI. Análisis y discusión de los datos.

En el capítulo anterior, se mostraron los datos encontrados en las observaciones y entrevistas a alumnos y docentes, a partir de la estructuración de cuatro categorías de análisis centrales:

- El hospital como escenario de E-A de las competencias obstétricas
- la práctica supervisada
- la mediación docente y
- ser enfermera obstetra.

Estas categorías y sus correspondientes subcategorías derivadas, permiten ubicar y comprender los elementos que participan en el proceso a través del cual, el alumno de la LEO, inicia la construcción de las competencias obstétricas. Proceso a partir del cual tienen un acercamiento e incorporación con los conocimientos, las habilidades y las actitudes que conforman las competencias obstétricas de enfermería, iniciando dicho proceso en las aulas y los laboratorios escolares y participando posteriormente en los espacios hospitalarios de práctica, que los ponen en contacto con una gama de situaciones y experiencias que comúnmente acompañan la atención hospitalaria que se proporciona a las pacientes que atraviesan por los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Cada una de estas categorías, comprende una gama de aspectos que tienen lugar en dicho proceso, queremos ahora derivar del análisis y de la descripción de los datos, una comprensión de los mismos.

6.1. El hospital como escenario de E-A de las competencias obstétricas. Un espacio estructurado y estructurante.

Los hospitales como escenarios de prácticas de obstetricia, si bien ofrecen situaciones reales y diversas que posibilitan que el alumno se incorpore a un ejercicio profesional, y pueda ir ejercitando procedimientos dentro de una gama de

distintas situaciones, que poco a poco le permiten ir ganando y consolidando conocimientos, experiencia y seguridad que requieren las competencias obstétricas, esta incorporación los coloca ante un fuerte proceso de socialización secundaria dentro de una comunidad de práctica, que vive y ostenta una manera de hacer las cosas y de pensarlas²¹².

De manera que los alumnos aprenden no sólo una manera de hacer las cosas de acuerdo a la forma en que lo estipula el entorno institucional, que recupera los conocimientos que son necesarios para ello, sino que también incorporan la connotación social que está implícita en este saber y en este hacer.

Philip Elliot²¹³, quien realizó estudios sociológicos de las profesiones, considera que los profesionales, constituyen grupos sociales únicos, diferenciados del resto de la sociedad que se caracterizan por una cultura y unos patrones de comportamiento distintos. La autonomía permitida al profesional individual en su vida laboral sugiere que necesita aprender las técnicas prácticas y los requisitos normativos del ejercicio profesional, antes de empezar de hecho a trabajar con los clientes. La socialización normativa del profesional es particularmente necesaria, según este argumento para proteger al cliente del uso indebido de la autoridad profesional.

²¹² “La socialización secundaria es la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan, pues por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento.....la distribución social del “conocimiento especializado”, que surge como resultado de la división del trabajo y cuyos “portadores” se definen institucionalmente.....la socialización secundaria es la adquisición del conocimiento específico de “roles”, estando éstos arraigados directa o indirectamente arraigados en la división del trabajo....”

BERGER, Peter L. y Thomas LUCKMANN. (2003). **La construcción social de la realidad**. Buenos Aires, Amorrortu editores, p. 172.

²¹³ ELLIOT, Philip. (1975). **Sociología de las profesiones**. Madrid, Tecnos. p.82.

Esta socialización que los incorpora a una cultura de la profesión, les da elementos para que sepan enfrentar entre otras cosas, situaciones tabú, como son la desnudez, la muerte, el aborto, el embarazo en las adolescentes, etc.²¹⁴

La comunidad de práctica que está presente en los hospitales, está estructurada en forma jerárquica y las actividades que cubre cada quien, están claramente diferenciadas y asignadas de acuerdo a su jerarquía y nivel, donde como hemos mencionada con anterioridad, la atención del parto la realizan los médicos y las enfermeras los asisten.

Dentro de este escenario, la intervención del alumno de la LEO, se ubica en una situación intermedia, pues su práctica requiere la atención de la mujer embarazada, antes, durante y después del parto, así como el cuidado al recién nacido, actividades que al interior de las instituciones hospitalarias, están asignadas unas al médico y los residentes y otras a las enfermeras, lo cual rompe con los esquemas institucionales establecidos, de ahí la enorme dificultad que enfrentan los alumnos para que se les autorice su intervención como enfermeros obstetras y puedan eventualmente adquirir la competencia profesional en el campo obstétrico.

Este nuevo rol que se espera desempeñe el LEO, causa disonancia en un contexto hospitalario que se ha caracterizado en su historia, por ser un espacio con lugares y roles asignados de manera asimétrica, además de ser un espacio por demás estructurado y estructurante, en el que hay poco lugar para la flexibilidad y la innovación.

En el pasado la formación de la enfermería, estuvo vinculada a internados²¹⁵, es decir instituciones totales, en los que el control de la conducta fuera de los

²¹⁴ Algunos de estos aspectos pueden apreciarse en los relatos de entrevistas a alumnos como es el caso de la Entrevista a alumno, documento No.11, cita 20, en el que un alumno refiere la impresión que le causa atender el embarazo de una niña, y la Entrevista a alumna, documento No. 14, cita 18, en la que una alumna refiere sus intentos por persuadir a una joven, de una interrupción legal de embarazo.

horarios de clase estaba presente, semejante a lo que ocurre en la disciplina militar, en la cual todos los aspectos de la vida de una persona, están sujetos a escrutinio (la limpieza, el arreglo personal etc.) y donde la obediencia es vista como una virtud²¹⁶.

Este aspecto parece estar explicando la renuencia de las enfermeras técnicas para permitir que los alumnos desempeñen determinadas actividades con las pacientes embarazadas. En la práctica de obstetricia, el personal técnico de enfermería, se erige como el principal portador y reproductor de los significados instituidos en el ámbito hospitalario, y aún cuando existe una clara definición de los propósitos que se persiguen con la práctica de Obstetricia²¹⁷, aparecen obstáculos que impiden la atención de los partos por parte de los alumnos de la LEO, pues rompe con la estructura y el modus operandi establecido en el espacio hospitalario.

Las expectativas planteadas por los docentes de obstetricia hacia sus alumnos, de manera explícita, por ejemplo la atención de un número determinado de partos y la asignación de calificaciones en función de ello, acelera por parte de los alumnos dentro de este proceso de socialización, una negociación con los médicos, de manera que sea posible cumplir con los propósitos de la práctica de obstetricia, en el tiempo establecido para la misma. No obstante, también hemos

²¹⁵ COLLIÉRE, Marie F. señala que el proceso de profesionalización de la enfermería, se construye alrededor del rol de la enfermera y no del conocimiento que debe ser aprendido "...al contrario de lo que ocurre en otras escuelas profesionales- Escuelas o Facultades de Medicina, Escuela de Química, Escuelas de Artes y Oficios- las escuelas que preparan para la práctica de enfermería son Escuelas <<de enfermeras>>. Esta denominación hace aparecer como lugares donde van a aprender a convertirse en <<la enfermera>>. Además, no se va a las escuelas <<de enfermeras>> como se va a la facultad, o a tal instituto de formación profesional, sino que se ingresa como se ingresa a un convento..." COLLIÉRE, Marie F. (1993). *Op. Cit.*, p. 94.

²¹⁶ COHEN, Helen A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona, Grijalbo. p. 99

²¹⁷ Véanse los casos de las entrevistas a alumnos: documento 14, cita 2,3, documento 15, cita 5, documento 17, cita 6.

de reconocer que los diversos campos clínicos en los que realizaron los alumnos sus prácticas, mostraron grandes diferencias, pues también se relatan experiencias, que dejan ver escenarios mucho más abiertos y dispuestos a aceptar la intervención de los alumnos en las pacientes, y que contribuyen a perfilar y darle presencia a este rol de la enfermera obstetra.

Un factor que también contribuyó a que los alumnos tuvieran mayores probabilidades de intervención obstétrica en algunos casos, fue la alta demanda de atención de salud que experimentan algunos hospitales, y que llega a rebasar la posibilidad de ser proporcionada por el personal contratado en el servicio, permitiendo en estas circunstancias la participación de los alumnos, con la desventaja de contar con menor supervisión, o se les asignan actividades rutinarias de enfermería general, que son propósito curricular de prácticas anteriores ya cubiertas, lo que estaría implicando, la disposición del alumno como alumno-trabajador sin ningún tipo de retribución económica.

Este aspecto si bien no pasa inadvertido por los alumnos, lo viven como una oportunidad de reafirmar habilidades de la enfermería general, o bien ejercitar aquéllas sobre las que no siempre tuvieron las oportunidades necesarias para aprenderlo y dominarlo en las prácticas correspondientes. Mientras que cuando les delegan pacientes obstétricas por parte del grupo médico, lo viven como una oportunidad de aprendizaje y un enorme compromiso, por lo que requieren demostrar en forma previa, sus conocimientos y aptitudes, para ser reconocidos por los otros profesionales de la comunidad de práctica, en especial por parte de los médicos y los residentes, quedando implícito el significado de que mayores niveles de escolaridad - alumnos de enfermería a nivel de licenciatura- están asociados a mayores niveles de conocimiento y por ende a un mayor status social.

Durante este proceso de socialización secundaria, en el que se ensayan ciertos roles, y se ejercitan ciertas actividades, pudo apreciarse la adquisición por parte de los alumnos de un lenguaje propio del campo de conocimientos de la

obstetricia, cuyo aprendizaje es iniciado al interior de las aulas²¹⁸ y posteriormente ampliado y ejercitado en la práctica hospitalaria.

Este proceso de socialización, se vió acompañado de ritos de iniciación, y en este sentido la realización de las actividades de enfermería general, aparecen como la cuota que cubren los alumnos, para acceder al campo de la experiencia obstétrica, pues si quieren aprendeherla, antes han de trabajar la enfermería general y mostrar paralelamente actitudes de “*compromiso, iniciativa y humildad*”²¹⁹, para con el personal que conforma la comunidad de práctica.

- **“Saber que son personas y no cuerpos”.**

Algunas veces el relato de los alumnos, nos dejó ver que los valores profesionales que se fomentan desde el proceso educativo, entran en conflicto con los valores burocráticos del ambiente laboral, en el que puede resultar más relevante el cumplimiento de las tareas rutinarias de la institución, que las necesidades reales de las pacientes, aspecto que Cohen ya había advertido en sus investigaciones, aludiendo al “choque de la realidad” que experimentan los alumnos cuando se incorporan a la práctica profesional.²²⁰

En el relato de los alumnos entrevistados, ellos advierten la cosificación que sufre el paciente al interior de las instituciones de salud, lo que es contrario a las enseñanzas humanistas sobre la cual los alumnos son formados en el espacio áulico, que respetan y priorizan las necesidades de los pacientes sobre los

²¹⁸ El manejo de cierta terminología y lenguaje vinculado con el campo obstétrico, estuvo presente en varias de las entrevistas realizadas a los alumnos y por supuesto en el lenguaje de las docentes, aspecto que es inherente a los procesos de socialización secundaria.

“.....La socialización secundaria requiere la adquisición de vocabularios específicos de “roles”, por lo pronto, la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones de rutina dentro de un área institucional.....”

BERGER, Peter L. y Thomas LUCKMANN (2003). *Op. Cit.* p.173

²¹⁹ Varias veces estos rasgos aparecieron en las entrevistas a alumnos, véanse documento No.11 cita 7, documento 13 cita 32, documento 14 cita 27 y documento 16 cita 32.

²²⁰ COHEN, Helen A. (1988). *Op. Cit.* p. 12 y ss.

aspectos y prácticas instituidas en los hospitales, y que se expresa en un código vivo “saber que son personas y no cuerpos”²²¹.

Esta cosificación se acompaña a su vez, de un proceso en el que es más importante que los alumnos hagan muchas actividades, que generar la procuración de bienestar a la paciente, desligando del hacer, las actitudes humanas y los procesos de pensamiento reflexivo, el juicio clínico y la toma de decisiones, cuya presencia acompaña a la competencia obstétrica y que si bien es alentado por los docentes²²², la dinámica institucional de los hospitales, no lo fomenta, de ahí la importancia que tiene la presencia de los docentes en los campos de práctica, pues abren el espacio para que en el alumno tengan lugar estos procesos, que alejan el hacer de la enfermería de una tarea meramente técnica.

En este sentido, una mayor competencia en las y los enfermeras(os) obstetras, puede generar profesionales con mayor autonomía y con un mayor juicio en la toma de decisiones, que si bien favorecería el bienestar de las pacientes, se enfrentará a la barrera de “lo instituido” en el contexto institucional de los hospitales.

- **Conocimientos compartidos por el grupo médico. La detección del riesgo.**

Por parte del grupo médico, los conocimientos que comparten con los alumnos sobre la obstetricia, están claramente delimitados a la atención del parto de bajo

²²¹ Véanse Entrevista a alumna, documento No.9 cita 39 y Entrevista a alumno, documento 18, cita 44.

²²² Véase Entrevista a docente, documento 19, cita 1

“Yo creo que debe tener..... ser capaz de tener un juicio crítico, a mí me parece que es uno de los elementos más importantes, porque debe ser resolutiva, debe tomar decisiones, este.... en cualquier momento que veamos a una mujer embarazada, debe tomar decisiones, por lo tanto debe ser uno de sus atributos, a mi me parece el más importante..... ehmmm.....Por supuesto eso implica que tenga conocimiento y dominio del conocimiento

riesgo, en el cuál pueden participar, de lo contrario, no les corresponde hacerlo, sin embargo para ello resulta necesario poder identificar los signos que marcan su diferenciación, es decir ser capaces de valorar el riesgo de la mujer embarazada e identificar si su proceso de embarazo o posible parto puede clasificarse de bajo riesgo. Esto supone, además de una claridad conceptual sobre el riesgo y la identificación de sus signos, el desarrollo de habilidades cognitivas como el discernimiento, la comparación, la analogía y el desarrollo de una gran habilidad en la observación, aspectos todos ellos que se logran en la misma proporción en que observan y analizan numerosos casos.

El estudio realizado deja ver, que aún no hay un claro reconocimiento a nivel de las instituciones hospitalarias, de las actividades que ha de cubrir la enfermera obstetra, si bien la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM data de 1968²²³, enfermería dejó de ser considerada oficio hasta el año 2005 durante el sexenio de Vicente Fox. Mientras que la formación de enfermería a nivel de posgrado, como son los estudios de las especialidades, inician en el contexto universitario en 1997²²⁴, en cuyo Plan se ofrece la especialidad de enfermería Perinatal, en la que tienen una presencia central las competencias obstétricas. Los egresados de las especialidades, han enfrentado en el mercado laboral una larga batalla, para que sus saberes y haceres sean reconocidos social e institucionalmente como estudios de posgrado.

Por ahora la formación de enfermería especializada, suele equipararse con los cursos posttécnicos, que han constituido la única forma de especialización a que tiene acceso el personal técnico y que dentro de las contrataciones institucionales, tiene un claro reconocimiento a nivel escalafonario. Esto habla de la presencia que

²²³ MARTÍNEZ BENÍTEZ, M. y P. LATAPÍ (1993). *Op. Cit.*, p. 156

²²⁴ Posgrado UNAM. (2009). ***Adecuación del Plan Único de Especialización en Enfermería y adición de dos nuevos campos de conocimiento por orientación 5ª Fase: Enfermería Oncológica y Enfermería del Neonato*** Fecha de aprobación del Consejo Académico de Área de las Ciencias Biológicas y de la Salud: 11 de Agosto de 2009

el personal técnico tiene en la historia de la vida institucional de los hospitales, lo cual también es comprensible pues el grupo de enfermeras técnicas, sigue siendo en número, un grupo mayoritario frente al grupo minoritario de los licenciados²²⁵ y el aún más reducido número de las enfermeras especialistas.

La presencia de enfermeras(os) en la actualidad en los escenarios de trabajo, con mayor nivel de formación, ha llevado a revisar la estructura de contrataciones y la recomposición de los tabuladores²²⁶, lo que ha representado un largo proceso, pues el mercado laboral ha tardado en reconocer las transformaciones que ha experimentado el desarrollo de esta profesión, que ha transitado en los últimos cuarenta años de un nivel técnico a un nivel de licenciatura, y posteriormente a un

²²⁵ De acuerdo con los datos del SIARHE (Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería) de 1999, el personal de enfermería que predominaba en las instituciones de salud, es el que tiene una escolaridad de nivel técnico (60.4%), seguido por el personal con estudios de auxiliar en enfermería (30.49%), mientras que el personal con estudios de licenciatura es minoritario (7.09%).

Los datos que reportan las estadísticas en el 2010 muestran algunas variaciones, donde el nivel técnico se reduce a un (50%), así como el de auxiliar de enfermería (15%), y se incrementa el personal de enfermería con nivel de licenciatura alcanzando un (22.70%), dentro de este último porcentaje el (6.13%) corresponde a una formación de licenciatura con énfasis en obstetricia.

SECRETARÍA DE SALUD (1999). **Informe de la situación de la enfermería en México**. México, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. IMSS, ISSSTE, D.D.F., PEMEX, DIF, SM, 5DN, Asociación Mexicana de Hospitales. pp. 14-15.

Disponible en línea www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe (consultado el 5 de enero de 2011)

²²⁶ La Comisión Interinstitucional de Enfermería, elaboró un documento en el que se precisan las características, los atributos y responsabilidades del personal que se relaciona directamente con el usuario de los servicios de salud, de acuerdo con el nivel de formación obtenido. En dicho documento se establecen cinco niveles de formación en enfermería.

Nivel 1 enfermera no profesional (auxiliares de enfermería), nivel II enfermera técnica (estudios a nivel técnico), nivel III enfermera técnica especializada (estudios posttécnicos de enfermería en un área de especialidad), nivel IV enfermera general (licenciatura en enfermería), nivel V enfermera especialista (enfermera con estudios de especialidad de nivel superior)

“...el mercado laboral para el personal de enfermería no ha hecho evidente el reconocimiento del desarrollo profesional que ha logrado. En tanto el sistema educativo ha despuntado hacia niveles de educación superior: licenciatura, maestría y doctorado, el sector laboral ha mantenido una estructura rígida y tradicional en la que persiste un desfase entre las funciones y la formación profesional, lo que no ha permitido apreciar las competencias, características y atributos que se adquieren con la educación superior...”

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD (2005). **Perfiles de enfermería**. México, Subsecretaría de Innovación y Calidad. p.3.

nivel de posgrado, como son actualmente, los estudios de las especialidades y de maestría en enfermería²²⁷.

6.2 Práctica supervisada de obstetricia

- **Significado de la práctica de obstetricia**

La práctica supervisada de obstetricia como categoría de análisis, es una categoría que está inmersa y en el centro del proceso de la construcción de las competencias obstétricas, pues su presencia da cuenta del momento inicial y el trayecto por el que atraviesan los alumnos de la LEO, en el terreno de la práctica.

La práctica supervisada de obstetricia, encierra un significado muy particular para los alumnos, aspecto que también advierten y señalan las docentes, y que la hacen una práctica muy distinta a todas las prácticas en entornos hospitalarios, por las que han transitado los alumnos en su formación en la licenciatura.

En principio es una práctica esperada y anhelada por los alumnos, pues representa la incorporación a un campo de conocimientos y prácticas un tanto especializado, que los coloca frente a los médicos y residentes, como principales supervisores, de manera que experimentan un vínculo con profesionales de la medicina, que en algunos casos representa, esa profesión anhelada al inicio de su formación universitaria pero no alcanzada.

Representa también una relación que cualitativamente adquiere características muy distintas a las que vienen experimentando con las enfermeras técnicas, que se ha caracterizado por la rivalidad y el celo profesional, y es también una práctica

²²⁷ En 1997 se ofreció por primera vez en la ENEO, el ingreso al Plan Único de Especialización en Enfermería, con las especialidades de Enfermería en Salud Pública, Enfermería Perinatal y Enfermería Cardiovascular, teniendo como sedes de prácticas en el caso de la segunda el CIMIGEN (Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento) espacio de prácticas que se caracteriza por ser atendido prioritariamente por enfermeras perinatales. Posgrado UNAM (2009). *Op. Cit.*

que marca un momento de diferenciación en el estatus de los alumnos, vinculado con un 4º y último año de estudio escolar, lo que representa al interior de la comunidad de práctica, una escolaridad superior y por encima de la que poseen las enfermeras técnicas y de alguna forma equiparable, a la que tiene cualquier otro profesional del área de la salud, como son los residentes médicos²²⁸.

Es también una práctica que los enfrenta por primera vez al trabajo con las mujeres embarazadas, y en el que se les llega a delegar una mayor participación y responsabilidad sobre ellas. De manera que se enfrentan, si el espacio de prácticas lo propicia y lo permite, al ejercicio de un rol un tanto más independiente, menos supeditado a las órdenes de los médicos, pues los alumnos se hacen

²²⁸ Si bien los estudios de la LEO marcan de entrada una diferenciación con el nivel técnico, en tanto supone los estudios previos a nivel del bachillerato, mientras que los técnicos tienen como antecedente los estudios de la secundaria, la ENEO tuvo un plan de estudios unificado para la Licenciatura y el nivel técnico,- Plan de estudios de 1979- que se ofrecía bajo una misma seriación de asignaturas y contenidos en sus primeros tres años, para formar a la enfermera del nivel técnico, a través del Sistema de Universidad Abierta (SUA), es decir se empleaba el mismo plan de estudios con excepción del 4º año, para formar a las enfermeras técnicas. Este Plan de Estudios derivó posteriormente en la versión de 1984 en el que dos de las asignaturas que se cursaban en el 7º y 8avo semestre se denominaron Gineco-obstetricia I y II y que constituyeron el antecedente de las asignaturas Obstetricia I y II del Plan de estudios de 1992, sobre las que hemos hecho referencia reiteradamente en este trabajo.

El esquema de revalidación de créditos, operó también con el Plan de estudios de 1992 y con la versión actualizada de dicho Plan realizada en el año 2000,

De esta manera, cuando se ofreció por primera vez la LEO en el SUA (1988), las enfermeras técnicas que habían cursado el bachillerato, ingresaron a la LEO revalidando las materias correspondientes a los tres primeros años de formación con base en dicho plan de estudios, en el entendido que habían sido cursadas en el nivel técnico, e ingresando a la UNAM por ingreso en años posteriores al primero, de manera que cursaron por SUA el último años de formación del Plan de estudios.

Un requisito para ser alumna de la LEO en el SUA, ha sido y sigue siendo, estar incorporada al ejercicio profesional de la enfermería, de manera que puedan realizar sus prácticas, dentro de la propia institución en que laboran, a partir de un plan de rotación que se apega a los programas curriculares de prácticas establecidos.

Actualmente el SUA se rige por un nuevo Plan de Estudios 2010 de Licenciatura en Enfermería, es decir un Plan en el que el área de Obstetricia ha sido eliminada, de manera que ingresan los alumnos a través de un proceso de revalidación de estudios, en el que sólo es posible revalidar hasta un 40% de créditos del Plan de Estudios, debiendo cursar a través de e- learning, las asignaturas restantes y posteriormente obtener el título, a través de la presentación del Examen por Áreas de Conocimiento.

cargo de la paciente desde su ingreso hasta su egreso, como lo expresó una docente, “las pacientes son tuyas”²²⁹.

Dentro de la práctica de obstetricia, las enfermeras técnicas, si bien muestran habilidades y procedimientos que ayudan a que el alumno intervenga en situación y ejercite habilidades que forman parte del repertorio de competencias de la enfermería general, paralelamente actúan como una fuerte estructura estructurante²³⁰, que reproduce el *estatus quo* y que decepciona al alumno, en tanto muestra formas de interacción de dependencia de la enfermera hacia el médico, de sumisión o de sometimiento, que son estructuras fuertemente instauradas en las enfermeras técnicas.

- **Presencia de un saber práctico que deriva de la acción**

De la práctica supervisada, derivan un conjunto de saberes prácticos, que van más allá de la relación teoría práctica. Donald Schön considera que cuando

²²⁹ “... porque en las otras enfermerías siempre hay una enfermera que está cuidando y está enseñando al alumno, estás cuidando lo que hace y le está enseñando o retroalimentando, y en obstetricia de repente la práctica es..... hoy vas a hacer una guardia, y el médico ni nos hace caso, incluso se enoja si está de velada, **entonces las pacientes son tuyas**..... entonces él tiene que enfrentar la situación de la responsabilidad por completo de una mujer que viene en proceso de parto es mía y de mi compañerito.....

.....Y las enfermeras en servicio a veces están, a veces no.... o a veces hay tantas otras mujeres que les dicen, pues esta la vemos nosotras y esta otra la ven ustedes, entonces el alumno, no es que puedes o que quieres o que puedes o ven te ayudo, incluso la situación de que no está el médico, “Atiendan el parto y nosotras al recién nacido”, o “tú el parto y tu compañero el recién nacido y yo les asisto”, porque las enfermeras que están en los hospitales tienen otra situación, ellas no son obstetras, la mayoría de las veces,.....ellas no atienden partos o los atienden porque no hay...., no porque sepan o estén preparadas para....Entonces cuando llega el alumno de obstetricia se supone que él si está preparado, entonces ayer vi en el muñeco y le hice en la práctica por ejemplo del laboratorio y le hice el bañito, pues no aquí ahora no es el muñeco aquí ya está tu bebé, y te lo estoy diciendo hoy, porque mañana es un bebé.....”

Entrevista a docentes, documento 21, cita 37 (el marcado en negritas es mío)

²³⁰ Este aspecto tiene relación con el concepto de *habitus* de Bourdieu“Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas....”

BOURDIEU, Pierre (1991). *Op. Cit.*, p. 92

alguien aprende una práctica, se inicia en las tradiciones de una comunidad de prácticos y del mundo de la práctica que éstos habitan. Aprende sus convenciones, limitaciones, lenguajes, sistemas de valoración y patrones de conocimiento en la acción.²³¹

Schön destaca que el conocimiento profesional, puede ser visto desde dos perspectivas, una racionalidad técnica, que supone la aplicación de técnicas, reglas y procedimientos, de acuerdo a los problemas instrumentales que se presentan. Cuando es visto así el conocimiento profesional, el instructor transmite y demuestra la aplicación de las reglas y las operaciones a los hechos de la práctica.

Pero el conocimiento profesional también puede ser visto como una forma de indagación sobre los problemas que enfrentan los profesionales, que sirve a los prácticos competentes para razonar acerca del camino a seguir en situaciones problemáticas. Esto supone un proceso de reflexión en la acción y conduce a pensar como un profesional determinado.

Esta última perspectiva fue mencionada en el relato de las docentes, donde se destacó la importancia de un pensamiento crítico, que llevara al alumno a tomar decisiones²³² y al desarrollo de habilidades para detectar el riesgo en las pacientes embarazadas, lo que supone a su vez, reunir varios conocimientos, como es la interpretación de análisis de laboratorio y gabinete, la detección e interpretación de ciertos signos en la paciente, la recomendación a la mujer de ciertos ejercicios

²³¹ “...El aprendizaje iniciático ofrece una exposición directa a las condiciones reales de la práctica y a las pautas de trabajo. Pero la mayor parte de las oficinas, fábricas, empresas y clínicas, no están en condiciones de asumir las tareas de iniciación y formación que les demanda. Las presiones para pasar a la acción suelen ser importantes; el tiempo es oro y los errores resultan caros....” SCHÖN, Donald (1992). *Op. Cit.* p. 45 y ss.

²³² ser capaz de tener un juicio crítico, a mi me parece que es uno de los elementos más importantes, porque debe ser resolutive, debe tomar decisiones, este.... en cualquier momento que veamos a una mujer embarazada, debe tomar decisiones, por lo tanto debe ser uno de sus atributos, a mi me parece el más importante.....
Entrevista a docente, documento No. 19, cita 1 y 2

etc., esta perspectiva, por ahora está más vinculada al trabajo que realizan las enfermeras perinatales, en algunos entornos hospitalarios, donde ya existen experiencias, en las que la atención de la mujer embarazada es proporcionada en todo momento por la enfermera²³³, práctica que resulta muy atractiva para enfermería, pues esto estaría implicando una práctica profesional no supeditada al médico, sino en todo caso compartida con el médico.

La construcción de la competencia profesional en razón de lo anterior, puede ser vista como un proceso que si bien parte inicialmente del reconocimiento y la aplicación de ciertas reglas y operaciones estándares, que demarcan formas de intervención en la inmediatez del practicante inexperto, ha de pasar posteriormente a perfilarse hacia la reflexión en la acción, al razonamiento y la comprensión de los casos problemáticos, que permite ver la especificidad de cada uno, es decir la conversión a un practicante reflexivo, que gana con la atención de cada caso, una experiencia que lo encamina a la expertez.

Schön advierte que en muchos casos la formación de las universidades, se aleja de los problemas prácticos que deben enfrentar los profesionales, a los que se les adjudica un prestigio menor en comparación con los que son de índole académico, aspecto que se hace más presente, cuando las carreras poseen un carácter profesionalizante, como es el caso de la enfermería²³⁴.

Por otra parte Hans George Gadamer²³⁵ refiere que el conocimiento está presente por un lado en el cuerpo de la ciencia y constituye todos aquellos conocimientos

²³³ Un ejemplo de este caso es el CIMIGEN (Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento) y algunos hospitales del Estado de México.

²³⁴ Bajo esta misma perspectiva pueden verse los trabajos de José Luis Medina Moya, que retoman el concepto de practicante reflexivo de Donald Schön, acotando el estudio concretamente al caso de la enfermería.
MEDINA MOYA, José Luis (2002). "Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva", *Revista de Enfermería*. Albacete, No. 15, Abril. 14p.

²³⁵ GADAMER, Hans George (1996). "Teoría, técnica, práctica", *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa. pp 13 y ss.

que son fruto de las investigaciones científicas que se encuentran en permanente autocorrección, por su carácter inacabado y que paralelamente existe el conocimiento derivado de la práctica, fruto de la experiencia que se recoge en el tránsito de la vida, sea como profesional o como persona que indaga. En este sentido al autor señala que los profesionales prácticos, viven procesos de “autonomización”, a causa de la apelación a la ciencia, es decir, generan un cúmulo de conocimientos que sin ser de índole científico, alimentan y enriquecen el hacer profesional y que se vincula más con el desarrollo de un arte²³⁶.

En este mismo sentido, Patricia Benner²³⁷ se ha pronunciado concretamente en el contexto de la práctica enfermera, destacando que “...se sabe poco de la **sabiduría profesional** que va acumulándose con el paso del tiempo en el ámbito de la ciencia aplicada”. La autora destaca que el conocimiento práctico que deriva de la experiencia, se observa en la enfermera experta, quien se conduce de manera distinta a una principiante, por la visión que le aporta la experiencia y la pericia profesional, y que facilitan la interpretación de situaciones clínicas.

Cada situación anterior, modela de alguna forma la actuación de la enfermera en la situación actual, las situaciones anteriores cambian la percepción de las enfermeras y originan una rápida captación perceptiva de la contingencia presente, aspecto que indica que la construcción de las competencias es un proceso constante de ajuste y un devenir constante de aprendizajes y saberes.

²³⁶ El autor señala que esto puede apreciarse de mejor forma en la medicina, en el que el diagnóstico acertado, no depende sólo de la existencia de un desarrollo científico, sino del arte y de la competencia del que ejerce, pues en esto intervienen muchos factores (escala de valores, hábitos, experiencia previa, intereses propios, juicio médico, etc.) la competencia médica se asemeja más a la figura del artista que a la de un hombre de ciencia, por lo que es fundamental aludir a la experiencia práctica.
Ibidem, pp 29 y 30.

²³⁷ BENNER, Patricia (1987). ***Op. Cit.*** pp. 29- 31. (las negritas cursivas son mías)

- **La paciente embarazada como elemento central de la situación inédita que moviliza las competencias en la práctica.**

La subcategoría de la paciente como elemento central de la situación inédita y como elemento generador de la movilización de los conocimientos, habilidades y actitudes que forman parte de las competencias obstétricas, se hace presente en los relatos de alumnos y maestros, quienes coinciden en hacer la observación de que cada paciente es diferente y cada parto es distinto, por lo tanto, cada paciente constituye una oportunidad distinta y específica de movilizar y orquestar los conocimientos, las habilidades y las actitudes que posee el alumno, así como la oportunidad de percatarse de aquello que aún desconoce o no domina.

Asimismo, la paciente encierra la confrontación del alumno con la diversidad y la complejidad, así por ejemplo se enfrentará a mujeres embarazadas en edad madura o adolescentes, mujeres que han experimentado un cuidado o un abandono respecto a su proceso de embarazo, mujeres con diverso nivel social, educativo, cultural y económico, o mujeres que anhelan la llegada de un hijo mientras que otras los rechazan.

Si retomamos las afirmaciones que hace Perrenoud²³⁸, sobre la construcción de competencias, podemos apreciar que además de los conocimientos, los alumnos requieren la experiencia de numerosos casos que pongan a prueba esta movilización, donde además tendrán que identificar y saber interpretar, signos que aparecen y que aportan datos para una diferenciación del caso, como es la detección de signos de riesgo que la paciente presenta, pues de ello dependerá la toma de muchas otras decisiones.

²³⁸ PERRENOUD, Philippe (2004). *Op. Cit.*

A su vez, el resultado que obtienen de las intervenciones realizadas en cada paciente, lleva al alumno a una reflexión y a una interrogación ¿por qué se presentaron de tal forma las cosas? ¿qué ocurrió en este proceso? ¿por qué fue diferente este caso de otros?, etc. es decir una reflexión de la práctica realizada, que aporta una enorme riqueza, al proceso de aprendizaje.

Construir competencias entonces supone lidiar con procesos de gran incertidumbre, donde es necesario ser acompañado por alguien con mayor expertez, pues el alumno no siempre podrá advertir e interpretar la presencia de ciertos signos que ponen en riesgo a la paciente. Se requiere de un acompañamiento, donde el alumno va adquiriendo un conocimiento que deriva en gran medida de la observación de la ejecución de los otros y de la reflexión de la práctica misma, de analizar aquello que se hizo, y de reflexionar durante el momento mismo en que se lleva a cabo la práctica. Este conocimiento de carácter práctico, lo destaca Donald Schön²³⁹ como un conocimiento que emerge de la práctica misma, como un componente esencial del conocimiento profesional.

- **Niveles de competencia alcanzados**

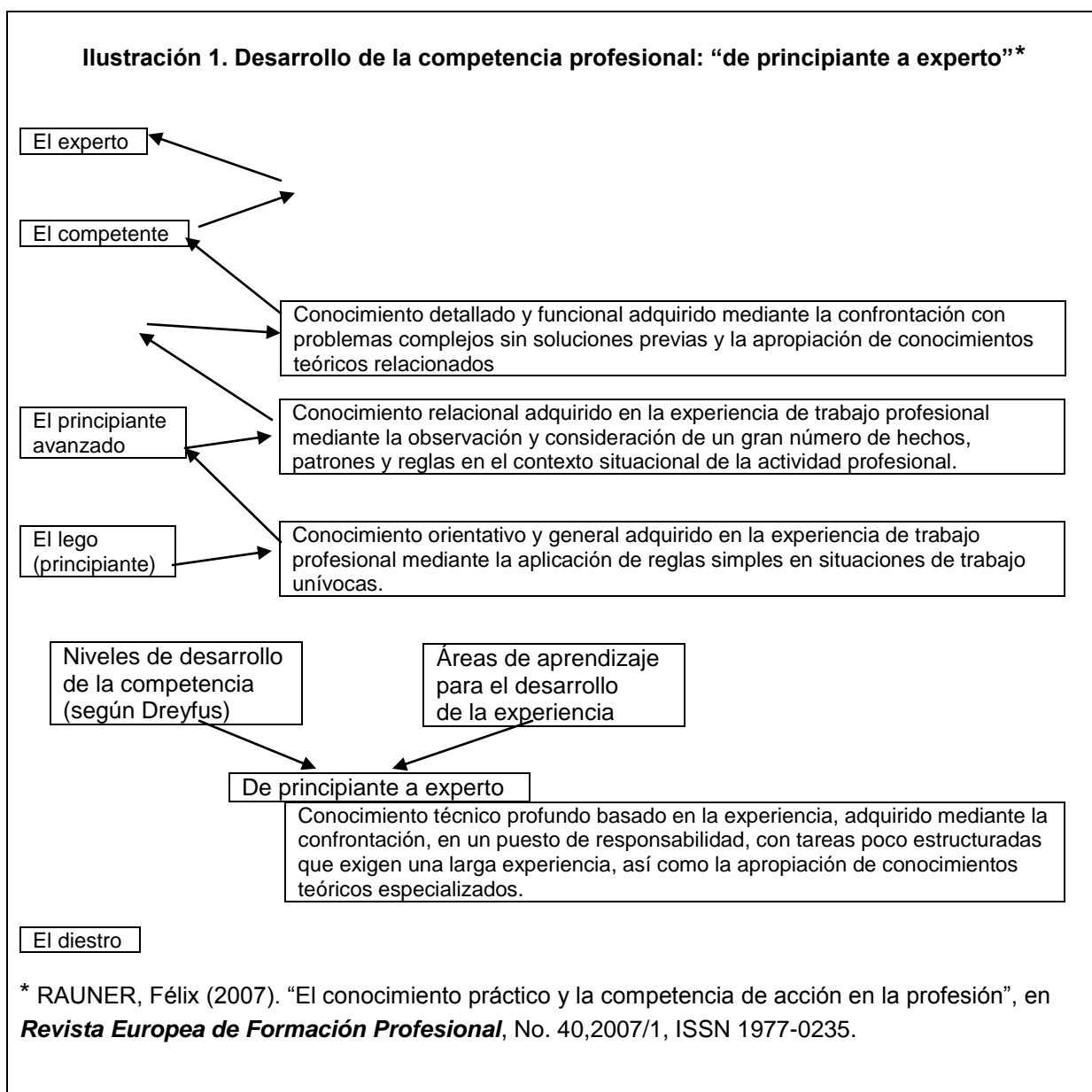
Si bien evaluar el nivel de competencia adquirido por los alumnos en el terreno obstétrico, no fue un propósito de esta investigación, puede advertirse a partir de los relatos reunidos que refieren este aspecto, que los alumnos se perciben a sí mismos dentro de un nivel de principiantes o en el mejor de los casos de principiantes aventajados, si empleamos la clasificación derivada del modelo de Hubert L. Dreyfus y Stuart E. Dreyfus²⁴⁰, que comprende cinco niveles de

²³⁹ SCHÖN, Donald (1992). *Op. Cit.*

²⁴⁰ El modelo de Dreyfus y Dreyfus abarca cinco estadios de eficiencia y Patricia Benner lo retoma y lo aplica al desarrollo de la competencia clínica de las enfermeras. BENNER, Patricia. (1987). *Op. Cit.* pp.41 y ss.

competencia y cuatro áreas de aprendizaje relacionadas: principiante, principiante avanzado, competente, diestro y experto.

La asignatura de Obstetricia reúne tanto en su contenido teórico como práctico, un primer acercamiento del alumno con este campo específico de conocimientos y en este sentido los alumnos enfrentan situaciones que son de bajo riesgo y el filtro



sobre el nivel del riesgo, lo realizan los médicos permitiéndoles solamente la atención de partos que se consideran de bajo riesgo.

Asimismo, los alumnos consideran que son capaces de atender partos, pero se interrogan sobre ¿qué tendrían que hacer en aquellos casos que presentan dificultades y riesgos de las pacientes?.

La principal característica que se aprecia en un trayecto de principiante a experto, según Patricia Benner²⁴¹, es una alteración en la forma en que el principiante percibe la situación dada, de manera que pasa de observador imparcial a un observado y ejecutor comprometido. La autora considera que el apego a las normas, es antagónico al éxito en el logro de mayores niveles de competencia, pues la buena aplicación de un procedimiento por sí solo, no promueve la capacidad de un discernimiento de la situación.

En este mismo sentido, el relato de los docentes deja ver, hacia dónde quisieran que sus alumnos proyectaran el alcance de sus desempeños y sus conocimientos y éste se asocia más con la idea de un practicante reflexivo de cada momento, que la de sólo un ejecutante que adquiere habilidad en la aplicación de ciertos procedimientos.

Para los docentes es también importante, que a partir de cada caso que enfrenta el alumno, se consideren las variantes que el caso reúne y que lo analice en su integralidad, es decir valore a la paciente considerando las características y contextos muy particulares, que ésta presenta.

Si bien es cierto, el programa curricular de Obstetricia II, comprende aspectos que introducen a un proceso de embarazo de alto riesgo, consideramos que para hablar del alcance de un nivel de competencia de experto, en el terreno de las

²⁴¹ “[El principiante] como no tiene experiencia sobre la situación que enfrenta, hay que darle directrices que encaucen su acción, pero el apego a las normas es antagónico de la ejecución exitosa..... el discernimiento y la destreza están sujetos a las circunstancias que únicamente se adquieren en situaciones reales...”

BENNER, Patricia (1987). *Op. Cit.* pp. 48 y 49.

competencias obstétricas, sería necesario ubicarnos en otro nivel de formación, por ejemplo a nivel de conclusión de un servicio social realizado de manera exclusiva en el área obstétrica, o bien a nivel de formación de enfermeros especialistas perinatales, donde existen circunstancias de la práctica, que ofrecen situaciones de mayor complejidad y riesgo y paralelamente, mayores posibilidades de intervención, de responsabilidad y de toma de decisiones sobre las pacientes, que ofrecen la posibilidad de que el alumno, transite a un mayor nivel de competencia.

La autopercepción de desempeño de los alumnos, coincide en que estos últimos se consideran capaces de atender un parto, siempre y cuando este sea un parto normal, libre de complicaciones así como la procuración de los cuidados inmediatos al recién nacido (competencia 4 de la OPS), mientras que las observaciones realizadas y algunos relatos, documentan la presencia de enseñanzas centradas en el puerperio (competencia 5 de la OPS) y la importancia de aprender a valorar la situación de la mujer embarazada (competencia 3 de la OPS). Por su parte, los docentes consideran que los alumnos saben lo fundamental, pero requieren aún muchas más horas de práctica, que las que comprende la materia de Obstetricia I y II, para alcanzar un nivel de dominio aceptable; es decir el nivel de competente.

Patricia Benner,²⁴² en su modelo de desarrollo de la competencia, de principiante a experto, reporta que un nivel de principiante corresponde a aquel en el que existe un conocimiento orientativo y general adquirido en la experiencia de trabajo profesional, mediante la aplicación de reglas simples en situaciones de trabajo unívocas, mientras que en un principiante avanzado, existe un conocimiento relacional adquirido en la experiencia de trabajo profesional, mediante la observación y consideración de un gran número de hechos, patrones y reglas en el contexto situacional de la actividad profesional. Este último aspecto se vería

²⁴² Idem.

reflejado en los alumnos de obstetricia, cuando son capaces de valorar el riesgo que presenta una paciente embarazada, e identificar si lleva un curso normal o ha caído en una situación de mediano o de alto riesgo.

6.3 Categoría 3. Mediación docente

- **Un acercamiento a las posibles situaciones que enfrentarán los alumnos en la realidad de práctica.**

Bajo esta categoría, se reunieron aspectos cualitativos que comprende el proceso de intervención educativa que inicia el docente en el contexto escolar, en donde provee a los alumnos de los recursos teóricos y metodológicos que son parte del campo de conocimientos de la obstetricia, y a través de las prácticas de laboratorio, les muestra los procedimientos y el manejo del instrumental necesario en la atención de la mujer embarazada, según el momento por el que ésta atraviesa. Con ello los docentes aportan una gama de esquemas de acción plausibles en la práctica.

Se trata de una aproximación a la realidad en forma simulada, lo que por un lado permite que el alumno ensaye en situaciones que a pesar de no ser reales, si son semejantes a las que enfrentará en el contexto hospitalario, empleando para ello maniqués o fungiendo como pacientes las mismas alumnas(os), de manera que puedan ejercitar formas de intervención que no pongan en riesgo ni al alumno ni a la paciente, lo que es muy conveniente tratándose de alumnos inexpertos.

En este momento, preparatorio a la práctica, el docente lleva al grupo a la revisión de la teoría, vinculándola con lo que ocurre en la práctica, bajo formas hipotéticas, tratando de darle sentido a las intervenciones que se realizan y a las precauciones que deben tener presentes. Este es un momento en el que los alumnos pueden encontrarle mucho sentido a la teoría y percatarse a su vez de la importancia que adquiere el dominio de conocimientos y habilidades previas, que han sido objeto de estudio de las prácticas de enfermería de semestres anteriores.

Este momento también es aprovechado por las docentes para dar indicaciones sobre las posibles formas de relación que podrían enfrentar los alumnos en los hospitales, ante el grupo de enfermería y el grupo médico.

- **Mediación docente en el contexto hospitalario. Salvaguardar los fines educativos sobre las rutinas instituidas en los contextos institucionales de salud.**

Una vez que alumnos y docentes están en los escenarios hospitalarios, la tarea del docente asume las características de mediar las relaciones del alumno con el grupo médico y el grupo enfermero, para preservar el sentido curricular de las prácticas de obstetricia, pues al estar los alumnos en un espacio institucional del sector salud, el cumplimiento de las rutinas aparece como un fin prioritario sobre los fines formativos de la práctica de obstetricia. Es en este sentido que se habla desde la figura del docente, de “*construir el escenario de prácticas*” y procurar que las situaciones que propician la construcción de las competencias profesionales, sean puestas a disposición de los alumnos.

Nos parece importante este aspecto, pues si bien en el entorno hospitalario, subyacen conocimientos que posee la comunidad de práctica y situaciones que favorecen los aprendizajes de los alumnos, éstos no necesariamente se ponen a su disposición, pues las cargas de trabajo que prevalecen comúnmente en los hospitales, llevan a que los alumnos hagan muchas actividades rutinarias de enfermería general y se postergue su incorporación a las situaciones que les proveen de los nuevos conocimientos y experiencias que requieren, en este caso en el campo de la obstetricia.

El trabajo de mediación docente en el terreno hospitalario de la práctica, se torna individualizado a diferencia de lo que ocurre en el contexto escolar, y el maestro interviene en función de lo que observa en cada alumno y de las situaciones a que es expuesto. En esta fase del proceso el docente ya no permanece tanto tiempo con cada alumno, pues debe supervisar la práctica de todos ellos en forma

separada, pero el momento que permanece con cada uno es más personalizado, por lo que hará las sugerencias y orientaciones que requiera el alumno de acuerdo a su situación concreta. Es también en esta etapa del proceso donde los alumnos comienzan a vincularse en mayor medida con el grupo de enfermeras y el grupo médico, de quien reciben instrucciones y orientaciones para sus intervenciones con las pacientes.

La mediación docente puede asumir en este caso tanto las características del acompañamiento, como de la tutoría, y esto va a depender de la forma en que el docente concibe su intervención educativa en el campo de prácticas. Ducoing menciona que la tutoría y el acompañamiento, constituyen dos claras visiones divergentes de mediación docente, en los que subyacen fundamentos teóricos y prácticos distintos, "...El acompañamiento como un proceso en el que el acompañado- el sujeto- tiene como proyecto la realización de sí y por su parte, el acompañante tiene como tarea el apoyo y la ayuda para la realización del otro. La tutoría, por el contrario, se inscribe más fácilmente en el proceso burocrático donde el alumno debe seguir la trayectoria establecida por el tutor. Esto es, como sujeto sometido a los designios, a las perspectivas de aquel. Se releva, en consecuencia, una postura funcional y una relación de autoridad."²⁴³

Considerando que la práctica de obstetricia tiene el propósito de que los alumnos se incorporen a un escenario real de ejercicio profesional e inicien la ejercitación de aquellas habilidades que forman parte de las competencias obstétricas, en este escenario cada alumno vive situaciones diferentes y a su vez posee bagajes de conocimientos con alcances distintos, de manera que el docente tendrá que considerar como punto de partida, aquello con lo que cuenta el alumno y a partir de ello establecer una interacción con el mismo y con la situación que enfrenta.

²⁴³ DUCOING, P. Coordinadora (2009). *Tutoría y mediación I*. México, IISUE/ UNAM. P. 59

Si el docente juega un rol de acompañante, irá con el alumno, caminará junto a él en su propio camino. Este acompañamiento supone que el alumno es el personaje central que requiere ser sostenido y apoyado para alcanzar los fines de la práctica obstétrica, aspecto que pudimos observar en el caso de una entrevista²⁴⁴. Si el docente asume un rol de tutor, le encomendará al alumno el cumplimiento de cierto número de tareas. Como pudo documentarse en aquellos docentes, cuyos alumnos refirieron el cumplimiento de la atención de cierto número de partos, la aplicación de un procedimiento a cierto número de pacientes, etc.,²⁴⁵ o aún más, de acuerdo al relato de los alumnos, algunos docentes fungen como meros supervisores, apareciendo eventualmente en los escenarios de práctica, constatando que los alumnos se encuentran ahí presentes cubriendo el número de horas práctica, pero dejando de proporcionar toda guía a los mismos, permaneciendo así lejanos al proceso por el que atraviesa el alumno y confiando en que el personal del servicio, le enseñará lo que sea preciso.

Tanto en el rol de tutor como de mero supervisor, es factible la presencia de posibles problemas o conflictos, que obstaculizan los resultados esperados, pues al asumir esta postura de mediación docente, el alumno no tiene espacio para la discusión o la negociación, sólo le queda asumir las decisiones de su docente,

²⁴⁴ Entrevista a docente, documento 19, cita 3.

“ Yo creo que también se requiere de una... de un campo clínico, de un lugar de prácticas idóneo, en donde las personas que participan sepan qué es lo que va a hacer,[el alumno] ¿a qué viene? ... ¿qué es lo que está haciendo? ¿cuál es su objetivo?...**porque en ese sentido participan todos,todos los demás que están en el hospital, a nadie le queda duda qué es lo que viene a hacer.... y cuando eso ocurre, pues entonces.....cada momento se convierte en una oportunidad de aprendizaje, si no es así,..... cada momento se convierte en una frustración.....yo así lo veo...**” (la marcación en negritas es mía)

²⁴⁵ Entrevistas a alumno, documento No. 10, cita 2.

“... la verdad es que al final siempre la maestra nos tuvo presionados, en el sentido de cierto número de partos y cierto número de recibimientos.....eso era lo que a mí me preocupaba, más que nada....”

mientras que cuando el docente asume un rol de acompañante, tiene lugar la comprensión del acompañado.²⁴⁶

- **El escenario de prácticas, un espacio de incertidumbre y temor para los alumnos.**

Ubiquemos que el escenario de práctica hospitalaria, es un escenario de incertidumbre e inseguridad para el alumno, al cual se incorporan con mucho temor, y en este sentido resulta más pertinente una mediación de acompañamiento, en la que existe una voluntad de colaboración y participación de ambas partes, en donde a pesar de la desigualdad de condición de ambos, es decir, en cuanto a posesión de conocimientos y experiencia adquiridos en el campo obstétrico, así como por la posición jerárquica diferenciada que docentes y alumnos tienen al interior de las instituciones tanto educativas como de salud, se asume la interacción de subjetividades, donde el acompañado tiene un lugar como sujeto de educación, que el acompañante le otorga como interlocutor²⁴⁷.

²⁴⁶ Sobre este aspecto, puede verse: Entrevista a alumno, documento No. 18, cita 27, en el que se refiere la presencia de un problema de salud (asma) que tiene el alumno, razón por la que se ve obligado a salir un poco más temprano de la práctica y ello genera un conflicto con su docente, quien muestra enojo e incompreensión hacia el alumno, y le impone un castigo.

“...me molesté con la maestra, lo que pasa es que yo soy asmático y hay veces que tengo espasmos.... yhubo un día en que me tocaba quirófano, bueno no solamente teníamos que atender 10 partos sino instrumentar 10 cesáreas, yo llevaba 6 cesáreas y se dio la situación en ese entonces, que ya se iba a acabar mi tiempo de quirófano,..... el chiste es que me dio un espasmo, me dio un ataque de asma este....y me salí media hora antes de que terminara mi turno, pero yo le pedí permiso al personal, o sea le dije déjeme salir media hora temprano y mañana se lo repongo, este... porque me siento ...enfermo... y si me salí,..... se me hizo fácil salirme así,.... y había veces que la maestra no,... pues no iba al hospital, entonces yo ese día ni siquiera me preocupé por saber si había ido o no, y así me salí, el chiste fue que al siguiente día, la maestra me dijo que había dejado el trabajo, me debiste haber buscado a mí, empezamos a tener una discusión, le dije que yo no sabía si ella había asistido ese día, que yo había pedido permiso al personal, entonces ella se molestó mucho y me sacó de quirófano, o sea me dice “te voy a cambiar a puerperio como castigo ya no vas a estar ahí”, y a mi todavía me faltaban todavía 5 cesáreas, digamos que no iba a alcanzar el promedio..... porque me quitaron de mi servicio...”

²⁴⁷ “La noción de acompañamiento en síntesis, implica, por un lado, una postura, por parte del acompañante, de recepción, de acogimiento del otro, tal como él es, y no de intervención y, por otro lado, una posición ética que se teje en las intencionalidades del propio proceso de acompañamiento, es decir, en la búsqueda del respeto y de la autonomía del acompañado,

Durante este proceso de mediación docente se llevan a cabo acciones, que pueden tener como finalidad, desde un reconocimiento de los alcances y las limitaciones que posee cada alumno, ayudándolo a superar las segundas, hasta la construcción de la identidad del profesional de la enfermera(o) obstetra, pasando por la sugerencia de cómo resolver ciertas situaciones y cuidar al alumno de no ser presa de las rutinas hospitalarias o de relaciones de abuso laboral. Esta mediación asumió formas de interacción subjetivas entre el docente y el alumno, que dependían de la forma en que el docente asume su mediación educativa, pudiendo ser de obediencia, de prescripción, de sometimiento, de dependencia, de sumisión, o bien de confianza, de emprendimiento, de delegación, de responsabilidad, de alentar la reflexión y la toma de decisiones, y de iniciativa, por mencionar algunas.

La esencia de la acción de acompañamiento es el sujeto mismo de la educación, se trata entonces de caminar junto a él, en el proceso de devenir como enfermero(a) obstetra, se trata no sólo de ejercitar procedimientos y retomar contenidos, sino del devenir mismo como profesional, de convertirse en y llegar a ser enfermeros(as) obstetras. Sin embargo, esta dimensión ética de la intervención docente, no siempre fue considerada ni ejercitada bajo esta forma.

- **Mediación de la comunidad de práctica. Las enseñanzas enfermera-enfermera y médico- enfermera**

La incorporación del alumno al escenario de prácticas se caracterizó por el establecimiento de un proceso de negociación y aceptación con la comunidad de práctica, pues se trata de dos grupos profesionales médicos y enfermeras, que poseen además de una estructura social en la que sus integrantes ocupan lugares

potenciando su responsabilidad de optar y de actuar sobre sí mismo, dado que lo que está en juego es su devenir.” DUCOING, W, P. (2009). *Op. Cit.* pp. 74-77

sociales distintos, culturas y saberes profesionales que si bien es cierto han convivido históricamente, son culturas profesionales distintas con las que el alumno interactúa y a las que de alguna forma trata de incorporarse, con el propósito de ganarse un espacio para el aprendizaje y acceder a la participación e intervención en este escenario.

El grupo médico comparte con los alumnos conocimientos teóricos y tácitos de la obstetricia, mientras que el grupo de enfermeras técnicas, comparte su experiencia y habilidad en la ejecución de procedimientos de la enfermería general, los cuáles se aplican a cualquier tipo de paciente, en este caso a la paciente obstétrica. Sin embargo, en tanto las actividades de las enfermeras técnicas, institucionalmente son acordes a su nivel de preparación, suelen asistir al médico y tratan de transmitir este rol a los alumnos, lo que a la vista de las docentes de enfermería, se torna en un obstáculo que los LEOs deben tratar de superar, en tanto se ve la práctica como un espacio para aprender las intervenciones de enfermería, como un profesional y no como un personal subalterno que asiste a otro profesional (el médico), como lo ha hecho históricamente el personal técnico de enfermería.

En esta parte del proceso, estamos presenciando un rompimiento, en el que la enseñanza de lo obstétrico propiamente, deja de ser transmitido de enfermera a enfermera, como ocurre con las competencias generales de la enfermería y se transmite del médico a la enfermera, con las connotaciones que esto conlleva.

Es por ello que los alumnos destacan un rasgo claramente diferenciado de la práctica de obstetricia, con respecto a los otras prácticas de enfermería que han realizado, pues experimentan por primera vez, una relación con otro profesional, que trata de acercarlos a aquello que él realiza en el contexto hospitalario y que son profesionales que lejos de vivir la sumisión que tradicionalmente han ejercido las enfermeras técnicas, han vivido en el lugar opuesto, es decir, en el lugar de mayor jerarquía y prestigio social dentro de la comunidad de práctica hospitalaria.

Por su parte, el grupo de enfermeras compartió conocimientos con los alumnos, principalmente a partir de su práctica cotidiana. Entre estos conocimientos cabe mencionar el aprendizaje del trato a la paciente, y también cabe decirlo, la forma en que no ha de ser tratada la mujer embarazada, pues en los relatos, los alumnos mencionaron el maltrato de la mujer que realizan algunas enfermeras y personal médico, aún cuando éste último sea personal femenino.

6.4 Categoría 4. Ser enfermera obstetra

- **El devenir en enfermera**

Formarse en la gama de competencias obstétricas, conlleva un proceso en el que además de los conocimientos y habilidades que se adquieren y se desarrollan, se construye paralelamente una identidad profesional, que los alumnos visualizan como una entidad que difiere de la identidad de la enfermera general, pues ahora se ocupan de un campo de conocimientos muy específico como es la obstetricia, y esto los lleva a que se vinculen directamente, con los médicos y los residentes, es decir, los sujetos sociales que tienen el mayor prestigio social en la comunidad de práctica.

Sin embargo también hemos mencionado que en el terreno de las prácticas, son pocos los casos en los que los alumnos pueden ser instruidos por enfermeras obstetras en ejercicio, lo que implica dentro del terreno de las contrataciones en las instituciones de salud, de una enfermera con un grado de especialidad, como puede ser la enfermera perinatal, o bien la enfermera materno infantil que cuenta con un experiencia importante en el campo obstétrico.

- **Referentes de identidad profesional**

La presencia de enfermeras con especialidad materno- infantil o perinatal en los espacios de práctica no es lo común, pero en algunos relatos se llegó a mencionar su presencia, y sólo en estos casos los alumnos contaron con un referente profesional propiamente de enfermería, mientras que en el caso del médico y la

enfermera técnica, éstos aparecieron como referentes escindidos, es decir referentes de los que se aprende, sin que esto signifique llegar a ser como ellos. La mediación del docente o bien de los profesionales que supervisan la práctica de los alumnos, supone idealmente un proceso de ir llevando y soltando paulatinamente al alumno, de ir propiciando el paso de una intervención inicialmente periférica a una intervención más protagónica, proceso que no siempre ocurre con la dosificación pertinente, pues las condiciones que prevalecen en algunos escenarios de prácticas, como es la falta de personal en función, y las altas demandas de atención de salud, sobre todo en los hospitales que prestan atención a población abierta, no siempre lo hacen factible, de manera que el alumno es soltado en la práctica, a veces ante situaciones cuya complejidad lo rebasan²⁴⁸.

Por ello, convertirse en enfermera obstetra supone atravesar por un fuerte proceso de socialización profesional, es decir un proceso complejo de socialización secundaria, mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional, característico de un miembro de esa profesión²⁴⁹. En ella están en juego, la asimilación de los valores y las normas del grupo, el comportamiento y el concepto que la persona finalmente tiene de sí.

Por ahora en la mayoría de los casos, los referentes profesionales en los entornos de la práctica, son los médicos y los residentes, que son los profesionales autorizados para atender los partos. Es este un referente escindido para el LEO, pues si bien guía e instruye al alumno sobre el trabajo obstétrico, no es la figura que pretende llegar a ser, pues se trata de otro profesional.

²⁴⁸ Este fue el caso documentado en Entrevista a alumno, documento No. 18, cita 37, donde el alumno nunca antes había atendido a un recién nacido, y por la situación de falta de personal, se le enroló en esta circunstancia, que no pudo resolver satisfactoriamente.

²⁴⁹ COHEN, Helen A. (1988). *Op. Cit.* p.22.

En este sentido Etienne Wenger²⁵⁰, destaca que en las comunidades de práctica, ocurren procesos de identificación, pues en la medida en que los integrantes se incorporan a ésta, requieren comprometerse en forma mutua en la consecución de una empresa y reconocerse mutuamente como participantes, *de manera que la práctica supone maneras de llegar a ser*. Las comunidades de práctica, comparten aprendizajes y mientras sus miembros permanecen integrados, construyen historias compartidas de aprendizajes en un espacio de temporalidad.

Con este queremos decir, que si bien queda claro para los alumnos que no se transformarán ni se identificarán con la figura del médico, mientras participan en la comunidad de práctica, la demostración de su compromiso por sacar adelante la atención que requieren las pacientes, es lo que los mantiene integrados a dicha comunidad, confiriéndoles una identidad propia y un sentido de pertenencia.

A partir de los relatos, podemos interpretar que los alumnos atraviesan por identidades temporales, concibiéndose inicialmente como practicantes, que acuerdan bajo un proceso de negociación con las enfermeras técnicas, cubrir actividades que son propias de la enfermería general, y que no constituyen propiamente las actividades que la práctica de obstetricia requiere para más adelante. Una vez que han probado su interés por participar y han demostrado tener los conocimientos teóricos de la obstetricia, pasan a ser reconocidos por los médicos y residentes como practicantes de la LEO, a los que se les confiere confianza y aceptación, para iniciarse en el desempeño de las actividades propiamente de la obstetricia, y eventualmente la atención de un parto, lo que significa que han trabajado para ganarse este privilegio.

Comparativamente, los médicos residentes no requieren atravesar por este proceso de negociación y aceptación, pues ellos de entrada ya tienen un lugar en la comunidad de práctica, ya ocupan un lugar superior en el conjunto social, y lo

²⁵⁰ WENGER, Etienne (2001). *Op. Cit.*

que se espera de ellos, es que realicen la actividad de atención de partos y en este caso, contribuyan a la enseñanza de los alumnos que provienen de una Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aparte de los de Medicina, por supuesto.

- **Significado de la atención del parto desde Enfermería.**

Por otro lado, el significado que se ha construido en torno a la atención del parto desde la enfermería, es muy distinto a la perspectiva médica, fundamentalmente porque éste significado se construye desde la perspectiva de la enfermería y desde la perspectiva de género.

De manera que para la enfermería el parto, tiene un significado con un alto contenido emotivo, se le concibe como un momento mágico, de luz, de alegría, y un momento natural dentro del proceso de la reproducción humana, donde la enfermera va a contribuir a que tenga un buen desenlace el evento, que de todas formas ocurrirá. Es decir la enfermera asiste a la mujer, pero siendo el embarazo y el parto un proceso natural y sin riesgos, lleva su propio curso, en el que la preparación de la mujer a través de la psicoprofilaxis, tiene una importante presencia y repercusión.

Bajo esta perspectiva, la mujer que atraviesa por el proceso de embarazo y parto, es el personaje central, requiere ser apoyada, sostenida, educada para dar un buen parto, mientras que desde la perspectiva médica, el médico aparece como la figura central y sus conocimientos y experiencia, contribuyen a que el parto se dé con buenos resultados²⁵¹. En la medida en que este proceso se vuelve más complejo y de alto riesgo, mayor será la intervención del médico, y la acción y control que puede desempeñar la paciente sobre su propio parto, se va aminorando, adquiriendo la paciente un papel de mayor supeditación, manejo y dependencia.

²⁵¹ Cabe recordar que sobre este aspecto, se pronuncia un componente de la 4ª competencia, que refiere "...Permitir que la mujer dé a luz, interfiriendo lo menos posible"... Ver instrumento de la OPS, en el anexo. Organización Panamericana de la Salud/ USAID del pueblo de los Estados Unidos de América (2006). **Op. Cit.**

Desde la visión de las enfermeras obstetras, el trabajo del médico, aún cuando sea practicada por mujeres médicas, no concibe el trato “humanizado de la paciente”, la intervención médica no se focaliza en el sentir de la mujer.

Por ello las enfermeras obstetras docentes, vinculan su identidad profesional más con la figura de la partera, pues incluso se habla de la atención del parto en el hogar, como una forma de práctica profesional independiente, así como de una intervención educativa de la enfermera hacia la mujer, desde el inicio del embarazo. Sin embargo, la figura de la partera, que es muy ancestral, representa también una figura que se ha formado principalmente por la vía empírica, y si bien es muy considerable su experiencia y sus habilidades, no suele asociarse con una persona que posea conocimientos y preparación profesional, de ahí que se reitera por parte de las docentes entrevistadas, que la enfermera obstetra debe poseer los conocimientos necesarios y mucha experiencia^{252, 253}.

²⁵² “...Los atributos serían primeramente una base de conocimientos, sustentados en lo que vendría siendo anatomía y fisiología de los aparatos reproductores, básicamente de la mujer, pero considerando una parte del hombre, lo que vendrían siendo los signos ováricos, lo que vendría siendo la evolución del embarazo, el crecimiento y desarrollo fetal, el trabajo de parto, el nacimiento, la atención del nacimiento, la atención de la mujer en las etapas del puerperio, de lactancia materna y el recién nacido, los cuidados inmediatos del recién nacido y los cuidados que debe tener la mamá en el hogar para con este recién nacido.....
Junto con estos conocimientos, la parte emocional, la parte humana porque para la atención de una mujer considero básicamente, el hecho de que debe haber una parte de humanización, el trato humano, el trato digno, pero siempre con el fundamento, que es lo que siempre la mayoría de las mujeres busca, para que se dé una atención bien, para que la vuelvan a buscar..... “
Entrevista a docente, Documento 20, cita 1.

²⁵³ “... se necesitan conocimientos teóricos y se necesita mucha práctica, porque aunque la enfermera obstetra pueda tener muchos conocimientos teóricos, lo fundamental y bueno yo creo que no sólo la obstétrica, es la práctica, la práctica con la paciente, con....incluso a veces con la familia porque nosotros tenemos que enfrentarnos al papá, al recién nacido, la atención del recién nacido y la atención a la mujer.
En cuanto a los atributos.... yo creo que pueden ser muchos, desde el deseo mismo de ser enfermera o el deseo desaber que vamos a compartir con otra persona que tiene necesidades, y que nosotras vamos a ver esa parte de satisfacer necesidades y que incluso tenemos que valorar qué necesidades tiene....”
Entrevista a docente, documento 21, cita 1.

Por otro lado si consideramos la estructura institucional y las formas operativas del contexto hospitalario que poseen un carácter vertical y jerárquico en la toma de decisiones, esta concepción que se formula respecto a la atención de la mujer embarazada de bajo riesgo, parece no ser factible de practicarse en este entorno, más bien parece sugerir una práctica profesional, que tendría que ubicarse en otro contexto que no esté vinculado con la enfermedad, en donde incluso desde la normatividad institucional, se ponderen las necesidades de la mujer embarazada, pues al interior del contexto hospitalario, los tiempos, los movimientos y hasta la forma en que es vista la atención del parto, tienden a cosificarlo, deshumanizarlo y tratarlo como un problema de salud.

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE COMPETENCIAS OBSTÉTRICAS EN ALUMNOS DE LA LEO



Conclusiones

El estudio de caso realizado, aportó datos cualitativos para conocer las características del proceso a través del cual los alumnos de la LEO, se inician en la construcción de las competencias obstétricas. El trabajo de campo comprendió la realización de entrevistas a alumnos y a docentes que cursaron e impartieron respectivamente las asignaturas de Obstetricia I y II, así como la elaboración de algunas observaciones en el campo de prácticas hospitalario y en el laboratorio de enseñanza clínica. El estudio de caso implicó la triangulación de datos diferenciados, es decir datos que fueron recogidos y analizados en tiempos y espacios distintos.

Los resultados que arrojó en un primer momento el instrumento de la OPS, permitió identificar que las competencias obstétricas vinculadas con el proceso de embarazo (competencia 3), la atención del parto y el cuidado del recién nacido (competencia 4), así como el cuidado de enfermería en el puerperio (competencia 5), coinciden en términos generales con las enseñanzas curriculares y las prácticas que realizan los alumnos en las asignaturas de obstetricia de la LEO, si bien también se destacan algunos aspectos que los alumnos indican que no se promueven ampliamente, como fueron el desarrollo de habilidades para realizar suturas, la reanimación de la madre o la aplicación de anestesia local, entre otras.

La aplicación de este instrumento, constituyó un primer acercamiento al trabajo de campo y abrió la puerta para el mismo, de manera especial con algunas profesoras de Obstetricia, quienes aportaron información valiosa sobre las prácticas que comprende esta asignatura, y que se realizan en el laboratorio de enseñanza clínica de la ENEO, también aportaron información sobre el estudio que realizaba la OPS, sobre la consulta y el consenso de las competencias obstétricas. Todo ello favoreció la organización y mi entrada al trabajo de campo y facilitó el desarrollo del mismo, a través de las entrevistas a alumnos y a docentes, así como la realización de las

observaciones tanto en los laboratorios de enseñanza clínica como en hospitales, que permitieron encontrar diversos hallazgos.

El análisis y la interpretación de los datos, se centró en cuatro categorías de análisis fundamentales: el hospital como escenario de E-A de las competencias obstétricas, la práctica supervisada de obstetricia, la mediación docente y ser enfermera obstetra, así como la derivación de diversas subcategorías, tales como: comunidad de práctica, práctica anhelada, construir el campo de práctica y significado del parto, por mencionar algunas que derivaron respectivamente de las categorías mencionadas.

El proceso que conlleva la construcción de competencias obstétricas, supone que el sujeto de aprendizaje, retome los conocimientos propios del campo de estudio, y aprenda a emplearlos en las situaciones que le plantea la práctica de Obstetricia. Por ello el estudio de caso recuperó las situaciones en que fueron colocados los alumnos y las circunstancias que contribuyeron finalmente a que se iniciaran en la formación y en la construcción de tales competencias.

Los relatos obtenidos permitieron apreciar que si bien los alumnos son puestos en contextos que les demandan la movilización de sus propios recursos (cognitivos, actitudinales, procedimentales etc.), aspecto que es central en la perspectiva de la construcción de competencias profesionales, deben atravesar antes por un fuerte proceso de socialización secundaria, en el campo de la práctica profesional al que se integraron en calidad de practicantes, que les permite acceder propiamente a las situaciones que requieren para iniciarse en los desempeños de las competencias obstétricas, de manera muy clara en el caso de la competencia que refiere la atención del parto. Este proceso de socialización los incorpora a las normas, las actitudes y los valores que son importantes para la comunidad de práctica.

La indagación sobre la construcción de competencias que abordó este estudio de caso, retomó situaciones en que el aprendiz fue colocado, ya sea bajo forma hipotética,

simulada o real que le demandaron la movilización y la solución de una situación inédita. Consideramos que esto fue posible por el hecho de que la profesión de enfermería, comparte desde su origen histórico como oficio y después como profesión, una estrecha vinculación con el mundo de la práctica, aspecto que no siempre está presente en otras profesiones. De manera que en el caso de la enfermería, no se cuestiona el vínculo entre el mundo de la formación universitaria y el mundo de la práctica profesional, pues éste siempre ha prevalecido. Lo que aún no es un aspecto claramente instituido y diferenciado en el ámbito hospitalario, es el rol de la enfermera obstetra, pues en este sentido aún se advierte que existe una disposición diversa - según el campo clínico- para acoger esta práctica de enfermería en el campo obstétrico, lo que en algunos casos mostró una práctica autorizada, sólo en el horario de las guardias.

El proceso que vive el alumno para construir sus competencias obstétricas, se caracteriza por atravesar diversos momentos, siendo el primero, un momento de miedo y gran temor, tanto por los escasos conocimientos que posee inicialmente, como por constituir un campo de intervención nuevo y distinto, sobre el que no ha tenido experiencias previas. Al constituir la Obstetricia una última fase de su formación en la licenciatura, es una práctica en la que el personal de enfermería en servicio espera de los alumnos un mayor conocimiento y la consolidación de las competencias generales de la enfermería, que en forma previa han sido objeto de enseñanza, tanto en forma teórico como práctica y sobre las cuáles no siempre han logrado un dominio aceptable. La práctica supervisada de obstetricia coloca a los alumnos por primera vez en una relación donde se vinculan de manera directa con el personal médico, o con los residentes quienes comparten con ellos sus conocimientos y experiencia del campo obstétrico y fungen como sus tutores, con lo que los alumnos viven otras formas de interacción con miembros de la comunidad de práctica, que los coloca en una relación en un plano más profesional.

Estas enseñanzas y el enfrentamiento a una diversidad de situaciones, van modelando su desempeño a partir de la interacción que establece con su entorno de práctica, con la comunidad de práctica y con las pacientes que presentan una gama de problemáticas propias del campo obstétrico, con las cuáles se familiarizan.

La socialización secundaria que viven los alumnos de la LEO al interior de los hospitales de prácticas, no es acorde a los propósitos educativos que encierra la formación basada en competencias, pues mientras la primera se caracteriza por demandarle al alumno, un conjunto de tareas de carácter rutinario que se asocia más con el desempeño de la enfermería básica, ponderando un carácter técnico y repetitivo, la formación de competencias requiere de un espacio para el pensamiento reflexivo, el análisis de las situaciones y la toma de decisiones, aspectos todos ellos que prosperan en ambientes y organizaciones con un carácter más horizontal.

El personal técnico de enfermería que numéricamente constituye el grupo mayoritario en los servicios de salud y a quienes principalmente les son confiados los alumnos en su estancia de prácticas, aparecen como los principales agentes reproductores de lo instituido, de manera que condicionan la aceptación e incorporación del alumno a la comunidad de práctica, al cumplimiento de una serie de actividades rutinarias que si bien pueden fortalecer las competencias de la enfermería básica, pasan por alto los propósitos educativos y formativos que persigue la práctica supervisada de obstetricia, de manera que postergan el enfrentamiento de los alumnos a las situaciones que requieren para iniciar su proceso formativo en las competencias obstétricas.

Paralelamente los alumnos refirieron la necesidad de una interacción hacia ellas, en el que prevaleciera una actitud de "humildad", aspecto que deja ver nuevamente la presencia de jerarquías y de respeto a las mismas; en este caso, ante un personal técnico que posee gran experiencia, pero que desconoce elementos teóricos que confieren sentido y fundamento al hacer enfermero en el terreno obstétrico.

El personal médico por su parte, plantea al alumno como condición previa para su incorporación y aceptación en la comunidad de práctica, el conocimiento de ciertos elementos teóricos de la obstetricia, aspecto que resulta congruente con las actividades que han de realizar.

El proceso de socialización secundaria, conlleva paralelamente la transmisión de saberes y de formas institucionales e instituidas, donde el poder tiene una fuerte presencia, de manera que se reproducen y perpetúan las jerarquías de autoridad y las actitudes de obediencia hacia el personal ubicado en lugares superiores. Esta visión del mundo enfermero que se construye al interior de este escenario, se contrapone a los fines que promueve la formación basada en competencias, en la que se espera que el profesional desarrolle habilidades para observar, valorar, y analizar cada situación con el respaldo del tutor, ajustando los recursos que el ejecutante posee, elaborando propuestas de soluciones que ameritan los casos, etc. Es decir, un practicante que se forma con un mayor margen de toma de decisiones y con una mayor autoridad, respecto a su campo de intervención profesional.

El estudio de caso dejó ver que la formación de profesionales que pretenden alcanzar mayores niveles de competencia, requieren no sólo el enfrentamiento a numerosas situaciones que ofrecen diversidad de contenidos y problemáticas a tratar, sino también la presencia constante de la reflexión y la autoevaluación de su desempeño, sin embargo, esto no es un aspecto que se promueva en el contexto institucional hospitalario, que se caracteriza por reservar al trabajo de la enfermería, la aplicación rutinaria de procedimientos, el orden, la disciplina y la obediencia como personal subalterno.

Las características institucionales que presentan hoy por hoy los escenarios hospitalarios, no promueven la formación de esquemas de pensamiento complejos, que podrían eventualmente generar un personal con mayor iniciativa, lo que a su vez haría de la tarea de enfermería una actividad con otro carácter y otro sentido, tanto para

quien la ejerce como para el grupo de trabajo y las pacientes que reciben sus cuidados y atención.

Las pacientes obstétricas aparecen en el centro de toda situación constituyendo el principal elemento que moviliza los elementos que integran las competencias, pues ya sea en consulta externa, en la sala de labor, en quirófano, en hospitalización, o en urgencias, los alumnos tienen que realizar alguna forma de intervención, movilizando los pocos o muchos recursos que poseen, de acuerdo a las circunstancias que prevalecen en la paciente y en el entorno.

En este sentido, pudo apreciarse que la secuencia de los contenidos curriculares que contiene la asignatura de Obstetricia, no corresponde con el apremio de conocimientos que les demanda la práctica a los alumnos. Es decir, en la práctica las situaciones y los problemas que enfrentaron y que les reclamaban una solución inmediata, no obedecían a la lógica de la secuencia disciplinar que se trabajaba al inicio y después a lo largo del semestre escolar, pues en la práctica supervisada de obstetricia, es la situación y el problema que se enfrenta, el que determina los conocimientos que se hacen necesarios y los alumnos son asignados en diversos servicios, y por consiguiente enfrentan situaciones y requerimientos de conocimientos diversos.

Esto supone que el orden y la secuencia en que los alumnos tenían que allegarse de los recursos teóricos, obedeció a la naturaleza de los problemas que enfrentaron por servicio, ya fuera en consulta externa, hospitalización, quirófano o urgencias. De esta forma, los contenidos que hacen alusión a la competencia 3, que apoya el cuidado del embarazo, se corresponden de mejor forma con la actividad práctica que se desarrolla en consulta externa, mientras que la competencia 5 que alude al cuidado de la paciente en el puerperio, tiene mayor presencia en el servicio de hospitalización. Este aspecto nos lleva a considerar que el abordaje de los contenidos teóricos, podría centrarse mejor en las tareas y elementos que comprende la competencia por cada servicio, en lugar de la secuencia de temas que propone la disciplina.

Luego entonces, favorecer la construcción de las competencias profesionales, requiere por parte de quienes planean y prevén los procesos educativos, del análisis de aquellas situaciones que resultan más apropiadas para el alumno que se inicia y transita por este proceso, lleve a considerar una posible agrupación de tareas que reúne una competencia y un acceso a las mismas en razón de la complejidad que encierran, dosificando su progresión gradual, hasta donde el escenario de prácticas lo hace factible.

En la investigación realizada, pudo advertirse la presencia de cierta dosificación de la complejidad en la enseñanza de las competencias, desde el contexto del currículum, en tanto se reservan para un primer semestre los casos de embarazos de bajo riesgo y para un segundo semestre, la revisión de casos de embarazos de alto riesgo, de manera que los alumnos puedan observar suficientes casos para aprender a identificar y valorar el riesgo perinatal. Asimismo previo a la práctica, las actividades de laboratorio en enseñanza clínica a través de maniqués, modelos anatómicos, ejercitación de procedimientos, simulación de una participación e intervención en el quirófano etc., mostraron al alumno un acercamiento al panorama real, evitando riesgos tanto para el alumno como para la paciente y una mayor aceptación por parte de la comunidad de práctica. Sin embargo, de acuerdo al relato de los alumnos, la práctica de laboratorio, no fue referida como un elemento significativo en su proceso formativo.

Si bien docentes y alumnos refieren la necesidad de contar con una mayor experiencia en el campo de la obstetricia, la experiencia por sí misma no lleva al desarrollo de la competencia, pues si ésta se queda instalada en procesos repetitivos y rutinarios, no agrega elementos que contribuyan a su desarrollo. Es necesario que se involucren nuevos procesos de creciente complejidad, así como la incorporación de mayores conocimientos, que permitan analizar y vislumbrar las situaciones que se presentan desde una perspectiva cada vez más enriquecida, lo que contribuye a favorecer la

visión del ejecutante, fortalece el vínculo de la teoría y la práctica y el desarrollo de la competencia.

Así por ejemplo, la enfermera técnica aplica en repetidas ocasiones determinados procedimientos, alcanzando una gran pericia en los mismos, pero desconoce por qué se realizan de tal forma o bien no se explica a qué obedece la inclusión de variantes en el proceso de atención, que incorpora las características que posee una determinada paciente, pues su trabajo se centra en las rutinas y no en la indagación de la situación concreta que presenta una paciente y la integralidad que reúne el caso.

La presencia de docentes que cuenten con formación en la disciplina de la enfermería obstétrica y con la experiencia en el terreno práctico, parece ser una condición importante y necesaria en este caso, pues si bien en los espacios hospitalarios están presentes los médicos, los residentes o eventualmente la enfermera perinatal o materno- infantil, quienes poseen las competencias obstétricas que interesa conformar en el alumno, es la docente de enseñanza clínica quien a través de su tarea de mediación docente resguarda los fines y propósitos curriculares. Es también quien respalda a los alumnos en el terreno de la intervención, como lo es el escenario hospitalario, teniendo en cuenta las diferencias que sus alumnos presentan frente a las demandas que plantean los escenarios de intervención.

Por su parte el personal en servicio a quienes se les confían los alumnos, requieren de una mayor información y conocimientos, sobre las implicaciones educativas que tiene su participación tutorial en la enseñanza práctica, pues para los alumnos aparecen representadas como personas que desconocen el proceso formativo por el que han atravesado y los fines que persiguen en la práctica obstétrica. Lo que el estudio deja ver, es que el personal en servicio se afana más porque el alumno cubra una rutina de tareas, que por propiciar un aprendizaje y un desempeño reflexivo de las situaciones que enfrentan por primera vez y que pueden incluso representar un evento fuerte para el mismo.

Los entornos de trabajo, en este caso los hospitales, requieren a su vez transformar su concepción del empleado del sector salud, considerando que si sólo ponderan la ejecución de tareas técnicas, no podrán tener empleados competentes, ni personal que aporte en su trabajo formas inteligentes de ejecución, en el que se aprovechen todos los recursos que posee el personal de enfermería y el crecimiento que eventualmente puede adquirir una enfermera experimentada y con formación.

Si bien el tema de la evaluación de las competencias, no constituyó un aspecto central a analizar en este estudio, durante las entrevistas a alumnos y a docentes fue un tema que apareció, bajo la opinión de la autoevaluación que los alumnos se formularon sobre sí mismos, respecto a su desempeño en el campo obstétrico, ubicándose y refiriendo características que reúne el enfermero obstetra principiante. Es decir, posee un conocimiento y una experiencia inicial que le permite desempeñarse en casos simples y unívocos, en los que las pacientes no presentan riesgo alguno. Esta apreciación es también compartida por los docentes, pues si bien consideran que poseen los conocimientos necesarios y la práctica inicial de la obstetricia, requieren aún de muchas más horas de práctica para acrecentar su nivel de competencia. La competencia, como puede apreciarse, es un término que supone un desarrollo abierto que puede perfeccionarse a lo largo de la vida.

Una pedagogía de las competencias, necesariamente nos enfrenta al diseño de nuevas formas de evaluación. En el caso revisado, se puede apreciar que este es un aspecto aún no resuelto, en tanto los docentes simplemente extienden el juicio “cumplió o no cumplió con la práctica”, lo que significaría que su presencia en tiempo y forma en el campo de prácticas se llevó a cabo, pero no se explicita la cualidad que generó este cumplimiento y que permitiría apreciar un nivel de logro alcanzado de las competencias obstétricas.

La tendencia tradicional de calificar desempeños a partir de notas numéricas, sería por demás limitada, en tanto no se incorporen argumentos sobre los rasgos cualitativos que reúne el ejecutante, y si bien una competencia puede perfeccionarse a través del tiempo, un reporte de evaluación puede esclarecer en qué nivel de desempeño se encuentra el ejecutante, argumentando los recursos de que dispone o de que carece, los procedimientos que están o no presentes en su dominio y los resultados que ante determinadas situaciones podrá eventualmente alcanzar con todo ello.

Las competencias de enfermería obstétrica, apuntan a un perfil profesional que abre a la posibilidad del ejercicio profesional independiente, lo que liberaría a las enfermeras de un ejercicio supeditado a la autoridad médica. Pero a su vez, esta forma de ejercicio profesional tiene mayores posibilidad de existir fuera del contexto hospitalario, que asocia el parto con la enfermedad, para instalarse en un entorno que lo asocie más con el mantenimiento de la salud, y el acompañamiento de la paciente en su experiencia de embarazo y parto, en el que las enfermeras pueden tener una mayor toma de decisiones sobre su trabajo con las pacientes y una intervención educativa hacia la paciente más amplia.

Esto implicaría un desplazamiento hacia el perfil de la enfermera partera como referente, que interviene durante el embarazo, favoreciendo un bagaje de conocimientos y de acciones convenientes para la mujer embarazada, fortaleciendo su rol educativo de enfermera y comunicadora en favor de la salud, así como su participación en el nacimiento, entendido este último como un acontecimiento natural del ciclo de la vida, sobre el que se interviene coadyuvando a que ocurra en las mejores condiciones y siempre y cuando el caso sea considerado libre de riesgos y complicaciones.

Los procesos de mediación docente para la enseñanza de la enfermería obstétrica y la eventual conformación de las competencias obstétricas, así como la conformación de su identidad profesional como enfermera obstetra, están fuertemente signadas por la

concepción de enfermería y de género, de manera que se considera fundamental para las docentes que quien enseñe la obstetricia sea una enfermera y no un médico.

Este aspecto está vinculado con la experiencia que consideran vive la paciente que está en proceso de embarazo, de dar a luz o de transitar por los momentos posteriores al parto y cuidado del recién nacido, situaciones todas ellas que están fuertemente signadas por las prácticas sociales que la mujer realiza en el contexto social. Mientras que para el médico, su comprensión sobre estos eventos sociales, adquieren significado, en función del lugar desde el que socialmente se ubica y participa en el parto institucionalizado, tanto como profesional, como bajo su condición de género.

Los datos que este estudio de caso aportó, pueden contribuir a una mayor previsión y planeación de la práctica obstétrica en los escenarios hospitalarios, de manera especial en lo que toca a la secuencia y revisión de contenidos, de manera que en forma oportuna y previa a la intervención en la práctica, los alumnos dispongan de los aprendizajes teóricos que se requieren, con base en los servicios por los que serán rotados.

La enseñanza que por ahora se perfila en los laboratorios, puede optimizarse, partiendo de una intervención educativa que desde sus fundamentos se conciba de manera más integral y que provea de mayores elementos a los alumnos, desde los contextos de simulación que formulen situaciones hipotéticas de creciente dificultad, en las que los alumnos pongan a prueba sus capacidades para solucionar diversas problemáticas, con el apoyo de sus docentes.

Paralelamente, pueden perfilarse mejores acuerdos con los campos de prácticas hospitalarias, que concierten hasta donde es posible, una rotación por espacios y situaciones más acordes a un proceso formativo gradual y reflexivo, sobre la intervención de la enfermería obstétrica.

Una limitación que presenta este estudio de caso, es que no incorpora la visión de aquellos profesionales que participan en el proceso formativo en los espacios de práctica y que no son parte del cuerpo académico, si bien fungen como guías de los alumnos, en tanto les son confiados en los contextos hospitalarios, para contribuir a su formación. Su participación seguramente complementaría y aportaría una visión desde otra óptica distinta a la que por ahora se ha reunido, contribuyendo a analizar lo que implica formar a los profesionales de la enfermería en la construcción de las competencias obstétricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS EN ORDEN ALFABÉTICO

ALATORRE WYNTER, Edda (1998). "El proceso histórico de la educación en enfermería en México", en **Memorias de la XII Reunión de Licenciados en Enfermería: del arte antiguo a los desafíos de la ciencia moderna**. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.50.

ALEXANDER Margaret F. y Phyllis J. RUNCIMAN (2003). **Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de consultas**. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras.

ARCE GURZA, F., M. BAZANT, A. STAPLES, D. TANCK de ESTRADA y J. Z. VÁZQUEZ. (1982). **Historia de las profesiones**. México, Colegio de México. pp. 161- 162

ATKINSON, Jr George and Patricia H. MURRELL (1998). " Kolb's Experiential Learning Theory: A meta Model for Career Exploration", **Journal of Counseling and Development**, April, Vol. 66. Memphis State University, Tennessee/USA.

ARGÚELLES, Antonio (compilador). (1996). **Competencia laboral y educación basada en normas de competencia**. México, Limusa

BARTEL RODRÍGUEZ MARIBONA, Heidi (2010). La práctica del profesional experto en las unidades de críticos desde el análisis de una entrevista bajo la perspectiva de Benner. **Index de Enfermería**, V. 19, No. 1, Granada, enero-marzo

BECERRIL CÁRDENAS, Lucila (2003) "Capítulo III Ritos de enfermería", **La profesionalización de enfermería en México. Un análisis desde la sociología**

de las profesiones. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Departamento de Ciencias de la Educación. Doctorado en Educación. pp. 54-100

BENNER, Patricia (1987). **Práctica progresiva en enfermería.** Barcelona, Enfermería y Sociedad/ Grijalbo.

BERGER, Peter L. y Thomas LUCKMANN. (2003). **La construcción social de la realidad.** Buenos Aires, Amorrortu editores, p. 172.

BLAS, Francisco de Asís (2007). **Competencias profesionales en la formación Profesional.** Madrid, Alanza Editorial. p. 63

BOURDIEU, Pierre (1991). **El sentido práctico.** Madrid, Taurus Humanidades

BUSTAMANTE ZAMUDIO, Guillermo (2003). **El concepto de Competencia III. Un caso de recontextualización. Las “competencias” en la educación colombiana.** Bogotá, Sociedad Colombiana de Pedagogía.

CABRERA, Alberto F., Carl L. COLBECK y Patrick T. TEREZINI (2001). “Developing performance indicators for assessing classroom teaching practices and student learning: the case of engineering.” **Research in Higher Education**, Vol. 42, No. 3.

COHEN, Helen A. (1988). **La enfermera y su identidad profesional.** Barcelona, Grijalbo. p. 99

COLL, César, Juan Ignacio POZO, Bernabé SARABIA y Enrics VALLS (1992). **Los contenidos de la reforma. Enseñanza y aprendizaje de los conceptos, procedimientos y actitudes.** Madrid, Ediciones Santillana.

COLLIÉRE, Marie Françoise (1993). **Promover la vida**. Madrid, Interamericana Mc Graw Hill. p. 6 y ss.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD (2005). **Perfiles de enfermería**. México, Subsecretaría de Innovación y Calidad. p.3.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (2003). **Marco de competencias del CIE para enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración de las consultas**. Ginebra, CIE.

DENYER Monique, Jacques FURNÉMONT, Roger POULAIN y George VANLOUBBEECK (2007). **Las competencias en la educación. Un balance**. México, Fondo de Cultura Económica

DEWEY, John. (1938). **Experiencia y Educación**. Buenos Aires, Losada.

DÍAZ BARRIGA, Ángel. (2006). El enfoque de competencias en la educación ¿una alternativa o un disfraz de cambio?", **Perfiles educativos**, Tercera época, Vol. XXVIII, No. 111, p 7.

DÍAZ BARRIGA, Frida (2006). **Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida**. México, Mc Graw- Hill.

DÍAZ BARRIGA, Frida (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, 5 (2). Consultado el día 12 de mayo de 2007.

Disponible en línea http://redie.ens.uabc.mx/vol_5no2/contenido-arceo.html

DINEKE, E.H. Tigelaar, Diana H.J.M. DOLMANS, Ineke H:A:P. WOLFHAGEN & Cees P.M. VAN DER VLEUTEN (2004). "The development and validation of a

framework for teaching competencies in higher education”, ***Higher Education: the international Journal of Higher Education and Educational Planning***. Vol. 48, No. 2, Sept. pp. 253- 268.

DUCOING, P. Coord. (2009). ***Tutoría y mediación I***. México, IISUE/ UNAM. P. 59
Diccionario de Ciencias de la Educación (1983). México, Santillana, Vol. I.

ECCLESTONE, Kathryn (1999). “Empowering or Ensaring: the implications of outcome- based assessment in Higher Education”, ***Higher Education Quarterly***, 0951- 5224, Volume 53, No. 1 January, pp. 29-48.

ELLIOT, Philip. (1975). ***Sociología de las profesiones***. Madrid, Tecnos. p.82.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA/ UNAM (2000) ***Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia***. Actualización 2000.

EURIDYCE (2002). ***Las competencias clave. Un concepto en expansión dentro de la educación general obligatoria***. La Red Europea en Investigación en Educación. Disponible en línea <http://euridyce.org>

FERNÁNDEZ TEJADA, José (1999). “Acerca de las Competencias Profesionales”, ***Revista Herramientas***, No. 56, Madrid, España.

Disponible en: [http:// www.cinterfor.org.uy](http://www.cinterfor.org.uy) Recuperado en 05 /07.

FREIDSON, Elliot (1978). ***La profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado***. Barcelona, Ediciones Península.

FOSS Gwendolyn F., Janice K. JANKEN, David R. LANGFORD and Margaret M.

PATTON (2004). "Using Professional Specialty Competencies to guide Course Development.", *Journal of Nursing Education*. August, Volume 43, Number 8: 368-375.

FOUCAULT, Michel (1976). *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. México, Siglo XXI editores.

GARCÍA SAHAGÚN, María Concepción (2000). *Competencias de los tutores del posgrado de ciencias de la tierra y ciencias biomédicas de la UNAM*. Tesis de Maestría en Administración de Organizaciones. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

GADAMER, Hans George (1996). "Teoría, técnica, práctica", *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa. pp 13 y ss.

GARDNER Brenda S. Sharon J. KORTH (1997). "Classroom Strategies that facilitate transfer of learning to the workplace". *Innovative Higher Education*, Vol. 22, No. 1, Fall.

GELARDI, Daniel y Alfredo ESTEVES (2002). "Transferencia de conocimientos en la investigación una experiencia didáctica de la arquitectura sustentable". *Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente*. Vol. 6, No. 2 Impreso en Argentina. ISSN 0329- 5184.

GIMENO SACRISTÁN, José. (2004) "Políticas y prácticas culturales en las escuelas: los abismos de la etapa postmoderna", en TEDESCO, Juan Carlos, José GIMENO SACRISTÁN, Jurjo TORRES SANTOMÈ et. al. *Por nuestra escuela*. México, Lucerna Diogenis. pp. 37- 55.

GUIZARTE JUSTIZI, Lanet y Saila SEGURANTZA (1999). *Competencias profesionales. Enfoques y Modelos a debate*. CIDEAC, Centro de

Investigación y documentación sobre problemas de la economía, el empleo y las cualificaciones profesionales. Gobierno Vasco. Colección Cuadernos de trabajo. Formación, empleo y cualificaciones. No. 27, p. 58

HAIGH, Martin J. and Marianne P. KILMARTIN (1999). "Student Perceptions of the development of Personal Transferable Skills", *Journal of Geography in Higher Education*, Vol. 23, No. 2, pp. 195- 2

HERNÁNDEZ ROJAS, Gerardo (1998). *Paradigmas en psicología de la educación*. México, Paidós Educador. p. 211 y ss

HILLMANN, Karl Heinz. (2001). *Diccionario enciclopédico de Sociología*. Barcelona, Empresa Editorial Herder. p. 138

HOPKINSON Gillian C. y Margaret K. HOGG (2004) "Teaching and Learning about Qualitative Research in the Social Sciences: an experiential learning approach amongst marketing students", *Journal of Further and Higher Education*. Vol. 28, No. 3, August.

HYLAND, Terry (1994). "Experiential learning, competence and critical practice in higher education" *Studies in Higher Education*; Sep 94, Vol. 19. ISSUE 3, pp. 327- 340.

JARAMILLO RÍOS Salud S. y MENDOZA MARTÍNEZ, Víctor Manuel. (2006) La educación Universitaria en el Marco del Modelo por Competencias, *Revista de divulgación científica del Centro Cultural Universitario Justo Sierra*. Año 0, marzo.

JONNAERT, Philippe, Johanne BARRETTE, Domenico MASCIOTRA y Mane YAYA (2006) *Revisión de la competencia como organizadora de los programas de formación: hacia un desempeño competente*. Universidad de

Québec, Montreal. Observatorio de Reformas Educativas, Ginebra, Oficina Internacional de Educación, BIE/ UNESCO. p. 10.

JONNAERT, Philippe, Johanne BARRETTE, Samira BOUFRHI y Domenico MASCIOTRA (2004). ***Contribution critique au développement des programmes d'études: compétences, constructivisme et interdisciplinarité.*** Revue des sciences de l'éducation, Vol. XXX, No. 3, p. 667-696.

JONNAERT, Philippe (2002) ***Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique.*** Québec/ Montreal, Ed. de Boeck, Perspectives en Education et formation.

KOLB, David. (1984). ***Experimental Learning.*** London, Prentice- Hall.

KREBER, Carolin. (2001). "Learning experientially through case studies? A conceptual Analysis". ***Teaching in Higher Education***, Vol. 6, No. 2, pp. 217- 227.

LEAVE, Jean y Etienne WENGER (2003). ***Aprendizaje situado: Participación periférica legítima.*** México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Carrera de Psicología.

LEAT, David, Steve McCarthy (1992). "Consolidating learning from experience", ***Assessment & Evaluation in Higher Education.*** Aug, Vol 17, Issue 2, p 89, 12p.

LUCIO CRUZ, A. M. (1994). ***La enfermera y su imagen social.*** Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.65-66.

LOO MORALES, Irene, Ma. Del Pilar SOBERANES, Lucila ROSALES RODRÍGUEZ, et. al. (2002). ***Programa de competencias para el pasante de enfermería de nivel técnico en un primer nivel de atención.*** Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Documento interno de trabajo.

MARTÍNEZ BENÍTEZ, Ma. Matilde y Pablo LATAPÍ (1993). ***Sociología de una profesión, el caso de enfermería***. 2ª ed. México, Centro de Estudios Educativos. (Colección Problemas Educativos). p.155.

MARRINER, Ann y Martha RAILE ALLIGOOD (1999). ***Modelos y Teorías en enfermería***. Barcelona, Harcourt Brace.

MEDINA MOYA, José Luis (2002). "Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva", ***Revista de Enfermería***. Albacete, No. 15, Abril. 14p.

MEDINA MOYA, José Luis (2005). ***Deseo de cuidar y voluntad de poder***. Barcelona, Publicaciones I, Ediciones de la Universidad de Barcelona. p.101 (las negritas son mías).

MELLOR, Anthony (1991). Experiential learning through integrated project work: an example from soil science", ***Journal of geography in Higher Education***. Vol. 15, Issue 2, p. 135. 15p

MERTENS, Leonard (1996). ***Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos***. Montevideo, CINTERFOR. p. 69.

MERTENS, Leonard (1998). ***La gestión por competencia laboral en la empresa y la formación profesional***. Programa de Cooperación Iberoamericana para el Diseño de la Formación Profesional (IBERFOP).p.9 y ss.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/USAID (2006). ***Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional***. Washington, D.C., OPS. pp. 4 y ss

PACHECO, Teresa y DÍAZ BARRIGA, Ángel. (2005). **La profesión universitaria en el contexto de la modernización**. México, Ediciones Pomares. pp. 80- 81

PATTERSON Annette & James W. BELL (2001). "Teaching and learning Generic Skills in Universities: the case of sociology in a teacher education programme." **Teaching in Higher Education**, Vol. 6, No. 4.

PERRENOUD, Philippe (1999). **Construir competencias desde la escuela**. Chile, Dolmen ediciones.

PERRENOUD Philippe. (2005). **Diez nuevas competencias para enseñar**. 3ª ed. Barcelona, Biblioteca de Aula. p. 11

PERRENOUD Philippe (2008) Construir competencias ¿es darle la espalda a los saberes?, **Red U Revista de docencia Universitaria**, No. monográfico II, "Formación centrada en competencias". Disponible en línea <http://www.redu.m.es/RED U/m2>

POSGRADO ENFERMERÍA / UNAM (2009). **Adecuación del Plan Único de Especialización en Enfermería y adición de dos nuevos campos de conocimiento por orientación 5ª Fase: Enfermería Oncológica y Enfermería del Neonato** Fecha de aprobación del Consejo Académico de Área de las Ciencias Biológicas y de la Salud: 11 de Agosto de 2009.

POZO MUNICIO, Ignacio (2003). "La organización de la práctica", en **Aprendices y Maestros. La nueva cultura del aprendizaje**. 4 ed. Madrid, Alianza Editorial, p. 337.

RAMOS SÁNCHEZ, Daniel (1998). **La inserción de México en la globalización y regionalización de las profesiones**. México, Instituto Politécnico Nacional, Fondo de Cultura Económica. p.10

RAUNER, Félix (2007). "El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión", en *Revista Europea de Formación Profesional*, No. 40,2007/1, ISSN 1977-0235.

ROE, Robert (2003). "Qué hace competente a un psicólogo? Papeles del Psicólogo. *Revista del colegio Oficial de Psicólogos*. No. 83, Diciembre. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1108> Recuperado: 02/07/07

SALAS SEGURA, Susana (1997). *Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias*. Conferencia presentada en el 90 aniversario de la enfermería universitaria. México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia/ UNAM. p.

SCHÖN, Donald A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona, Paidós.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN (1892) "Reglamento al que debían sujetarse las parteras en el ejercicio de la profesión", "Instrucciones para la práctica de la antisepsia en los partos, a los que debían sujetarse las parteras en el ejercicio de su profesión", *Legislación Mexicana*, 24 de marzo de 1892, Tomo XXII, pp. 80-82.

SECRETARÍA DE SALUD (1999). *Informe de la situación de la enfermería en México*. México, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. IMSS, ISSSTE, D.D.F., PEMEX, DIF, SM, 5DN, Asociación Mexicana de Hospitales. pp. 14-15.

Disponible en línea www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe

SECRETARÍA DE SALUD (2002). **Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido**. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Estados Unidos Mexicanos, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud.

SHIN KYUNG, Rim (2000) "The meaning of the clinical learning experience of Korean Nursing Students", **Journal of Nursig Education**. 39, No. 6, pp. 259-265.

SPECKMAN, E. (1996). **Congregaciones femeninas en la segunda mitad del siglo XIX**. Tesis de Maestría, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México. p. 62-74

TORRES ESPERÓN, Julia y Omayda URBINA LAZA (2006). "Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal de Enfermería en Cuba", **Revista de Educación Médica Superior**. 20 (1), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

TURNOCK Chris, Paula MORÁN, Janet SCAMMELL, Maggie MALLIK and Joan MULHOLLAND (2005). "The preparation of practice educators: an overview of current practice in five healthcare disciplines", **Work Based Learning in Primary Care**. 3: 218- 35

TUNNING (s.f.) **Consulta de las Competencias Genéricas en América Latina. Propuesta de las Universidades Participantes**. Primera Reunión General del Proyecto [En red] Disponible en:http://www.plataforma.uchile.cl/fg/contenido/reforma/historia/textos/competencias_%20genericas_al.htm Recuperado: 15/07/05.

URBINA LAZA, Omayda y Marta OTERO CEBALLOS (2004). "Tendencias actuales en las competencias específicas de Enfermería", **Revista de Educación Médica Superior**, 17(4), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

URBINA LAZA, Omayda, Silvio F. SOLER CÁRDENAS y Marta OTERO CEBALLOS. (2005). "Identificación de competencias en el profesional de Enfermería del servicio de Neonatología", **Revista de Educación Médica Superior**, 19 (2), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

UYS, Leana R., Nomthandazo S. GWELE, Patricia Mc INERNEY, Lily VAN RHIN and Thobeka TANGA (2004). "The competence of nursing graduates from Problem- Based Programs in South Africa", **Journal of Nursing Education**, August, Volume 43, Number 8: 352-361.

VALLE FLORES, Ángeles (Coord.) (2004). "La calificación profesional en el nuevo escenario de la organización del trabajo", **Las profesiones en México frente al mercado de trabajo**. México, Pensamiento Universitario, Tercera época, 95.

WADE, Sian, Marilyn HAMMICK (1999). "Action learning circles: action learning in theory and practice", **Teaching in Higher Education**. April, Vol. 4, ISSUE 2, p 163

WASHBOURN, Penelope.(1996). "Experiential Learning", **Liberal Education**. Summer, Vol. 82, Issue 3, p.10.

WENGER Etienne, **Communities of practice a brief introduction**

Disponble en línea www.ewenger.com/tech,2001 (consultada el 11 de septiembre de 2007).

WENGER, Etienne. (2001). **Comunidades de práctica. Aprendizaje, significado e identidad**. Barcelona, Paidós. p. 100

WIT, Hans de (2005). "El proceso de Bolonia. Hacia una zona de Educación Superior Europea", *Foreign Affairs en español*, vol. 5, núm 2, Abril- Junio pp. 52-71.

ANEXOS

Anexo 1. Relación de investigaciones sobre aprendizaje y enseñanza de competencias en el nivel superior.

Anexo 2. Tesis consultadas

Anexo 3. Instrumento de la OPS. Competencias para el ejercicio de la partería.

Anexo 4. Relación de documentos analizados

Anexo 5. Programas de las asignaturas Obstetricia I y II del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Anexo 1
Investigaciones localizadas en bases de datos
Aprendizaje y enseñanza de competencias en el Nivel Superior

Referentes conceptuales	Contrastación de hipótesis-referente empírico	Práctica educativa
<p>KEZAR, Adrianna (2002) Assessing community service learning Are we identifying the right outcomes” About Campus. May- June. p. 14- 20 University of Maryland/ USA</p> <p>ATKINSON, Jr George and Patricia H. MURRELL (1998).” Kolb’s Experiential Learning Theory: A meta Model for Career Exploration”, Journal of Counseling and Development, April, Vol 66. Memphis State University, Tennessee/USA.</p> <p>HYLAND, Terry. (1994) “Experiential learning, competence and critical practice in higher education” Studies in Higher Education; Sep 94, Vol 19. ISSUE 3, pp 327- 340.</p> <p>KREBER, Carolin. (2001). “Learning experientially through case studies? A conceptual Analysis”. Teaching in Higher Education, Vol. 6, No. 2, pp. 217- 227.</p> <p>VOORHEES, Richard A. (2001)</p>	<p>LOWE Paul B. y Catherine M. KERR (1998) “Learning by reflection: the effect on educational outcomes.” Journal of Advanced Nursing, 27, 1030- 1033.</p> <p>CABRERA, Alberto F., Carl L. COLBECK y Patrick T. TERENCE (2001) “Developing performance indicators for assessing classroom teaching practices and student learning: the case of engineering.” Research in Higher Education, Vol. 42, No. 3</p> <p>HAIGH, Martin J. and Marianne P. KILMARTIN (1999) “Student Perceptions of the development of Personal Transferable Skills” Journal of Geography in Higher Education, Vol. 23, No. 2, pp. 195- 206</p> <p>TIGELAAR Dineke E. H. Diana H.J.M. DOLMANS, Ineke H.A.P. WOLFHAGEN & Cees P.P. VAN DETR VLEUTEN. (2004). “The development and validation of a framework for teaching competencies in higher education.” Higher Education: the international Journal of Higher Education and Educational Planning. V 48, No.2, p 253- 268, Sept .</p>	<p>ECCLESTONE, Kathryn (1999). “Empowering or Ensaring: the implications of outcome- based assessment in higher Education.” Higher Education Quarterly, 0951- 5224, Volume 53, No. 1 January, pp. 29-48</p> <p>MC DANIEL Elizabeth A., Dell FELDER, Dell Linda GORDON, Maty Ellen HRUTKA Mary and Stephanie QUINN(2000) “New Faculty Roles in Learning Outcomes Education: The experiences of four Models and Institutions.” Innovative Higher Education, Vol. 25, No.2, Winter</p> <p>GELARDI, Daniel y Alfredo ESTEVES (2002) “Transferencia de conocimientos en la investigación una experiencia didáctica de la arquitectura sustentable” Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente . Vol. 6, No. 2 Impreso en Argentina. ISSN 0329- 5184</p> <p>HOPKINSON Gillian C. y Margaret K. HOGG (2004) “Teaching and Learning about Qualitative Research in the Social Sciences: an experiential learning approach amongst marketing students” En Journal of Further and Higher Education. Vol. 28, No. 3, August</p> <p>PATTERSON Annette & James W. BELL (2001) “Teaching and learning Generic Skills in Universities: the case of sociology in a teacher education</p>

<p>“Competency- based Learning Models: A necessary Future”, in New Directions for Institutional Research, No. 110, Summer</p> <p>WASHBOURN, Penelope. (1996). “Experiential Learning”, Liberal Education. Summer, Vol. 82, Issue 3, p 10, 6p.</p>		<p>programme.” Teaching in Higher Education, Vol. 6, No. 4.</p> <p>LEAT, David, Steve McCarthy (1992) “Consolidating learning from experience”, Assessment & Evaluation in Higher Education. Aug, Vol 17, Issue 2, p 89, 12p.</p> <p>GARDNER Brenda S. and Sharon J. KORTH (1997) “Classroom Strategies that facilitate transfer of learning to the workplace”. Innovative Higher Education, Vol. 22, No. 1, Fall.</p> <p>WADE, Sian, Marilyn HAMMICK (1999) ” Action learning circles: action learning in theory and practice”, Teaching in Higher Education. April, Vol. 4, ISSUE 2, p 163.</p> <p>TURNOCK Chris, Paula Morán, Janet SCAMMELL, Maggie MALLIK and Joan MULHOLLAND (2005). “The preparation of practice educators: an overview of current practice in five healthcare disciplines”, Work Based Learning in Primary Care. 3: 218- 35</p> <p>MELLOR, Antony (1991) Experiential learning through integrated project work: an example from soil science”, Journal of geography in Higher Education. Vol. 15, Issue 2, p. 135. 15p.</p> <p>Shin Kyung Rim (2000) “The meaning of the clinical learning experience of Korean Nursing Students”, Journal of Nursig Education. 39, No. 6 pp. 259-265.</p>
---	--	---

Anexo 2

Tesis consultadas
MENDOZA GONZÁLEZ EDUARDO.(2001) <i>El modelo de educación basado en competencias y la educación. Tecnológica en México. Análisis de un caso CETIS No. 153</i> Tesis de Maestría Enseñanza Superior FES Aragón
ORELLANA SUÁREZ JUAN GERARDO. (2000). <i>Educación Basada en Competencias: desarrollo de competencias básicas por formación en alternancia.</i> Tesis de Licenciatura en Sociología. FCPS /UNAM
BARRERA ESPINO MA. DE LOURDES. (1997) <i>Educación y competitividad: principales propuestas de los organismos internacionales. El caso de la capacitación basada en competencias en México.</i> Tesis de Licenciatura en Relaciones Internacionales. FCPS/ UNAM.
CHARQUEÑO FLORES FRANCISCO. (2003). <i>Educación Basada en Competencias aplicada a un programa de estudios de Licenciatura en Transporte.</i> Tesis de Maestría Enseñanza Superior FES Aragón
GARCÍA SAHÚN MA. CONCPECIÓN. (2000). <i>Competencias de los tutores del posgrado de ciencias de la tierra y ciencias biomédicas de la UNAM.</i> Tesis de Maestría en Administración de Organizaciones. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM
CÁRDENAS BECERRIL, LUCILA (2003). <i>La profesionalización de Enfermería en México. Un análisis desde la sociología de las profesiones.</i> Tesis de Doctorado en Educación. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Departamento de Ciencias de la Educación.

Anexo 3. Instrumento de la OPS.

Competencias para el ejercicio de la partería Organización Panamericana de la Salud/ USAID

A los Profesores (a) de Obstetricia

A continuación se presenta un listado de las competencias para el ejercicio de la partería que ha formulado la OPS/ USAID, estas competencias se desglosan en una serie de conocimientos, habilidades o comportamientos que se consideran pertinentes en el ejercicio de la partería profesional.

Solicitamos a usted hacer una lectura de dichos listados, anotando una “X” en los recuadros de la derecha, si los aspectos mencionados:

No se promueven Sí se promueven o Se promueven ampliamente

según sea el caso, a través de las asignaturas teórico prácticas de Obstetricia I y Obstetricia II del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia/ UNAM.

Los datos obtenidos por este instrumento, serán empleados con fines de la elaboración de una investigación sobre las competencias obstétricas de enfermería, por lo que mucho agradeceremos su amable cooperación en la misma.

COMPETENCIAS PARA EL EJERCICIO DE LA PARTERÍA

Fundamentación de los conocimientos, las aptitudes y el comportamiento profesional de las parteras profesionales en los campos de la salud pública, las ciencias sociales y la ética.

Competencia #1: Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios en los campos de las ciencias sociales, la salud pública y ética, que forman la base de la atención de calidad, culturalmente pertinente y apropiada, que merece la mujer, el recién nacido y la familia.

Rasgos de la competencia	No se promueve	Sí se promueve	Se promueve ampliamente
Conocimientos y aptitudes necesarios sobre: 1.1 Datos demográficos de la comunidad local, entre ellos las cuestiones relativas a la salud y las enfermedades, la natalidad y la mortalidad. Otra información indispensable para trazar un perfil de la comunidad local incluye la disponibilidad y las condiciones del abastecimiento de agua, el saneamiento, los recursos de la vivienda y las condiciones de la misma, la idoneidad del suministro de los alimentos, el nivel de alfabetismo y de educación en la población adulta (incluidas las mujeres), los riesgos ambientales y el acceso a los centros sanitarios.			
1.2 La cultura, las costumbres y las creencias locales, incluidas las prácticas tradicionales y la capacidad para distinguir entre prácticas beneficiosas y las nocivas o que pueden serlo.			
1.3 Estrategias de promoción y de empoderamiento a la mujer para fomentar la equidad y velar porque se respeten a plenitud sus derechos humanos en lo que respecta a su bienestar general y acceso a la atención sanitaria.			
1.4 Las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad maternas, perinatales y neonatales, y las estrategias para reducirlas			
1.5 Conocer los datos demográficos, epidemiológicos –factores condicionantes y determinantes de salud de la comunidad local – lo cual le			

permite identificar factores de riesgo asociados a los problemas de salud			
1.6 Los beneficios y riesgos de las circunstancias en que ocurre el parto, y las ventajas de que la atención esté a cargo de una partera profesional capacitada siempre que se presenten complicaciones.			
1.7 Recursos y estrategias factibles para efectuar la remisión de inmediata a un centro sanitario de mayor complejidad si surgen complicaciones, o cuando la salud o la vida de la madre o de la criatura están en riesgo			
1.8 Los servicios sanitarios nacionales y locales y las estrategias permiten utilizar los recursos necesarios para brindar una buena atención materno infantil.			
1.9 La importancia y la función de otros profesionales de la salud y la capacidad para promover el trabajo eficaz en equipo			
1.10 Aptitudes para comunicar y orientar			
1.11 Nociones de ética y la aplicación de principios éticos al ejercicio de la partería.			
1.12 Epidemiología, promoción de la salud pública en la comunidad, estadísticas vitales y la forma de llevar registros			
1.13 Atención primaria en la comunidad, mejoramiento de la promoción de la salud, estrategias de prevención de enfermedades.			
1.14 Teorías éticas, habilidades y destrezas para su aplicación a los temas relativos al ejercicio de la partería, con el fin de proporcionar un marco para la toma de decisiones.			
1.15 Estrategias de administración y gestión eficaces y su aplicación a los servicios de partería.			
Comportamiento profesional. La partera profesional deberá:			
1.16 Ejercer de manera responsable y dar cuenta de sus decisiones y actuación clínica.			
1.17 Aplicar correctamente las precauciones universales y todas las estrategias necesarias para el control de infecciones.			
1.18 Utilizar, mantener y si corresponde, limpiar y esterilizar correctamente el			

equipo y usar suministros con economía.			
1.19 Reconocer los signos y síntomas que indiquen complicaciones y la necesidad de consultar con personal médico o de efectuar la remisión, así como tomar medidas apropiadas y oportunas.			
1.20 Observar un comportamiento cortés, ético y respetuoso de la cultura (es decir, no autoritario) con todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, origen étnico o credo.			
1.21 Fomentar un modelo de trabajo participativo con las mujeres en todos los entornos, a objeto de capacitarlas para tomar decisiones fundamentadas respecto de todos los aspectos de atención, y alentar a las mujeres a asumir la responsabilidad de su propia salud.			
1.22 Proporcionar educación sanitaria pertinente para la comunidad local e información sobre los servicios sanitarios a su disposición.			
1.23 Desarrollar y poner en práctica la comunicación efectiva con la mujer , la familia, la comunidad y los equipos de salud para facilitar los procesos de atención con las usuarias.			
1.24 Organizar bien su trabajo y el de los subordinados, de modo que el servicio sea eficiente y eficaz, en una atmósfera agradable.			
1.25 Trabajar en colaboración con otros trabajadores de la salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios a las mujeres y sus familias.			
1.26 Crear vínculos con líderes de la comunidad y demás personal clave para promover la maternidad segura.			
1.27 Aplicar técnicas y procedimientos de gestión a nivel comunitario y de servicios.			

Atención preconcepcional y planificación familiar

Competencia No.2 Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.

Rasgo de la competencia	No se promueve	Sí se promueve	Se promueve ampliamente
2.1 Anatomía y fisiología del hombre y la mujer en la relación con la fecundidad y la reproducción.			
2.2 Crecimiento y desarrollo de los seres humanos y su relación con el desarrollo sexual y la procreación.			
2.3 Pautas culturales relacionadas con la sexualidad, las prácticas y la procreación.			
2.4 Componentes de la historia clínica, la historia familiar y la historia genética pertinente.			
2.5 Detalles indispensables del examen físico necesarios, y los estudios de laboratorio que permiten juzgar la posibilidad de un embarazo sano.			
2.6 Educación sanitaria orientada a la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la infección por VIH/ sida, la promoción de la salud y el bienestar generales y la supervivencia infantil.			
2.7 Métodos didácticos eficaces y conocimientos de la forma como aprenden los adultos.			
2.8 Métodos naturales para espaciar el nacimiento de los hijos y otros métodos localmente disponibles y culturalmente aceptables de planificación familiar.			
2.9 Métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, mecánicos y quirúrgicos; ventajas e inconvenientes de cada método, criterios de elegibilidad e instrucciones para emplearlos eficazmente.			
2.10 Técnicas de orientación para que la mujer tome decisiones fundamentadas al optar por un método de planificación familiar.			
2.11 Signos y síntomas de la infección de las vías urinarias e infecciones de transmisión sexual comunes, especialmente de las que son prevalentes en el país o de la región, y métodos de tratamiento adecuados.			
2.12 Factores que inciden en la toma de decisiones respecto de embarazos no planificados o no deseados.			
2.13 Indicadores de enfermedades comunes agudas y crónicas, sobre todo			

las que son prevalentes en el país o la región y cuando corresponda, la derivación para su confirmación y tratamiento.			
2.14 Indicadores y métodos de orientación y remisión en los casos de relaciones interpersonales disfuncionales, incluidos los problemas sexuales, la violencia doméstica, el maltrato emocional y el descuido físico.			
2.15 Fundamentos de la educación, métodos didácticos y estilos de aprendizaje de los adultos.			
Aptitudes básicas. La partera profesional deberá:			
2.16 Llevar a cabo anamnesis completa y específica de manera sensible y amistosa, asegurando a la mujer confidencialidad.			
2.17 Realizar el examen físico general de la mujer incluyendo el examen ginecológico y el examen de mamas para investigar patologías prevalentes y juzgar la importancia de cualquier hallazgo anormal.			
2.18 Solicitar o realizar e interpretar correctamente algunas pruebas de laboratorio comunes, como el hemograma completo, análisis de orina y estudio microscópico, y otros exámenes pertinentes de acuerdo a la realidad local, que detectan ITS (Ej; VDRL)			
2.19 Relacionar todos los datos obtenidos a partir del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de modo que pueda suministrarse la información y la atención adecuadas a la mujer.			
2.20 Utilizar de manera apropiada la educación sanitaria y las aptitudes básicas de orientación cuando se brinda información y orientación.			
2.21 Ofrecer métodos de planificación familiar a los que se pueda recurrir localmente, y que sean culturalmente aceptables y conformes a la elección y condición de la mujer.			
2.22 Llevar un registro de todos los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas; todo tipo de asesoramiento, orientación y tratamiento brindados; los dispositivos o los medicamentos administrativos; y las recomendaciones para el seguimiento.			
2.23 Ofrecer una gama amplia de servicios de planificación familiar, entre			

ellos la colocación de dispositivos intrauterinos o de implantes, el seguimiento y la capacidad para brindar orientación y atención apropiados ante cualquier efecto colateral adverso.			
2,24 Ser capaz de efectuar correctamente un frotis cervicouterino para estudio de citología (prueba de Papanicolau)			

Atención y orientación durante el embarazo

Competencia # 3 La partera profesional brinda atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal, así como detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.

Rasgos de la competencia	No se promueve	Sí se promueve	Se promueve ampliamente
Conocimientos:			
3.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor y de otras partes pertinentes del cuerpo humano			
3.2 El ciclo menstrual, la fecundación, la implantación y el desarrollo de la placenta, el embrión y el feto.			
3.3 Confirmación del embarazo por medio de signos, la exploración física y los análisis de laboratorio.			
3.4 Determinación de la edad gestacional a partir de los antecedentes menstruales, el tamaño del útero y la fecha en que comienzan a los movimientos fetales.			
3.5 Realización de una anamnesis general y específica completa acerca del embarazo, la salud de la mujer y sus antecedentes obstétricos y familiares de salud.			
3.6 Evaluación de los componentes de la exploración física general de la			

semiología obstétrica en el embarazo y la importancia de los resultados.			
3.7 Comprensión de las características especiales de las maniobras y exploraciones del abdomen que permiten determinar el crecimiento y el estado del feto en las distintas etapas del embarazo, relacionando la altura del fondo uterino, la actividad y frecuencia cardíaca del feto y en las últimas semanas, la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto.			
3.8 Pruebas de detección durante el embarazo y la interpretación de sus resultados, por ejemplo, clasificación de grupo y Rh; test Coombs de concentración de hemoglobina; análisis de glicemia y de orina para detectar presencia de glucosa, proteínas y cetonas; pruebas para detectar sífilis, como la de la reagina plasmática rápida (RPR); análisis de laboratorio para detectar bacteriuria asintomática- si es factible – de acuerdo a las normativas de cada país y, en las zonas de riesgo, infección por el VIH (si la mujer da su consentimiento).			
3.9 Cambios fisiológicos propios del embarazo y orientación sobre los trastornos menores que pueden provocar algunos de ellos, así como la utilización de preparados inocuos locales a base de plantas medicinales que no sean preparados farmacológicos.			
3.10 Adaptaciones psicológicas que tienen lugar durante el embarazo y su repercusión en la mujer y la familia.			
3.11 Necesidades nutritivas de la mujer embarazada y del feto			
3.12 Educación sanitaria y la orientación de la mujer con respecto a la higiene, la nutrición, el trabajo doméstico y fuera del hogar, la sexualidad y los peligros asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas, incluidos los medicamentos tradicionales, los de venta sin receta, y las drogas ilícitas.			
3.13 Elección de un lugar apropiado para el parto.			
3.14 Preparación para el parto, incluida la instrucción sobre lo que sucede durante el período de dilatación (trabajo de parto), las medidas para aliviar las contracciones del trabajo de parto y la atención del recién nacido			
3.15 Alimentación del lactante, con las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo si la madre VIH-			

positiva lo prefiere.			
3. 16 Reconocimiento del comienzo del parto			
3.17 Educación de las mujeres y sus familias acerca de los signos y síntomas de problemas graves que pueden surgir en el embarazo, y la necesidad de recurrir de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.			
3,18 Diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves durante el embarazo que exigen atención inmediata. Por ejemplo preclampsia, hemorragia vaginal, parto prematuro, rotura prematura de las membranas, anemia grave, aborto, embarazo ectópico o múltiple, o presentación defectuosa a término (de nalgas o de hombro).			
3.19 Biología de la reproducción humana: regulación neurohormonal de la reproducción humana y respuestas fisiológicas maternas y fetales al embarazo.			
3.20 Genética			
3.21 Atención a la mujer antes de la concepción (consejería preconcepcional).			
3.22 Promoción de la salud y educación sanitaria			
3.23 Educación de padres			
3.24 Preparación física para el período prenatal, el parto y el puerperio.			
3.25 Complicaciones médicas y sus consecuencias para el embarazo; reconocer situaciones en las que es necesario remitir a la mujer a un centro sanitario de mayor complejidad para que reciba atención prenatal y de parto. Por ejemplo, anemia grave, diabetes, enfermedades cardíacas o respiratorias, hipertensión arterial idiopática, nefropatía o hipertiroidismo.			
Aptitudes básicas La partera profesional tendrá a su cargo:			
3.26 Realizar la anamnesis clínico inicial y ponerla al día en cada consulta prenatal			
3.27 Calcular la fecha probable del parto a partir de la última menstruación de la mujer, si esta se conoce; en caso contrario, la edad gestacional podrá determinarse a partir de la fecha en que comiencen los movimientos fetales y			

por la altura del fondo uterino.			
3.28 Realizar una exploración física general completa y explicar los resultados a la mujer.			
3.29 Valorar los signos vitales maternos, como temperatura corporal, presión arterial y pulso.			
3.30 Determinar el estado nutricional de la madre y ofrecerle orientación apropiada sobre las necesidades nutritivas durante el embarazo y cómo satisfacerlas.			
3.31 Aplicar semiología obstétrica, incluida la medición de la altura del fondo uterino y su comparación con la edad gestacional, para evaluar el crecimiento fetal y determinar la etapa de embarazo; en las últimas semanas del embarazo, evaluar cantidad de líquido amniótico, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar los latidos para determinar el bienestar fetal.			
3.32 Emplear el método Doppler – siempre que sea posible- para efectuar el monitoreo electrónico del corazón fetal y determinar comportamiento.			
3.33 Emitir diagnóstico correlacionando todos los datos obtenidos a partir de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de manera que pueda proporcionar a la mujer información, orientación y atención apropiadas.			
3.34 Indicar a la mujer las medidas que puede tomar para aliviar los malestares comunes del embarazo.			
3.35 Educar a las mujeres sobre temas de salud como nutrición, higiene, ejercicio, riesgos y violencia de género, trabajo doméstico y fuera del hogar, riesgos ambientales para el embarazo, peligro del consumo de tabaco, alcohol, drogas y de medicamentos no recetados, actividad sexual de menor riesgo y riesgos de infección por VIH e ITS.			
3.36 Realizar tamizaje de violencia intra familiar			
3.37 Ofrecer atención preventiva y saber tratar las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de vías urinarias y respiratorias y la malaria.			

<p>3.38 Educar a las mujeres y sus familias acerca de la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de salud capacitado si aparece cualquiera de los signos siguientes, ya que indican la aparición de una complicación grave: cefalea intensa, trastornos visuales, dolor epigástrico, sangrado y hemorragia vaginal, dolor abdominal acompañado de desmayos, vómitos intensos, rotura prematura de las membranas, fiebre, flujo vaginal fétido o irritante, disminución o ausencia de movimientos fetales.</p>			
<p>3.39 Diagnosticar las complicaciones graves del embarazo y consultar urgentemente a un centro sanitario de mayor complejidad; en caso de que no se pueda recurrir a un médico local, dar la atención de urgencia que corresponda y derivar a la mujer que presente los siguientes signos y síntomas a un médico de un centro sanitario con más capacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -hipertensión arterial y proteinuria y cefalea intensa, o bien alteraciones visuales y dolor epigástrico acompañados de hipertensión arterial; hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo, dolor abdominal acompañado de desmayos en el embarazo temprano, con o sin hemorragia vaginal; - embarazo múltiple; - presentación fetal defectuosa a término (por ejemplo, de nalgas o de hombro); - rotura prematura de las membranas; - muerte fetal intrauterina en cualquier momento del embarazo; - fiebre 			
<p>3.40 Registrar la información obtenida del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como la orientación y las instrucciones impartidas para el seguimiento.</p>			
<p>Reanimación y otras aptitudes Siempre que sea necesario la partera profesional:</p>			
<p>3.41 Efectuará la versión cefálica externa para la presentación de nalgas en la última etapa del embarazo</p>			
<p>3.42 Ejecutará técnicas avanzadas para el tratamiento de urgencia de las</p>			

afecciones que pueden surgir en el embarazo y ponen la vida en riesgo, entre ellas: preclampsia, eclampsia y hemorragia grave antes del parto: embarazo ectópico; complicaciones del aborto e infección grave.			
3.43 Procederá a efectuar el diagnóstico oportuno y brindar la atención oportuna y si corresponde remitirá a la mujer a otro centro sanitario cuando presente los siguientes signos o situaciones anormales en el embarazo: a) tamaño fetal pequeño o grande para la edad gestacional (si se conoce la fecha de la última menstruación); b) presunto polihidramnios u oligohidramnios; c) Infecciones y otras enfermedades graves como pielonefritis, problemas de las vías respiratorias, meningitis y malaria d) Amenazas de parto prematuro e) Enfermedades periodontales			
3.44 Demostrar aptitudes superiores de enseñanza y orientación			
3.45 Demostrar aptitudes en materia de gestión.			

Atención durante el parto y el nacimiento

Competencia 4. Las parteras profesionales prestan atención de calidad adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas ; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales.

Rasgos de la competencia	No se promueve	Sí se promueve	Se promueve ampliamente
Conocimientos			
4.1 Fisiología del parto			
4.2 Anatomía del cráneo fetal, incluidos los diámetros cefálicos, las suturas y las fontanelas			
4.3 Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto			

4.4 Humanización del parto			
4.5 Signos y síntomas del comienzo del parto			
4.6 Evaluación del progreso del parto y el empleo del partograma o de otro instrumento similar			
4.7 Determinaciones de signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto: frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio.			
4.8 Medidas que elija la madre que le permitan aliviarse durante el parto; la compañía permanente de la persona que ella prefiera; la evacuación de la vejiga de manera higiénica; la hidratación y la nutrición; los cambios de postura que elija la mujer; deambulación, el apoyo emocional y alivio del dolor sin fármacos.			
4.9 Medias necesarias para prevenir las infecciones			
4.10 Diagnóstico y manejo del período expulsivo del parto			
4.11 Mecanismos del parto (es decir, el paso y descenso del feto por la pelvis durante un período expulsivo y el nacimiento)			
4.12 Indicaciones de la episiotomía con enfoque restrictivo y la técnica para realizarla, incluida la maniobra de infiltración anestésica del perineo.			
4.13 Técnica para la extracción hábil del feto, evitando intervenciones innecesarias			
4.14 Mantener la termorregulación del neonato y manejar los procedimientos para conseguirlo, la evaluación de la respiración y las maniobras de reanimación, el cuidado del cordón umbilical, el apego precoz piel a piel, el fomento de la lactancia materna temprana o la alimentación sucedánea si la madre es VIH positiva y así lo prefiere.			
4.15 Uso y mecanismo de acción de fármacos oxitócicos en el alumbramiento y posteriormente, si son necesarios para detener la hemorragia.			
4.16 Prevención de la hemorragia del posparto a través del manejo activo del tercer período.			
4.17 Alumbramiento fisiológico			
4.18 Cálculo de la sangre perdida			

4.19 Razones del examen de la placenta y las membranas, el cordón umbilical y las técnicas para examinarlas y eliminarlas en forma segura			
4.20 Maniobras para el examen del perineo, la vulva y el segmento inferior de la vagina en busca de desgarros y para determinar el grado de desgarros perineales			
4.21 Técnica de sutura de los desgarros de segundo grado del perineo y el segmento inferior de la vagina.			
4.22 Medidas para evaluar el estado de la mujer después del parto			
4.23 Complicaciones durante el parto que requieren atención y remisión de urgencia; hemorragia durante el parto, embarazo múltiple, presentación fetal defectuosa, sufrimiento fetal, prociencia y procúbito del cordón umbilical, período exclusivo prolongado u obstruido, distocia del hombro, retención de la placenta, hemorragia puerperal, desgarros graves de la vagina y del cuello uterino, infecciones graves.			
Aptitudes básicas La partera profesional se encargará de :			
4.24 Examinar los antecedentes del embarazo, si los hay; de lo contrario, efectuar un interrogatorio clínico completo y preguntar cómo ha evolucionado hasta el momento del parto			
4.25 Realizar una exploración física general para evaluar el estado en que se encuentra la mujer			
4.26 Explorar el abdomen para confirmar el período de gestación, determinación de la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto y auscultar su corazón.			
4.27 Evaluar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.			
4.28 Practicar el tacto vaginal para determinar el grado de borramiento y dilatación del cuello uterino; verificar si las membranas están íntegras o se han roto; reconocer la posición fetal, el grado de descenso de la cabeza, y determinar si la pelvis permitirá el paso del feto.			
4.29 Evaluar correctamente la progresión del parto por medio de la			

observación y la exposición física, con ayuda del partograma u otro instrumento similar para determinar el grado de dilatación del cuello uterino.			
4.30 Vigiar regularmente el estado de la madre y el feto durante todo el parto; detectar cualquier anomalía y tomar las medidas apropiadas oportunamente.			
4.31 Prestar apoyo psicológico y emocional a la mujer y su familia; procurar que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiera; darle información completa sobre la evolución del parto y hacerla participar en todas las decisiones relacionadas con su atención.			
4.32 Mantener a la mujer en condiciones óptimas durante el parto, lo cual significa una hidratación y nutrición adecuadas, evacuación regular de la vejiga, aplicar medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones; y aliviar el dolor sin fármacos, por ejemplo mediante la adopción de las posturas que ella prefiera.			
4.33 Reconocer con prontitud signos y síntomas que marcan el comienzo del período expulsivo del parto y prestar asistencia constante. Mantener la observación y el apoyo en todo momento, permitiendo que la mujer pujan espontáneamente.			
4.34 Prevenir infecciones haciendo que la mujer dé a luz en un ambiente sin riesgos e higiénico; mantener las más altas normas de higiene y usar equipo limpio o estéril, incluidos los guantes.			
4.35 Aplicar anestesia local al perineo antes de hacer una episiotomía, si está indicada.			
4.36 Practicar la episiotomía inmediatamente antes del parto, pero sólo si está indicada debido a sufrimiento o prematuridad fetales, antecedentes de desgarro perineal de tercer grado, o bien si el parto es complicado (presentación de nalgas o distocia de hombro)			
4.37 Permitir que la mujer dé a luz interfiriendo lo menos posible con el mecanismo del parto.			
4.38 Prestar la atención inmediata al recién nacido: secarlo, liberar vías aéreas si es necesario, verificar la respiración, permitir el contacto entre la			

piel del neonato y la de la madre, cubrirlo para que mantenga el calor del cuerpo y cortar el cordón umbilical.			
4.39 Llevar a cabo el alumbramiento activo, con inclusión del uso de fármacos que estimule el útero, de preferencia oxitocina por vía intramuscular, a razón de 10 UI.			
4.40 Si no se dispone de algún medicamento oxitócico, apoyar correctamente el alumbramiento fisiológico;			
4.41 Después de la expulsión de la placenta y las membranas, comprobar que el útero se contraiga bien, friccionando el fondo para desencadenar una contracción y la expulsión de los coágulos- si es necesario-, y comprobar que la hemorragia vaginal sea mínima; en caso de hemorragia profusa, aplicar las medidas urgentes para detenerla.			
4.42 Calcular y anotar toda pérdida sanguínea con la mayor exactitud posible.			
4.43 Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.			
4.44 Examinar la vulva, el perineo y el segmento inferior de la vagina para detectar desgarros y reparar los de segundo grado del perineo; remitir a un médico a las mujeres con desgarros perineales de tercer grado o con desgarró del cuello uterino, a menos que se posea el adiestramiento y la experiencia para practicar estas técnicas quirúrgicas avanzadas.			
4.45 Vigilar el estado de la madre, cuidando que los signos vitales y la hemorragia vaginal estén dentro de los límites normales y que el útero permanezca bien contraído.			
4.46 Tratar urgentemente la hemorragia puerperal, si ocurre con masaje uterino y administración de medicamentos oxitócicos; evacuar la vejiga; instalar una venoclisis y si el sangrado persiste, comprimir la aorta o efectuar compresión bimanual y tomar los recaudos para la remisión de la paciente.			
4.47 Colocar una sonda urinaria empleando una técnica aséptica para evitar infecciones.			

4.48 Dar asistencia de partería, manteniendo estrictas normas de higiene para procurar que la madre esté limpia, seca y cómoda, y que tenga la posibilidad de vaciar la vejiga.			
4.49 Vigilar el estado del recién nacido, comprobar que la respiración y el color sean normales, que se mantenga el calor corporal y que no haya hemorragia por el color umbilical.4.40 Reanimar al recién nacido, si nace con asfixia o si presenta problemas respiratorios.			
4.50 Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del bebé a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.			
4.51 Aconsejar, reconforta y apoyar a la madre y padre cuando se detectan malformaciones en el recién nacido, o en caso de mortinato o deceso del recién nacido durante el período puerperal inmediato.			
4.52 Anotar toda la información relativa al nacimiento, ala atención prestada a la madre y el recién nacido, y a las recomendaciones dadas para el seguimiento.			
4.53 Organizar y manejar equipos para brindar atención de emergencia (carro de paro).			
Reanimación de la madre y otras aptitudes avanzadas: Siempre que sea necesario, la partera profesional deberá estar en condiciones de:			
4.54 Diagnosticar las presentaciones fetales defectuosas (por ejemplo, de nalgas o de hombro) y asistir un parto sin riesgo.			
4.55 Resolver correctamente la procedencia del cordón umbilical			
4.56 Aplicar un anestésico local como paso previo a la extracción con fórceps			
4.57 Detectar y reparar los desgarros de la parte superior de la vagina y del cuello uterino, así como los desgarros perineales de tercer grado			
4.58 Realizar la compresión bimanual interna del útero para detener la hemorragia puerperal.			
4.59 Realizar correctamente la compresión aórtica para detener la			

hemorragia puerperal.			
4.60 Colocar una venoclisis y extraer sangre para análisis: hematocrito, hemoglobina, determinación de grupo y factor y detección de algunas enfermedades.			
4.61 Administrar correctamente los medicamentos oxitócicos para provocar el parto o intensificarlo, y venoclisis para tratar la hemorragia puerperal.			
4.62 Recetar y administrar ciertos medicamentos, por ejemplo sulfato de magnesio, gluconato de calcio, diazepam, antibióticos y analgésicos.			
4.63 Administrar tratamiento de urgencia y organizar el traslado oportuno de las mujeres con complicaciones graves a un centro sanitario de mayor complejidad; llevar los medicamentos y el equipo apropiado y acompañar a las pacientes durante el traslado para proporcionar atención de urgencia, según sea necesario			
4.64 Efectuar la reanimación cardiopulmonar			
4.65 Verificación y atención del postaborto			

Atención a la mujer en puerperio

Competencia #5 En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada.

<i>Rasgos de la competencia</i>	<i>No se promueve</i>	<i>Sí se promueve</i>	<i>Se promueve ampliamente</i>
<i>Conocimientos</i>			
5.1 Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no sólo al aparato reproductor, sino también a los demás aparatos y sistemas.			
5.2 La fisiología de la lactancia, cómo iniciar y mantener el			

amamantamiento y el reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.			
5.3 Los cambios psíquicos y emocionales que pueden ocurrir durante el puerperio y la necesidad de apoyo psicosocial.			
5.4 El vínculo entre madre hijo y los factores que lo fomentan y dificultan			
5.5 Vigilancia del estado físico, emocional y psíquico de la madre en el período puerperal inmediato.			
5.6 Los aspectos físicos de la atención, incluido el sueño, el reposo y la actividad adecuados; buena alimentación; normas estrictas de higiene personal y cuidado perineal y urinario.			
5.7 Los riesgos de infección y las medidas para prevenir en la madre y el niño después del parto.			
5.8 La educación sanitaria y la instrucción acerca del cuidado personal, las medidas para aliviar problemas de salud leves comunes en el puerperio y la atención del recién nacido.			
5.9 El método y los motivos que justifican la práctica de exámenes de la madre en el puerperio inmediato y a las seis semanas de ocurrido el parto.			
5.10 El diagnóstico y el tratamiento de la anemia puerperal.			
5.11 El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio, por ejemplo, infección del aparato reproductor, infección u otros trastornos de las vías urinarias, mastitis, fenómenos tromboembólicos, eclampsia, hemorragia puerperal, incompatibilidad al factor Rh y trastornos psiquiátricos.			
5.12 El duelo que se produce en caso de mortinato, muerte del bebé en el período neonatal o nacimiento de un niño anormal, y la función de la partera profesional de orientar, reconfortar y apoyar a la madre y a la familia.			
5.13 Las complicaciones obstétricas que pueden surgir en el puerperio (por ej. Eclampsia, síndrome de Hellp septicemia puerperal, hemorragia puerperal, embolia), el tratamiento de urgencia correspondiente y los arreglos para efectuar la derivación.			
5.14 Las enfermedades que pueden complicar el puerperio, por ejemplo,			

afecciones cardíacas, pulmonares y renales, y trastornos provocados por la hipertensión arterial y la diabetes.			
5.15 Aptitudes para brindar asesoramiento avanzado a la mujer y su familia, por ejemplo, en caso de VIH, después de un aborto, tras el nacimiento de un niño con malformaciones o por la muerte del recién nacido en el período perinatal.			
5.16 Técnica de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.			
5.17 Propender al alojamiento conjunto con el recién nacido.			
Aptitudes básicas			
La partera profesional estará en condiciones de :			
5.18 Reconocer los datos importantes en los registros clínicos, o llevar a cabo un interrogatorio acerca del embarazo, el parto y el puerperio inmediato, a objeto de detectar factores que incidirán en la atención y la orientación brindadas.			
5.19 Realizar un examen físico puerperal sistemático a la madre para detectar cualquier posible problema.			
5.20 Proporcionar el tratamiento apropiado y oportuno frente a cualquier anomalía detectada durante el examen puerperal.			
5.21 Facilitar y apoyar el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.			
5.22 Aplicar medias para prevenir la propagación de infecciones puerperales, diagnosticar y tratar las endometritis.			
5.23 Educar y aconsejar a la mujer sobre su cuidado personal y el del bebé.			
5.24 Asesorar a la mujer que ha tenido un mortinato o un aborto con respecto a la planificación familiar y la actividad sexual sin riesgo y darle la posibilidad de tomar una decisión fundamentada respecto del método anticonceptivo más conveniente para ella.			
5.25 Proporcionar a la mujer información, dispositivos y medicamentos adecuados para el método de planificación familiar elegido, y enseñarle a usarlo correctamente.			
5.26 Mantener un registro riguroso de la atención puerperal y disponer de lo			

necesario para el seguimiento o la remisión, según corresponda.			
5.27 Identificar alteraciones de índole psicológico o de desadaptación al medio que incida en su salud mental y referir oportunamente.			
Reanimación y otras aptitudes			
Siempre que sea necesario, la partera profesional tendrá a su cargo:			
5.28 La atención de urgencia de la mujer durante y después de una crisis de eclampsia y los arreglos necesarios para la remisión.			
5.29 El tratamiento de las hemorragias puerperales, incluida la evacuación del útero.			
5.30 La evacuación de un hematoma.			
5.31 El tratamiento de urgencia de la septicemia puerperal grave y los preparativos para la remisión de la mujer.			
5.32 La reanimación cardiopulmonar básica y avanzada			
5.33 Proporcionar enseñanza y orientación avanzadas.			
5.34 El dominio de técnicas avanzadas de planificación familiar, por ejemplo, la colocación de un dispositivo intrauterino o de implantes.			

Atención al recién nacido y del niño preescolar

Competencia #6 La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado preventivo del niño preescolar.

<i>Rasgo de la competencia</i>	<i>No se promueve</i>	<i>Sí se promueve</i>	<i>Se promueve ampliamente</i>
<i>Conocimientos</i>			
6.1 Cambios fisiológicos al nacer.			
6.2 Evaluación y atención al recién nacido.			
6.3 Maniobras de reanimación neonatal básica y avanzada.			
6.4 Vínculo entre madre e hijo.			
6.5 Procedimiento para examinar al niño en el momento de nacer y más			

adelante.			
6.6 Alimentación del lactante, lactancia materna y alimentación de sustitución.			
6.7 Necesidades nutritivas del lactante y el niño preescolar.			
6.8 Elementos esenciales de la atención diaria del recién nacido: mantenimiento de la termorregulación, cuidado de la piel y del cordón umbilical, vigilancia de los signos de infección o ictericia, observación de la frecuencia y las características de las heces, la alimentación y los signos de crecimiento de éste.			
6.9 Prevención de infecciones.			
6.10 Curva normal de crecimiento y desarrollo durante los cinco primeros años de vida.			
6.11 Calendario de vacunación de los cinco primeros años.			
6.12 Trastornos comunes del recién nacido: erupciones cutáneas, vómitos e infecciones leves, problemas leves de alimentación e ictericia fisiológica			
6.13 Enfermedades y trastornos graves del recién nacido: infecciones graves, dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, ictericia patológica, traumatismos al nacer, malformaciones congénitas y convulsiones en el período neonatal.			
6.14 Enfermedades infecciosas: diagnóstico, tratamiento, complicaciones.			
6.15 Recién nacidos de bajo peso al nacer: prematuros y pequeños para la edad gestacional.			
6.16 Estadísticas vitales: tasas de mortinatalidad nacional y local, tasas de morbilidad y mortalidad perinatales, neonatales y de menores de un año; causas de morbilidad y mortalidad y las medidas que se requieren para reducir las tasas actuales.			
6.17 Seguimiento del recién nacido y el niño preescolar y forma correcta de utilizar los registros clínicos.			
6.18 Trastornos metabólicos y endocrinos del recién nacido: hipocalciemia e hipomagnesiemia, hipernatriemia, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística e hipertiroidismo.			

6.19 Atención del lactante de muy bajo peso al nacer.			
6.20 Manejo de la madre y padre canguro.			
6.21 Trastornos cardiacos prevalentes del recién nacido.			
6.22 Muerte súbita del lactante.			
6.23 Conocimientos profundos de los factores asociados con la muerte fetal; las tasa de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y los menores de un año, y nociones sobre las estrategias que se requieren en los ámbitos nacionales y local para reducirlas.			
Aptitudes básicas			
La partera profesional estará en condiciones de :			
6.24 Despejar las vías respiratorias del recién nacido, si es necesario, para facilitar la respiración.			
6.25 Evaluar el estado del recién nacido.			
6.26 Utilizar correctamente la bolsa de ventilación y la mascarilla para reanimar al bebé que presenta asfixia.			
6.27 Secar la piel del recién nacido al nacer, colocarlo en el abdomen o el tórax de la madre de modo que haya contacto de su piel con la de ella, y cubrirlo para mantener la temperatura corporal; si este contacto no es posible, colocar al bebé en una superficie limpia y templada, y abrigarlo bien.			
6.28 Pinzar y cortar el cordón umbilical sólo en el momento que sea necesario (cuando deja de latir o antes en caso de patología fetal, adoptando medidas necesarias para evitar que se infecte.			
6.29 Examinar sistemáticamente al recién nacido, cabeza a pies, para detectar cualquier malformación congénita, traumatismos del parto o signos de infección.			
6.30 Ayudar a la madre a colocar al recién nacido para amamantarlo, evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre de posibles dificultades posteriores y para la detección precoz de problemas.			
6.31 Instruir a la madre y a la familia sobre todos los aspectos de la			

alimentación del lactante, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.			
6.32 Enseñar a la madre a realizar correctamente las tomas de leche y supervisarla; enseñarle a dar biberón al recién nacido si ha optado por la alimentación con sucedáneos a la leche materna.			
6.33 Mostrar el seguimiento correcto de las medidas de higiene para evitar infecciones en el recién nacido y el niño preescolar.			
6.34 Apoyar a los padres y la familia en situaciones de duelo perinatal.			
6.35 Instruir a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseñarle a verificar que las heces sean normales.			
6.36 Vigilar el crecimiento y el desarrollo del bebé en el período neonatal y durante los cinco primeros años de vida.			
6.37 Detectar enfermedades leves y graves en el recién nacido y tratarlas como es debido, así como hacer los arreglos para la remisión en caso de que esta sea necesaria.			
6.38 Dar la atención adecuada al bebé de bajo peso al nacer y organizar la remisión si surgen complicaciones potencialmente graves o si el peso del bebé al nacer es muy bajo.			
6.39 Instruir a los padres sobre signos de enfermedades potencialmente graves en el recién nacido y el niño preescolar, y sobre la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.			
6.40 Administrar las vacunas correctamente en el momento óptimo y advertir a los padres acerca de los posibles efectos adversos y la fecha en que deben regresar para administrar las demás.			
6.41 Orientar a los padres sobre la forma de utilizar los recursos comunitarios destinados a las familias.			
6.42 Informar sobre el seguimiento para la vigilancia y la atención médicas.			
6.43 Llevar un registro completo y preciso en el formulario de atención.			
6.44 Educar a las madres y los padres para que realicen la estimulación psicosocial del recién nacido, niña y niño.			

Reanimación y otras aptitudes			
Cuando sea necesario, la partera profesional podrá proporcionar o aplicar:			
6.45 Maniobras avanzadas de reanimación, como la insuflación con oxígeno a presión positiva, intubación endotraqueal y administración de medicamentos al recién nacido con asfixia grave.			
6.46 La determinación exacta de la edad gestacional.			
6.47 La atención al recién nacido enfermo o de muy bajo peso al nacer.			
6.48 El tratamiento de urgencias de afecciones potencialmente mortales, por ejemplo, establecer una venoclisis administrar los medicamentos apropiados, vigilar el estado del recién nacido, actuar correctamente según los resultados y preparar a la madre y al recién nacido para la derivación.			
6.49 Información y orientación detalladas para los padres, las familias y la comunidad.			
6.50 Manejar correctamente equipos como cuna de calor radiante, fototerapia e incubadoras de transporte.			

**ANEXO 4. Relación de documentos analizados.
Resumen sintético y temas que surgen en cada documento**

No. documento	Tipo de documento	Apreciación general sobre el contenido del documento.	Temas que aparecen
1	Observación hospital	<p>En la observación de este evento, la maestra realiza una enseñanza muy dirigida a sus dos únicas alumnas que se encuentran en este servicio, pues a la vez que atiende a la paciente, muestra a las alumnas cómo se realizan ciertas intervenciones de enfermería obstétrica. Puede apreciarse una reiterada insistencia de la maestra por qué sus alumnas reflexionen sobre la razón de sus intervenciones, pues paralelamente se advierte que esta circunstancia de enseñanza no es la que prevalece, una vez que la docente se ausenta, en tanto la maestra tiene al menos otros 12 alumnos más que supervisar, que están distribuidos en otros servicios durante las prácticas de obstetricia, como puede ser consulta externa, quirófano o urgencias.</p> <p>La maestra en forma reiterada interroga a las alumnas sobre el por qué de las acciones que se le procuran a la paciente, en la idea de rescatar a las alumnas, de las rutinas que las instituciones de salud establecen en los servicios, y que al estar ausente la maestra, se vuelven el elemento orientador de lo que deben de hacer las alumnas en el mismo.</p>	<p>Demostración de procedimientos de obstetricia, frente a las alumnas.</p> <p>Interrogación por parte de la maestra, sobre el por qué de las acciones que se realizan en la práctica.</p> <p>Enseñanza de la obstetricia, a través de la intervención de la docente sobre la paciente.</p>
2	Observación hospital	<p>En la observación de este evento, se advierte en una primera parte, una mayor soltura en la</p>	<p>Las alumnas ejercitan procedimientos que son rutinarios en este servicio.</p>

		<p>participación de las alumnas, dado que se encuentran solas, sin la presencia de la Maestra, quién está en el servicio, pero atiende otros asuntos, antes de incorporarse con ellas.</p> <p>Las alumnas se desempeñan con soltura en lo que toca al suministro de medicamentos, por vía intravenosa, la revisión de heridas de cesárea, la realización de vendajes y sugerencias sobre la lactancia materna.</p> <p>En la parte final, las alumnas se interesan sobre el aspecto de las venas en las piernas de la mujer en puerperio, en tanto observan este problema y mencionan a su maestra que ellas también tienen venas varicosas, esta última situación, parece ser la generadora de su mayor interés al respecto.</p>	<p>La maestra proporciona atención a la paciente ante los ojos de las alumnas. El trabajo del médico y el de las enfermeras, aparentemente está separado, no se observa interacción entre ellos.</p> <p>Problemas de salud que observan en una paciente, hace reflexionar a las alumnas en su propia salud.</p>
3	Observación hospital	<p>En la observación de este evento, el foco de atención deja ver la falta de dominio que tienen las alumnas observadas, en una competencia básica de enfermería, como es canalizar a una paciente. La maestra pasa a urgencias en razón de una llamada que recibe a su celular, por parte de las alumnas, y llega a resolver la situación que ellas no consiguen resolver.</p> <p>El área de urgencias a diferencia de hospitalización, es un área más abierta, con mayor volumen de voz, y un mayor movimiento y presencia de personal.</p> <p>Esta fue la última observación que se pudo realizar en el hospital, en razón de que se presentó la contingencia con motivo de la</p>	<p>Falta de dominio en una habilidad de enfermería básica.</p> <p>Intervención de la maestra y solución del problema.</p> <p>Urgencias, un contexto diferente a hospitalización.</p>

		influenza.	
4	Observación laboratorio de prácticas	<p>Esta observación se realizó en el laboratorio de enseñanza clínica, durante la primera semana de clases con alumnos de 7o semestre que cursan Obstetricia I. La observación tiene tres momentos: preparación de material quirúrgico para una cesárea, preparación de la paciente para una cesárea e instrumentación de una cesárea.</p> <p>Durante la observación de esta práctica, está presente de manera constante la demostración por parte de la maestra de enseñanza clínica, empleando para ello, instrumental quirúrgico y manipulación de modelos anatómicos y maniqués.</p> <p>Una característica presente respecto al desarrollo de los contenidos, es que la maestra sigue la secuencia que presentan estos procesos en las situaciones reales en las que se lleva a cabo, la maestra interroga a los alumnos a lo largo de la práctica, en la idea de que ellos lleven la secuencia de tales procesos, no parece esperar que sepan todas las respuestas a sus preguntas planteadas, más bien su intención es mostrarles los procesos y recordarles algunas cosas que ya han visto en semestres anteriores, respecto al manejo de instrumental quirúrgico.</p>	<p>Oportunidad de dialogar sobre el por qué de cada procedimiento.</p> <p>Reproducir la realidad sin riesgos.</p> <p>Demostración de varios procedimientos.</p> <p>Alerta a los alumnos sobre situaciones que podrían presentarse en el campo de prácticas así como de los riesgos que ello tiene, la maestra les indica cómo deben proceder.</p> <p>Trato con la paciente.</p> <p>Al reproducir la realidad, la maestra intenta que los tiempos en que se realizan los procedimientos sean semejantes a los que ocurren en el hospital.</p>
5	Observación laboratorio de prácticas	<p>Durante esta observación realizada en el laboratorio de enseñanza clínica de la escuela, el tema central fue el lavado quirúrgico, por lo que</p>	<p>Observación y corrección de procedimiento de lavado de manos, por parte de la maestra.</p>

		<p>cada alumno tuvo la oportunidad de ejercitar el lavado quirúrgico, bajo la supervisión de la maestra y posteriormente acomodarse los guantes y la bata, siguiendo la técnica cerrada. A lo largo de su desarrollo, la maestra observa y corrige el procedimiento, y aprovecha algunos momentos para alertar a los alumnos respecto a los ambientes de trabajo que están presentes en algunos hospitales y que podrían conflictuar al alumno.</p> <p>Ocurre un incidente con una alumna que llega tarde, pero que no se le impide su incorporación a la práctica, sin embargo esta alumna abandona mas tarde el laboratorio, cuando la maestra le hace una corrección, sobre la forma en que se acomoda los guantes.</p>	
6	Observación laboratorio de prácticas	<p>Esta observación refiere una práctica de laboratorio, en el que el tema central, es "Mecanismo del trabajo de parto". Pueden observarse dos grandes momentos, un primer momento en el que la maestra explica varios conceptos y los alumnos toman apuntes, y los ilustra apoyándose en el modelo de una pelvis y en un feto maniquí. Un segundo momento en el que la maestra pide a sus alumnos que uno de ellos se suba a la mesa, simulando ser la paciente que va a parir y los demás le acomodan la cadera en la mesa y ajustan las piñeras. Este segundo momento mueven muchas emociones en los alumnos, pues se sienten</p>	<p>Revisión de conceptos básicos de obstetricia.</p> <p>Ejercitación de la acomodación de piñeras, donde los alumnos(as) hacen las veces de la paciente.</p>

		apenados de adoptar ciertas posturas frente a sus compañeros y reconocer las diversas tallas y peso que ellos poseen, lo que a su vez sirve a la maestra para mencionar la diversidad de características que pueden presentar las pacientes, y que ellos deben tener en cuenta para hacer los ajustes que se hagan necesarios.	
7	Observación laboratorio de prácticas	<p>Esta observación fue realizada en el laboratorio de enseñanza clínica y tuvo como tema central el trabajo de parto.</p> <p>A lo largo de la misma la maestra les muestra a los alumnos, apoyándose en un maniquí que simula el trabajo de parto y en modelos anatómicos, diferentes procedimientos de enfermería obstétrica que deben realizar durante el trabajo de parto.</p> <p>Es un aspecto constante la interrogación que hace la maestra sobre lo que sigue en el proceso que lleva a cabo, así como indicar las razones a las que obedecen determinadas acciones.</p>	<p>Observación de procedimiento del trabajo de parto con apoyo de un maniquí.</p> <p>Secuencia de un proceso.</p> <p>Argumentos de las acciones de enfermería que se realizan</p>
8	Entrevista alumno 1	<p>En esta entrevista aparece el tema de la obstetricia, como una vertiente del ejercicio profesional de los Licenciados en enfermería y obstetricia, que conlleva una diferenciación muy clara con la enfermería general, marcando no sólo un campo específico de intervención para el cual las enfermeras técnicas no tienen formación, sino también la connotación de conferirle un status superior a quien lo conoce y lo ejerce.</p>	<p>Trato diferenciado a los alumnos de la LEO.</p> <p>Percepción de superioridad, por conocer y atender partos.</p> <p>Problema que enfrentó: atender ella junto con su compañera, durante una guardia, los partos que se presentaron, sin la asistencia de las enfermeras en servicio.</p>
9	Entrevista	Una característica que mostró el alumno a lo	Status y reconocimiento por parte de

	alumno 2	<p>largo de toda la entrevista, fue su seguridad y una cierta presunción sobre sus habilidades y logros alcanzados. Refirió preocupación por el número de partos que debían atender, para la asignación de su calificación en la práctica, y que el campo no ofrecía suficiente número de pacientes embarazadas, para cubrir con este requisito, situación que además se agravaba, por el hecho de compartir el campo con alumnos de enfermería de otras escuelas y con los residentes médicos.</p> <p>También expresó un desagrado por la forma en que se conducen las enfermeras técnicas, a las que calificó como "la vieja escuela", y las consideró como personas que reúnen una forma de ser, que no comparte.</p>	<p>los médicos.</p> <p>Las enfermeras técnicas refieren "la vieja escuela" y reúnen atributos no deseables para el entrevistado.</p> <p>Problema que enfrentó, verse en la necesidad de aplicar la maniobra de Kristell.</p>
10	Entrevista alumno 3	<p>Algo que puede destacarse de esta entrevista, es que en el caso de este alumno, su grupo fue incorporado a la práctica sin teoría previa de obstetricia, a diferencia de otros alumnos, él desde la primera semana del semestre fue incorporado al hospital, y si bien ya en el hospital se reservaron espacios para ver la teoría, enfrentó en la práctica el desconocimiento total de términos y lenguajes de ciertos procedimientos, así como la habilidad para realizarlos. Sin embargo también su necesidad de teoría, resultó más focal y con mayor sentido. El entrevistado refiere una actitud comprensiva y tolerante, ante la actitud no siempre abierta de las enfermeras técnicas, en diferentes momentos</p>	<p>-Actitud de humildad ante las enfermeras técnicas experimentadas.</p> <p>- Casos que lo impresionan y lo dejan pensando sobre la vida ulterior de las pacientes.</p> <p>Problema que enfrentó, embarazo de una niña adolescente.</p>

		<p>muestra la adopción de formas que apuntan a no violentar esta relación y deja ver que las enfermeras técnicas si bien cuentan con una gran experiencia, reconocen que los alumnos cuentan con una mayor preparación que ellas. Recibir aprobación por parte de los médicos sobre su trabajo, le resulta estimulante y le impactan algunos casos que enfrentó en la práctica, en los que las pacientes son niñas o adolescentes madres.</p>	
11	Entrevista alumno 4	<p>El entrevistado mostró inicialmente timidez y poca soltura en sus palabras, el alumno refiere tener cierta seguridad en el terreno teórico, pero manifiesta gran incertidumbre en la parte práctica e incluso temor. Manifiesta no tener habilidad en las competencias relativas a los cuidados generales de enfermería, al parecer no adquiridas por su falta de involucramiento y de participación en las prácticas previas de enfermería, lo que complicó su situación en el caso de las prácticas de obstetricia, pues carecía de los conocimientos y habilidades previas, que son retomados en esta práctica.</p> <p>El alumno refiere no haber atendido ningún parto, así como no buscar la oportunidad de hacerlo, en razón de la inseguridad que tiene, sobre sus propios desempeños, lo que originó que fungiera más como un auxiliar del médico, que como obstetra.</p> <p>El alumno también refirió la presencia de ciertas dificultades de índole socioeconómico, que</p>	<p>Miedo y nerviosismo para realizar las diversas intervenciones de enfermería. La falta de involucramiento en la práctica y toma de iniciativa, lo fueron rezagando.</p>

		obstaculizaron su dedicación y rendimiento académico en la materia de obstetricia.	
12	Entrevista alumno 5	Al inicio la entrevistada se muestra reservada, posteriormente comparte de manera más abierta su experiencia. La alumna narra un incidente que deja ver su nivel de principiante, ante una situación que demanda cuidados obstétricos y lo que sucede cuando los alumnos no son supervisados en forma cercana.	Intervención de la maestra de enseñanza clínica, para salvaguardar el propósito de la práctica. Las jerarquías y el status se conservan y reproducen al interior de los grupos de alumnos que comparten el hospital, como escenario de prácticas. Las enfermeras en servicio, delegan el trabajo en los alumnos Problema que enfrentó: una paciente que después del parto mostró falta de involución uterina, lo que generó un problema cercano al shock. La alumna y sus compañeras se encontraban sin supervisión, al menos momentánea.
13	Entrevista alumno 6	Un aspecto que llama la atención de esta entrevista, es el elemento emocional que la entrevistada pone en juego, marcado por dos eventos mencionados: uno que tiene que ver con una relación de enfrentamiento que establece la alumna con su supervisora de prácticas, que es una pasante de enfermería de la ENEO, a la que no le confiere autoridad alguna y un segundo evento en el que asume una postura de cuestionamiento ético, frente a un caso de interrupción de embarazo de una joven paciente.	Las enfermeras y los médicos al principio de la práctica, no los dejaban atender a las pacientes obstétricas. Aprendió que en el futuro, ella tendrá que enseñar a las futuras enfermeras. Observó la práctica de acciones y procedimientos, con los que ella no estaba de acuerdo, o que ya están contraindicados, pero que no podía manifestar por su rango subalterno.
14	Entrevista	En esta entrevista la alumna menciona que	Las enfermeras que están ubicadas

	alumno 7	<p>recibió en la práctica, un gran apoyo por parte de los médicos, mientras que las enfermeras técnicas, le delegaban sus responsabilidades. También menciona una relación muy vertical por parte de las enfermeras mayores.</p> <p>Las oportunidades de atención de partos, ocurre durante las guardias</p> <p>La personalidad de la alumna entrevistada denota que establece con facilidad buenas relaciones con los pacientes. Esta percepción se ve confirmada con un incidente que menciona la alumna, casi al final de la entrevista, en la que recibe el agradecimiento de parte de un paciente moribundo.</p>	<p>en áreas donde hay un gran riesgo en los pacientes “son muy especiales”. Menciona como problema, el primer recibimiento que tuvo de un bebé, en el que experimentó un gran nerviosismo.</p> <p>Confiere un gran valor a la experiencia, porque revela las cosas, “en vivo y a todo color”</p>
15	Entrevista alumno 8	<p>El alumno entrevistado indicó al inicio de la entrevista que no le gustaba la obstetricia, sin embargo al final de la misma, manifestó su interés por continuar la especialidad de enfermería perinatal, pero le indican que el género masculino, no es bien recibido.</p> <p>En la práctica supervisada destaca la adquisición de una competencia como enfermero instrumentista, que no corresponde con el propósito de la asignatura de Obstetricia, no obstante las problemáticas obstétricas que enfrentó y que relata, lo llevan a una reflexión amplia sobre la condición social precaria que presentan muchas de las pacientes obstétricas y que requieren de una aceptación y no de una</p>	<p>La práctica de obstetricia es una práctica diferente.</p> <p>Las actividades que realiza en obstetricia, son vistas como actividades médicas.</p> <p>No todo el personal en servicio “tiene capacidad de enseñanza”.</p> <p>En situaciones extremas, de alta demanda de atención de mujeres parturientas, todos entran a atender partos (estudiantes, enfermeras técnicas con el conocimiento, etc.)</p> <p>Mal trato de la paciente obstétrica.</p> <p>El espacio de práctica, es un espacio abierto que permite aprendizajes, más</p>

		discriminación, por parte del equipo de salud que las atiende.	allá de los incluidos en el programa de de obstetricia. Problema: paciente con todas las agravantes; violada, abandonada por su pareja, nace muerto su bebé, etc. todo ello impresiona al alumno.
16	Entrevista alumno 9	La alumna deja ver en su relato, una práctica supervisada en la que las enfermeras del servicio muestran paso a paso los procedimientos, en un trabajo de acompañamiento con el alumno, (de manera especial en el renglón 116). En la mañana realizaban actividades de enfermería y en las guardias la atención de partos. También la alumna manifestó tener una auténtica vocación por la enfermería, pese a que su padre prefería que estudiara medicina.	Se daba cuenta que estaba aprendiendo en la medida en que dejó de sentir nerviosismo. Interés por las personas y por su evolución. No es lo mismo ver cómo lo hacen (algún procedimiento) que hacerlo.
17	Entrevista alumno 10	El entrevistado hace alusión a que se aprende en prácticas un sistema de trabajo que es propio de cada hospital, al cual los alumnos se tienen que incorporar, independientemente de que ellos lo hayan aprendido en otro momento de otra forma. También destaca que los residentes de medicina, actuaron como sus principales tutores de clínica, al momento de ejercitar los procedimientos que requiere el cuidado obstétrico. El alumno repetirá la asignatura, en razón de un problema de salud, que lo obligó a ausentarse un día de la práctica y que le generó un problema con su maestra de enseñanza clínica.	Desfase en la impartición de la teoría y su requerimiento en la práctica, necesidad de volverse autodidacta. Ubica la obstetricia como una actividad fuera del rol de enfermería. Padece de asma y abandona la práctica media hora antes, es castigado y su maestra de prácticas lo quita del quirófano. Quien no se involucra en la práctica, es marginado. Jerarquías entre alumnos de enfermería y de medicina.

		<p>El alumno manifestó su enojo y desacuerdo sobre los tiempos y la manera en que es organizada la práctica de obstetricia, pues considera que los envían a la práctica sin bases teóricas y que les llevan a prácticas de laboratorio, cuando ya han visto en la práctica numerosos eventos, en los que debieron ser instruidos en forma previa y no posteriormente.</p>	<p>La enfermería es vista como una profesión de menor rango. Aprender a identificar el riesgo en la mujer embarazada. Problema enfrentado. Recibir a un recién nacido sin ninguna experiencia e indicación previa.</p>
18	Entrevista docente 11	<p>La maestra refiere que la obstetricia debe ser enseñada por enfermeras, pues si lo aprende del médico, aprende otra forma de concebir y practicar la enfermería obstétrica. Esto estaría indicando que quién transmite un conocimiento, lo transmite paralelamente desde su perspectiva de sujeto social y desde su condición de género. Es decir aparece un contenido implícito, signado por la condición social de género.</p> <p>Al final de la entrevista, surge el tema de la partería como un conocimiento no formal que se transmite de las madres a las hijas, lo cual abre al tema de cómo un conocimiento ancestral, que se transmite por una vía empírica y de manera no formal, generando habilidades que atienden casos que no llegan a las instituciones de salud, como un conocimiento paralelo y anterior al conocimiento formal de formación universitaria. Resulta relevante que la docente mencione que el campo clínico se construye, lo cual confiere un papel al docente clínico más participativo, pues queda en sus manos resguardar, el sentido de la</p>	<p>Enseñanza de enfermería y género La partería como práctica empírica que se transmite de una generación a otra, de manera no formal. “El campo clínico se construye...” “La práctica es trato....” La docente, ha de ser enfermera obstetra y docente de enfermería.</p>

		<p>práctica en el escenario de prácticas, para que se le proporcionen al alumno las condiciones que requiere para su aprendizaje.</p> <p>La maestra destaca también la importancia de que la docente, sea una experta en el área de obstetricia, con conocimientos y práctica vigente.</p>	
19	Entrevista docente 12	<p>Aparece la partería como un referente de la enseñanza de la obstetricia, en tanto la maestra entrevistada, ha ejercido de manera libre la obstetricia, lo cual aporta una forma diferente de aproximarse a este campo de conocimientos, centrado en la mujer y no en la lógica de organización de las instituciones de salud, pues plantea incluso la posibilidad de atención del parto en el hogar.</p> <p>Aparecen en forma reiterativa los temas de humanización y trato digno de la mujer, así como la necesidad de educar a las mujeres embarazadas.</p> <p>De alguna manera vincula esta etapa de la vida humana, con lo que ocurre en el contexto social del país. Considera que las competencias obstétricas, pueden adquirirse por la vía de la experiencia, no sin antes comprender las bases teóricas.</p> <p>Otras competencias que se ubican en un plano más general de la enfermería y que curricularmente los alumnos tienen la posibilidad de ejercitar en las prácticas de enfermería previas, aparecen como necesarias para poder abordar las competencias obstétricas, a manera</p>	<p>La partería como ejercicio libre del profesional de enfermería.</p> <p>La atención de la mujer embarazada dentro y fuera de una institución de salud y el trato digno.</p> <p>Las competencias de obstetricia propuestas por la OPS.</p> <p>La práctica de obstetricia, una práctica anhelada por los alumnos.</p>

		<p>de una clasificación de competencias generales y competencias específicas del LEO.</p> <p>Refiere las competencias de la OPS, destacando la importancia que le dan a la educación para la salud en la mujer, así como el regreso del campo de la obstetricia, a ser una actividad que desempeña la mujer y la enfermera, lo que ubica su relato dentro del discurso de género.</p> <p>El tema de la autoevaluación aparece como una necesidad, para ubicar el nivel de competencia que alcanza el alumno, en procedimientos básicos de enfermería, que son base para la práctica de la obstetricia.</p> <p>También es vista la obstetricia como una práctica anhelada por los alumnos, desde que ingresan a la LEO, lo cual concuerda con algunos relatos expresados por los alumnos al respecto y en el mismo sentido.</p>	
20	Entrevista docente 13	<p>La entrevista abre a varios temas:</p> <p>Enfermería es muchas veces una 2a opción de estudio profesional.</p> <p>La práctica de obstetricia es diferente a todas las prácticas clínicas antecedentes, porque de entrada se les delega a los alumnos, la atención de las pacientes, lo que les asusta mucho, pero a la vez los hace sentirse "superiores", con respecto a las enfermeras técnicas o sus compañeros de semestres anteriores.</p> <p>El tema de la evaluación de la práctica de los alumnos queda pendiente, pues se extiende</p>	<p>La práctica de obstetricia es una práctica distinta a las prácticas previas que han realizado los alumnos.</p> <p>Obstetricia y estatus social.</p> <p>Dificultades para calificar la práctica de obstetricia.</p>

		solamente una nota de "Si cumplió" o "no cumplió", pero el alumno expresa, según el relato de la maestra, que no sabe nada sobre el nivel de dominio adquirido y lo que aún requiere revisar o ejercitar.	
21	Entrevista docente 14	<p>En este caso la docente entrevistada, narra una experiencia de formación muy particular que vivió su generación en el 88, en la que estudiaron la obstetricia, a manera de un internado en el CIMIGEN y en el ISSSTE Zaragoza, pero esa experiencia ya no se continuó, porque se dijo que era muy desgastante para el alumno (ver renglones 052 a 059).</p> <p>Esto abre al tema de que las competencias obstétricas, se vuelven una especie de especialidad, si se quiere alcanzar la expertez, lo que puede adelantar una conclusión, la forma en que está actualmente dispuesta la enseñanza de la obstetricia, en dos semestres, marca un inicio, una incorporación al campo profesional en esta rama, y la generación de formación de competencias básicas de la obstetricia, pero si se quiere alcanzar un nivel de experto, quedan aún elementos que dominar, y que serían asunto de una formación posterior, ya sea como servicio social o como especialidad de enfermería perinatal.</p> <p>Al final de la entrevista la docente refiere la falta de reconocimiento social que tiene la actividad</p>	<p>Formación de las competencias a través de un internado.</p> <p>Incorporación al campo de prácticas de obstetricia y niveles de dominio.</p> <p>Reconocimiento social y enfermería.</p>

		de la enfermera en general y de la enfermera obstetra.	
--	--	--	--

ANEXO 5. Programas de las asignaturas Obstetricia I y II del Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Programa de la asignatura:	Obstetricia I
Clave:	1700
Valor	36 créditos
Ubicación:	7º semestre
Duración:	448 hrs. (128 horas teoría y 320 horas práctica
Carácter de la asignatura:	Obligatoria
Tipo de la asignatura:	Teórico- Práctica
Área de pertenencia:	Proceso salud- enfermedad en la reproducción humana
Asignaturas antecedentes obligatorias:	Fundamentos de Enfermería II Proceso Salud- Enfermedad en el adolescente, adulto y anciano I Proceso Salud- Enfermedad en el adolescente, adulto y anciano II

La asignatura tiene como objeto de estudio el proceso salud- enfermedad en la reproducción humana, considerando como eje el cuidado de enfermería y la estrategia de atención primaria a la salud, que determina utilizar el enfoque de riesgo y anticipar acciones preventivas y terapéuticas con el propósito de evitar daños a la salud perinatal.

Se pretende identificar la magnitud y trascendencia de la salud perinatal en el país y analizar la estrategia contenida en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, a fin de definir la Práctica del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en este campo.

Se revisarán los aspectos anatómo-fisiológicos de los aparatos reproductores masculino y femenino: asimismo los factores sociales, culturales y psicológicos de la pareja en su contexto, para entender el proceso de la reproducción humana en su dimensión biopsicosocial. Particularmente se hará énfasis en las etapas preconcepcional, embarazo, parto u puerperio, incluyendo al recién nacido: considerando el enfoque de riesgo en la valoración, diagnóstico y planificación de intervenciones de enfermería, así como la ejecución y evaluación del cuidado de la salud perinatal, que en conjunto integran un marco conceptual para conformar la base del ejercicio profesional en el ámbito hospitalario y comunitario.

Objetivo general

Integrar un marco de conocimientos básicos de los aspectos anatómo-fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que intervienen en el proceso reproductivo y que le permita al alumno proporcionar cuidados que requiere la mujer con bajo riesgo perinatal y el recién nacido.

UNIDAD I. LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO. (16 horas)

Esta unidad pretende conducir al alumno al análisis de las políticas de salud reproductiva y de las condiciones de salud perinatal del país, teniendo como base los indicadores de salud relacionados con la morbimortalidad perinatal que permitan realizar la evaluación, detección y referencia de factores de riesgo potenciales de producir daños a la mujer en etapa reproductiva y al recién nacido, así como identificar las intervenciones de enfermería para el fomento, protección y conservación de la salud.

Objetivo

Analizar los Programas Nacionales de Salud Reproductiva y las condiciones de salud perinatal de nuestro país con la estrategia de enfoque de riesgo, para valorar las necesidades de la mujer en etapa reproductiva y del recién nacido y determinar la participación del licenciado en Enfermería y Obstetricia en el diagnóstico, planificación y ejecución de los cuidados.

Contenido

1.1 Políticas Nacionales de Salud Reproductiva

- 1.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 4º)
- 1.1.2 Ley General de salud (títulos 1º, 2º, 3º y 7º).
- 1.1.3 Programas nacionales dirigidos a la salud reproductiva y perinatal
- 1.1.4 Programa de salud reproductiva y planificación familiar
- 1.1.5 Programa hospital amigo del niño y de la madre.
- 1.1.6 Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
- 1.1.7 Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar.

1.2 Indicadores de salud reproductiva

- 1.2.1 Índice de natalidad.
- 1.2.2 Tasa de fecundidad
- 1.2.3 Esperanza de vida al nacimiento.
- 1.2.4 Morbilidad y mortalidad materna.
- 1.2.5 Morbilidad y mortalidad perinatal.
- 1.2.6 Defectos al nacimiento.

1.3 Estrategia de riesgo en la salud reproductiva y perinatal

- 1.3.1 Enfoque de riesgo
- 1.3.2 Clasificación
- 1.3.3 Factores de riesgo

1.4 Modelos de atención perinatal basados en el enfoque de riesgo.

- 1.4.1 Sistemas de evaluación del riesgo perinatal.

1.5 Participación multiprofesional e interpersonal del licenciado en Enfermería y Obstetricia en las acciones estratégicas que derivan de los programas nacionales de salud reproductiva.

UNIDAD II. ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA REPRODUCCIÓN (13 horas)

En esta unidad se proporcionarán los elementos teóricos que permitan el análisis de los factores psicosociales que intervienen en el aprendizaje, interpretación y asunción de los roles sexuales.

Asimismo, serán motivo de análisis y discusión las repercusiones que estos factores tienen sobre la integración de la pareja y sobre la coparticipación responsable dentro del proceso reproductivo.

Objetivo

Analizar los elementos biopsicosociales que repercuten en el desarrollo de la personalidad y en la asunción de la responsabilidad individual y colectiva ante el fenómeno de la reproducción.

Contenido

- 2.1 Sexualidad humana desde el punto de vista biopsicosocial.
 - 2.1.1 Sociedad y sexualidad.
 - 2.1.2 Respuesta sexual humana.
- 2.2 Condiciones sociales y legales en la reproducción.
- 2.3 Educación para la reproducción
 - 2.3.1 Intervenciones de enfermería en la educación para la reproducción.
 - 2.3.1.1 Paternidad responsable.
 - 2.3.1.2 Número de hijos.
 - 2.3.1.3 Intervalo intergenésico.
 - 2.3.1.4 Consejería en planificación familiar.

UNIDAD III. ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL DESARROLLO SEXUAL MASCULINO Y FEMENINO. (15 horas)

En esta unidad se realizará una revisión general de los aspectos embriológicos, anatómicos y fisiológicos de los aparatos sexuales masculino y femenino para la comprensión del origen y desarrollo de cada uno de ellos.

Objetivo

Comprender el desarrollo embriológico, anatómico y fisiológico de los aparatos sexuales femenino y masculino como base para entender el proceso reproductivo.

Contenido

3.1 Embriología de los órganos genitales masculino y femenino.

3.1.1. Organogénesis de los aparatos reproductivos masculino y femenino

3.2 Anatomía y Fisiología del aparato sexual masculino.

3.2.1 Hormonas que regulan el proceso reproductivo.

3.2.2 Eje corteza- hipotálamo- hipófisis- testículo.

3.3 Anatomía de los órganos sexuales femeninos.

3.4 Fisiología del aparato sexual femenino.

3.4.1 Hormonas que regulan el proceso reproductivo.

3.4.2 Eje corteza- hipotálamo – hipófisis –ovario- endometrio.

3.4.3 Ciclo ovárico y ciclo endometrial.

3.4.4 Gametogénesis.

UNIDAD IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO. (24 horas)

En esta unidad se describen los cambios anatomo- fisiológicos y psicológicos maternos, embrionarios y fetales que se presentan en esta etapa del proceso

reproductivo. También se abordan e identifican los factores de riesgo que afectan la evolución del embarazo, para orientar la planeación y ejecución de cuidados de enfermería durante esta etapa reproductiva y llevar el control prenatal de bajo riesgo en óptimas condiciones.

Objetivo

Integrar un marco de conocimientos sobre la embriogénesis, evolución del embarazo y criterios de atención prenatal, a fin de proporcionar cuidados de Enfermería para detectar y evaluar integralmente el embarazo y desarrollo.

Contenido

4.1 Desarrollo embrionario y fetal.

4.1.1 Fecundación e implantación.

4.1.2 Desarrollo y funciones de la placenta.

4.1.3 Desarrollo y funciones del líquido amniótico.

4.1.4 Desarrollo embrionario

4.1.5 Desarrollo fetal.

4.2 Cambios durante el embarazo.

4.2.1 Anatomo- fisiológicos: locales y sistémicos por trimestre.

4.2.2 Cambios psicológicos.

4.3 Valoración y diagnóstico de enfermería en la etapa prenatal.

4.3.1 Historia clínica de enfermería.

4.3.2 Métodos de apoyo para el diagnóstico del embarazo.

4.3.3 Detección de factores de riesgo.

4.3.4 Cálculos obstétricos.

4.4 Cuidados de Enfermería en el seguimiento del embarazo.

4.4.1 Control prenatal.

4.4.2 Fomento a la salud en el embarazo.

4.4.3 Psocoprofilaxis perinatal: concepto, utilidad y técnicas.

4.4.4 Preparación de la pareja para el nacimiento.

UNIDAD V. ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y CLÍNICOS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PARTO. (27 HORAS)

Esta unidad integra los conocimientos de los aspectos fisiológicos y clínicos que requiere la Enfermería para sus intervenciones durante el parto de bajo riesgo. Se incluyen los elementos maternos y fetales que influyen en tal evento, lo que repercutirá en el cuidado a la usuaria obstétrica en el ámbito hospitalario con proyección de asistencia en domicilio.

Se abordan también aspectos que permitan la valoración clínica de la mujer durante el trabajo de parto, identificando factores de riesgo para establecer diagnósticos de enfermería y poder planear y ejecutar cuidados de acuerdo con las necesidades en este período clínico para cancelar, atenuar o modificar daños a la salud reproductiva.

Objetivo

Integrar un marco de conocimientos básicos de los aspectos anatomo- fisiológicos y psicológicos que intervienen en el parto para valorar las necesidades de la mujer en este período clínico de la reproducción, utilizando el enfoque de riesgo, y establecer la participación del licenciado en enfermería y obstetricia en el diagnóstico, planificación y ejecución de cuidados de enfermería en el parto de bajo riesgo.

Contenido

- 5.1 Aspectos clínicos de valoración en los períodos clínicos del trabajo de parto.
 - 5.1.1 Aspectos anatómicos de valoración clínica.
 - 5.1.1.1 Pelvis ósea
 - 5.1.1.2 Cabeza fetal.

- 5.1.1.3 Relaciones feto- maternas: presentación, situación, posición, variedad de posición y punto toconómico.
- 5.1.2 Aspectos fisiológicos de valoración clínica del trabajo de parto.
 - 5.1.2.1 Fisiología uterina.
 - 5.1.2.2 Teorías de inicio del trabajo de parto.
 - 5.1.2.3 Períodos clínicos del trabajo de parto.
 - 5.1.2.4 Mecanismo del trabajo de parto.
- 5.1.3 Factores de riesgo relacionados con los períodos clínicos del trabajo de parto.
- 5.2 Cuidados durante los períodos clínicos de parto.
 - 5.2.1 Cuidados de enfermería en el primer período clínico de parto.
 - 5.2.1.1 Cuidados de enfermería en la etapa prodrómica, latente y activa del parto.
 - 5.2.1.2 Vigilancia de la evolución del trabajo de parto.
 - 5.2.1.3 Valoración de la frecuencia cardiaca fetal y de la actividad uterina.
 - 5.2.1.4 Valoración clínica de la pelvis y del canal de parto.
 - 5.2.1.5 Registros clínicos de enfermería: notas de enfermería y partograma.
 - 5.2.2 Intervenciones de enfermería en:
 - 5.2.2.1 Inducción y conducción del trabajo de parto.
 - 5.2.2.2 Analgesia y anestesia obstétrica.
 - 5.2.2.3 Amniorrexis.
 - 5.2.3 Cuidados de enfermería en el segundo período clínico del parto.
 - 5.2.3.1 Preparación física y psicológica de la pareja durante el parto.
 - 5.2.3.2 Preparación del material y equipo para la atención del parto de bajo riesgo.
 - 5.2.3.3 Enseñanza de la técnica de pujo, para favorecer el nacimiento.
 - 5.2.3.4 Cuidados en la atención del parto de bajo riesgo.
 - 5.2.3.5 Maniobras obstétricas durante la atención del parto.
 - 5.2.4 Cuidados de enfermería en el tercer período clínico del trabajo de parto.
 - 5.2.4.1 Cuidados de enfermería durante el alumbramiento.
 - 5.2.4.1.1 Revisión de la placenta y revisión de la cavidad.

- 5.2.4.1.2 Valoración del sangrado transvaginal.
- 5.2.4.1.3 Presencia del globo de seguridad de Pinard
- 5.2.4.1.4 Cuidado en la episiorrafia.
- 5.2.4.1.5 Ministración de fármacos.

UNIDAD VI EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO. (18 horas)

En esta unidad se pretende dar a conocer los aspectos del puerperio como etapa continua del proceso reproductivo, con los cuales se puede llevar a cabo una valoración de necesidades y determinar con ello las acciones de Enfermería en el cuidado del mismo.

Objetivo

Integrar los conocimientos teóricos sobre la fisiología y características del puerperio, que permita detectar los factores de riesgo con el fin de establecer los cuidados con base en el proceso de enfermería.

Contenido

- 6.1 Valoración de Enfermería en el puerperio.
 - 6.1.1 Concepto y clasificación del puerperio.
 - 6.1.2 Cambios anatomo-fisiológicos sistémicos y locales.
 - 6.1.3 Cambios psicológicos y adaptación social.
 - 6.1.4 Factores de riesgo.
- 6.2 Cuidados de Enfermería en las necesidades biopsicosociales del puerperio en el hospital y en el hogar.
 - 6.2.1 Puerperio inmediato.
 - 6.2.2 Puerperio mediato.
 - 6.2.3 Puerperio tardío.
- 6.3 Participación de Enfermería en el programa y subprograma del hospital amigo del niño y de la madre.

- 6.3.1 Alojamiento conjunto.
- 6.3.2 Lactancia materna.
- 6.3.3 Planificación familiar.
- 6.3.4 Nutrición

UNIDAD VII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO. (15 horas)

En esta unidad se abordan los cambios anatómo-fisiológicos en la transición de feto a recién nacido, así como las características físicas y neurológicas de éste, con la finalidad de identificar y detectar oportunamente factores de riesgo neonatal a través de la valoración de enfermería que le permita planear y ejecutar los cuidados al recién nacido.

Objetivo

Identificar las características del recién nacido, a través de los métodos de valoración, para evaluar factores de riesgo que permitan dar el cuidado integral al neonato.

Contenido

- 7.1 Cambios anatómo-fisiológicos en la transición del feto- recién nacido.
- 7.2 Características normales del recién nacido.
- 7.3 Valoración del recién nacido
 - 7.3.1 Historia clínica neonatal.
 - 7.3.2 Apgar.
 - 7.3.3 Silverman.
 - 7.3.4 Usher.
 - 7.3.5 Capurro.
 - 7.3.6 Curvas de crecimiento intrauterino.
 - 7.3.7 Factores de riesgo neonatal.

7.4 Cuidados de enfermería al recién nacido de bajo riesgo

7.4.1 Cuidados inmediatos.

7.4.2 Cuidados mediatos.

7.4.3 Tamiz neonatal.

7.4.4 Vacunas en el recién nacido.

7.5 Intervenciones educativas orientadas hacia el recién nacido en el hogar.

7.5.1 Alimentación.

7.5.2 Higiene.

7.5.3 Vestido y descanso.

7.5.4 Actividades básicas de estimulación temprana.

7.5.5 Signos de alarma.

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

- Siendo en proceso de atención de enfermería el eje metodológico de la carrera de Enfermería y Obstetricia, los contenidos deben estar orientados hacia sus diferentes etapas, constituyéndose como una estrategia de trabajo que permita visualizar el cuidado integral en la salud reproductiva y perinatal.
- De manera conjunta se deberá considerar el enfoque de riesgo como instrumento para la valoración y el enfoque del cuidado como pauta para la planeación de la atención de Enfermería en los diferentes ámbitos de desarrollo profesional.
- La dinámica del proceso enseñanza aprendizaje, de acuerdo con la estrategia didáctica participativa y la concepción de educación integral, implica que el estudiante pueda trabajar en equipo y desarrolle valores, actitudes y autoestima para favorecer las relaciones de cooperación y respeto mutuo, así como sus capacidades de búsqueda de información, inferencia, deducción y análisis donde plantee y resuelva problemas, ponderando prioridades y fundamentando el cuidado de Enfermería en la

etapa reproductiva, siendo capaz de autoevaluar sus cuidados y actualizarlos con los usuarios, compañeros, profesores y con el equipo multidisciplinario de salud.

- Para la instrumentación del programa, se sugiere la selección de estrategias didácticas como la revisión de casos clínicos, sesiones de revisión biblio-hemerográfica de enfermería, demostración de técnicas y procedimientos, enseñanzas clínicas, etcétera que favorezcan la participación activa del estudiante propiciando espacios de reflexión y síntesis, que contribuyan a la adquisición de aprendizajes significativos siendo el docente de la materia el profesor experto que guíe estas actividades.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN

- Participación efectiva en clase.
- Exámenes parciales y un examen departamental de la academia.
- Manejo del modelo de atención perinatal basado en el enfoque de riesgo (PREVIGEN).
- Entrega y presentación de sesiones clínicas y casos de revisión biblio-hemerográfica.
- Entrega de un ensayo donde interprete los Programas Nacionales de Salud Reproductiva, e identifique su participación como Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la prevención y preservación de la salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

BENSON, Pernoll. *Manual de obstetricia y ginecología*, 9ª ed. México, Ed. Interamericana, 1994, 542 p.

DECHERNEY, Alan, et. al., *Diagnóstico y tratamiento gineco- obstétricos*, 7ª ed., México, Ed. Manual Moderno, 1977. 1535 p.

DIDONA, Nancy A. *Enfermera maternal*, México, Ed. Interamericana, 1998.

- GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. *Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal*, Veracruz, Ed. G.E.N.-S.S.- F.M.- UNAM, 1993. 20 p.
- ILLINWORTH, Roland. *El niño normal*, 4 ed., México, Ed. Manual Moderno, 1993. 473 p.
- KNOR, Emily. *Decisiones en enfermería obstétrica*. Barcelona, Ed. Mosby-Doyma, 1990. 286 p.
- LEWIS, Townschend. *Obstetricia*, 15a ed., México, Ed. Manual Moderno, 1994. 426 p.
- MONDRAGÓN CASTRO, Héctor. *Obstetricia básica e ilustrada*, México, Ed. Trillas, 1995. 685 p.
- NEESON, Jean D. *Consultor de enfermería obstétrica*, Vol. 2, España, Ed. Centrum, 1995. 485 p.
- NÚÑEZ, Eduardo. *Ginecología y obstetricia para enfermeras*, 3ª ed., México, Ed. Méndez, 1995. 1029 p.
- REEDER, Martín. *Enfermería materno infantil*, 17ª ed., México, Ed. Interamericana, Mc Graw- Hill, 1995. 1421 p.
- SCOTT, James, et. al. *Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth*, 6ª ed. México, Ed. Interamericana, 1995. 1296 p.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- BENNET, M.J. *El ultrasonido en la atención perinata*,. México, Ed. Noriega Limusa, 1990. 197 p.
- BURROUGHS, Arlen. *Enfermera materno- infantil*, 6ª ed. México, Ed. Mc Graw- Hill Interamericana, 1992. 542 p.
- CARRERA, J.M. *Preparación física para el embarazo, parto y posparto*, 2 ed. Barcelona, Ed. Medici, 1990. 150 p.
- DICKASON, Elizabeth Jean. *Enfermería materno infantil*, 2ª ed. Madrid, Ed. Mosby –Doyma, 1995. 749 p.

GOODRICH, Frederick. *Maternidad sin dolor*, México, Ed. Daimon Mexicana, 1991. 256 p.

HAYMAN, Suzie. *Guía de los métodos anticonceptivos*, Barcelona, Ed. Paidós, 1995. 136 p.

KITZINGER, Sheila. *Nace en casa*, México, Ed. Interamericana, 1993. 452 p.

LANGMAN, Jan. *Embriología Médica*, 5ª ed. México, Ed. Interamericana, 1995. 384 p.

MARTIN TUCKER, Susan. *Monitorización fetal. Guías profesionales de enfermería*, 2ª ed. Madrid, Ed. Interamericana, 1993. 210 p.

MONDRAGÓN CASTRO, Héctor. *Obstetricia para enfermeras*, México, Ed. Trillas, 1991. 498 p.

MOORE, Keith. *Embriología*. 3ª ed. México, Interamericana, 1995. 269 p.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Ley General de Salud*, México, Ed. PAC, 1998.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de reforma de sector*, México, Ed. PEF, 1995. 85 p.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de salud reproductiva y planificación familiar*, México, Ed. PEF, 1995. 18 p.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa nacional de población 1995- 2000*, México, Ed. PEF, 1995. 113 p.

RÍOS ESPINOZA, Enrique. *La lactancia en las instituciones de salud en México*, México, Ed. Científicas, 1995. 166 p.

SASMOR, Jeannette L. *Educación para el parto*, México, Ed. Limusa, 1990. 338p.

SECRETARÍA DE SALUD. *Programa hospital amigo del niño y de la madre*, México, 1992. 52 p.

SECRETARÍA DE SALUD. *Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, México, 1995. 52 p.

SECRETARÍA DE SALUD. *Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar*, México, 1994. 66 p.

Programa de la asignatura	Obstetricia II
Clave	1800
Valor	39 créditos
Ubicación:	8o semestre
Duración:	496 horas (128 horas teoría y 368 horas práctica)
Carácter de la asignatura	Obligatoria
Tipo de la asignatura:	Teórico- Práctica
Área de pertenencia:	Proceso Salud-Enfermedad en la reproducción humana.
Asignaturas antecedentes obligatorias:	Obstetricia I

El programa está ubicado en el octavo semestre de la carrera, en el área de Proceso Salud Enfermedad en la reproducción humana, es consecuente de la materia de Obstetricia I y se apoya en el antecedente de los contenidos de las materias: Enfermería del niño y Proceso Salud Enfermedad en el adolescente, adulto y anciano I y II.

La asignatura plantea como objeto de estudio las posibles alteraciones en el proceso salud- enfermedad en la reproducción humana, para lo cual el alumno reafirmará la valoración de enfermería a través del criterio del enfoque de riesgo en la atención materno infantil, tomando como eje de la asignatura el proceso de atención de enfermería.

Para tal fin, en esta asignatura se pretende que los alumnos integren un marco de conocimientos sobre factores de riesgo que predisponen alteraciones fisiopatológicas, los métodos de diagnóstico y procedimientos preventivos-terapéuticos aplicables a situaciones que complican el proceso de la reproducción humana.

Las alteraciones están agrupadas de acuerdo a la similitud, por procesos patológicos en el desarrollo del evento obstétrico a partir de los cuales se determinan los cuidados de enfermería.

En la primera unidad se plantea el panorama de los factores de riesgo que alteran el proceso reproductivo, así como la participación de enfermería en dicho proceso.

En la segunda unidad se abordan los procesos que alteran la reproducción humana desde el punto de vista biopsicosocial y las intervenciones de enfermería en las diferentes alteraciones.

La tercera, cuarta y quinta unidades, abordan el evento obstétrico en sus diferentes etapas: embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio de alto riesgo, haciendo una clasificación por procesos patológicos a partir de los cuales se identifican los cuidados de enfermería.

Por último en la sexta unidad se analiza al recién nacido de alto riesgo con daños a la salud más frecuentes en nuestro país, así como los cuidados de enfermería que se requieren.

Objetivo General

El alumno integrará un marco de conocimientos en relación a los factores de riesgo y daños a la salud que predisponen las alteraciones biopsicosociales, los métodos de diagnóstico y los procedimientos preventivo- terapéuticos aplicables en las situaciones que complican el proceso de la reproducción humana, con el propósito de desarrollar un criterio clínico, que le permita proporcionar cuidados de enfermería a la mujer durante el proceso reproductivo y al recién nacido de alto riesgo, tomando como eje la metodología de proceso de atención de enfermería y el enfoque de riesgo.

UNIDAD I. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS DAÑOS A LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO. (10horas)

Esta unidad es introductoria al análisis de los factores que condicionan el riesgo durante el proceso reproductivo; en ella se revisará cada uno de estos y su repercusión en la salud reproductiva de tal manera que sirva de guía para la investigación de su prevalencia en el grupo materno infantil, llevando a cabo un sistema de referencia y contra referencia del alto y mediano riesgo. Además se estudiarán los recursos con los que cuentan las instituciones de nuestro país para el diagnóstico y la resolución de los daños en la salud reproductiva.

Objetivo

Analizar los factores de riesgo en el proceso de la reproducción humana para determinar los cuidados de Enfermería en el diagnóstico, resolución y referencia de los daños a la salud reproductiva.

Contenido

- 1.1 Intervenciones de enfermería en la valoración de daños en el proceso de la reproducción humana.
 - 1.1.1 Factores que condicionan el alto riesgo.
 - 1.1.2 Cuantificación del riesgo en el proceso de la reproducción
 - 1.1.2.1 Determinación del riesgo relativo y riesgo atribuible en la población del grupo materno infantil.
 - 1.1.3 Sistema de referencia y contra referencia del mediano y alto riesgo perinatal.
 - 1.1.4 Recursos para el diagnóstico de los daños durante el proceso reproductivo de alto riesgo. Ultrasonido, trazo cardiotocográfico, amniocetesis, laparoscopia y otros.

UNIDAD II. PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS QUE ALTERAN LA REPRODUCCIÓN HUMANA. (13 horas)

En esta unidad se abordarán las posibles alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que afectan la reproducción humana identificando los factores en la pareja y considerando los daños más frecuentes en los diferentes contextos para determinar la participación de enfermería en las alteraciones.

Objetivo

Identificar y analizar los elementos bipsicosociales que alteran la reproducción humana como posibles daños a la salud reproductiva, para determinar la participación de enfermería en estos procesos.

Contenido

2.1 Factores femeninos.

2.1.1 Alteraciones del eje hipotálamo- hipófisis- ovarios- endometrio.

2.1.2 Malformaciones congénitas de los órganos genitales.

2.1.3 Tumores uterinos (cáncer cérvico- uterino)

2.1.4 Cáncer de mama.

2.1.5 Climaterio y menopausia.

2.2 Factores masculinos.

2.2.1 Alteraciones anatómo-fisiológicas (Criptorquidia, esterilidad secundaria a parotiditis, oligospermia, azospermia, otros).

2.3 Aspectos psicosociales.

2.3.1 Desnutrición, desintegración familiar, violación, incesto, preferencias sexuales, otros.

UNIDAD III. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. (30 horas)

En esta unidad se revisarán los cuidados de enfermería que se proporcionan a la mujer con embarazo de alto riesgo, identificando las características específicas en cada una de las patologías más frecuentemente presentadas en nuestra población, con el fin de darle herramientas al alumno para enfrentarse a esta problemática.

Objetivo

Identificar y analizar los cuidados de enfermería que se brindan a la mujer con embarazo de alto riesgo, reconociendo las características de las patologías y sus complicaciones más frecuentes.

Contenido

3.1 Cuidados en los procesos hemorrágicos durante el embarazo.

3.1.1 Aborto.

3.1.2 Embarazo ectópico.

3.1.3 Enfermedades del trofoblasto.

3.1.4 Placenta previa.

3.1.5 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

3.2 Cuidados en los procesos infecciosos.

3.2.1 Infección de vías urinarias.

3.2.2 Enfermedades de transmisión sexual.

- Moniliasis

- Tricomoniasis

- Clamidiasis

- Papilomatosis

- Condilomatosis

- Síndrome de inmunodeficiencia humana

- Gonorrea

- Sífilis

3.2.3 Padecimientos virales y parasitarios

- Herpes
- Citomegalovirus
- Rubeola
- Toxoplasmosis

3.2.4 Complicaciones de los procesos infecciosos

- Ruptura prematura de membranas
- Parto pretérmino

3.3 Cuidados en los procesos intercurrentes en el embarazo.

3.3.1 Hiperemésis

3.3.2 Síndrome anémico.

3.3.3 Enfermedad hipertensiva del embarazo.

3.3.4 Diabetes gestacional.

3.3.5 Cardiopatías.

3.3.6 Hipertiroidismo e hipotiroidismo.

3.3.7 Lupus eritematoso.

3.3.8 Epilepsia.

3.3.9 Polihidramnios y oligohidramnios.

3.3.10 Embarazo gemelar.

3.3.11 Isoinmunización materno fetal.

UNIDAD IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO. (25 HORAS)

En esta unidad se estudiarán las complicaciones más frecuentes que se presentan en el trabajo de parto y en el parto, con la finalidad de identificar factores de riesgo o signos y síntomas de alarma que se pudieran presentar en el mismo y que determinen los cuidados específicos de enfermería y su participación en los procedimientos para la resolución de embarazo, evidenciando con ello la vinculación teoría- práctica y el impacto en la madre y su producto.

Objetivo

Explicar los cuidados de enfermería en las patologías más frecuentes en el trabajo de parto y parto, donde se especifiquen los factores de riesgo y la participación en los distintos procedimientos para la resolución del embarazo.

Contenido

4.1 Cuidados en los procesos hemorrágicos durante el trabajo de parto y parto.

4.1.1. Ruptura uterina.

4.1.2 Choque hipovolémico.

4.2 Cuidados que alteran el trabajo de parto y parto.

4.2.1 Distocias de origen fetal.

4.2.2 Distocias de origen materno.

4.2.3 Prolapso del cordón umbilical.

4.2.4 Sufrimiento fetal.

4.2.5 Muerte fetal.

4.3 Cuidados en los procedimientos quirúrgicos gineco- obstétricos.

4.3.1 Legrado uterino instrumental y legrado uterino por aspiración.

4.3.2 Aplicación de fórceps.

4.3.3 Cesárea.

4.3.4 Histerectomía.

4.3.5 Obliteración tubárica bilateral.

UNIDAD V. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO DE ALTO RIESGO. (25 horas)

En esta unidad se revisarán los cuidados de Enfermería que se brindan a las mujeres en etapa de puerperio con alguna complicación, entendiendo éste como una consecuencia de los riesgos que se presentan en las etapas previas del embarazo, trabajo de parto y parto, de tal manera que permitan al alumno tener un conocimiento sobre el cuidado integral a la mujer en los problemas puerperales más frecuentes en nuestro país.

Objetivo

Identificar los cuidados de enfermería que se brindan a la mujer con puerperio de alto riesgo, reconociendo las patologías más frecuentes que se presentan en este período de la reproducción en nuestro país.

Contenido

5.1 Cuidados en los procesos hemorrágicos.

5.1.1 Acretismo placentario.

5.1.2 Inversión uterina.

5.1.3 Retención de placenta y restos placentarios.

5.1.4 Atonía e hipotonía uterina.

5.1.5 Hematomas.

5.2 Cuidados en los procesos infecciosos.

5.2.1 Fiebre puerperal.

5.2.1 Tromboplebitis.

5.2.3 Dehiscencia de herida quirúrgica.

5.3 Cuidados en las complicaciones de la lactancia.

5.3.1 Grietas.

5.3.2 Absceso mamario.

5.3.3 Mastitis.

UNIDAD VI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO. (25 horas)

En esta unidad se revisarán los daños a la salud más frecuentes que se presentan en el recién nacido en nuestro país como consecuencia de los factores de riesgo asociados durante el proceso reproductivo de la pareja; se analizarán las características y los cuidados de enfermería al respecto.

Objetivo

Identificar los cuidados de enfermería que deben proporcionarse al recién nacido de alto riesgo, reconociendo las características de los daños más frecuentes que se presentan en nuestro país.

Contenido

6.1 Cuidados en las alteraciones presentadas según edad gestacional.

6.1.1 Inmadurez

6.1.2 Prematurez

6.1.3 Postmadurez.

6.2 Cuidados en las alteraciones presentadas según el peso.

6.2.1 Hipotrofia.

6.2.1 Hipertrofia.

6.2.3 Macrosomía.

6.3 Cuidados al recién nacido con patologías más frecuentes.

6.3.1 Malformaciones congénitas.

6.3.2 Eritroblastosis fetal.

6.3.3 Hipoxia perinatal.

6.3.4 Sépsis neonatal.

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

- Para el abordaje de la asignatura será necesario que la instrumentación de los contenidos tenga como eje fundamental el proceso de atención de enfermería, constituyéndose como la metodología a través de la cual se analicen los diferentes procesos y alteraciones involucradas en la salud reproductiva, así como los cuidados de enfermería que se brindan en cada una de ellas.
- Asimismo se empleará el enfoque de riesgo como herramienta vigente para la valoración de los daños en el proceso reproductivo.
- En la dualidad del proceso enseñanza- aprendizaje, en donde profesores y alumnos interactúan para la apropiación del conocimiento, se hace necesario abordar el objeto de estudio a través de estrategias de participación que facilitan el logro de los objetivos planteados y que propician la vinculación teoría- práctica.
- Para tal efecto se sugiere se analicen casos clínicos donde se muestren las diferentes alteraciones que permitan la reflexión, síntesis y propuestas alternativas para los cuidados tanto en el ámbito hospitalario como comunitario.
- Para enriquecer las experiencias de aprendizaje, se sugiere que los alumnos realicen lecturas previas acerca de la temática del programa, considerando esta actividad como referente obligatorio para el análisis y la discusión en las sesiones de aula.
- Los elementos adquiridos en el semestre precedente serán conocimientos que sustenten y permitan la construcción del conocimiento, fundamentalmente, así como los aportados por las otras asignaturas del plan de estudios.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN

- Participación efectiva en clase.
- Revisión de artículos vigentes.
- Exposición de un tema del programa.
- Exámenes parciales.
- Examen colegiado.
- Examen final.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

BUTNARESCU, Glenda F. et. al. *Enfermería Perinatal*. México, Ed. Limusa, 1983. 592 p.

CALDERÓN, Jaime. *Infectología perinatal*, México, Ed. Trillas, 1991. 394 p.

CHERNEY, Alan H. de. *Diagnóstico y tratamiento Gineco obstétricos*, 7 ed. México, Ed. Manual Moderno, 1997. 1535 p.

DIKASON, Elizabeth Jean. *Enfermería Materno- Infantil*, Madrid, Mosby- Doyma, 1995. 749 p.

EDGE Valerre, et. al. *Cuidados de salud de la mujer*, Barcelona, Mosby- Doyma, 1995. 338 p.

GANT, Norman. *Manual de Gineco Obstetricia*, México, Ed. Manual Moderno, 1995. 608 p.

INGALLS, Joy. *Enfermera Materno Infantil y Pediatría*, México, Limusa, 1991.

INSPEP. *Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología*, México, Ed. Inper S.S., 1994.

JASSO, L. *Neonatología Práctica*. 4ª ed. México, Ed. Manual Moderno, 1995. 582 p.

KNOR, Emily. *Decisiones en Enfermería Obstétrica*, Barcelona, Ed. Doyma, 1990. 286 p.

NELSON, Waldo. *Tratado de Pediatría*, 14ª ed., México, Ed. Interamericana, 1993. 1123 p.

OLDS, Sally B. *Enfermera Materno Infantil*, 10ª ed., México, Ed. Interamericana Mc Graw- Hill, 1995. 1283 p.

QUEENAN, John T. *Atención del Embarazo de Alto Riesgo*, México, Ed. Manual Moderno, 1987. 206 p.

REEDER, *Enfermería Materno- Infantil*, Ed. Interamericana, Mc Graw Hill, 1995. 1421 p.

ROBINSON, M.J. *Pediatría Práctica*, Ed. Manual Moderno, 1996. 928 p.

SCOTT, James R. *Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danfoth*. 6ª ed., México, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 1994. 1296 p.

WATSON, Hawkins J. *Enfermería Ginecología Obstetricia*, México, Ed. Harla, 1984. 587 p.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Ginecología actual*, México, Ed. Manual Moderno, 1983. 484 p.

BONGIOVANNI, Alfred M. *Ginecología del adolescente*, México, Ed. El Ateneo, 1986. 300 p.

BONILLA MUSOLES, F. *Diagnóstico prenatal de las malformaciones fetales*, Barcelona, Ed. JIMS, 1983. 339 p.

CONDE DE VARGAS, Blanca. *Principios de Citología Ginecológica*, 4ª ed. México, Ed. Fco. Méndez Cervantes, 1991. 138 p.

DIDONA, Nancy A. *Enfermería Maternal*, México, Ed. Interamericana, 1998. 495 p.

FERNÁNDEZ, et. al. *Protocolos de Ginecología (Patología mamaria)*, Barcelona, Salvat editores, 1991. 467 p.

GONZÁLEZ MERLO, J. *Obstetricia* , 4ª ed. , Barcelona, Ed. Científicas y Técnicas, 1992. 825 p.

JUNCEDA, AVELLO, E. *Diagnóstico en Obstetricia y Ginecología*. 2ª ed., Barcelona, Ed. JIMS, 1080. 518 p.

LEWIS, Townshend. *Ginecología*, 15ª ed. México, Ed. Manual Moderno, 1994. 360 p.

NOVACK, Edmundo. *Patología Ginecológica y Obstétrica*, 8ª ed., Buenos Aires, Ed. Panamericana, 1982. 800 p.

NÚÑEZ, Eduardo. *Ginecología y Obstetricia*, 3ª ed. México, Ed. Méndez, AMHGO No. 3, IMSS, 1995. 1029 p.

PRITCHARD, Jack A. *Obstetricia y Recién Nacido*, México, Ed. Manual Moderno, 1994. 967 p.

STEELE, S.J. *Ginecología, Obstetricia y Recién nacido*, México, Ed. Manual Moderno, 1987. 303 p.

SEGURANYES, Guillot. *Enfermería Maternal*, México, Ed. Científica y Técnicos, 1993. 378 p.

WINNIFRED BERG, Cutler. *Tratamiento Médico de la Menopausia y la Premenopausia*, Barcelona, Ed. Médica, 1987. 318 p.