

1
2 ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA

UBICACION TEORICO-METODOLOGICA
DEL PROCESO ENSEÑANZA - APRENDIZAJE
EN ENFERMERIA

Nº Bº MAg



FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA
COORDINACION

TRABAJO ESCRITO QUE PARA OPTAR
POR EL TITULO DE LICENCIADO EN
PEDAGOGIA PRESENTA

ELIA ALJAMA CORRALES

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS



SECRETARIA DE
ASUNTOS ESCOLARES

MEXICO 1985.

Elia Aljama Corrales



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
-INTRODUCCION	
NOTAS ACLARATORIAS	
I MARCO DE REFERENCIA	1
1.1 ENFOQUES CONCEPTUALES DEL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD.....	1
1.2 CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD EN MEXICO...	6
1.3 ANALISIS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA EN UN CONTEXTO HISTORICO-SOCIAL.....	23
1.4 LA PRACTICA MEDICA Y SU VINCULACION CON LA ENFERMERIA.....	31
1.5 EL CURRICULUM DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ENEO UNAM.	35
II MARCO TEORICO.....	70
2.1 CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCESO DEL CONOCIMIENTO COMO FUNDAMENTO DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	70
2.2 LA INTEGRACION TEORIA-PRACTICA COMO CATEGORIA CENTRAL DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	77
2.3 EL PROBLEMA DEL METODO EN LA ENSEÑANZA A PARTIR DE SU ENFOQUE INSTRUMENTAL.....	79

III	DESARROLLO DE LAS CATEGORIAS DE ANALISIS DEL PROCESO-ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN ENFERMERIA.....	91
3.1	EL CARACTER PRACTICO DE LA ENSEÑANZA EN LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA.....	92
	-La Enseñanza clínica.....	92
3.2	LA INTEGRACION DE LOS CONTENIDOS COMO UNO DE LOS FACTORES DEFINITORIOS DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	100
3.3	METODOLOGIA DIDACTICA QUE ORIENTA EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	103
	-CONCLUSIONES.....	115
	-GLOSARIO.....	119
	-BIBLIOGRAFIA.....	122

I N T R O D U C C I O N

Este trabajo aspira a contextualizar el proceso Enseñanza--Aprendizaje en la formación de la enfermera (o) para lo cual: se identifican los aspectos que condicionan la salud-enfermedad desde los diferentes enfoques conceptuales del proceso mismo; el marco institucional como escenario final de los procesos patológicos, que arrastran tras de sí los condicionantes de tipo social; representados en el diagnóstico epidemiológico como índices de natalidad, morbimortalidad, inmigración del campo a la ciudad. Sucesos en los que se involucra la enfermera en una práctica laboral concreta, producto de un desarrollo histórico-social profundamente ligado a la práctica médica.

Asímismo se identifican las bases teóricas del proceso Enseñanza-Aprendizaje desde la óptica del materialismo dialéctico y la confrontación con la tecnología educativa. Polémica que se transfiera a la situación de enfermería en casos concretos. Todos los elementos anteriormente citados giran en torno a la siguiente hipótesis de trabajo:

El proceso Enseñanza-Aprendizaje en enfermería asume un carácter instrumentalista con resquicios de la metodología tradicional, lo que refuerza la práctica dominante en las instituciones de Salud.

Se entiende por metodología didáctica tradicional una manera determinada para desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje. Caracterizada por un maestro enciclopedista, autoritario y verboso que deposita los conocimientos en las mentes de los alumnos; los que no tienen otra actividad más que escuchar. En en--

fermería la situación se presenta en el aula y en las instituciones de salud, en donde el alumno realiza las prácticas clínicas. En el ámbito sanitario el maestro tradicional asume el carácter de supervisor y el alumno de ejecutor de procedimientos manuales.

En contra de la corriente tradicional de la educación surge por la década de los cincuentas la metodología didáctica denominada Tecnología Educativa, que asume un carácter científico en contra del carácter artesanal de la tradicional. La Tecnología Educativa en un primer momento, centra su atención en la elaboración de instrumentos y aparatos para lograr la eficiencia del proceso enseñanza-aprendizaje. Posteriormente integra, con base en la elaboración de objetivos y la planificación de los actos educativos, la sistematización de la enseñanza. Finalmente y, ya de manera refinada, se aborda el proceso enseñanza-aprendizaje con base en la teoría de los sistemas. Con estos elementos el docente es investido con una categoría de conductor técnico científico de la educación.

La hipótesis de trabajo, en este estudio, se construye en el análisis metodológico del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería. Sus premisas apuntan a ubicar este proceso como sustentado en un enfoque instrumentalista que desplazó, no completamente, al tradicional. El problema central en este punto es que si bien cambió la forma, lo aparente, lo vehiculizante, del proceso enseñanza-aprendizaje, al cambiar al maestro verborreico por un videocassette por ejemplo, lo importante no cambió. Es decir, continúa transmitiéndose la información de una manera pasiva, mecánica. Trátese del maestro tradicional o un moderno re--

fermería la situación se presenta en el aula y en las instituciones de salud, en donde el alumno realiza las prácticas clínicas. En el ámbito sanitario el maestro tradicional asume el carácter de supervisor y el alumno de ejecutor de procedimientos manuales.

En contra de la corriente tradicional de la educación surge por la década de los cincuentas la metodología didáctica denominada Tecnología Educativa, que asume un carácter científico en contra del carácter artesanal de la tradicional. La Tecnología Educativa en un primer momento, centra su atención en la elaboración de instrumentos y aparatos para lograr la eficiencia del proceso enseñanza-aprendizaje. Posteriormente integra, con base en la elaboración de objetivos y la planificación de los actos educativos, la sistematización de la enseñanza. Finalmente y, ya de manera refinada, se aborda el proceso enseñanza-aprendizaje con base en la teoría de los sistemas. Con estos elementos el docente es investido con una categoría de conductor técnico científico de la educación.

La hipótesis de trabajo, en este estudio, se construye en el análisis metodológico del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería. Sus premisas apuntan a ubicar este proceso como sustentado en un enfoque instrumentalista que desplazó, no completamente, al tradicional. El problema central en este punto es que si bien cambió la forma, lo aparente, lo vehiculizante, del proceso enseñanza-aprendizaje, al cambiar al maestro verborreico por un videocassette por ejemplo, lo importante no cambió. Es decir, continúa transmitiéndose la información de una manera pasiva, mecánica. Trátese del maestro tradicional o un moderno re-

curso didáctico. El alumno no participa, no se interesa, sólo - memoriza, lo que impide a partir de un proceso cognoscitivo en enfermería, transformar su práctica laboral, caracterizada por un enfoque curativo, hospitalario, centrado en la realización de procedimientos mecánicos y rutinarios.

Paralelamente al esclarecimiento de la hipótesis de trabajo se aborda el materialismo dialéctico, como una alternativa para el manejo y explicación del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, con base en las categorías de praxis y conocimiento.

El presente trabajo tiene como objetivo explicitar aquellos factores que inciden en la formación del estudiante de enfermería, identificados a partir de una práctica clínico-docente concreta y, confrontados, con las categorías teóricas expuestas a lo largo del trabajo, mismo que se considera, como un intento para organizar los conocimientos teórico-prácticos acerca del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, susceptible de mejorarse a través del análisis y discusión que de él realicen los profesores de la ENEO-UNAM, tarea que posibilita la aplicación de este trabajo en una propuesta grupal acerca de la metodología en el aula y en las instituciones de salud del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería.

NOTAS ACLARATORIAS

El trabajo tiene entre sus aspiraciones, ser de fácil lectura, al mismo tiempo que incluir cierto rigor metodológico en la exposición de las ideas. Atendiendo a estos criterios se efectúan las siguientes aclaraciones

-Los textos y autores están citados de acuerdo a la metodología de Anderson, Jonathan: Se utilizó la locución latina Op. Cit. para referirse a un texto precedente y en seguida el IBIDEM que hace referencia al mismo autor y texto, anteriormente citado.

Asímismo se enuncian los textos ó artículos de donde se tomó la idea original y, la obra en donde aparece.

-Se utilizan las siglas de las instituciones de salud sin especificar su significado a fin de agilizar la lectura, salvo aquellas instituciones poco conocidas que requieren aclarar el significado de sus siglas.

-En general, se cita a lo largo del trabajo al personal de enfermería en género femenino y masculino, pero, existen párrafos en donde se utiliza solamente el femenino, debido a que el grueso del personal de enfermería lo constituyen mujeres y, por el contexto en que la idea fue escrita, resultó intrascendente citar el femenino y el masculino, a la vez.

-Se emplean términos médicos que son de fácil comprensión -
en el contexto de la lectura. Si el lector deseara am---
pliar más en el conocimiento de su significado, puede con-
sultar un glosario de términos que se anexa al final del -
trabajo.

Se agradece profundamente a la Profesora Rita Guadalupe Angulo-
Villanueva, su atinada asesoría en la elaboración de este trabajo
jo.

- A MIS PADRES

JUAN ALJAMA BARRERA

MARGARITA CORRALES HEREDIA

-A RICARDO, JUAN CARLITOS Y
ALMITA GUADALUPE

-A MIS COMPAÑERAS ENFERMERAS.

I.- MARCO DE REFERENCIA

1.1 ENFOQUES CONCEPTUALES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

La salud se ha definido de diferentes maneras, así, la Organización Mundial de la Salud postula que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad ó invalidez (1). Este concepto fue vigente por muchos años (y es posible que aún lo sea) en las escuelas de enfermería y medicina del país, no obstante, ha recibido múltiples críticas que se pueden resumir en los siguientes puntos: carácter ahistórico; fuerte vinculación a tesis desarrollistas; desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad: utilización de un esquema rígido acerca del individuo, considerando como unidad biopsicosocial. Modelo, que tras una visión integradora desarrollada solo teóricamente, esconde el desconocimiento de las relaciones entre los componentes biológicos, mentales y sociales, y los yuxtapone de manera subjetiva. De esta manera se conceptualiza la salud como un estado ideal de armonía y se fragmenta el proceso salud-enfermedad al separar ambos momentos (2).

Desde el punto de vista ecológico la salud se considera como un estado de equilibrio entre el agente agresor, el hombre y su medio ambiente (triada ecológica), este enfoque ubica al individuo como integrante de una comunidad en donde factores socia--

(1) GOMEZ JARA, F., Et. Al. Salud Comunitaria. pp. 15, 16.

(2) ROJAS SORIANO, A. Capitalismo y Enfermedad. p. 187.

les, culturales, ambientales, físicos, etc. determinan su salud. La limitante de esta concepción es considerar estos factores en sus relaciones externas e inmediatas, sin establecer una jerarquía entre los factores sociales y los propios del proceso salud-enfermedad, por lo que, este tipo de conceptos son ahistóricos y mecanicistas (3).

El proceso salud-enfermedad también se ha visto influido - por la teoría de sistemas, corriente de fuerte arraigo en importantes escuelas médicas del país que considera la salud como resultado de la adecuada planeación e instrumentación de los subsistemas representados por las instituciones de salud (sistema -abierto), trabajadores, material y equipo (insumos), servicio de salud que ofrecen las instituciones (actividades), usuarios (producto final del sistema) (4). Esta corriente enfatiza las actividades administrativas, la eficiencia, la consecución de logros programáticos con la "noción de que existe un marco conceptual -aplicable tanto al estudio de las ciencias físicas, como a las naturales y sociales" (5).

Las definiciones hasta aquí analizadas responden a un modelo multicausal de la enfermedad, al que se opone el modelo unicausal que reconoce únicamente las condiciones biológicas del organismo humano como determinantes de la salud-enfermedad.

(3) ROJAS SORIANO, A. Op. Cit., p. 16.

(4) GOMEZ JARA, F., Et., Al. Op Cit., pp. 15, 16.

(5) GALVAN ESCOBEDO, J. La Teoría de los Sistemas aplicada a la Administración de Salud. p. 48.

El biologicismo es un enfoque ligado al desarrollo histórico de las profesiones de atención a la salud, se apoya en los -- descubrimientos de los microorganismos como causales de los procesos patógenos. De acuerdo a los postulados de Koch "el microorganismo se halla siempre con la enfermedad de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observadas, el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad, el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad (en un animal experimental - - - susceptible)" (6).

La biologización de las profesiones de atención a la salud entraña serios peligros que se representan desde el trato anónimo y agresivo al paciente, hasta la compra de equipos caros y sofisticados destinados a la atención de enfermedades que si bien requieren de atención, no son las representativas del cuadro de morbi-mortalidad nacional, lo que indica poca atención a la prevención de enfermedades, en detrimento de grandes sectores de la población.

Las políticas del estado sostenidas teóricamente por enfoques ahistóricos y mecánicos rehuyen el análisis de los "problemas de salud y su distribución clasista, el acceso diferencial de la población a los servicios sanitario-asistenciales y el grado de protección social de los habitantes. Se oculta o menosprecia la existencia de un proceso colectivo de salud-enfermedad, cuya expresión en daños a la salud reproduce las condiciones so-

(6) ROJAS SORIANO, R. Op. Cit. p. 14.

ciales existentes y el tipo de relación de una sociedad con la--
naturaleza" (7).

El proceso salud-enfermedad se conceptualiza de diversas --
formas, según las condiciones materiales de trabajo y de vida y
los marcos culturales e ideológicos de cada grupo social; todo -
lo cual es una expresión concreta del modo de producción dominant
te en las distintas formaciones sociales. Así el enfoque biomé-
dico que considera a la enfermedad como un estado cuyo origen de
be buscarse en las disfunciones anatomofisiológicas básicamente,
empieza a ser desplazado por una acepción socio-médica que ve a-
la enfermedad como un fenómeno que se encuentra relacionado con-
los demás procesos sociales y que, si bien se manifiesta biológic
amente en el individuo, no por ello deja de tener un carácter -
social (8). El proceso salud-enfermedad se presenta en indivi-
duos que trabajan y viven en condiciones sociales, históricas y
determinadas. Así la salud-enfermedad es un proceso condiciona-
do socialmente que encuentra su concreción en seres históricos.
Dicho proceso encuentra su explicación en la estructura y organiz
ación social. Concientemente en la forma en que la sociedad se
organiza en determinado momento para producir y reproducirse (9).

La redefinición de la enfermedad, como parte del proceso -
señalado, enriquece la sustentación teórica de la práctica de la
enfermería.

(7) LOPEZ ACUÑA, D. "Salud, Seguridad Social y Nutrición" en México Hoy,
p. 177.

(8) ROJAS SORIANO, R. Op. Cit. p. 199.

(9) IBIDEM, p. 204.

La enfermería como actividad social y humana ha de caracterizarse respetando la especificidad tanto de lo biológico como de lo social y evitando la biologización de lo social y la socialización de lo biológico. La enfermería como un proceso de trabajo mantiene estrecha relación con la salud-enfermedad. A pesar de que cada tipo de sociedad desarrolla un proceso de trabajo de rasgos particulares, todos los procesos laborales tienen en común dos momentos el productivo y el reproductivo. En el primero se producen los bienes cuando se transforma el objeto natural en objeto social, por medio del trabajo humano con la utilización de algunas herramientas. En este momento el trabajador produce y al producir se consume, esto es se desgasta; por lo contrario en el momento reproductivo se consumen los bienes y se reproduce, en principio el trabajador (10).

En estos dos momentos podemos ubicar a las enfermedades debido al proceso de desgaste-reproducción; así mismo es posible identificar los perfiles epidemiológicos, específicos, en relación con los procesos históricos concretos de trabajo. En estas coordenadas se inscribe la atención de Enfermería clínica y comunitaria inserta en un modo de producción capitalista que se caracteriza por la obtención de ganancias de los dueños de los medios de producción; caso paralelo ocurre con los dueños de la medicina privada y con los dueños de industrias y talleres que proporcionan los mínimos de bienestar necesarios a los obreros a --

(10) LAURELL C. "El carácter social del proceso Salud Enfermedad" en vida y muerte del mexicano. V. I., p. 204.

través de las instituciones de seguridad social, para asegurar la producción y generar más ganancias.

Plantear el proceso de trabajo como el factor determinante del proceso salud-enfermedad significa rebasar ampliamente los planteamientos de la medicina ocupacional tradicional que considera el trabajo como una actividad sujeta a simples riesgos del ambiente (agentes físico-químicos, biológicos), capaces de causar daño al organismo humano.

En una visión fragmentaria del proceso de trabajo sólo se abordan dos problemas: los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y deja al margen el resto de la patología ocupacional adscribiéndola a causas que nada tienen que ver con el trabajo (11).

1.2 CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD EN MEXICO.

La salud ha jugado un papel determinante en la dinámica de la población. Asimismo es condición indispensable para lograr el fortalecimiento de los recursos humanos para el trabajo.

Las implicaciones que tiene para el estado contar con una población saludable, física y mentalmente, están inscritas en las necesidades del desarrollo económico, social, cultural y político de un país.

La dinámica de la población en México asume características peculiares que por su vinculación a la vez que condicionante con la salud, requieren ser consideradas en este apartado. Por ello se describe a continuación la situación actual de los movimien--

(11) LAURELL, C. Op. Cit, p. 205.

tos demográficos existentes en el país, que tienen un nexo específico con el proceso salud-enfermedad: el crecimiento poblacional, la natalidad, la migración y la mortalidad, para después exponer el estado de los recursos de atención a la salud y su distribución.

El crecimiento poblacional, es considerado en las políticas sanitarias nacionales, como un evento a partir del cual se programan las acciones de salud. Así mismo determina la cantidad de recursos necesarios para atender a la población. Por lo tanto el aumento o disminución de la misma es un fenómeno presente en las mentes de las autoridades sanitario-asistenciales, responsables de brindar las condiciones indispensables para mantener la salud del individuo y la comunidad.

En términos demográficos, el crecimiento de la población es la diferencia entre nacimientos y muertes y, entre inmigración y emigración. Pero los cambios que se dan en estos fenómenos son indicadores de un proceso íntimamente ligado a la historia social, económica y política del país (12).

En México, a raíz del crecimiento desorbitante de la población (13), se tomaron decisiones político-administrativas ten---

(12) VALDEZ, L.M. "Población y Salud" en vida y muerte del Mexicano. V I p. 122

(13) El crecimiento de la población en México es sorprendente y vertiginoso como se puede apreciar en los siguientes datos:

AÑO:	POBLACION TOTAL:	AÑO:	POBLACION TOTAL:
1940	19, 654,000	1960	34,923,000
1950	25, 791,000	1970	48,225,000
		1980	67,383,000

dientes a frenar el ritmo de crecimiento, pues se ponía en peligro el engranaje de los sistemas de alimentación, salud, educación, empleo y vivienda, dentro del marco general de bienestar que demanda la población total del país.

Desde 1969, México rebasó la cifra de dos millones de nacimientos anuales, y, en 1972, se registró la tasa de fecundidad más alta de América Latina, con un promedio de seis hijos sobrevivientes por familia (14).

El crecimiento de la población implica en el orden de la salud, mayor demanda de instituciones sanitario-asistenciales. En especial de Pediatría y Gineco-Obstetricia. La preparación del personal adecuado que atienda estas áreas y la vigilancia epidemiológica de una población cada vez más numerosa.

La natalidad se presenta en la población femenina en embarazos, partos y crianza de los hijos; funciones que requieren de condiciones adecuadas para que se lleven a efecto. Al respecto los planes y programas de salud contemplan de manera especial la atención materno-infantil. Así mismo se han creado organismos como el DIF, el Hospital Nacional de Pediatría, y en general los hospitales de Gineco Obstetricia y Pediatría que dependen de las instituciones de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE), o de servicio-social (SS). Existen hospitales gineco-obstétricos y pediátricos particulares en donde se atiende, con todos los recursos y comodidades, a un grupo de mujeres e hijos verdaderamente privilegiados, en el sentido de contar con el dinero suficiente para

(14) LOPEZ ACUÑA, D., Op. Cit. p. 182.

asegurar su salud en esa etapa tan difícil de la reproducción. La situación contraria la encontramos con mujeres obreras, campesinas, amas de casa con escasos recursos económicos, que integran el grupo más vulnerable a los riesgos del parto. Al respecto en el año de 1975, se detectaron 11 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos (15). Aproximadamente 850,000 abortos y una alta tasa de mortalidad infantil. Asimismo, la falta de orientación médica, la desnutrición, las presiones sociales y emocionales aumentan el riesgo de muerte en mujeres embarazadas menores de 18 años y mayores de 45 (16).

En el año de 1972, durante el tercer período de sesiones de la conferencia de las Naciones Unidas sobre comercio y desarrollo (UNCTAD), el presidente Luis Echeverría, abordó por primera vez en la historia de México, el tema que se refería a la conveniencia de reducir el número de nacimientos y señaló en su discurso que, "es preciso considerar que la raza humana se duplicará en una sola generación; por ello es conveniente lograr la disminución de la tasa de crecimiento demográfico" (17).

El momento político dió pauta a la elaboración de programas de orden jurídico, demográfico y socio-económico como el de "paternidad responsable", que en un marco de bienestar a la familia fué apoyado con un carácter definitivo y divulgatorio por el de-

(15) DGB. "Estadísticas Vitales 1974-1976" Citado en México hoy. p. 189.

(16) ORTIZ QUEZADA, F. Vida y Muerte del Mexicano, p. 41.

(17) ONU. "Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo" Vol. I, 1ª. parte. Abril 1972. Citado en "Vida y Muerte del Mexicano" Vol. I, p. 123.

creto Echeverría (1975), en donde se plantea la necesidad de planificar la familia con respeto a la decisión de la pareja, atendiendo a la familia y al niño en forma integral, en el bienestar y la educación, en el crecimiento sano, físico y mental, en la prestación de servicios médico-asistenciales y, finalmente, en la promoción del desarrollo de la comunidad (18).

El paso formal que dió el gobierno para abordar este problema fué legislar acerca de los fenómenos demográficos. Las reformas a la ley se realizaron en 1974 (19) y, en ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Población integrado por un representante de la Secretaría de Gobernación y un representante de cada una de las siguientes secretarías: Educación Pública, Salubridad y Asistencia, Hacienda y Crédito Público, Relaciones Exteriores, Trabajo y Previsión Social, Presidencia de la República y Reforma Agraria. Asimismo colaboran en este proyecto las instituciones de salud, con la encomienda de propiciar cambios en los patrones de conducta reproductivos, objetivo central de la política de población.

(18) INSTITUTO MEXICANO PARA LA INFANCIA Y LA FAMILIA "Paternidad Responsable. Primera Convención de Salud, 1973". Citado en Vida y Muerte del Mexicano, Vol. I., p. 125.

(19) Ley General de población, aprobada en 1971, establece en su Art. 3, -- Frac. II: La Secretaría de Gobernación dictará, ejecutará y promoverá las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública.

VALDEZ, L.M., Citado en Vida y Muerte del Mexicano
Vol. I., p. 124.

A nivel aplicativo las instituciones de salud instalaron -- servicios de planificación familiar e incorporaron en los cua--- dros básicos de medicamentos los anticonceptivos. Emprendiendo también campañas formales de información a sus derechohabientes y al público en general a través de los medios masivos de comuni--- cación, que de manera cautelosa participaron en esta campaña, -- que sigue causando impacto en la población.

La migración del campo a la ciudad (20), es un movimiento de población, que tiene como resultado la concentración de grandes grupos humanos en pequeños territorios (21), que monopolizan toda clase de bienes y servicios en perjuicio de los grupos rurales que aislados y dispersos carecen de lo más indispensable. El fenómeno de concentración y dispersión de la población se explica numéricamente de la siguiente manera: en 1970, de las 97,580 localidades existentes en el país, el 85.8% tenía una población menor de 500 habitantes, el 12% mayor de 500 y menor de 2,500, -- el 1.8% mayor de 2,500 y menor de 10,000, y sólo el 0.4% de las localidades tenía más de 10,000 habitantes.

La inmigración de la población campesina a las áreas urba--- nas, tiene como consecuencia el hacinamiento de los inmigrantes--

(20) En 1950, el campo contaba con un conglomerado de habitantes de - - - - 14,807,534 y la ciudad con 10,983,483. Para 1980, se nota claramente el abandono de las regiones rurales que han quedado con 22,547,104 habitantes y el aumento de la población urbana al doble: 44,299,729 habi--- tantes. SPP Agenda Estadística. p. 57.

(21) Un tercio del total de la población del país se concentra en las si--- guientes ciudades: Distrito Federal con 19,467,000 hab.; Guadalajara, 2,856,000 hab.; Monterrey, 2.166,000 hab. Dirección General de Esta--- dística "IV Censo General de Población" 1970. Citado en México -- hoy. p. 180.

en colonias populares, pueblos aledaños a las ciudades, o cinturones de miseria. Lugares todos ellos, que carecen de planificación urbana, de los servicios más indispensables como agua, drenaje o luz eléctrica. Se instalan en viviendas de materiales rústicos o desperdicios. Su alimentación es muy precaria, ya que de la ingerida en su lugar de origen: tortillas, frijoles, chile, pasan al consumo de alimentos chatarra, papitas, gansitos, cocacola, etc.

Es fácil deducir que en las condiciones descritas las personas son fáciles presas de la desnutrición, avitaminosis, neumonías, accidentes, alcoholismo, etc. Enfermedades que se encuentran entre las diez primeras causas de morbi-mortalidad en México y que no es nada casual, se localicen en este tipo de población.

En seguida se abordarán particularidades sobre el estudio de la población, como son edad y sexo, ya que "la manera en que aparezcan y se distribuyan estas características determinarán los problemas a que se enfrente el estado para conjugar sus intereses, con los intereses que específicamente deben atribuirse a la misma población" (22).

Respecto a la edad, una población en que predominen los jóvenes, esto es, en que un porcentaje alto esté integrado por niños menores de 15 años, tiene implicaciones en todos los órdenes del quehacer gubernamental. Por un lado la demanda escolar es difícil de satisfacer, por otro, una población joven representa

(22) VALDEZ, L. M., Op. Cit. pp. 118,119.

un gravámen económico para un sector minoritario que constituye la fuerza de trabajo (23). Asimismo, los recursos que se destinan al sistema de salud acaban por acusar una desproporción respecto de la demanda de una población que tiende a rejuvenecerse, por lo cual, como en el caso de México un gran sector de la población no tiene acceso a los modernos recursos de salud (24).

En cuanto a la distribución poblacional por sexos, si bien ésta parecería una característica obvia de cualquier agregado social, nos vamos a encontrar con que desde el nacimiento comienza a acusarse desproporción entre el número de hombres y de mujeres. "En promedio nacen 100 mujeres y 105 hombres, a esta proporción se le llama índice de masculinidad. Sin embargo, por razones genéticas, al alcanzar esta generación los cinco años de edad, la-

(23) En 1980, de la población total representada por 67,383,000 de hab., la población económicamente activa de 12 años y más correspondía a - - - 23,688,000 hab.

"SPP". Datos básicos sobre la población de México, 1980-2000 p. 15.

(24) El discurso oficial reconoce que en 1979, se amparaba alrededor del 80% de la población del país. La cobertura de las instituciones de seguridad social se estimó en alrededor del 43% del total, correspondiendo - al 31% al IMSS., el 8% al ISSSTE., y el 4% a diversos organismos como Ferrocarriles Nacionales de México, Pémex y otros. Por otra parte la SSA. y el DIF. atendieron a el 18% de la población y el 20% fué atendido por instituciones privadas. El resultado es que más de 14 millones de personas no cuentan con servicio médico, aunque el IMSS contaba con un programa de solidaridad social que beneficiaba a una población rural de tres millones de habitantes.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Global de Desarrollo. p. 351.

proporción se invierte y el número de mujeres rebasa el de hombres en una proporción de 97 hombres por cada 100 mujeres, esta desigualdad influye en los niveles de fecundidad, la fuerza de trabajo y la estructura ocupacional, 'principalmente" (25).

El abatimiento de los índices de mortalidad: de 25.6 defunciones a 6.4 por cada 1000 habitantes de 1930 a 1978, haría pensar que existe un gran adelanto en la lucha contra la enfermedad. Pero, un análisis cualitativo y comparativo de la situación, en algún caso específico, como es el de la Tuberculosis en países como Cuba, Estados Unidos y Canada, que registran 2.2, 0.8 y 0.7 muertes anuales respectivamente, debidas a ese padecimiento por cada 100,000 habitantes. En contraste con México donde mueren 16.5 personas sobre la misma población y, en el mismo lapso (26). Son datos indicadores de la injusta distribución de los servicios médicos y sus alcances sociales, pues si bien, de manera general el índice de mortalidad ha disminuido y la esperanza de vida ha aumentado. Los individuos cuyas condiciones de vida y vigilancia a la salud, son precarios, mueren de enfermedades denominadas de la pobreza, como son la tuberculosis, avitaminosis, gastroenteritis, etc. Al respecto, se menciona que la Tuberculosis sigue cobrando víctimas, con la misma frecuencia, de 1922 al día de hoy (27).

Así, "la muerte está más allá de las herramientas tradicio-

(25) VALDEZ, L. M. Op. Cit. p. 119.

(26) SSA. "Estadísticas de los Estados Unidos Mexicanos 1974". citado en -- México hoy, p. 188.

(27) LOPEZ ACUÑA, D. Op Cit., p. 92.

nales de la medicina, se la encuentra directamente condicionada por problemas más evidentes y palpables tales como la falta de trabajo y de ingresos, de comida, de agua, de vivienda, de servicios básicos. Se trata del efecto más dramático de la desigualdad social y es la expresión última de las carencias y de la pobreza" (28).

En nuestro país el grupo más afectado es el infantil, por ser el más débil y susceptible de contraer enfermedades y morir. En 1981, de 424,274 defunciones, 87,358 correspondieron a los menores de un año, 24,820 de 1 a 4 años y 8,232 de 5 a 9 años. Las cifras de defunciones infantiles son altas en comparación a los demás grupos etáreos, a excepción de los mayores de 63 años que resintieron 134,846 decesos (29). La mortalidad infantil muestra que los daños a la salud están directamente asociados a las condiciones alimentarias, de vivienda y de educación de los habitantes y se convierte en el indicador de mayor certidumbre y más confiable para evaluar las condiciones de vida de los mexicanos (30).

De manera limitada el análisis de la mortalidad se realiza desde un punto de vista estadístico, sin reconocer las variables socio-económicas que son elementos explicativos. Por lo que es

(28) BOBADILLA, J.L. "La mortalidad en México", en Via y Muerte del Mexicano, V. I. p. 15.

(29) SPP. Agenda Estadística, 1984, p. 66.

(30) BOBADILLA, J.L. Op. Cit. p. 19.

ta deficiencia las descalifica, tanto en su uso para el desarrollo de nuevas líneas de investigación como para la formulación de programas y proyectos que tiendan a modificar el fenómeno mismo de la mortalidad. Aunado a esto existe el problema del sub-registro y de la certificación deficiente de las causas de muerte (31).

Hata el momento las conclusiones de mayor importancia que pueden derivarse de la información disponible sobre mortalidad son:

- Existe un alto índice de mortalidad infantil. En 1981, el 30% del total de muertes, ocurrió en menores de 15 años (32).
- La mortalidad es un fiel reflejo de la organización social del país; están presentes en magnitud muy elevada, enfermedades denominadas "padecimientos del Sub-desarrollo" (diarreas, desnutrición, neumonías), junto con enfermedades del desarrollo, (enfermedades del corazón, accidentes, envenenamientos); productos de la industrialización, las condiciones de trabajo y la urbanización. A esto se agrega una evolución muy tórpida de los padecimientos infecciosos, pues si comparamos la mortalidad en México en 1972, con la de 1950, 1960, y 1974 vemos constantes las dos principales causas en cada uno de estos períodos: enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y diarreas. La tuberculosis sigue siendo --

(31) IBIDEM, p. 41.

(32) SPP. Op. Cit., 1984, p. 66.

una de las diez primeras causas de muerte de 1922 al día de hoy (33).

-Un porcentaje elevado de muertes son prevenibles mediante las intervenciones sanitario-asistenciales.

-Carencia de estudios cualitativos para contrastar la mortalidad en diversas regiones del país, por ejemplo: en 1974 los estados de México y Tlaxcala presentaron cifras de 76.8 y 77.9 defunciones por cada 1 000 habitantes respectivamente, mientras la del país era de 46.6 y en zonas populosas, como Ciudad Netzahualcóyotl se mencionaron tasas de 227 defunciones por 1,000 nacidos vivos (34).

-El sub-registro de los fallecimientos en las entidades federativas, no es uniforme. Actualmente no se conoce con exactitud la magnitud que alcanza en cada una de ellas por lo que puede afirmarse que resulta imposible calcular inferencias ni siquiera verosímiles, sobre todo en los estados y sus municipios (35).

-El panorama general es de insalubridad, desnutrición, altas tasas de enfermedad y muerte, en una población que crece y se asienta desorganizadamente; "situación que semeja a la vivida por países europeos en las fases iniciales de la revolución industrial y, a veces, a las condiciones de vida y salud del medievo" (36).

(33) LAGUNAS, J. "El derecho a la Salud" Citado en México hoy, p. 92.

(34) LOPEZ ACUÑA, Et. Al. "El huevo de la Serpiente". Citado en México hoy, p. 189.

(35) BOBADILLA, J. L. Op. Cit., p. 41.

(36) LOPEZ ACUÑA, D. Op. Cit., p. 194.

En México hay tres sistemas principales que se encargan de los problemas de salud de la población: el estatal o paraestatal (la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, etc.); la medicina privada y la medicina popular o tradicional (37). Los tres atienden a diferentes tipos de población y adquieren diversas modalidades.

En el grupo de las estatales o para-estatales se identifican dos tipos de instituciones: las de asistencia social y las de seguridad social. Las primeras operan bajo el principio de salud para todos los mexicanos, por lo que el Estado está obligado a proporcionar los recursos físicos y humanos para lograr este fin. A este grupo corresponden la Secretaría de Salud, los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal y el Instituto Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); son instituciones que atienden a grupos sociales que no trabajan en ramas significativas de la industria, de bajos ingresos económicos y que carecen de organización propia capaz de conseguir reivindicaciones mínimas (peones, domésticas, desempleados); el servicio de estas instituciones es gratuito, (ya que están financiadas por el estado), pero desde hace algunos años se introdujo la modalidad de cobrar cuotas de recuperación a sus usuarios, ya sea en dinero o en sangre, lo que añade una barrera más al uso de estos servicios. El ingreso a estas instituciones es difícil y penoso; el usuario debe llegar en la madrugada para sacar ficha, recorrer largas filas y enfrentar el problema de alimenta--

(37) CIDHAL, A.C. El Sistema de Salud y el Capitalismo en México, p. 4.

ción y hospedaje; ya que muchos de ellos vienen de provincia, de comunidades indígenas, que no hablan español. Los servicios que estas instituciones prestan a la población son lentos y de poca calidad dado que su presupuesto es muy bajo, mientras el IMSS -- tiene un gasto por cápita seis veces mayor que la Secretaría de Salud y el ISSSTE, de cuatro veces y media más (38). Sin contar que la Secretaría de Salud brinda servicios de tipo comunitario -- a través de sus programas de alimentación, saneamiento básico -- del ambiente, inmunizaciones, etc.; a una población considerablemente mayor que el IMSS ó el ISSSTE.

Las instituciones de asistencia social enfocan sus programas a la curación y rehabilitación, con financiamiento obrero patronal y aportaciones estatales de casi la mitad de lo que recibe la Secretaría de Salud (39).

Los servicios de las instituciones de seguridad social se dirigen a quienes pagan cuotas de afiliación y, de hecho, los beneficios se revierten sobre los patrones, al asegurar servicios que regeneran la mano de obra de los trabajadores.

Las diferencias de recursos entre instituciones que atienden a los núcleos de población económica y políticamente fuertes (obreros, militares, burócratas) y las que atienden a los grupos caracterizados por su bajo nivel de consumo y su poca calificación de mano de obra, hace pensar que las instituciones de asistencia social se han creado para dar la impresión de que el Esta

(38) LOPEZ ACUÑA, D. Op. Cit., p. 206.

(39) En 1979, se asignó un presupuesto de \$14,985,000 para la SSA (hoy Secretaría de Salud), 67,510,000 para el IMSS y \$44,398,000 para el ISSSTE. SPP. Cuaderno de Información del Sector Salud 2, p. 94.

do es protector y benévolo con quienes no pueden pagar el precio de la salud. Este planteamiento se refuerza si se considera que el 50% de las enfermeras generales y médicos del país; más el 43% de las enfermeras especializadas trabajan en las instituciones de seguridad social. En desproporción con las instituciones de asistencia, que sólo cuentan con el 20% de los recursos de enfermería y médicos para satisfacer sus grandes necesidades de cobertura. El contraste se agrava más, con las instituciones privadas que agrupan entre el 15 y el 25% de los recursos mencionados para atender a la burguesía (que es una minoría) y algunos sectores de la clase media con poder de compra suficiente para contratar servicios de salud (40).

El resultado de este modelo de servicios de salud, es la injusta distribución de ingreso a ellos, ya que mientras las clases adineradas se hacen chequeos en Houston, los obreros y empleados sorteán la burocracia de la medicina institucionalizada, y los campesinos, desempleados, etc. se automedicinan, acuden a la herbolaria o finalmente se adaptan a sus condiciones de vida, bastante desfavorable para la salud.

En este apartado se abordó el proceso-salud enfermedad en relación a los factores de tipo social que lo condicionan, ya que la práctica de enfermería requiere el conocimiento de los procesos concretos en los que se interrelacionan los individuos dado que en ellos adquieren sentido las patologías; posibilitando de esta manera el que no sean tratadas únicamente en su etio-

(40) LOPEZ ACUÑA, D. "Médicos y estructura social". Citado en México hoy, p. 202.

logía microbiana o con un enfoque multicausal, pero incompleto y mecánico.

Se apuntó también que el proceso salud-enfermedad en nuestra sociedad se dá de acuerdo al lugar que el individuo ocupe en la producción. De esta manera será merecedor o nó de una adecuada atención. El lugar del individuo como campesino, desempleado, obrero ó patrón, le condiciona para atenderse en un hospital privado con todos los servicios y tecnología a su disposición, o -- bien, a curarse con hierbas en una apartada ranchería, en donde no cuentan con los más indispensables servicios médicos. De ahí que el campesino recurra a la ciudad como sitio para curar sus dolencias, pero no cualquier sitio; la asistencia social con sus múltiples carencias le espera.

El lugar que el individuo ocupe en el proceso del trabajo y sus condiciones de vida en cuanto a vivienda, drenaje, agua potable, etc. determinarán si enferma de gastroenteritis o de obesidad; si muere de un paro cardíaco en una elegante "suite" hospitalaria o de traumatismo craneo-encefálico al caer de un andamio inseguro en una obra de construcción.

Se afirmó en páginas anteriores que las condiciones desfavorables del medio ambiente y la mala nutrición, tienen sus efectos más dramáticos en la morbi-mortalidad infantil, ya que el niño requiere de cuidados y condiciones favorables; que una choza construida con desperdicios, una madre y un padre no preparados, un servicio médico deficiente, y muchos factores más, no cumplen.

Estos hechos aparecen a los ojos de las enfermeras como aislados y se les dá una explicación aparente: padres ignorantes,-

aberrantes, sucios, etc. La enfermera tiene una práctica laboral muy rica en cuanto al contacto con personas y situaciones, -- de ahí que requiere desentrañar lo que ocurre, ubicando los hechos particulares en un todo social.

Tradicionalmente, el análisis sociológico de los procesos -- que atañen a la salud se ha soslayado en los estudios epidemiológicos que dan explicación del proceso salud-enfermedad como influido por el ambiente y las características del agente (microorganismo) y huésped (individuo). En esta concepción se le dá -- importancia fundamental a los datos estadísticos, así, se habla de tasas de natalidad, mortalidad, morbilidad, etc., y con base en estos datos se presenta una imagen fija y universalizada del estado de salud de la población y, se deja al margen, los análisis cuanti-cualitativos por entidades y regiones, que permitan -- realmente conocer el grado de desprotección social en el que se encuentran campesinos, desempleados, trabajadores eventuales, -- etc.

La imagen acartonada, fija, del proceso salud-enfermedad en el país, se presenta como un obstáculo para analizar el régimen de seguridad social, como elemento del desarrollo histórico de -- las luchas obrero-sindicales.

Resumiendo, se abordaron los condicionantes sociales del -- proceso salud-enfermedad para marcar el espacio real en que operan las enfermeras, y en las que se forman los estudiantes de enfermería; bajo el supuesto de que la teoría y la práctica de la profesión se dan de una manera mecánica, ahistórica y utilitaria; condiciones que se instrumentalizan en una metodología didáctica

que asume las mismas características.

1.3 ANALISIS DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA EN UN CONTEXTO HISTORICO SOCIAL.

"Las mujeres han sido siempre curanderas. Ellas fueron médicos sin licencia y anatomistas de la historia occidental". --- Ellas provocaron abortos, fueron enfermeras y sirvieron de consuelo. Fueron farmacéuticas, cultivaron hierbas de carácter curativo e intercambiaron los secretos de sus usos.

Fueron comadronas, viajaron de casa en casa y de villa en villa. Por siglos las mujeres fueron doctores sin grado, aisladas de libros y lecturas aprendiendo de cada una y pasando experiencia de vecina a vecina y de madre a hija. Fueron llamadas "mujeres sabias, por la gente, brujas o charlatanas por las autoridades. La medicina es parte de nuestra herencia como mujeres, nuestra historia" (41).

Sin embargo en la actualidad los médicos se han apropiado del cuidado de la salud, no obstante que más del 85% del personal de hospitales y servicios de salud son mujeres. Y el grupo ocupacional predominante, el de la Enfermería, está integrado -- por mujeres casi en su totalidad. Este hecho signa la práctica de la Enfermería por las siguientes razones: la fuerza de trabajo constituida en su mayor parte por mujeres es menos valorada -- que la de los hombres. En el caso de las enfermeras, se considera que trabajan por sacrificio, abnegación o como un pasatiempo,

(41) EHRENREICH, E. - ENGLISH, D. Brujas, Comadronas y Enfermeras, p. 148.

ya que se piensa que al casarse, dejarán su trabajo para dedicarse al cuidado de sus hijos y familias, de esta manera se cree -- que no hay necesidad de promociones o de altas prestaciones por antigüedad.

Por otra parte las mujeres son "seguras", no presentan una amenaza importante para los médicos ya que no tienen poder social, esto es, no tiene acceso al capital, a educación especializada, a una libertad de responsabilidades familiares, ni tienen el respeto de los líderes políticos (42). Esto resulta sorprendente, por lo que se podía esperar de una profesión que tiene -- tantas trabajadoras en las instituciones de salud. Sorprendente pero explicable si analizamos un fenómeno denominado "cacería de brujas" que abarcó del siglo XIV al XVIII en Alemania, Francia e Inglaterra.

Al respecto muchas preguntas han quedado sin contestación, pero sí conocemos que la práctica de Enfermería tiene sus antecedentes en las actividades curativas y obstétricas realizadas por mujeres del pueblo, al cual servían.

La mujer sabia o bruja tenía un arsenal de remedios los cuales habían sido probados en años de uso. Muchos de los remedios tienen lugar en la farmacología moderna. Ellas tenían analgésicos, ayudas digestivas y agentes antiinflamatorios. Usaron ergotamina para los dolores del parto, al tiempo que la iglesia sostenía que el dolor en el parto era un castigo de Dios por el pecado original de Eva.

(42) CIDHAL A.C., La enfermera como mujer trabajadora en la industria de la salud., pp. 1,2.

Los métodos de las curanderas y sus resultados fueron una gran amenaza pues ellas fueron empiristas, confiaban en sus sentidos mas que en la fé o en la doctrina, creyeron en la prueba y el error, en la causa y el efecto; confiaron su habilidad en encontrar formas de tratar enfermedades, embarazos y partos. En breve su magia fue la ciencia de su tiempo.

La iglesia, por su parte, fue fuertemente antiempírica; no le dió crédito al valor del mundo material y desconfió de los -- sentidos profundamente. Los sentidos son el fundamento del demonio, el terreno en el cual él trata de seducir a los hombres fuera de la fé y dentro del ámbito de lo intelectual o de las delicias carnales.

Así, mientras las brujas practicaban entre el pueblo, la -- iglesia junto con las clases dirigentes estaban cultivando sus -- propias cámaras de curanderos seculares; los médicos entrenados en la universidad. En este sentido la educación formal legitimó la práctica médica y eliminó a las mujeres en el arte de curar.

El siguiente paso fué crear leyes castigando a las comadronas y restringiendo la práctica obstétrica a los médicos. Para la nueva profesión médica masculina, la denuncia sobre las comadronas significó una competencia menos. Las mujeres habían sido dispersadas en derrota, de su última posición segura como practicantes independientes.

La única ocupación restante para la mujer en el sistema de salud fue la Enfermería. "La Enfermería no ha existido siempre como una ocupación pagada- tuvo que inventarse -. Los méritos -

por la invención de la Enfermería se deben a un puñado de mujeres reformistas de la clase alta, cuyo principal interés no fue mejorar las oportunidades para la mujer sino mejorar las condiciones de los hospitales. A los ojos de las enfermeras líderes como Florence Nightingale, los sucios y arcáicos hospitales de la época necesitaban un toque femenino. La enfermera Nightingale, conformó el patrón de la educación en enfermería concebido como el revestimiento de 'feminidad' tal como se definió en la sociedad victoriana" (43).

De esa época a la actual los controles institucionales y oficiales continúan pesando sobre la enfermera, a través de reglamentos, relaciones de autoritarismo y vigilancia por parte de sus compañeros (supervisoras, jefes de servicio), responsabilidades "morales" con el paciente, autoimagen de bondad y abnegación, obtención de cédula profesional, tolerancia y respeto a la jerarquía médica; y un aspecto relevante, que es su ubicación como mujer en el campo de trabajo. Lo que motiva situaciones en donde es difícil determinar qué jerarquía está funcionando, si la ocupacional o la del sexo, por ejemplo cuando al interno se le enseña como manejar a las enfermeras para conseguir lo que quiere (44), está simplemente volviendo a aprender a un nivel superior-

(43) EHRENREICH, - ENGLISH, D., Op. Cit., pp. 167, 168.

(44) Dentro de la práctica dominante se advierten variaciones de las funciones asignadas a la enfermera. Algunas de estas funciones son intercambiables con funciones médicas; en la medida en que las presiones provenientes del sector médico, que posee mayor fuerza organizativa y de presión demandan ampliar su campo de acción. El perfil funcional de la enfermera se modifica por razón de su dependencia de las necesidades de los médicos.

CORTES RAMIREZ., Et. Al., "Diagnóstico social de la profesión de Enfermería en México" en revista Enfermería Hoy. p. 53.

lo que aprendió en su adolescencia sobre como manejar a las mujeres: en primer lugar hay un trato distinto del médico a la enfermera, que de ésta hacia él. La enfermera llama al médico --- "DR. fulanito... y de Ud.; el médico llama frecuentemente a la enfermera por su nombre y de tú; en segundo término están los halagos, el contacto físico, (agarrar o tocar el brazo o cualquier parte del cuerpo y mil gestos que implican cercanía, familiaridad); los chistes y bromas de doble intención, forman parte de un cortejo sexual en el que la enfermera se siente especial y -- preferida, y el médico consigue que la enfermera trabaje más, tome responsabilidades que no tiene por qué asumir, o no siga el procedimiento correcto, en su beneficio (45).

En sí, el sistema social no fomenta que las mujeres consigan beneficios y promociones por su preparación y capacidad de trabajo: por lo que algunas enfermeras sacan partido de su "simpatía y relaciones humanas" con médicos y administradores para obtener puestos superiores; lo que en nada beneficia al grupo de enfermeras, ya que siempre dependen de la persona (s) que la (s) promocionó e ignoran conciente o inconcientemente las necesidades de la profesión.

Desde luego que hay enfermeras que rechazan la dominación interpersonal de los médicos. Las consecuencias no se dejan esperar y se les llama agresivas, frías, amargadas, solteronas, -- etc.

La relación personal médico-enfermera ya descrita es conse-

(45) CIDHAL, Op. Cit. pp. 5, 6.

cuencia de estereotipos, reforzados por la práctica familiar y social, en donde se asienta que la mujer no nació para mandar, tener iniciativa y ser activa, sino para obedecer, amoldarse y ser detallista (46).

Tal vez en esta situación se origine su falta de participación en grupos de cualquier índole, su visión individualista de los problemas y la falta de interés por los asuntos laborales. Información proporcionada por el departamento de control y análisis de cifras del IMSS indican que la mano de obra femenina es de 60,000 dentro de un total de 100,000 trabajadores, y que el 79% de los sindicalizados no asiste a las reuniones (47), lo que da idea del poco interés para discutir los problemas laborales.

El grupo de enfermería se considera apolítico debido a la posición idealista de la profesión al situarse por encima de las diferencias de raza, credo, partido político o clases sociales. Para la enfermería solo debe contar el enfermo. Las consecuencias son negativas para la formación de la conciencia social del gremio que no logra entender el significado social de su actividad. Además "la despolitización es una categoría que se presta a manipulación por intereses ajenos a los del enfermo o de la profesión misma" (48).

El análisis de la práctica de enfermería debe realizarse en un amplio contexto considerando a la enfermera como mujer que --

(46) IBIDEM, p. 7.

(47) CORTES RAMIREZ, E. Et., Al. Op. Cit., p. 50.

(48) IBIDEM, p. 17.

cumple con doble jornada de trabajo en el hospital y en los trabajos domésticos del hogar, sometida a una presión física y mental difícil de sobrellevar; las enfermeras, son mujeres (al -- igual que muchas otras) que se levantan entre 5 y 6 de la mañana y se acuestan entre 12 y una de la mañana. Hacen frecuentemente estudios y cursos de diferente duración los que deben compaginar con sus horarios de trabajo. Casi todas las enfermeras han tenido, por períodos mas o menos largos, dos turnos de trabajo e incluso tres, lo que significa que tienen muy pocas horas para descanso, transporte y realizar actividades personales.

Si bien la enfermería es una profesión disciplinada, con -- gran capacidad de trabajo, generalmente responsable y cumplida, es a la par rígida en sus normas con una actitud de dependencia -- muy marcada y carente de todo espíritu crítico (49).

La práctica de la enfermera se ubica históricamente en el -- hospital, ya que nace como un servicio de apoyo al médico en la -- realización de procedimientos que requería el enfermo, y que el -- médico no proporcionaba, por dedicarse exclusivamente, como en -- la actualidad, a elaborar el diagnóstico y prescribir el trata-- miento.

La práctica de la enfermera se enfocó a la organización e -- higiene del hospital, así como a la atención del paciente encama -- do. Su trabajo se revistió desde su inicio, de abnegación, efi -- cacia y neutralidad de pensamiento: una buena enfermera es aque -- lla que obedece sin replicar.

(49) IBIDEM, pp. 53,54.

Los elementos que conformaron la práctica de la enfermera -- poco se analizan y modifican, continúa centrada su labor en el hospital, si bien existe un campo de trabajo en los centros comunitarios, que tiene como objetivo central, la prevención de las enfermedades. Pocas enfermeras que cursaron formalmente la carrera, laboran en este campo, por factores que se identifican en los bajos salarios que estas instituciones pagan, (corresponden a la Secretaría de Salud) la identificación de la enfermera con funciones hospitalarias, los pocos recursos físicos y humanos de los centros comunitarios, la falta de una metodología de trabajo comunitario de Enfermería que rebase los aspectos de procedimientos manuales y la educación para la salud como una repetición de información a la comunidad.

La práctica de enfermería se desarrolló paralelamente al surgimiento de los grandes hospitales, que requerían de un verdadero técnico en la administración de estas instituciones y en el manejo de equipo y material. Surge entonces, la necesidad de formar enfermeras especialistas en cirugía, terapia intensiva, neurología, cardiología, pediatría, administración, etc., etc. Si bien la especialización permite la adquisición de habilidades manuales en el manejo de equipo y material sofisticado y la adquisición de un mayor cúmulo de conocimientos de las ciencias básicas, el "avance" no se realiza a la par de un análisis en cuanto a la dirección que toma la práctica de la enfermera en relación a la población que sirve. Si bien la especialidad se fundamenta en las necesidades de salud de un sector de la población -- (cardiópatas, enfermos que requieren cirugía, enfermos graves --

que requieren vigilancia en terapia intensiva), la formación de enfermeras especialistas se realiza con base en un fragmento de la realidad; ya que se ignora las necesidades de salud y condiciones de vida de toda la población mexicana, que requiere enfermeras generales que vigilen la salud y prevengan las enfermedades, ya que las dos primeras causas de mortalidad en el país son prevenibles.

Se requiere de la participación de las enfermeras (os) para analizar profundamente el desarrollo histórico-social de esta práctica para posibilitar el planteamiento de nuevas alternativas.

En este inciso se abordaron los puntos más importantes que caracterizan la práctica de la enfermera, a fin de ubicar este "quehacer" como producto de un proceso enseñanza-aprendizaje específico.

1.4 LA PRACTICA MEDICA Y SU RELACION CON LA ENFERMERIA.

"No es admisible ver en la práctica médica un instrumento al margen de las clases sociales, ni como una categoría abstracta independiente de las condiciones económicas y políticas; sino como un conjunto de reglas y normas promulgadas por el estado, que expresan la voluntad de la clase que detenta el poder.

Tradicionalmente el médico ha sido un defensor del 'status quo' y de intereses particulares y esa tradición de siglos se opone tenazmente a una toma de conciencia que haga de él, un defensor de la salud y un hombre comprometido con las clases popu-

lares" (50).

La profesión médica se creó en la edad media bajo los auspicios de la iglesia y de las clases dirigentes para establecer un control político que se les escapaba de las manos, con la práctica independiente y contraria a sus intereses de curanderas y comadronas (51). Para esto se realizó una selección de jóvenes caballeros que gastaban años estudiando a Platón, Aristóteles y la Teología Cristiana. Su teoría médica estaba casi totalmente restringida a los trabajos de Galeno y de los antiguos médicos griegos quienes afirmaron la teoría de "complexiones o temperamentos del hombre", de donde los coléricos eran irascibles, los sanguíneos amables, los melancólicos envidiosos y así sucesivamente; ellos raramente vieron algún paciente. Al tratar a una persona enferma, el médico entrenado en la Universidad tenía poco que aportar excepto su superstición. La sangría fue una práctica común especialmente en el caso de las heridas. Las sanguijuelas se aplicaron de acuerdo con el tiempo, la hora el aire y otras condiciones similares. Los encantamientos y rituales cuasirreligiosos estaban presentes: el médico de Eduardo II quien poseía un grado en teoría y un doctorado en Medicina de Oxford, prescribió para el dolor de muelas escribir sobre las mejillas del paciente en el nombre del padre, del hijo, y del espíritu santo, amén o tocar con una aguja una larva de mariposa y después el diente.

(50) CUELLAR U. J., "La educación Médica y la Sociedad", en revista Foro - Universitario, p. 20.

(51) EHRENREICH, - ENGLISH D., Op. Cit., p. 153.

Así se encontraba la "ciencia médica" en el tiempo en que - las curanderas, antecedente de las enfermeras desarrollaban una gran comprensión de huesos y músculos, hierbas y drogas.

"Tan grande fue su conocimiento de las drogas que en 1572 Paracelso considerado 'Padre de la medicina moderna' quemó su -- texto de Farmacología, confesando que él había aprendido todo lo que sabía de las brujas" (52). Por su habilidad en el tratamien to de las dolencias y su arraigo en el campesinado las curande-- ras y comadronas fueron objeto de persecución. Los médicos fran ceses e ingleses solicitaron a las instancias legales, la impo-- sición de multa y la "larga prisión" para cualquier mujer que in tentara "use the practycse of Fisyk".

El hecho de ser mujeres y la falta de un entrenamiento Uni versitario (que resultaba imposible; ya que no se permitía la en trada de mujeres a la Universidad) confinó a las mujeres curande ras al clandestinaje y el descrédito. Erigiéndose el médico como el único autorizado para tratar los problemas relacionados con la salud.

En E. U., la lucha del monopolio por la salud se escenificó principalmente en los años 1830 y 40, entre los médicos "regula res" que tenían un entrenamiento formal y los "irregulares" pre parados de diferente manera; en donde se incluían las mujeres y los negros.

El surgimiento de los Estados Unidos como líder de la indus tria, con base en la apropiación de los conocimientos científi--

(52) IBIDEM, pp. 154, 155.

cos por la clase dominante permite inclinar la balanza del lado de los regulares, que se unen con quienes pueden influir en la vida social, cultural y política del país. Las fundaciones con "fines filantrópicos" se crearon para perpetuar esa intervención. Las fundaciones Rockefeller y Carnegie aparecieron en la primera década del siglo XX y uno de los primeros y más importantes puntos en su agenda fue la "reforma" médica, la creación de una profesión médica americana respetable y científica.

Desde luego que el grupo seleccionado fue el de médicos regulares, caballeros entrenados en la Universidad pertenecientes a la clase dominante.

Las condiciones para recibir el apoyo económico fueron establecidas en el informe Flexner, publicado en 1910, por la corporación Carnegie, que exigía bachillerato como requisito de ingreso y cuatro años de trabajo práctico y académico.

La preparación del médico se instaló de esta manera como un sector de aprendizaje "superior" accesible únicamente a través de un entrenamiento universitario largo y costoso.

La imagen del médico se proyectaba gracias a los avances científicos y las "organizaciones filantrópicas" como el "hombre de ciencia", lejos de la competencia, lejos de la regulación, y mucho más lejos de la crítica (53). En el caso de los médicos mexicanos podemos agregar que..... lejos de los problemas de salud, del grueso de la población ya que el 80% de los médicos se encuentra concentrado en ciudades y poblaciones mayores de - - -

(53) IBIDEM p. 166.

50,000 habitantes, mientras que 1121 municipios, con una población de 5 millones de habitantes carecen en absoluto de estos -- profesionistas (54). Es decir, no faltan médicos lo que pasa es que están mal distribuidos. "El día que la atención médica se -- extienda a todos los poblados grandes y chicos, que atienda a -- los grupos rurales y que ejerza más la medicina preventiva que -- la curativa se verá que no sobran médicos, sino que faltan" (55).

En conclusión la práctica médica al igual que la de Enfermería, con los matices que les imprime el desarrollo histórico social ya analizado se caracterizan por: centrarse en la enfermedad y no en la salud, establecer poca relación con la comunidad, concentrarse en zonas urbanas, aspirar a la especialización; --- cuando las necesidades fundamentales son de enfermeras y médicos generales, desarrollar sus actividades, principalmente en hospitales con una concepción individual, inmediata y biologicista -- del proceso salud-enfermedad, reforzar su práctica en una formación libresca divorciada de los problemas reales de salud (56).

1.5 EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. ENEO - UNAM.

La escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia forma parte de un conjunto de 128 escuelas de Enfermería distribuidas en la-

(54) LOPEZ ACUÑA, D. Op. Cit., p. 200.

(55) COSIO VILLEGAS, I. "Algunas reflexiones sobre medicina" en Revista -- Foro Universitario, p. 47.

(56) LOPEZ ACUÑA, D., Op. Cit., pp. 200-205.

República Mexicana de la siguiente manera: una en Aguascalientes, tres en Baja California, dos en Campeche, siete en Coahuila, dos en Colima, una en Chiapas, siete en Chihuahua, dos en Durango, veintidos en el Distrito Federal, cinco en Guanajuato, dos en Guerrero, una en Hidalgo, ocho en Jalisco, cuatro en el Estado de México, ocho en Michoacán, tres en Morelos, una en Nayarit, siete en Nuevo León, tres en Oaxaca, siete en Puebla, una en Querétaro, dos en San Luis Potosí, tres en Sinaloa, cuatro en Sonora, una en Tabasco, ocho en Tamaulipas, ocho en Veracruz, dos en Yucatán y dos en Zacatecas. De las 128 escuelas, 54 dependen de universidades, 2 de la Secretaría de Educación Pública, 2 de Institutos, 36 de Hospitales y 33 de organizaciones privadas (57).

Los currícula de estas escuelas se han elaborado de acuerdo a los propósitos particulares de cada institución, por lo que no coinciden en estructura y contenidos.

En particular se abordará en este apartado el Currículum de la ENEO-UNAM.

El estado actual del Currículum de la ENEO es producto de una serie de movimientos iniciados en 1903, con la instrucción de 20 aspirantes a enfermera que ayudarían al médico en el cuidado de los enfermos: todo ello en un modelo de atención hospitalario, ya que se proyectaba a iniciativa del Dr. Eduardo Liceaga (1839-1920), fundador y presidente del consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal, la construcción del Hospital Gene--

(57) SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Directorio de escuelas de Enfermería de la República Mexicana, pp. 11 y 5.

ral, primer nosocomio con capacidad para 1,000 enfermos encamados.

"La construcción del Hospital General, el manicomio la Castañeda, el Gran Canal del Desagüe, el teatro de Bellas Artes, y los edificios de correos y comunicaciones, se construyeron gracias al Superávit de \$10 millones que tuvo el gobierno en 1897. Estas obras iniciaron la modernización del país y representaron el deseo de legitimar la política del porfiriato" (58).

La construcción de un gran hospital y el modelo de atención a los enfermos, demandó personal habilitado en el cuidado de los mismos (59).

En 1907, se creó la primera escuela de enfermería en México, antecedente, de lo que actualmente es la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, integrada al sistema de escuelas y facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México. Inició sus labores como escuela dependiente del Hospital General, y en 1911, se incorporó a la UNAM, bajo la tutela de la Facultad de Medicina. Al inicio de su fundación (1907) la escuela impartía las carreras de Enfermería y Obstetricia y se solicitaba la primaria como requisito para cursar en primer término, la carrera de en-

(58) CORTES RAMIREZ, E., et. al., Op. Cit., pp. 28, 29.

(59) El médico diagnostica, prescribe, no puede perder su talento, o su costoso entrenamiento en los detalles del paciente hospitalizado. Para esto él necesita una paciente y obediente ayudante, alguien que no descuide el más mínimo detalle, en resumen, una enfermera.

ENRENREICH, B. - ENGLISH, D. Op. Cit., p. 169.

fermería y, posteriormente la de Obstetricia, si la alumna así lo decidía.

En 1935 se exigió el nivel de secundaria y al siguiente año se implementaron los cursos de especialización en Anestesiología e Instrumentación. La sede de la Escuela de Enfermería y Obstetricia se encontraba, aún, en el Hospital General.

Para el año de 1945, treinta años después de iniciados los cursos de entrenamiento para enfermeras, las aspiraciones de superación académica e identidad profesional se afirmaban cada vez más. En ese mismo año, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia se separó de la Facultad de Medicina; proponiendo para el período 1948 -1957 cambios en el plan de estudios, que en realidad fueron superficiales. Es en 1968 cuando se lograron cambios verdaderamente importantes ya que se modificó el currículum para la carrera de técnico en enfermería, se aprobó el Nivel de licenciatura en Enfermería y Obstericia, se suprimió la carrera de Obstetricia, además se estableció el sistema de semestres y créditos.

El currículum por asignaturas que funcionó a partir del año de 1958 en la E.N.E.O., fue evaluado mediante una investigación en el año de 1975, y los resultados más importantes fueron los siguientes:

En cuanto a las características socio-económicas y necesidades de salud de la población, se encontró que existe una injusta distribución de la riqueza en los diferentes sectores de la po--

(60) VALLE, C. - MORALES, M. Síntesis de la Historia Académica de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. 1929-1979, pp. 1, 5.

blación; descuido en la prevención de enfermedades a nivel nacional: bajo porcentaje de población productiva; carencia de servicios públicos (agua, luz, drenaje, etc.) en grandes sectores de la población; altas tasas de mortalidad infantil y altas tasas de natalidad.

En la evaluación de los programas del plan de estudios se identificó que no atendía a las necesidades y características -- arriba señaladas ya que había una inadecuada correlación de las áreas biomédicas, psicosociales de la comunicación y de enfermería; falta de secuencia en las experiencias de aprendizaje de semestre a semestre; falta de integración en los contenidos de las diferentes materias, tratamiento indistinto al nivel técnico y licenciatura; falta de criterios didácticos en la elaboración de programas; reduciéndose a temarios. Todo ello disminuía notablemente su posibilidad de aplicación a la práctica.

En cuanto al mercado de trabajo se detectó como problema importante: la necesidad de las instituciones de salud de organizar cursos de "adiestramiento en servicio" antes de que el egresado iniciara sus actividades formales como trabajador, y la dificultad de integrar los conocimientos teóricos en el momento -- que se aplicaban los cuidados de enfermería (61).

Actualmente la ENEO de la UNAM está situada al sur del Distrito Federal en la antigua carretera a Xochimilco y Viaducto. Inauguró sus instalaciones en 1979, ya que hasta ese año transcurrió su vida académica en dos instalaciones no propias, la prime

(61) ENEO-UNAM Plan de Estudios. pp. 2 y 5.

ra localizada en la calle de Lerma y la segunda en Brasil núm. 35, local correspondiente a la antigua Escuela de Medicina.

En 1975, una enfermera asumió, por primera vez en la historia de la ENEO, la dirección de la escuela, y planteó como objetivo central la revisión y reestructuración del plan de estudios organizado, en esa época, por asignaturas.

El plan de estudios de enfermería tiene su antecedente en los listados de actividades que debería dominar la alumna en la atención del paciente. Esas listas se integraron en materias, formando lo que se conoce, como plan de estudios por asignaturas. En este modelo los programas se presentan como una lista de enunciados que no tienen gran significado para el maestro y el alumno, ya que nunca dichos listados fueron confrontados entre sí. De esta manera las materias se enseñan y aprenden aisladamente, dificultándose el aprendizaje del alumno, es decir, el conocimiento de la realidad en que vive.

En este tipo de currículum se tiende una línea entre la escuela y la problemática social. "Se pretende negar que en el seno de la escuela se reflejan los conflictos de la sociedad, centrandó la misión de la escuela en las funciones de la educación referidas a la conservación y transmisión de la cultura" (62).

El diseño curricular por materias responde a una concepción mecanicista del aprendizaje humano en donde no hay relación ni análisis de las diversas disciplinas, simplemente memorización de

(62) PANZSA, M. "Enseñanza Modular en Perfiles Educativos", p. 32.

los contenidos. "La organización por materias tiene como fin lograr la eficiencia por medio de dispositivos de enseñanza mecánica y evaluación sencilla y masiva" (63).

Los resultados obtenidos en la evaluación del currículum -- por asignatura, efectuada en el año de 1975, fueron desfavorables en tanto la comunidad de la ENEO, consideró que el plan de estudios por asignatura no propiciaba la integración del proceso enseñanza-aprendizaje y, en consecuencia, la formación teórico--práctica del estudiante de enfermería. Por lo tanto se acordó cambiar a un modelo curricular por áreas de conocimiento, que integrara los elementos no considerados en el currículum anterior: definición de la práctica de enfermería hospitalaria y comunitaria; redifinición de los niveles que a los profesionales de la enfermería compete; inclusión en el plan de estudios de salidas colaterales (auxiliar de enfermería), consideración acerca del proceso salud-enfermedad como suceso en el que influyen múltiples factores, conceptualización de el proceso enseñanza-aprendizaje como interacción entre el medio ambiente y el individuo. La inclusión de los elementos señalados se hacía necesaria con base en las consideraciones de que en la medida que el hombre transforma la realidad, aprende; por ello la reflexión, la autocrítica y la creatividad son la base para que el proceso de aprendizaje se realice. Es decir era la condición para que la enfermería sea conceptualizada como un servicio con proyección social que se realiza a diversos niveles de manera multi e interdisciplina-

(63) RIVERO, DARCY. La Universidad Latinoamericana, p. 134.

ria tendiente a promover, mejorar y conservar las condiciones de salud de la comunidad a través de funciones específicas de integración, coordinación, instrumentalización, reintegración, investigación, docencia y administración.

A continuación se considera el estado actual del plan de estudios, describiendo: en primer término, los objetivos del plan para señalar en qué medida responden a la realidad aludida en los apartados precedentes. En segundo término, se presenta el mapa curricular del plan de estudios que muestra la estructura de contenidos por unidades y las nociones básicas que sustenta, (ver en primer término Cuadro No. 1) mismas que sirvieron de base para que en el análisis que aparece en tercer término llegara a establecerse el tipo de estructura prevaleciente y el tipo de vinculación entre contenidos. La elaboración de este mapa se apoyó en la consulta del plan de estudios de la ENEO, del que se obtuvieron de manera textual las unidades que estructuran las materias, no así las nociones básicas y la organización del mapa curricular, que pretende ser una aportación de este trabajo (cuadro No. 2): con base en la idea de establecer ejes orientadores, identificados en las asignaturas de enfermería, ya que se considera que la práctica misma de la profesión ha de orientar la estructura del currículum. En torno a los ejes orientadores giran las asignaturas o ejes complementarios, de las cuales se anotan también las nociones básicas, a fin de establecer su vinculación con los ejes orientadores.

Es necesario aclarar que el plan de estudios vigentes en la ENEO y, objeto de este análisis sufrió modificaciones en cuanto-

al orden de las materias, en el año de 1983. El cambio más importante fue el trasladar la asignatura de crecimiento y desarrollo al quinto semestre y recorrer las patologías al 3er y 4º cambio que obedeció a las demandas de las instituciones de salud de contar con alumnos preparados en la atención del paciente hospitalizado (en el cuadro No. 3, se observa la reubicación actual de las materias). Sin embargo la estructura curricular por áreas de conocimiento se respetó, así como los objetivos planteados y la metodología de enseñanza. Por lo que se considera que el presente análisis no es en vano, por el contrario, apunta al esclarecimiento de las líneas centrales sobre las que se organizó el plan de estudios, lo que permitirá deducir en el análisis del mismo, cómo se aplica en la práctica: cómo se imparten las materias, cómo se comunican y participan los docentes, cómo se constituyen los grupos de alumnos; cómo es la rutina de enseñanza aprendizaje para el común de las materias.

Finalmente, y aprovechando los elementos ya desarrollados, se resumen las características del proceso enseñanza-aprendizaje en la carrera de enfermería de la ENEO-UNAM, mismas que se ampliarán como culminación de este trabajo en el tercer capítulo.

En cuanto a los objetivos, el plan de estudios contiene los específicos del mismo y los terminales de la carrera. En los primeros se lee: "El propósito de la enseñanza de la enfermería es formar profesionales que sean capaces de participar en y para la comunidad, con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las fases del ciclo de la vida, dando más importancia a la conservación de la salud y considerando la enfermedad, como--

un accidente en la vida de los individuos. Además que sepan comprender al ser humano como ente biopsicosocial en constante interacción con el medio ambiente. De acuerdo a este propósito -- los objetivos estarán enfocados para:

- Analizar la realidad nacional social (política y económica) como base para identificar y relacionar los problemas de salud y precisar el campo de acción de enfermería en la solución de dicha problemática.
- Utilizar el método científico como eje central de toda la enseñanza.
- Diseñar la enseñanza para que el estudiante por sí mismo busque e integre conocimientos, en el estudio de problemas concretos.
- Diseñar las áreas de enseñanza de tal forma que se considere al individuo tanto en estado de salud como en el de enfermedad dentro de su ambiente social.
- Fomentar en el estudiante el deseo de continuar su desarrollo profesional hasta donde sus potencialidades se lo permitan.
- Orientar la enseñanza a la promoción de la salud del individuo en las diferentes etapas de su desarrollo, para aumentar la esperanza de vida.
- Planear la función del personal para que cambie su papel de impartir información al de asesor y guía en el proceso enseñanza-aprendizaje.
- Considerar a la comunidad como campo de acción del estudiante.
- Utilizar los servicios de salud para la atención de las necesidades principalmente de los grupos mayoritarios.
- Trabajar en forma coordinada con el equipo multidisciplinario--

en la solución de los problemas de la comunidad".

En los terminales de la carrera se plantea que el alumno:

- Conocerá los parámetros que identifiquen el crecimiento y desarrollo del individuo sano, así como los que permiten diferenciar lo sano de lo enfermo.
- Aplicará los instrumentos y técnicas para poder valorar el estado de salud del individuo.
- Conocerá los problemas ecológicos, económicos y sociales que modifican el estado de salud.
- Tendrá conocimientos y experiencias de grupos, para modificar ciertos tipos de conducta que perjudican al estado de salud.
- Colaborará en la planeación y realización de programas de desarrollo de la comunidad para promover un óptimo estado de salud de la misma" (64).

Los objetivos planteados en el currículum de la ENEO tratan de responder a las necesidades de salud de la población mexicana, evidenciadas, en forma terminal con un alto índice de mortalidad, sobre todo en la población infantil, que muere por enfermedades prevenibles, como son: gastroenteritis, neumonías, desnutrición etc. Por lo tanto uno de los objetivos centrales del currículum de la ENEO es preparar a la enfermera (o) para vigilar la salud y prevenir las enfermedades. Sin embargo este objetivo no se cumple en virtud que las instituciones de salud en el país se dedican de manera central a reparar la salud, cuando ya se perdió. Por lo tanto el estudiante de la ENEO no cuenta con las condicio

(64) ENEO-unam. Plan de estudios pp. 17 y 5.

nes adecuadas para cumplir la función de prevenir las enfermedades y contribuir a disminuir el índice de mortalidad. Por el -- contrario, el mercado de trabajo lo limita al ejercicio de acciones curativas dirigidas a los obreros y burócratas en el régimen de seguridad social; a desempleados y trabajadores con escasa calificación de mano de obra en las instituciones de asistencia social y, finalmente presta sus servicios a un reducido número de personas con recursos económicos suficientes para contratar servicios médicos privados.

Con base en la estratificación de atención a la salud, el personal de enfermería está sujeto a atender ciertos núcleos de población, bajo ciertas normas y con determinados procedimientos de trabajo. Por lo tanto los objetivos en cuanto a demostrar la iniciativa, interés, creatividad, crítica, reflexión, etc., por parte del alumno hacia los problemas nacionales de salud, se ven limitados por las condiciones que imponen las instituciones de salud. Es así que este tipo de objetivos se deberían alcanzar a partir de la reflexión constante acerca de las funciones de las instituciones de salud en cuanto a satisfacer las demandas reales de la población. Este análisis generalmente no se fomenta en el alumno. Lo que comunmente ocurre es que se enrola en el aprendizaje de una serie de procedimientos técnicos y de actividades de "acomodamiento" en el equipo de trabajo, para evitarse mayor problema. El espacio institucional constriñe a la enfermera (o) a la realización de funciones preponderantemente curativas dirigidas a ciertos sectores de la población perfectamente identificados. De ahí que el objetivo plasmado en el plan de estudios respecto a vincular al alumno con la realidad política y-

socio-económica del país es difícil de lograr. Si bien es cierto se han presentado oportunidades de que el alumno se ubique como promotor de la salud en las comunidades urbanas y rurales del país a través de los programas de atención primaria a la salud - dirigido a las comunidades más apartadas de la República Mexicana. Desafortunadamente la crisis económica que vive el país limita este tipo de programas, centralizando nuevamente los recursos físicos y humanos en los hospitales de las grandes ciudades.

Es en los hospitales, principalmente de asistencia social, donde el alumno de enfermería hace contacto con el campesino, el pescador, etc., gravemente lesionados y en las últimas etapas de la enfermedad. Situación que se presta para que el alumno visualice sólo un fragmento del proceso salud-enfermedad. Lo que impide integrar la historia clínica del individuo enfermo en un todo histórico-social.

Desde esta perspectiva es difícil que el alumno, como lo -- mencionan los objetivos del plan de estudios, analice situaciones problemáticas y atienda el individuo de forma integral.

MAPA CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS ENEO-UNAM

Cuadro 1

	AREA I: El hombre y su ambiente	AREA II: Crecimiento y desarrollo	AREA III: Historia Natural de las enfermedades	AREA IV: Enfermería avanzada
Ejes Orientadores	Asignaturas o materias	Asignaturas o materias	Asignaturas o materias	Asignaturas o materias
	1er. Semestre	3er. Semestre	4º Semestre	7º Semestre
	-Método científico y Proceso de Atención de Enfermería. -Introducción a la Salud Pública.	Eje Orientador -Crecimiento y Desarrollo	Eje Orientador -Patología I.	Ejes orientadores -Enfermería avanzada -Gineco-Obstetricia I -Administración en Servicios de enfermería
	Práctica Clínica	Práctica Clínica	Práctica Clínica	Práctica Clínica
				8º Semestre.
Ejes Complementarios	-Anatomía y Fisiología -Ecología y Salud -Antropología Social -Estadística	Ejes Complementarios -Comunicación -Técnicas de la enseñanza. -Psicología evolutiva	Ejes Complementarios -Farmacología -Dietoterapia	Ejes Orientadores -Gineco-Obstetricia II -Sistemas de enfermería -Tecnología Educativa
	2º Semestre		5º Semestre	Práctica Clínica
Eje Orientador	-Fundamentos de Enfermería		Ejes Orientadores -Patología II -Principios de administración. -Etica profesional y Legislación	
	Práctica Clínica		Práctica Clínica	
Ejes Complementarios	-Nutrición básica y aplicada -Sociología -Etica -Etimologías técnico-médicas -Psicología general		Ejes Orientadores -Patología III -Patología IV -Administración en Instituciones de salud	
			6º Semestre	
			Práctica Clínica	
Areas comunes al nivel técnico y Licenciatura				Area para el Nivel Licenciatura

MAPA CURRICULAR DEL PLAN DE ESTUDIOS. ENEO - UNAM
(Cuadro 2)

49

AREA I	Asignaturas o materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas	
1er. Semestre El Hombre y su ambiente	EJES ORIENTADORES	-Método científico y - Proceso de Atención de Enfermería	1 Ciencia y conocimiento 2 Método científico y Proceso de atención de Enfermería	-Teoría del Conocimiento -Elementos del Método Científico -Elementos del Proceso de atención de Enfermería con base en la metodología científica
		-Introducción a la salud Pública	1 Generalidades 2 Historia Natural de la Enfermedad 3 Sistema de Salud en México 4 La Enfermería en el contexto de Salud	-Concepto Salud-Enfermedad -Condiciones de Salud en México -Organización de las instituciones de salud -Participación del personal de Enfermería -Niveles de atención a la salud con base en la Historia Natural de la Enfermedad.
EJES COMPLEMENTARIOS	Anatomía y Fisiología	1 Introducción al estudio de la Anatomía y Fisiología 2 Nociones de Citología e Histología 3 Piel 4 Osteología y Artrología 5 Miología 6 Sistema Nervioso 7 Organos de los Sentidos 8 Sistema endócrino y Aparato Reproductor 9 Aparato Circulatorio 10 Aparato Digestivo 11 Aparato Respiratorio 12 Aparato Urinario	-Estructura y funcionamiento del cuerpo humano. A partir del funcionamiento de la célula y en la integración de órganos, aparatos y sistemas.	
	Ecología y Salud	1 Niveles de organización de la materia	-La energía y la materia como base de la vida -Sistemas ecológicos -Las cadenas alimenticias y el ciclo de agua como fuentes de energía -El hombre y su medio ambiente -Los microorganismos como elementos que intervienen en la homeostasis del proceso salud-enfermedad. -Acciones de enfermería en enfermedades infecciosas y no infecciosas -El crecimiento demográfico y los indicadores del nivel de vida	
	Antropología Social	1 Generalidades 2 Cuatro temas básicos de la Antropología Social 3 Esquema básico de la estructura social 4 Estudio de los problemas Sociales desde el punto de vista antropológico	-Conceptualización acerca de la Antropología -Funcionalismo y Culturalismo -El materialismo histórico -Los medios de comunicación masiva -La medicina Institucional en México -La medicina popular	
	Estadística	1 Generalidades 2 Recolección de datos 3 Concentración de datos 4 Estadística Hospitalaria 5 Medidas de Tendencia central 6 Medidas de Dispersión 7 Correlación y regresión lineal 8 Pruebas de hipótesis	-Procedimientos estadísticos para cuantificar, analizar y valorar el comportamiento de los fenómenos	

AREA I	Asignaturas y Materias	Integración de Unidades	Nociones Básicas
2º Semestre	-Fundamentos de enfermería	1 El individuo, su interacción biopsicosocial en el proceso salud-enfermedad	-Conceptualización del individuo como ente biopsicosocial en el proceso salud-enfermedad
El hombre y su ambiente		2 Los postulados filosóficos o principios que son fundamentales para normar las acciones de enfermería	-Principios filosóficos que orientan las acciones de la enfermera
EJES ORIENTADORES		3 La asepsia como método para evitar la diseminación de microorganismos	-Procedimientos de enfermería para la atención del paciente en el hogar y en las instituciones de salud
		4 Valoración del estado de salud individual	-El proceso de atención de enfermería como modelo teórico práctico, fundamentado en el método científico, que apoya el trabajo de enfermería
		5 Atención del paciente en el hogar	
		6 Atención del paciente que requiere hospitalización	
		7 Modelo de atención de enfermería	
EJES COMPLEMENTARIOS	Nutrición Básica y Aplicada	1 Características químicas de los nutrientes	-Mecanismos anatómo-fisiológicos que intervienen en la nutrición
		2 Metabolismo basal	-Características físico-químicas de los nutrientes
		3 Función de los nutrientes en el organismo	-La obtención, almacenamiento y distribución de los alimentos en México
		4 Características físico-químicas de los nutrientes	-Técnicas de preparación de alimentos
		5 Disponibilidad de alimentos en México	-Educación alimenticia a la población
		6 La importancia de los alimentos en el crecimiento y desarrollo del ser humano	
		7 Leyes de la nutrición	
		8 Variantes en el requerimiento nutricional	
		9 Consumo de alimentos	
		10 Utilización de alimentos	
		11 Técnicas culinarias	
		12 Educación nutricional	
Sociología	Sociología	1 Introducción a la Sociología	-Estratificación social
		2 La estructura social	-Clases sociales y cambio social
		3 La familia	-La función social de la familia
		4 Factor demográfico	-El estudio demográfico de la población
		5 Comunidad rural y urbana	-Características de la población rural y urbana
		6 El marco histórico de la salud en México	-El marco social al proceso salud-enfermedad
Etica	Etica	1 La Etica y la filosofía	-Ubicación de la Etica en el sistema filosófico
		2 Etica general	-Descripción de diferentes concepciones éticas.
		3 La virtud y el mérito	-Axiomas éticos: ley, libertad, responsabilidad, deber, etc.
		4 Los sistemas éticos	
Etimologías Técnicas	Etimologías Técnicas	1 Introducción	
		2 Análisis histórico de las culturas griega y latina	-Origen y desarrollo de los términos médicos con base en la cultura greco-latina
		3 Origen, evolución y clasificación de las lenguas	
		4 El español como lengua romana, su proceso y su aplicación	
		5 Terminología científica empleada en enfermería	

AREA II	Asignatura y Materia	Integración en Unidades	Nociones Básicas
3er Semestre Crecimiento y desarrollo	Crecimiento y Desarrollo	<ol style="list-style-type: none"> 1 Introducción 2 Etapa preconcepcional 3 Etapa prenatal 4 Etapa perinatal 5 Puerperio 6 Etapas del lactante y del preescolar 7 Etapas del escolar y del adolescente 8 Etapa del adulto 9 Etapa de climaterio 10 Etapa de la senectud y vejez 11 Situación de salud en los diferentes grupos de población en la República Mexicana 12 Recursos nacionales e internacionales para la protección de la salud de la población en México 	<p>-Morfofisiología en el proceso de la reproducción del ser humano</p> <p>-Planificación familiar</p> <p>-Educación prenupcial</p> <p>-Educación sexual</p> <p>-Cambios anatomofisiológicos de la embarazada</p> <p>-Vigilancia y cuidados de la enfermera a la mujer embarazada</p> <p>-Atención de enfermería durante el parto</p> <p>-Cuidados de enfermería al recién nacido</p> <p>-Acciones de enfermería específicas en las complicaciones del parto y postparto inmediato</p> <p>-Atención de enfermería durante el puerperio fisiológico y patológico</p> <p>-La atención médica del individuo con base en el conocimiento de las siguientes etapas: lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto, climaterio y senectud</p> <p>-Situación de salud en la República Mexicana y, recursos con que se cuentan para atenderla</p>
EJES COMPLEMENTARIOS	Comunicación	<ol style="list-style-type: none"> 1 El fenómeno de la comunicación 2 Los elementos de la comunicación humana 3 Tipos de Comunicación humana 4 La tipología de la comunicación humana 5 Funciones de la comunicación 6 Elementos que condicionan la comunicación 	<p>-El aspecto social en la comunicación</p> <p>-Esquema de la comunicación humana</p> <p>-Los medios de comunicación</p>
	Técnicas de la Enseñanza	<ol style="list-style-type: none"> 1 Proceso enseñanza-aprendizaje 2 Planeación 3 Objetivos 4 Técnicas didácticas 5 Auxiliares didácticos 6 Evaluación 	<p>-Recursos didácticos para instrumentalizar el proceso enseñanza-aprendizaje</p>
	Psicología Evolutiva	<ol style="list-style-type: none"> 1 La infancia y los factores ambientales 2 El adolescente 3 El adulto 4 La vejez 5 Familia 	<p>-Estudio de las etapas de la vida desde el punto de vista psicológico</p>

Nota aclaratoria al Area III: Para facilitar el manejo de la información, se reunieron las asignaturas de patología en un solo grupo. Identificando los puntos comunes a los mismos, así como las nociones básicas.

AREA III	Asignaturas ó Materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas
4º, 5º y 6º Semestres Historia Natural de las Enfermedades	Patología I, II, III y IV	<p>Las asignaturas de patología - están integradas por 37 unidades, las que coinciden en -- los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Estudio de los padecimientos más importantes en los siguientes aparatos y sistemas: Digestivo, respiratorio, cardiovascular, hematológico, genito-urinario, endócrino, nervioso, de oídos nariz y garganta 2 Estudio de los padecimientos más importantes en las siguientes especialidades: Oftalmología, traumatología y ortopedia, Toxicología, Inmunología, Alergología, Dermatología y Oncología. 3 Estudio de las enfermedades infecto transmisibles 4 Procedimientos específicos de enfermería en la atención de los padecimientos 5 Aplicación del proceso de - atención de enfermería en la atención del individuo enfermo 6 Indices de morbilidad nacional 7 Métodos de diagnóstico y tratamiento <p>La Patología III aborda el estudio de la Pediatría y la IV el campo de la Salud Mental, por lo que los puntos anteriormente anotados, si bien son - comunes a estas asignaturas, - se caracterizan y complementan con los síndromes y acciones propios de los padecimientos pediátricos y psiquiátricos respectivamente</p>	<p>-Etiopatogenia, fisiopatología, manifestaciones clínicas de las principales patologías, clasificadas por aparatos, sistemas, y especialidades médicas</p> <p>-Estudio de las enfermedades en el contexto nacional de Salud en México</p> <p>-Indices de prevalencia de la enfermedad, a nivel Nacional</p> <p>-Intervención de enfermería en: La realización de los exámenes de laboratorio y gabinete como métodos de --- diagnóstico. Realización de procedimientos de enfermería en los tratamientos médico-quirúrgicos. Aplicación del proceso de atención de enfermería, como metodología de trabajo</p>

AREA III		Asignaturas ó Materias	Integración de Unidades	Nociones Básicas
4º Semestre	EJE ORIENTADOR	-Patología I	La referida	La referida
Historia Natural de las Enfermedades	EJES COMPLEMENTARIOS	-Farmacología	<ol style="list-style-type: none"> 1 Aspectos Generales de Farmacología 2 Interacción de los fármacos con los sistemas y mecanismos biológicos 3 Mecanismos de acción de los fármacos 4 Farmacología del sistema nervioso de la vida vegetativa 5 Fármacos del sistema nervioso central 6 Farmacología del aparato cardiovascular 7 Farmacología del aparato digestivo 8 Farmacología metabólica y endócrina 9 Farmacología renal 10 Quimioterapia 11 Antineoplásicos 	<p>-Interacción medicamento-organismo</p> <p>-Ministración de medicamentos con atención al criterio de aparatos y sistemas</p>
		-Dietoterapia	<ol style="list-style-type: none"> 1 Introducción a la Dietoterapia 2 Alergia por alimentos 3 Dietoterapia de las patologías del aparato digestivo 4 Dietoterapia en los trastornos nutricionales 5 Dietoterapia en Patologías endócrinas 6 Dietoterapia en Patologías del aparato cardiovascular 7 Dietoterapia de las principales patologías del aparato urinario 8 Dietoterapia en los procesos infecciosos 9 Dietoterapia en el post-operatorio 10 Dietoterapia en pacientes con traumatismos 	<p>-Tratamientos alimenticios en las principales patologías de los diferentes aparatos y sistemas</p>

AREA III	Asignaturas ó materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas
5º Se- mestre Historia Natural de las enferme- dades	Patología II Principios de Administración	Ya referida 1 Generalidades 2 Evolución de la admi- nistración científica 3 Proceso administrativo 4 Teoría general de siste- mas 5 Instrumentos administra- tivos	Ya referida -El carácter científico de la administración. -La teoría de sistemas como sustento teórico de la administración cientí- fica -Etapas de la administra- ción: organización, direc- ción, control, programa--- ción, ejecución y, evalua- ción -Instrumentos administrati- vos (reglamentos, manuales, gráficas)
EJES ORIENTADORES	Etica Profesio- nal y Legislación	1 Introducción a la ma- teria 2 Derechos humanos 3 Etica profesional 4 Secreto profesional 5 Planificación familiar 6 El aborto 7 Eutancia 8 Problemas éticos en la investigación médica 9 Honorarios 10 Generalidades acerca del derecho 11 Legislación Sanitaria 12 Generalidades del dere- cho penal 13 Generalidades del dere- cho mexicano del traba- jo 14 Ley de profesiones 15 Comparación de la legis- lación nacional con al- gunas extranjeras	-Legislación en torno a la problemática que se pre- senta en el área de la en- fermería. -Legislación acerca de los problemas laborales de la enfermera.
EJE COMPLEMENTARIO			

AREA III		Asignaturas ó Materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas
6º Semestre Historia Natural de las enfermedades	Ejes Orientadores	Patología III	Ya referida	Ya referida
		Patología IV	Ya referida	Ya referida
	Ejes Complementarios	Administración en instituciones de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1 Planificación del sector salud en México 2 Organizaciones de atención a la salud 3 Instituciones de Salud 4 Evaluación de instituciones de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Políticas y planes de salud en México -Estratificación de las instituciones de salud -Recursos humanos para la salud -Evaluación de las instituciones de salud, a través de indicadores, tales como: estadísticas, rendimiento por unidades, auditoría médica, etc.

AREA IV	Asignaturas ó Materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas
7º Se- mestre Enferme- ra avan- zada	Enfermería Avanzada	Esta materia carece de conte- nido. Señala cuatro áreas - que el alumno puede seleccio- nar de acuerdo a su interés y, que son:	
EJES ORIENTADORES	Gineco Obstetri- cia I	<ol style="list-style-type: none"> 1 Terapéutica Intensiva 2 Salud Pública 3 Educación en Enfermería 4 Salud Mental Comunitaria <ol style="list-style-type: none"> 1 La Gineco-Obstetricia en la salud Pública de México 2 Morfofisiología del aparato sexual 3 El proceso de la reproducción 4 Elaboración del diagnóstico 5 Acciones del licenciado en enfermería y obstetricia en el período del parto 6 Acciones del licenciado en enfermería y obstetricia en la anestesia, analgesia y -- parto psicoprofiláctico 7 Acciones del Licenciado en enfermería y obstetricia en el período del puerperio 8 Perinatología 9 Integración del proceso de atención de enfermería en - las etapas pre-concepcional, embarazo, pre-parto y puerperio 	<p>-Los procesos gineco-obs- tétricos como evento im- portante en el proceso salud-enfermedad de la población</p> <p>-Anatomía y Fisiología del aparato reproductor</p> <p>-Acciones del licenciado en enfermería en el pe- ríodo pretrans y post- parto</p> <p>-Aplicación del proceso de atención de enferme- ría en la especialidad de Gineco-Obstetricia.</p>
	Adminis- tración en Servi- cios de Enferme- ría	<ol style="list-style-type: none"> 1 Organización administrativa de los servicios de enfermería en México 2 La estructura organizativa de enfermería en una unidad aplicativa de atención a la salud 3 Administración del personal de enfermería 	<p>-El sistema de salud en México, desde el punto de vista administrati- vo</p> <p>-Organización adminis- trativa del personal de enfermería, en las instituciones de salud</p>

AREA IV	Asignaturas ó Materias	Integración en Unidades	Nociones Básicas
8º Se- mestre Enferme- ría Avanza- da	Gineco Obs- tetricia II	1 Programa de Patología Gineco-Obstetrica.	-La atención Gineco-Obstetrica en los planes y programas nacionales de atención a la salud
		2 Patología Ginecológica	
		3 Complicaciones del embarazo	-Enfermedades más frecuentes del aparato sexual femenino
		4 Patología intercurrentes del embarazo	
		5 Complicaciones del parto.	-Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
		6 Complicaciones del puerperio	
		7 Cirugía Obstétrica	-Intervención de enfermería en la cirugía obstétrica
		8 Perinatología	
		9 Esterilidad e infertilidad	-Cuidados de enfermería en el recién nacido enfermo
	EJES ORIENTADORES Sistemas de enfermería	1 Teoría General de Sistemas	-La teoría general de Sistemas como sustento teórico a la planificación en enfermería.
		2 Procesos de Planificación	
3 Sistema de Enfermería			
Tecnología Educativa	1 Introducción general de la problemática educativa en México	-Ubicación y aplicación de la tecnología educativa en las instituciones escolares del país.	
	2 Teorías del aprendizaje y la motivación		
	3 Técnicas didácticas		
	4 Aplicación de la Sistematización de la enseñanza en el área educativa		

REUBICACION DE LAS MATERIAS EN EL PLAN DE ESTUDIOS ENEO-UNAM (1983)
Cuadro 3

AREA I: El hombre y su ambiente		AREA II: Crecimiento y desarrollo		AREA III: Historia Natural de las enfermedades		AREA IV: Enfermería avanzada	
Materias ó asignaturas		Materias ó asignaturas		Materias ó asignaturas		Materias ó asignaturas	
1er Semestre		3er Semestre		4º Semestre		7º Semestre	
ejes orientadores	-Método Científico y Proceso de Atención de Enfermería -Introducción a la Salud Pública	eje orientador	-Patología I	eje orientador	-Patología II	ejes orientadores	-Enfermería avanzada -Gineco Obstetricia I -Administración en servicios de enfermería
	Práctica clínica		Práctica clínica		Práctica Clínica		Práctica clínica
ejes complementarios	-Anatomía y Fisiología -Ecología y Salud -Antropología Social -Etimologías Técnico-médicas	ejes complementarios	-Nutrición básica y aplicada -Comunicación	ejes complementarios	-Dietoterapia -Etica profesional y legislación	ejes orientadores	-Gineco Obstetricia II -Sistemas de enfermería -Tecnología educativa
	2º Semestre				5º Semestre		Práctica clínica
	-Fundamentos de enfermería			ejes orientadores	-Crecimiento y desarrollo -Principios de administración Práctica clínica		
				eje complementario	- Psicología evolutiva		
	-Estadística -Sociología -Etica -Psicología general -Técnicas de la enseñanza -Farmacología			ejes orientadores	6º Semestre -Patología III -Patología IV -Administración en instituciones de salud		

Con referencia a la estructura del plan de estudios: está constituida por 4 áreas de conocimiento 31 asignaturas o materias y, 208 unidades (cuadro No. 2 del mapa curricular).

Las materias han quedado integradas según se observa en el cuadro No. 1 del mapa curricular, en unidades de trabajo mismas que tienen como propósito "enfaticar situaciones problemas para cuya solución se requiere selectividad de la información" (65). Se ha agregado a este cuadro las nociones básicas de las asignaturas (Cuadro No. 2) con el propósito de observar claramente la relación existente entre los contenidos. Se entiende por nociones básicas a las categorías centrales o elementos integradores de una disciplina que permiten ordenar el contenido curricular - (66).

El Area I está integrada por tres ejes orientadores representados por las asignaturas de enfermería: Método Científico, Introducción a la Salud Pública y Fundamentos de Enfermería. Contienen como nociones básicas, la metodología clínica y comunitaria de enfermería, con base en el Método Científico. Elementos, que deben integrarse con la Anatomía y Fisiología, Ecología, Socio-Antropología, Estadística, Nutrición, Etica, Etimologías y Psicología.

El Area II, contiene un eje orientador: Crecimiento y Desarrollo, que considera la atención de enfermería como un servicio permanente que se presta al individuo en todas las fases de la vida, desde la concepción hasta la vejez, en la salud y enferme-

(65) ENEO -UNAM. Op. Cit., p. 16.

(66) TABA H. Elaboración del Currículo p. 284.

dad. En torno a esta noción giran las asignaturas de: Comunicación, Técnicas de la enseñanza y, Psicología evolutiva.

El Area III.- Historia Natural de las enfermedades, contiene como ejes orientadores las Patologías: I, II, III y, IV. -- Las dos primeras abordan los padecimientos por aparatos y sistemas. Y, la III y la IV, abordan la patología pediátrica y psiquiátrica respectivamente. En las cuatro patologías se incluye la participación de la enfermera en los métodos de diagnóstico y tratamiento, su acción específica a través de la realización de los procedimientos de enfermería y, la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado del individuo enfermo. Esta área contiene también las asignaturas de Principios de Administración y Administración en instituciones de salud que actúan como ejes orientadores y, abordan la teoría general de sistemas como fundamentación científica de la Administración, los instrumentos de la misma y la planificación en el sector Salud.

Complementan a los ejes orientadores del Area III, Farmacología y Dietoterapia.

El Area IV, contiene seis ejes orientadores: tres de tipo clínico: enfermería avanzada, Gineco-Obstetricia I, y, Gineco-Obstetricia II, dos dirigidos a la administración: Administración en servicios de enfermería y Sistemas de enfermería y, uno que aborda los aspectos de la docencia: Tecnología Educativa.

Los ejes de tipo clínico abordan aspectos relevantes de la Salud Pública, Salud Mental Comunitaria y terapéutica intensiva, así como las acciones del licenciado en Enfermería en los casos Gineco-obstétricos. Los ejes que abordan la administración sus-

tentan como noción básica la teoría general de sistemas como apoyo teórico a la planificación en enfermería. Por último tecnología educativa considera la ubicación de esta corriente en las -- instituciones escolares del país.

El área IV es exclusiva para el nivel licenciatura, ya que las tres anteriores son cursadas de igual manera por el nivel -- técnico y licenciatura.

El plan de estudios vigente en la ENEO organizó su contenido en áreas a fin de que cada una y en su conjunto ofrecieran al alumno, una visión integradora de las diversas disciplinas que las conforman. Para lo cual los contenidos deberían organizarse con una continuidad vertical, es decir, los contenidos inter-materias e inter-áreas deben observar, una relación antecedente y consecuente. Al revisar las nociones básicas en el contenido -- del plan, es posible percatarse que puede darse dicha continuidad (no explicitada) ya que el área uno aborda la metodología -- clínica y comunitaria; que ha de aplicar el estudiante de enfermería en el área II, primeramente con el individuo sano y posteriormente en el área III al individuo enfermo. Finalmente, retomando las experiencias y conocimientos, el alumno de licenciatura aborda los casos gineco-obstétricos en el Area IV. Este es -- el seguimiento más grueso en el desarrollo de los contenidos, -- sin dejar fuera aquellas nociones básicas comunes a las cuatro áreas: el estudio del sistema de salud en México, la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cuidado del individuo sano o enfermo, aplicación del modelo de historia Natural de la enfermedad en el estudio de los padecimientos, conceptualiza-

ción del individuo como ente biopsico-social en el proceso salud-enfermedad, procedimientos clínicos y comunitarios de enfermería, desarrollo de los procesos anatómo-fisiológicos, la terapéutica alimenticia en el individuo sano ó enfermo, génesis y desarrollo de las Patologías, farmacoterapia, administración de las instituciones de salud, educación para la salud.

Con base en estas nociones el siguiente aspecto a trabajar por parte de los docentes, de la ENEO, sería el darle secuencia a los mismos, con el propósito de que los contenidos avancen en amplitud y profundidad (67). Situación que no ocurre ya que continuamente se repiten contenidos, como se puede constatar al revisar por ejemplo, las nociones básicas de las materias de Administración. Lo mismo sucede con los procedimientos clínicos y comunitarios de enfermería, noción que es común a todas las áreas y que se repite mecánicamente, ya que por lo general no se integra y enriquece con las nociones básicas antecedentes y de la misma área. A esta situación contribuye la falta de comunicación de los docentes que imparten las asignaturas, ya sea en el mismo ciclo o en otros diferentes. Cada quien interpreta el programa de acuerdo a su muy particular marco referencial y al parecer pocos lo ubican como parte de un currículum. Esta dispersión de esfuerzos ha propiciado que se implementen los programas escolares de forma mecánica: como la enunciación de un listado de contenidos, a semejanza de lo que se hacía en el plan de estu

(67) TYLER, R. Principios básicos del currículum, p. 85.

dios por asignaturas, ya que no obstante que cambió el modelo curricular al organizar el contenido por áreas de conocimiento, éste no cumple su función, pues no se identifican aquellos problemas o ejes conductores del conocimiento, que de hecho existen, - como así lo apuntan las nociones básicas establecidas, pero ni el curriculum los explicita, ni los docentes los identifican.

Así, a cinco años de la implementación del curriculum vigente en la ENEO, el objeto de estudio de la enfermería: "el individuo tratado en las diferentes etapas de la vida en el proceso Salud-enfermedad", continúa abordándose de una manera fragmentaria por cada una de las asignaturas.

Los programas como ya se apuntó están saturados de contenidos, que se organizan de manera lineal, sin un análisis de los componentes esenciales que modificaría la concepción del proceso enseñanza-aprendizaje, considerado, no como la transmisión de grandes cúmulos de conocimiento, sino como la identificación de elementos centrales y el análisis de sus interrelaciones.

El docente del nuevo plan de estudios enfoca su atención y energía a proporcionar una gran cantidad de conceptos, clasificaciones, ejemplos, demostraciones, películas, dinámica de grupo, bibliografía... porque así lo marca la carta descriptiva, porque así lo marca el programa, porque el programa es parte de un plan de estudios que se elaboró con una metodología científica - porque en su elaboración participaron maestros, alumnos y personal de las instituciones de salud.

Se elaboró un diagnóstico de necesidades en el que incluso, se abordaron de manera sorprendente, dada la tradicional postura

apolítica de las enfermeras, cuestiones de tipo económico y político acerca de las condiciones de vida de la población. Aún así, el diagnóstico de necesidades se convirtió en un elemento de modernización del plan de estudios. Ciertamente es, que se detectaron algunas condiciones reales en las que se presenta el proceso salud-enfermedad y en las que puede incidir el personal de enfermería; pero, su exposición fragmentaria no conformó lo que sería la alternativa a un diagnóstico de necesidades en su concepción funcionalista. Dicha alternativa, se ubica en el análisis de las condiciones histórico-políticas que afectan el ejercicio de la enfermería, y que determinarían los contenidos del Plan de Estudios.

El diagnóstico de necesidades que se elaboró, detectó la centralización de las enfermeras en los hospitales, y se propuso, coincidiendo con las autoridades sanitarias del país, la formación de la enfermera (o) en la atención primaria de la salud. El cambio llegaba al fin, debía prepararse a la enfermera para atender la salud y enfermedad en todas las etapas de la vida. Los padecimientos atendidos tradicionalmente, por la enfermera en la fase aguda, se estudiarían en el nuevo plan de estudios, a partir del modelo de la historia natural de la enfermedad, para enfatizar las medidas preventivas en las etapas del proceso morboso, considerando al individuo enfermo como miembro de una familia y comunidad. La práctica clínica demuestra, que si bien en teoría las patologías se ajustan a este modelo, en la práctica, la atención del paciente hospitalizado tiene un enfoque biocista, reparador del daño inmediato,

La Historia Natural de la enfermedad como modelo que "si -- bien rebasa a la concepción unicausal de la enfermedad; es un enfoque ahistórico y lineal que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, ya que sólo señala las relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos" (68). Dicho modelo como parte de los contenidos del plan de estudios -- evidencia, en la práctica, su incapacidad para modificar la práctica dominante (69) de enfermería; que requiere de enfermeras -- clínicas dedicadas a trabajos rutinarios y de organización de -- los hospitales. Instituciones, en donde la población se atiende cuando su salud está muy deteriorada.

La prevención de las enfermedades es una meta inscrita en un programa mundial denominado "Salud para todos en el año 2000". Se debe reconocer como estrategia para lograr este fin, la atención primaria de la salud, o sea, la vigilancia de la salud para evitar la enfermedad. Los programas de atención primaria en México han estado sujetos a los vaivenes económicos, ya que durante la época del auge petrolero se les dió mucha importancia, y actualmente decrecieron, dada la crisis económica del país. La comunidad de la ENEO no tomó en cuenta estos elementos y se adhi

(68) ROJAS SORIANO, R. Op. Cit., p. 16.

(69) Práctica emergente: aquella que en cierto momento va ganando espacio. Práctica dominante aquella que en un momento particular es la que tiene mayor fuerza y espacio social. Práctica decadente: aquella que al desarrollo de las fuerzas productivas va dejando en desuso.

Gfr. DIAZ BARRIGA, A. Ensayo sobre la problemática curricular. p. 89.

rió acriticamente a estas políticas, que si bien fueron una coyuntura para conformar una práctica comunitaria de enfermería, - representaron un señuelo por lo efímero de su duración. La consecuencia actual es la reubicación de las materias. Como ya se señaló; se recorrieron las patologías al 3º y 4º semestre y, - crecimiento y desarrollo al quinto. Dicho en otras palabras se relega el enfoque comunitario en la prevención de enfermedades y se centra la preparación de la enfermera (o) en los aspectos curativos y hospitalarios.

El nuevo plan de estudios se propuso formar a un estudiante de enfermería que atendiera al individuo en salud ó enfermedad, desde la concepción hasta la muerte, con base en una metodología científica y la aplicación de las ciencias básicas y sociales, - con dominio de los procedimientos técnicos propios de la enfermería y la comprensión del ser humano a partir de los enfoques de la Psicología y la Sociología.

La formación de este tipo profesionista tiene como fin, que a través de él, se vincule la escuela con el grueso de la población, en la atención de las necesidades de salud. Para lograrlo el estudiante debe desarrollar un amplio sentido crítico y un -- profundo interés por la comunidad. Aspectos difíciles de cumplir con la impartición de contenidos, que niegan toda crítica y se presentan como acabados. Tal es el caso de los contenidos -- del plan de estudios, enfocados con la teoría general de sistemas. Corriente que se aplica en diversas disciplinas, con una -- pretendida científicidad. La teoría de sistemas adquiere forma a través de esquemas rígidos e imágenes fijas. Así el estudian-

te de enfermería asimila bloques de conocimiento, perfectamente estructurados en apariencia; por ejemplo se le habla de evaluación del trabajo de la enfermera a través de estudios de sombra, gráfica de Gantt, gráficas de rendimiento, etc.; pero no se analiza, por ejemplo, la explotación de la mano de obra de enfermería, su rutinización, su confinación al hospital, etc. La teoría de sistemas en Enfermería, es un enfoque mediatizador que impide al estudiante y al docente de enfermería analizar críticamente las situaciones que viven. El conocimiento se presenta como acabado, el estudiante sólo debe asimilarlo y el profesor facilitar esa asimilación.

Las asignaturas bajo el enfoque de teoría de sistemas conceptúan la salud de la población, las instituciones sanitarias, el personal de enfermería, etc., como piezas de un engranaje, como elementos de un gran sistema, es decir, como sub-sistemas que cumplen una función determinada.

El enfoque en los contenidos del plan de estudios de la ENEO, propician un aprendizaje mecánico y acrítico; y son considerados como un cúmulo de conocimientos ya estructurados, delimitados, filtrados a través del cedazo científico de la teoría de sistemas que se prestan a ser vehiculizados a través de una serie de técnicas e instrumentos didácticos.

El enfoque de sistemas se presenta explícitamente en las asignaturas de Administración; mediante las cuales se legitima el aprendizaje de los mecanismos de control que, desde una perspectiva de Administración científica las enfermeras, Jefes y Supervisoras, aplicarán a sus compañeras subordinadas.

Por otra parte los contenidos de las ciencias sociales se exponen a lo largo del plan de estudios en su dimensión mecánica, sin que medie un análisis de las corrientes filosóficas en las que se inscriben y la relación que guardan con la enfermería en particular.

En el nuevo plan de estudios el contenido se agrupó bajo -- nuevos nombres y enfoques. En el fondo subsiste la organización por asignaturas: Pediatría, Psiquiatría, Enfermería Médico-Quirúrgica, etc. y, sus agregados actuales de Psicología, Sociología, Geriatria, Epidemiología, etc. Esta combinación de contenidos de diversas disciplinas obedece al afán de aplicar la interdisciplinariedad como un revestimiento de modernidad; aspecto -- que maestros y alumnos deben analizar detenidamente, ya que como afirma Roberto Follari: "La interdisciplinariedad ha cumplido -- el roll de encubrir el problema de la sociología de cada disciplina, literalmente cambiándolo por otro diferente".

La planeación e implementación del nuevo plan de estudios -- en la ENEO, lejos de activar el sentido analítico de los docentes, los ha situado en un paréntesis de tranquilidad y seguridad técnica. Se considera el currículum como la máxima norma, elaborada por los concedores y aprobada por las autoridades, por lo tanto sus programas son aplicados mecánicamente: a manera de -- listados son leídos sus objetivos al inicio de las actividades, como lo marca el reglamento escolar, si acaso se menciona que -- forma parte de un currículum y, desde luego el programa es anotado al pie de la letra por el alumno. Este programa llena, desde el punto de vista técnico todas las dudas, si acaso surgieran,

sólo es preciso consultarlo para saber linealmente qué contenidos proporciona, cuáles son las técnicas didácticas a emplear,-- que temas tratan las materias, cómo se evaluarán. En la práctica, el estudiante observa que de las diversas técnicas mencionadas en el programa, se utiliza excesivamente la exposición, que los numerosos objetivos planteados no se cubren en su totalidad y, que no se identifica claramente que conocimientos nuevos se adquirieron. La evaluación viene a ser un acertijo para el estudiante, ya que cada docente la realiza según su particular estilo y, cuando revisa el programa para orientarse al respecto, sólo lee: diagnóstica, formativa y sumativa, lo que no significa nada para él.

En síntesis el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería como producto final de un currículum vivido, está caracterizado por la memorización indiscriminada de los contenidos y la vehiculización de los mismos por un docente dotado de recursos y técnicas didácticas que facilitan su labor.

II MARCO TEORICO

2.1 CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROCESO DEL CONOCIMIENTO CO MO FUNDAMENTO AL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

Los estudios que existen en Enfermería acerca del proceso - enseñanza-aprendizaje son, en su mayoría, de carácter descriptivo, abstracto o bien, fundamentados en la tecnología educativa. Es objetivo de este estudio señalar, los lineamientos teóricos, que permitan considerar al proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería de acuerdo a las categorías del materialismo dialéctico, como alternativa a la tecnología educativa, corriente que revisite al proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería de un carácter instrumentalista, lo que de acuerdo a la hipótesis central de este trabajo, refuerza la práctica dominante de la profesión.

Se abordan como referentes teóricos: el proceso de conocimiento, la integración teoría y práctica y la concepción de método. Categorías resultantes del análisis en el capítulo anterior que se aplicarán a casos concretos en enfermería en el siguiente capítulo.

El proceso de conocimiento, se desarrolla como una condición de la vida social ya que el hombre requiere conocer la realidad y transformarla para satisfacer sus necesidades. El conocimiento de la realidad se produce a diferentes niveles: en el biológico, los órganos de los sentidos son los primeros receptores de una serie de elementos que rodean al individuo. Esos elementos, trátase de sabores, olores, estructuras, etc., se presentan como estímulos. Los que son transmitidos al cerebro, en don

de a través de la actividad cortical, se refleja la realidad objetiva; sin embargo, el proceso del conocimiento no es simple, - directo y reflejo, ya que el individuo que es constructor del conocimiento, tiene un desarrollo histórico y vive en una sociedad determinada. Estos factores están introyectados en su personalidad y, por lo tanto, intervienen cuando el sujeto descifra la -- realidad objetiva.

El proceso cognocitivo es complejo y contradictorio y tiene como objetivo la captación cada vez más exacta de la esencia de los fenómenos: "va del análisis del fenómeno al análisis de la esencia, de la esencia de primer grado a la esencia de segundo grado, del estudio del objeto a la investigación del sistema de interrelaciones, existentes entre los objetos" (70).

Este proceso se dá en una situación en que el individuo se compromete a decodificar el entorno socio-cultural y natural que lo rodea: sujeto cognocente y objeto de investigación interactúan en un proceso que tiene como fin, descubrir la verdad. El sujeto, una y otra vez, encuentra en su actividad nuevos problemas, choca con lo desconocido, lo que no ha explorado; ya que el conocimiento humano es un proceso de desarrollo que avanza y asciende permanentemente, impulsado por la multitud de contradicciones frente a las cuales se encuentra el hombre, que las resuelve parcialmente, para generar nuevas contradicciones y aspirar a un conocimiento total (71).

(70) BLAUBERG, I. Diccionario Marxista de Filosofía, p. 35.

(71) TOMACHEWSKY. Didáctica General, p. 41.

Se habla de contradicciones, como sinónimo de problemas: todo conocimiento empieza con un problema: "Ningún conocimiento - sin problemas, pero tampoco ningún problema sin conocimiento. Es decir, que éste comienza con la tensión entre el saber y no saber, entre conocimiento e ignorancia. Porque todo problema surge del descubrimiento de que algo no está en orden en nuestro -- presunto saber, o lógicamente considerado, en el descubrimiento de una contradicción interna entre nuestro supuesto conocimiento y los hechos, o expresado quizá más adecuadamente, en el descubrimiento de una posible contradicción entre nuestros supuestos-conocimientos y los supuestos hechos" (72).

El proceso del conocimiento y por consiguiente el problema de la verdad, tiene su origen en la filosofía. Actualmente el análisis filosófico del proceso cognocitivo y sus productos, que constituyen la substancia de lo que se denomina teoría del conocimiento, posee una literatura tan abundante que toda una vida no bastaría para leerla y profundizar en ella.

De manera sucinta se abordará el proceso de conocimiento: como una interacción específica entre el sujeto cognocente y el objeto de conocimiento, que tiene como resultado los productos mentales que denominamos conocimientos. La interpretación de esta relación solo es concebible en el cuadro de algunos modelos teóricos. Esta tipología no es de ningún modo especulativa ya -- que cada uno de los modelos ha encontrado su ilustración concre-

(72) POPER, K. "La investigación en relación a la Teoría", citado en Documentos base. Congreso Nacional de Investigación Educativa, p. 212.

ta en corrientes filosóficas históricamente existentes, identificadas gruesamente en materialismo, idealismo y materialismo dialéctico.

El primer modelo está sustentado en la concepción mecanicista de la teoría del reflejo. De acuerdo a este modelo, el objeto de conocimiento actúa sobre el aparato perceptivo del sujeto que es un agente pasivo, contemplativo y receptivo; el producto de este proceso (el conocimiento) es un reflejo o copia del objeto (73).

En el segundo modelo, idealista y activista, se produce todo lo contrario: el predominio o la exclusividad, vuelve al sujeto cognocente que percibe el objeto de conocimiento como su -- producción. Las ideas y los pensamientos del sujeto son lo primero y lo determinante, a la vez que considera la realidad externa como algo secundario o determinado.

El modelo idealista se remonta a las etapas más elementales en la producción del conocimiento sobre la realidad externa. -- Los pueblos primitivos crearon las primeras formas de pensamiento: el animismo, creencia en la existencia de espíritus que animan todas las cosas, surgió en una etapa de escaso desarrollo de las fuerzas productivas y del conocimiento de las leyes objetivas. El animismo aparece acompañado de una serie de indicaciones sobre la manera en que debemos dominar las cosas del mundo -- externo. Las indicaciones se resumen en los rituales y procedimientos de la hechicería y la magia. La función de estas prácti

(73) SHAFF, Adam. Historia y Verdad, p. 83.

cas es conferir un supuesto poder extraordinario al sujeto para que pueda someter las cosas del mundo externo a sus deseos e intenciones. Se trata, así, de una sobreestimación de la voluntad del sujeto, a la que Freud calificó con el término de "omnipotencia de ideas", para significar aquella creencia ó aquel sentimiento en el predominio de las ideas del sujeto sobre los hechos de la realidad externa. En esta situación, el sujeto cree poder transformar la realidad externa sólo con sus ideas, sin tomar en cuenta las cualidades del mundo que lo rodea.

El modelo idealista ha puesto de manifiesto que el proceso de producción del conocimiento no puede realizarse sin la participación de un sujeto activo, que vaya desarrollando sus estructuras intelectuales. Pero la explicación de este modelo se basa en la prioridad del sujeto, dejando en un lugar secundario a la realidad externa. Al mismo tiempo, reduce la actividad del sujeto a un plano puramente mental o intelectual (74).

El tercer modelo se basa en el principio de interacción entre sujeto ~~cognoscente~~ y objeto de investigación. De modo contrario al modelo mecanicista, en donde el sujeto es un instrumento que registra pasivamente el objeto. El modelo dialéctico del conocimiento atribuye un papel activo al sujeto que a su vez está sometido a condicionamientos diversos en particular a determinados sociales, que introducen en el conocimiento, una visión de la realidad transmitida socialmente. Propone, en el marco de una

(74) ANDION GAMBOA, M. Et. Al. Guía de Investigación Científica, pp. 61, 62.

teoría modificada del reflejo, una relación cognocitiva en la -- cual el sujeto y el objeto mantienen su existencia objetiva y -- real, a la vez que actúan el uno sobre el otro. Esta interac--- ción se produce en el marco de la práctica social del sujeto que percibe el objeto en y por su actividad.

"El tercer modelo está ligado a la definición del ser humano como ser social y la concepción del conocimiento como actividad concreta, en cuanto práctica. Asimismo considera el conocimiento verdadero como un proceso infinito, que tiende a la ver-- dad absoluta con la acumulación de verdades relativas" (75). El modelo dialéctico del conocimiento considera que el mundo existe independientemente y con anterioridad al ser humano y no ha sido creado por ninguna idea o espíritu universal, por lo tanto pue-- den conocerse los diversos aspectos y relaciones de los procesos y objetos del universo. Se rechaza por tanto al agnosticismo.

Para este modelo la realidad está en continuo cambio, movi-- miento, transformación, en cuanto a proceso que es, y no un conjunto de cosas acabadas, por lo que el conocimiento es también un proceso y no un conjunto de datos fijos y acabados. Dicho movi-- miento (desarrollo), no surge por la voluntad de un ser suprasen-- sible o de las ideas (idealismo), sino que es un automovimiento, producido internamente por la contradicción de sus elementos - - (76). Al mismo tiempo, procesos y objetos se encuentran en rela-- ción y dependencia mutua. Existen en un todo interrelacionado.

(75) SHAFF, A. Op. Cit., p. 100

(76) ROJAS SORIANO, R. El proceso de la Investigación Científica, pp. 37, 38.

El modelo dialéctico, también llamado objetivista se sustenta en las tesis anteriormente expuestas. El "como" o la "forma" en que el pensamiento humano puede trascender lo superficial es tratado por Kosik con base en el concepto de pseudoconcreción. Este autor considera que la pseudocreación se presenta como esquemas abstractos o representaciones superficiales, aparentes y engañosas, de la realidad. Estos esquemas deben destruirse a través de un proceso sintético de pensamiento que reúna y dé coherencia a los hechos que aparecen como aislados, como sin sentido. "El individuo debe trascender lo cotidiano, lo superficial, para descubrir tras la apariencia externa del fenómeno, la ley, la esencia del fenómeno" (77). La destrucción de la pseudoconcreción se da con base en el pensamiento dialéctico, que se aplica a los hechos cotidianos a fin de descubrir sus interrelaciones.

El pensamiento dialéctico, se instruye en el método de la dialéctica, que parte de considerar los procesos que se dan en el mundo, en continuo movimiento, con base en sus contradicciones; en contraposición con la concepción estática del mundo, que considera los objetos, configuraciones y productos como algo fijo, como un mundo material cosificado ordinario e independiente: "el mundo del pensamiento común y las representaciones, no los acepta bajo su aspecto inmediato, los somete a un examen en el que las formas cosificadas del mundo objetivo e ideal se diluyen, pierden su fijeza, su naturaleza y su pretendida originalidad,

(77) KOSIK, K. Dialéctica de lo concreto, p. 32.

"para mostrarse, como sedimentos y productos de la praxis social de la humanidad" (78).

La destrucción de la pseudoconcreción mediante el método dialéctico crítico, con el que el pensamiento disuelve las creaciones fetichizadas del mundo cosificado e ideal, para alcanzar la realidad se efectúa como: 1) crítica revolucionaria de la praxis de la humanidad, que coincide con el devenir humano del hombre, en el proceso de "humanización", cuyas etapas clave son las revoluciones sociales. 2) El pensamiento dialéctico, que disuelve el mundo fetichizado de la apariencia, para llegar a la realidad y a la "cosa misma", 3) la realización de la verdad y la creación de la realidad humana en un proceso ontogénico, ya que para cada individuo el mundo de la verdad es al mismo tiempo su propia creación espiritual como individuo histórico social. Cada individuo debe personalmente y sin que nadie pueda sustituirle, formarse una cultura y vivir su vida". (79).

2.2 LA INTEGRACION TEORIA-PRACTICA COMO CATEGORIA CENTRAL DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

Respecto a este proceso MARX escribió: "La falla fundamental de todo el materialismo precedente (incluido el de Feuerbach) reside en que sólo capta la cosa, la realidad, lo sensible, bajo la forma del objeto o de la contemplación, no como actividad humana sensorial, como práctica (tesis I. Feuerbach). No se dá --

(78) KOSIK, K. Op. Cit., p. 33.

(79) Ibidem, pp. 35, 36.

por satisfecho con el pensamiento abstracto y recurre a la contemplación, pero no concibe lo sensorial como actividad sensorial humana práctica" (80).

El carácter activo del sujeto cognocente está en relación con el hecho de que el conocimiento equivale a una actividad. -- ¿Porqué es importante esto?, por que si bien la ventaja del pensamiento reside en la capacidad para elaborar conceptos y juicios generales de las particularidades concretas de los fenómenos, y de poder penetrar en lo esencial, engendra también el peligro de perder conexión con la realidad, de formar arbitrariamente las imágenes perceptivas en contradicción con la estructura y las relaciones existentes en el mundo exterior. Se debe luchar permanentemente contra este peligro, contrastando continuamente los resultados del pensamiento con los objetos percibidos, para tener la garantía de que se mantiene una correspondencia objetiva con la realidad. Para este fin el conocimiento teórico y la práctica deben formar una sola unidad. La teoría solo puede extraerse de la práctica, de la generalización de la experiencia, y debe ayudar a su vez, a transformar la práctica hacia lo nuevo y lo mejor, pues la práctica es el objetivo final de todo conocimiento, "y este no retorna a la práctica en su forma original sino en una configuración más valiosa, en un plano superior, desde este plano más elevado comienza entonces un nuevo ciclo que culminará a su vez en una práctica más útil y superior... la práctica es, en primer lugar la fuente del conocimiento y, en se

(80) MARX, C. "Tesis sobre Feuerbach". Citado en Adam Shaff, Historia y Verdad, p. 96.

gundo lugar, es el criterio de verdad, la prueba más dura de la justeza de lo conocido" (81).

La práctica no se enfoca exclusivamente a la manipulación del objeto, o a la captación de percepciones del mundo externo. La práctica estimula el pensamiento para que el hombre conozca verdaderamente las circunstancias del mundo que lo rodea y, a partir de ese conocimiento transformar la naturaleza en su beneficio. Así la práctica obliga al hombre a pensar y, justamente con ayuda del pensamiento puede alcanzar una comprensión más profunda de la realidad. "Siempre surgirán nuevos problemas de una práctica que continuamente cambia, siempre encontrará el hombre lo desconocido, lo todavía no comprendido que lo obliga a un nuevo acto de raciocinio. En este sentido es como se puede llamar a la práctica el motor del conocimiento" (82).

2.3 EL PROBLEMA DEL METODO EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA A PARTIR DE SU ENFOQUE INSTRUMENTAL.

La enfermería, la medicina, la ingeniería, etc., son quehaceres humanos, que se conforman y surgen con base en las necesidades de los individuos dentro de un desarrollo histórico-social.

La educación es una práctica concreta que se presenta entre los hombres, independiente de las teorizaciones que se elaboran acerca de ella. Por lo tanto es de carácter social y no se reduce al ámbito escolar, como se ubica frecuentemente.

(81) TOMACHEWSKI, Op. Cit., pp. 36, 41.

(82) Ibidem, p. 37.

En este inciso se abordará "lo educativo intencional" en el ámbito escolarizado, donde toma forma y sentido. Se analizará cómo el docente desarrolla un trabajo a partir de las orientaciones de la Didáctica.

La Didáctica ha sido definida como arte, ciencia, técnica, disciplina o metodología; definiciones que "curiosamente" coinciden en excluir de su ámbito el tratamiento de los fines y objetivos de la educación y en considerar que su temática central es la instrumentalización del proceso enseñanza-aprendizaje. De esta manera la Didáctica se reduce a indicarle al maestro cómo debe impartir su clase, a su vez el docente sigue fielmente las indicaciones y deja al margen los cuestionamientos en cuanto a la intencionalidad del planteamiento instrumentalista. El docente se convierte en ejecutor de una metodología que niega su carácter social y se sitúa exclusivamente en el ámbito escolar institucionalizado. La Didáctica se presenta así, como una disciplina acrítica y mediatizadora en la conservación del orden social establecido, a partir del tratamiento reduccionista-instrumental del proceso enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo la Didáctica no puede entenderse como una disciplina de puro orden técnico, cuyo objetivo sea el de proporcionar el instrumental necesario, aplicable al margen de los objetivos y estructura del sistema educativo imperante. "La Didáctica implica una combinación de los niveles teórico-técnico-instrumentales en el análisis y elaboración de los problemas de su ámbito, lo que supone una interrelación permanente entre la indagación -

teórica y la práctica educativa" (83).

La Didáctica es un campo del conocimiento humano, que se conforma con base en las relaciones que establecen los individuos en una sociedad determinada; por lo tanto, en ella inciden factores sociales, históricos, políticos, económicos que requieren ubicarse a través de la contratación permanente de la teoría educacional y los hechos concretos que se presentan en este campo; a partir, de una situación escolarizada en donde el sujeto - investigador es el docente y el objeto a investigar es el proceso enseñanza-aprendizaje.

El análisis del quehacer didáctico obliga a plantear la pregunta ¿cuál es la forma en que opera esta disciplina? ¿Cuál es el método que la sustenta?, ¿existe un solo método? ¿cuáles son sus características?

El sueño del docente de encontrar un método que solucione los problemas del aprendizaje, no se cumple. No existe un método perfecto, absoluto, que se aplica como un molde a los grupos escolares y solucione mágicamente los problemas del aprendizaje, como se sustenta en los enfoques instrumentalistas de la Didáctica.

El docente no posee un método general, posee métodos particulares, conocimientos metodológicos, que le permiten cumplir con su labor. Es un error identificar las técnicas y procedimientos didácticos, como el método que orienta la labor docente.

(83) RODRIGUEZ, A.-EDELSTEIN, G. "El método factor definitorio y unificador de la instrumentación didáctica" Ciencias de la Educación, p. 2.

El método, ubicado en su dimensión general, universal, rebasa ampliamente el aspecto instrumental de las diferentes disciplinas.

El centrar lo metodológico, en lo instrumental, el no ubicar las categorías del método, el no analizar profundamente la labor docente y su intencionalidad, dá lugar a la mitificación de las técnicas e instrumentos, que aparecen como elementos con un valor en sí mismos y, como una panacea para resolver los problemas del aprendizaje.

El docente en la seguridad técnica de su labor, no se preocupa más en analizar los fundamentos teóricos, de una metodología.

El docente influenciado por la metodología instrumental centra su labor en seleccionar y aplicar los medios o recursos diácticos, de gran ayuda, porque de esta manera transfiere su responsabilidad a un conjunto de aparatos e instrumentos: no se preocupa más de ser tachado de verbalista porque ya existe el videocassette, la grabación, la película. Recursos, que al ser utilizados en nada cambian la forma de transmitir los conocimientos, pues se adopta el mismo carácter expositivo del maestro tradicional.

En la tecnología educativa, supuestamente el profesor, cambió su papel de maestro autoritario a democrático, pues ya permite la participación del alumno, a través de los trabajos en equipo, las dinámicas de grupo, la investigación bibliográfica. Técnicas que tras su aparente apertura continúan conservando una relación distante entre el maestro y el alumno y una concepción --

del aprendizaje como transmisión pasiva de conocimientos.

Al enfoque instrumentalista del método se opone la perspectiva del materialismo dialéctico. Considerado como un método general, posibilitado a incluir toda forma de conocimientos y actividad práctica del hombre. El conocimiento humano al pertenecer a campos específicos, requiere también de métodos particulares - que guardan estrecha relación con el método general (84).

El método general o dialéctica materialista "es el procedimiento para la acción práctica y teórica del hombre que se dirige a asimilar un objeto, trata acerca de las leyes más generales del desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, - es la teoría y método del conocimiento de los fenómenos de la -- realidad en su desarrollo, en su automovimiento con base en sus contradicciones internas" (85). En el caso del conocimiento de una praxis humana como lo es la educativa, se dijo que, la práctica se realiza independientemente de las conceptualizaciones -- teóricas que se elaboran acerca de ella, es decir, se identifica un nivel de hecho, un nivel de reflexión, y un nivel de inten--- ción, de acuerdo al análisis hecho por Guillermo García (86).

El carácter social de la práctica educativa se dá como actividad concreta que se produce en el desarrollo de las interrelaciones, entre los individuos.

La dialéctica materialista, a través del método particular- de lo educativo; que es la Didáctica, tiene por objeto analizar-

(84) RODRIGUEZ, A.-EDELSTEIN, G. Op. Cit., p. 10.

(85) I. BLAUBERG I. Op. Cit., p. 75.

(86) GARCIA, G. La educación como práctica social, p. 27.

el fenómeno educativo, a través de la confrontación permanente - entre los niveles de hecho, (práctica), reflexión (teoría) e intencionalidad (finalidad), en un contexto social; dado que en él surge la institución escolar, como espacio, en que el docente debe elaborar una metodología de trabajo con los principios de un método general (materialismo dialéctico) y con las características que le imprima la Didáctica, como método particular.

Una metodología como la descrita, podría conformarse a partir del análisis histórico social de las diferentes corrientes didácticas, en particular de las instrumentalistas, por su carácter dominante en las escuelas del país.

Las metodologías didácticas particulares surgen de los diversos campos del conocimiento, de los que toman sus características, ya que su función se encamina a la orientación del proceso enseñanza-aprendizaje, en el sentido de propiciar formas de pensamiento acordes a los diferentes campos disciplinarios.

En enfermería, a partir del análisis del proceso enseñanza-aprendizaje en su carácter instrumental, se apunta a la elaboración de una metodología didáctica que tome en cuenta la formación de los alumnos en las instituciones de salud.

Para su elaboración es indispensable poner al descubierto - otras instancias: como el carácter hospitalario y curativo de la práctica de enfermería, su confinación al ejercicio de tareas mecánicas y rutinarias; la ubicación de la enfermera como administradora de las instituciones de salud, el carácter tecnicista en la formación clínica de la enfermera; la ausencia de la enfermera en los servicios de salud comunitarios; su actitud acrítica

apolítica y receptiva en cuanto al conocimiento. Estas y muchas otras características, cuyo señalamiento, es objeto de este estudio, deben formar la base sobre la cual se elabore una metodología didáctica en enfermería, que retome el método general.

Se insiste en el método general o materialismo dialéctico, como producto del trabajo teórico-práctico de los hombres, mediante el cual el hombre en su interrelación, con los fenómenos del mundo concreto, conoce verdaderamente la esencia de los mismos y los transforma. El conocimiento se presenta así, como un producto humano que se elabora en la mente a través de dos procesos básicos: el análisis, que identifica las partes de un todo a fin de conocer las particularidades del fenómeno, y la síntesis, que integra las partes del todo y que tiene como fin, en una interrelación análisis-síntesis-análisis, la comprensión cada vez más fina de la esencia del fenómeno.

En enfermería es necesario un análisis de las bases metodológicas que sustentan el proceso enseñanza-aprendizaje.

El presente estudio gira en torno a la hipótesis de trabajo en la que se afirma, que el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería se desarrolla con un enfoque instrumentalista. Como señalamiento, se propone que el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería se ubique en un método general, que es el materialismo dialéctico y retome las categorías de praxis y conocimiento, a fin de que el docente y el alumno elaboren un conocimiento real, acerca de la situación de salud del país y la práctica de la enfermera considerada como un proceso laboral, que adquiere sus características en la interrelación que establece con su objeto=

de estudio: la atención del individuo en las diferentes etapas de la vida, en el proceso salud-enfermedad, en un contexto histórico-social.

Una metodología didáctica en enfermería, sustentada en el materialismo dialéctico debe emanar de los alumnos y docentes de la ENEO, inscrita en el desarrollo histórico del proceso enseñanza-aprendizaje de esta institución. Es decir, no aparece de la nada, no es una nueva fórmula mágica, debe ser producto del trabajo académico, un producto de más calidad abierto a su perfeccionamiento. Una metodología que ubique a las técnicas e instrumentos, como elementos de un todo al servicio del alumno y el docente, y no a la inversa.

El carácter instrumental del método didáctico que actualmente se aplica en la ENEO adquiere forma en la corriente educativa denominada Tecnología Educativa.

La Tecnología Educativa es una propuesta didáctica que invadió, prácticamente, el ámbito de la ENEO a partir de la década de los setenta y que actualmente mezclada con elementos de la didáctica tradicional, orientan el proceso enseñanza-aprendizaje en Enfermería.

La Tecnología surge como una respuesta modernizante a la didáctica tradicional, que durante siglos conservó el dominio en el campo educativo. La didáctica tradicional se sustenta en el orden y programación de los actos educativos, responsabilidad que recae en el maestro, modelo y guía al que se debe imitar y obedecer. Se considera la escuela como ámbito consagrado al sa-

ber, separado de los acontecimientos mundanos. En este espacio los alumnos interactúan con base en la competencia, para obtener premios, grados, victorias y mil recursos más que son empleados por el maestro a manera de "motivación". La escuela tradicional centra la enseñanza en la introyección de modelos: de culturas esplendentes, maestros de la humanidad, obras de arte, poesía, literatura, etc., que los alumnos deben imitar "con objeto de ordenar, ajustar y regular su inteligencia y ayudarlos a disponer de sus posibilidades. (87).

A esta forma de concebir la educación se opone la tecnología educativa, que se presenta como un enfoque novedoso en contra de lo caduco. La Tecnología Educativa sienta su prestigio en el carácter científico de su metodología; entendiéndose por científico, la precisión, la comprobación y la eficiencia; características que se denotan en la definición, expuesta por Chadwick, uno de sus principales teóricos: "aplicación práctica de un enfoque científico y sistemático con la información concomitante al mejoramiento de la educación" (88).

En su conformación interviene la psicología experimental -- que se basa en la cuantificación y observación de la conducta humana, la teoría de conjuntos, como una concepción funcionalista de los procesos que ocurren en las ciencias, básicas y sociales, y, la teoría de la comunicación que se basa en el esquema emisor-receptor-retroalimentación.

(87) PALACIOS, J. La cuestión escolar, pp. 5 y 19.

(88) CHADWICK, citado en Tecnología Educativa, p. 14.

Sobre estas bases la tecnología aborda la planeación del currículum, la elaboración de programas, la operacionalización del proceso enseñanza-aprendizaje a través de las cartas descriptivas, la elaboración de objetivos (Bloom) el diseño de actividades de aprendizaje, etc. etc. En estas actividades subyace el modelo: entrada, proceso, salida. Es decir, el alumno es un ser con ciertas características demostrables observables que se registran en un inventario. A partir de estas características o perfil, el docente elabora ciertos objetivos y actividades de aprendizaje, alcanzables en el proceso, el cual, lejos de ser aburrido como en la enseñanza-tradicional, es ameno con la utilización de un sinnúmero de recursos didácticos: video-cassette, películas, diapositivas, dinámicas de grupo, etc... Si el alumno aprendió, demostrará en la etapa de salida, a través de conductas observables y verificables, que alcanzó los objetivos planteados al inicio del proceso.

La Tecnología Educativa propone este modelo de instrucción como superador del tradicional, ya que el alumno supuestamente desarrolla su iniciativa creatividad, autoconciencia, motivación, confianza en el docente; al participar en el inventario de sus conocimientos y carencias, seleccionar los objetivos y actividades acordes a su ritmo de trabajo, darse cuenta si cumplió o no con los objetivos, lo que le sirve de retroalimentación para iniciar nuevamente el proceso.

Las ventajas proclamadas por la Tecnología educativa, son aparentes, a partir de considerar el aprendizaje como la asimilación de un conocimiento fragmentado en docenas de objetivos y

con la repetición controlada de conductas observables. La libertad y democracia en que se desarrolla el alumno no existen, ya que continúa participando individualmente o por equipo, en la repetición de los contenidos, en la contemplación del video-casette. El maestro, ahora tecnólogo educativo, continúa tan alejado del alumno como el tradicional.

En tanto el viejo maestro entablaba un monólogo desde su estrado, el actual técnico continúa trabajando aislado, en la planeación del acto educativo.

Aclarando las ideas centrales que estructuran este capítulo es posible señalar que: los modelos del conocimiento, proporcionan una noción de cómo se da este proceso, con base en las corrientes filosóficas a las que responden. Se toma como principio el hecho de que en la realidad no se presentan como en la teoría, al respecto, Schaff comenta: "distingo tres modelos fundamentales del proceso de conocimiento (... como se verá más adelante, teniendo en cuenta las combinaciones posibles entre sus elementos constitutivos, existen más de tres)". Lo que no es obstáculo para proporcionar una orientación de cómo se desarrolla el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, a partir de un proceso de conocimiento: al respecto y directamente en el aula, se observa una dependencia absoluta del alumno hacia el maestro, sobre todo en los grupos de nivel técnico: el alumno vive pensando que es obligación del maestro llegar a recitar una serie de conocimientos que cómodamente asimilará desde su butaca. Estos conocimientos tienen un carácter mecánico, ya que son ----

transmitidos a manera de descripción y con abundancia de datos. No se logra identificar los referentes reales a la teoría, por ejemplo: una de las nociones básicas del currículum es el análisis del sistema de Salud en México, el alumno estudia este tema en varias asignaturas, al finalizar estos cursos el alumno -- sólo sabe recitar (en el mejor de los casos) la clasificación de las instituciones de salud, sus recursos físicos y humanos.

No se quiere decir con esto, que el alumno de enfermería -- sea incapaz de desarrollar otro tipo de proceso en el aprendizaje, lo que ocurre, es que presenta una resistencia a involucrarse en su propio aprendizaje. Resistencia fomentada en un hogar paternalista y autoritario y en una sociedad opresora y mediadora en el desarrollo de las potencialidades críticas del individuo.

Es así que el proceso cognoscitivo que se da en el aprendizaje de la enfermería es preponderantemente mecánico, se produce -- como un reflejo de los ~~objetos~~ exteriores en la mente del alumno; al mismo tiempo existe un distanciamiento del sujeto con su objeto de estudio en cuanto la teoría se percibe separada de la práctica, que se dirige a la manipulación del objeto.

Por otra parte, el carácter mecánico del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, es reforzado, por el "método" del docente asentado en un conjunto de técnicas y medios que deben facilitar la transmisión de la información.

III EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN ENFERMERIA

El tercer capítulo es el último de este trabajo. Se contextualiza con el diagnóstico social de la salud en México, el análisis de las instituciones sanitario-asistenciales y la práctica de enfermería en su desarrollo histórico-social. Referentes reales a partir de los que se inició la delimitación del problema -- objeto de este estudio y, que se retomaron en el análisis del -- plan de estudios, a fin de ubicar en un enfoque más cercano y -- particular el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería: considerándolo como interrelación dialéctica del sujeto y el objeto que tiene como fin conocer la realidad que rodea al individuo y -- transformarla, en tanto se sitúa el sujeto como actor de una --- práctica social concreta que válida la teoría, en la cual se nutre, en un movimiento constante práctica-teoría-práctica que se enriquece cada vez más en el conocimiento de un objeto de estudio, determinado.

La fundamentación teórica se elaboró con base en los modelos del conocimiento, la categoría de praxis y la conceptualización del método desde la perspectiva del materialismo dialéctico.

En este capítulo se interrelacionan y concretizan las categorías teórico-prácticas manejadas a lo largo del trabajo y, revertidas en el análisis de: el desarrollo de la práctica en enfermería, en cuanto a su conceptualización, corrientes teóricas que la sustentan, concepto de aprendizaje que la subyace, conceptualización del objeto de estudio en enfermería a partir de su -

práctica, desarrollo histórico, intencionalidad en su carácter mecánico, instrumentación a través de la práctica clínica, influencia del practicismo en la formación de la enfermera (o) y, alternativas del proceso enseñanza-aprendizaje a partir de la categoría de praxis. Asimismo, con base en el análisis del plan de estudios, se aborda el aspecto de contenidos, en cuanto a su manejo tradicional, las causas a que obedecen su integración y selección en el currículum de enfermería y, las características de su instrumentación con base en estos criterios. El tercer inciso aborda, a manera de última síntesis, la metodología didáctica utilizada en el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería: caracterizando, en primer término al docente de enfermería y la metodología de trabajo utilizada tradicionalmente, con la irrupción de la Tecnología Educativa, como corriente innovadora, que en nada ha cambiado el carácter mecánico del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería. Por lo tanto se propone conformar un nuevo proceso.

3:1 EL CARACTER PRACTICO DE LA ENSEÑANZA EN LAS ASIGNATURAS DE ENFERMERIA.

-La Enseñanza clínica

Las asignaturas de enfermería contemplan un período teórico y un práctico. Este último se desarrolla en las instituciones de salud, en donde el alumno debe confrontar la teoría con los hechos reales que suceden en torno al individuo sano ó enfermo.

A este período se le llama práctica clínica y a la conduc--

ción del mismo, por parte de un docente de enfermería: enseñanza clínica.

Los procedimientos de Enfermería son los actos a efectuar - en la práctica clínica. Van de los más sencillos como colocar - al paciente en una posición determinada, hasta los de mayor complejidad como el manejo de un niño prematuro, la vigilancia del trabajo de parto, el control de la mujer embarazada en la comunidad, etc.

Los procedimientos de Enfermería se han integrado en el desarrollo de la profesión y, tienen como objetivo, de acuerdo al plan de estudios: satisfacer las necesidades biopsicosociales - del individuo a través de un trabajo concreto de enfermería que implica habilidad manual y capacidad intelectual.

La enseñanza de los procedimientos se realiza a través de - demostraciones por parte del docente y repetición por parte del alumno. Se apoya esta actividad con la memorización y repeti---ción de los principios científicos que son tomados de diferentes disciplinas: por ejemplo: los microorganismos proliferan en un medio sucio, la circulación de la sangre es constante y se efectúa en un circuito cerrado, etc. Estos principios se han seleccionado, a través de estudios de origen norteamericano, para ser aplicados a las acciones específicas de enfermería. Subyace a - estos estudios la concepción de práctica de enfermería, como trabajo manual de apoyo al médico. Se considera que si la enfermera realiza un trabajo complementario no es necesario que aplique en su trabajo la totalidad de las ciencias básicas y sociales. - Le basta conocer ciertos fragmentos.

La enseñanza práctica de la enfermería se ha orientado en primer término con el método de solución de problemas. Este método implica la selección de los procedimientos de enfermería -- más adecuados con base en una situación problemática del paciente. La solución de problemas como método subyacente del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería se caracteriza por la actividad individual y la obtención de resultados tangibles, así como la ejecución de actos deliberados e intencionales, que se ejecutan en un ambiente natural y que se presentan como problemáticos (89). "Se le ha definido como el método más efectivo para enseñar la aplicación de principios científicos... como era de esperarse, mientras más se hacía practicar a los estudiantes en -- usar la ciencia para resolver problemas de enfermería, más adeptos se volvían a este proceso (90).

El método de solución de problemas reduce el concepto de -- práctica a la realización de actividades por parte del alumno, -- que debe demostrar rapidez y eficiencia en su realización.

El espacio de aprendizaje, en esta concepción, no va más -- allá de la sala de hospitalización, en donde el maestro conforma situaciones problemáticas, para que el alumno se habilite en su solución. Los problemas de índole social no intervienen en este enfoque reduccionista de la realidad. Por otra parte la ciencia se considera como un ente metafísico, legado a la enfermería, -- que no interviene en su construcción.

(89) HEIDGERKEN. Enseñanza de la Enfermería, p. 302

(90) NORDMARK. Principios Científicos aplicados a la enfermería, p.33.

El método de solución de problemas sustenta lo que enfermería se ha denominado enseñanza clínica. La enseñanza clínica se define como un "proceso por medio del cual, la estudiante adquiere las destrezas manuales en un área y tiempo determinado, llevando como antecedente las bases teóricas y la dirección de la profesora de enfermería".(91): Este tipo de enseñanza se lleva a efecto en los campos clínicos, que son las instituciones de salud en donde la estudiante aplica los conocimientos teóricos y desarrolla habilidades y destrezas, las que se obtienen sólo a la cabecera del paciente, en el trato directo con la familia y comunidad.

El término clínica proviene del griego Klinikós que significa junto al paciente. El objetivo original de la enseñanza clínica fue instruir al alumno en los procedimientos de atención al paciente encamado, idea tomada de los textos norteamericanos de enfermería. Actualmente su función se amplía a la comunidad en la instrucción de técnicas y procedimientos que se encaminan a la prevención de enfermedades.

La enseñanza clínica puede ser planeada o incidental. La planeada se refiere a la selección y organización de aquellas situaciones de aprendizaje que en teoría se presentan como confusas ó incompletas, ya que sólo la práctica proporciona el equipo, material, ambiente, etc. que le permite al alumno comprender determinados procedimientos de enfermería. La enseñanza clínica -

(91) PROFESORAS DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL IMSS, en Guadalajara.

"El proceso educativo en la enseñanza de enfermería en los campos clínicos". En revista mexicana de enfermería pediátrica, p. 18./

incidental se realiza en el momento en que se presenta una situación propicia: para que el alumno, aprenda la manera correcta de realizar un procedimiento, la rapidez con que debe efectuarlo, el momento oportuno para intervenir, la observación de signos y síntomas, etc.

El objetivo de la enseñanza clínica es orientar el proceso-enseñanza-aprendizaje en las instituciones de salud. Papel que corresponde al docente de Enfermería. Este proceso se inicia en el aula y laboratorios y, se reafirma directamente con el individuo sano o enfermo, en un ambiente real.

Fase fundamental de la enseñanza clínica es la supervisión de los estudiantes, que se efectúa: "para verificar que la alumna integre en forma correcta, los conocimientos adquiridos en el aula, a fin de, aplicar a tiempo el correctivo adecuado" (92), - valorar si la alumna va adquiriendo habilidad y destreza en el desarrollo de sus actividades, y verificar que la alumna realice en forma adecuada las técnicas y procedimientos propios de la institución donde se realiza la práctica.

La supervisión clínica se efectúa también por el personal de enfermería y, otro personal: médicos, dietistas, trabajadores sociales, etc. Se considera que el personal de servicio tiene la responsabilidad de orientar a los estudiantes de enfermería, para que brinden una mejor atención al paciente y, aumenten sus conocimientos. A este tipo de asesoría se le llama supervisión indirecta. La directa es ejecutada por la profesora en

(92) PROFESORAS DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL IMSS, en Guadalajara. Op. Cit., pp. 18,19.

fermera a través de: a) estudios de sombra: que consisten en llevar un control por horas de las actividades de los alumnos, a fin de valorar la rapidez y calidad en la ejecución de los procedimientos; b) escala estimativa: que permite valorar aptitudes y calidad de los procedimientos efectuados; c) observación: como medio para identificar la participación de los alumnos en los diversos programas de la institución; d) anecdotario: para registrar las actividades diarias de la alumna durante su práctica hospitalaria; e) reportes: para conocer la actuación de la alumna, a través del personal de la Institución. Se utilizan, también, otras técnicas como la entrevista, charlas, buzón de sugerencias, etc.

Las características de la práctica clínica arriba anotadas permiten identificar el concepto de práctica que subyace en el proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería. Caracterizado este último por una división entre la teoría y la práctica, primero se aprende la teoría y después se aplica en la práctica; es decir, de una formación libresca se pasa a una capacitación en la realización de actividades y funciones. En el aula, el alumno se encuentra alejado de los problemas reales y en los servicios de salud los aborda a través de una visión eficientista y practica.

En el segundo capítulo de este trabajo se abordaron los aspectos más importantes del proceso cognocitivo y la integración teoría-práctica, como referentes teóricos a la crítica de la enseñanza clínica: se afirmó que no puede existir conocimiento -- sin problemas, ni problemas sin conocimiento. La enseñanza clíni

ca como forma particular de conducir el proceso de aprendizaje - en enfermería centra su atención en el problema u objeto externo, al que el sujeto debe manipular, contemplar, registrar, pero no transformar. Al considerar el aprendizaje de esta manera, se propicia la formación de enfermeras (os) mecánicas al realizar las actividades propias de su trabajo y desinteresados de los problemas sociales que determinan la salud.

El mecanismo y la rutinización, limitan el desarrollo intelectual de la enfermera (o) ya que "las funciones psíquicas surgen y se desarrollan como reflejo de los acontecimientos de la actividad práctica" (93). Si la enfermera se considerara así misma como una profesionista capaz de realizar actividades complejas y de alta responsabilidad, posiblemente enriquecería su práctica con diversos conocimientos. El problema es que considera su trabajo poco importante y, por lo tanto carente de interés. Así ocurre que en el transcurso del tiempo olvida los conocimientos aprendidos en la escuela, hasta llegar a realizar procedimientos manuales de alta complejidad, pero sin fundamentos teóricos. Esto es conveniente para los grupos médicos, que detentan la hegemonía intelectual, ya que cuentan con numerosas manos eficientes que actúan, pero no piensan.

El proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería se desarrolla con base en la repetición de una serie de conocimientos científicos que respaldan la ejecución de las técnicas y procedimientos clínicos. De esta manera la escuela contribuye a fortalecer

(93) TOMACHEWSKI, Op. Cit., p. 44.

el carácter técnico de la profesión: Desde la época escolar el estudiante se convence, a través de lo que observa en la relación enfermera-médico-paciente, que en el futuro realizará una labor rutinaria, dependiente de las órdenes del médico y sin importancia. En general, el personal de enfermería no logra vislumbrar la gran riqueza de un trabajo cuando se analiza en sus dimensiones socio-históricas. La enfermera diariamente administra medicamentos pero no se pregunta ¿Porqué no se nacionaliza la industria farmacéutica? ¿Porqué se disminuye el número de medicamentos en el cuadro básico? ¿La racionalización de medicamentos afecta la salud de los pacientes?, asimismo, atiende al obrero enfermo sin preguntar: ¿Cuáles son sus condiciones de trabajo? ¿Influyeron en su enfermedad? ¿Porqué como trabajador rural afiliado a un régimen de seguridad social, no tiene derecho a las prestaciones que disfruta el trabajador urbano?

Miles de preguntas puede plantear la enfermera (o) que permitan, como plantea Karel Kosik: "destruir la aparente independencia de los fenómenos que se presentan en el mundo como desarticulados, destruir las relaciones inmediatas, cotidianas para alcanzar lo concreto, mediante un proceso de pensamiento en que el mundo aparente se revela como real y tras la apariencia externa del fenómeno, se descubre la ley del fenómeno, la esencia --- (94). A las preguntas planteadas corresponde un referente real y de los referentes reales se elaboran nuevas preguntas cada vez más complejas, que tienden a desentrañar un mundo en continuo mo

(94) KOSIK, K. Op. Cit., p. 32.

vimiento.

Esta sería la principal aplicación en enfermería de la categoría de praxis. La que permite vincular teoría y práctica: --- "Las habilidades, destrezas y hábitos posibilitan la adquisición de nuevos conocimientos en un campo concreto de trabajo, al mismo tiempo se requiere de cierto caudal de conocimientos para desarrollarlos" (95).

La categoría de práctica como criterio de verdad en los conocimientos adquiridos, posibilita la construcción de una nueva metodología de enseñanza clínica: la que es posible considerar no como la vigilancia en la realización de técnicas y procedimientos, sino como el diálogo constante del docente y el alumno acerca de las experiencias que viven en las instituciones de salud en confrontación con la teoría aportada por las diversas --- asignaturas.

3.2 LA INTEGRACION DE LOS CONTENIDOS COMO UNO DE LOS FACTORES DEFINITORIOS DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.

Es interés de este trabajo abordar el aspecto de contenidos, ya que es la materia prima con la que trabajan docentes y alumnos y, en derredor del cual se construye el proceso enseñanza-aprendizaje. Generalmente los contenidos son considerados como un conjunto de conocimientos ya validados que no admiten crítica ni modificación alguna. Sin embargo es necesario aclarar co-

(95) TOMACHEWSKI, Op. Cit., p. 46.

mo se integran y a qué criterios obedece su selección: en el caso del currículum de la ENEO, se parte de la idea que la conformación del contenido no es ajena al desarrollo histórico social de la práctica en enfermería. Como ya se apuntó en el capítulo primero la enfermería nace como una actividad de auxilio al médico, por lo tanto su preparación giró en torno a la capacitación en aquellas actividades de servicio al paciente y organización de la institución hospitalaria. Actividades que mucho tenían de domésticas. Con el desarrollo de los grandes centros hospitalarios, la enfermería encontró un amplio campo de trabajo, sin embargo la preparación continuó centrada en el aprendizaje de actividades técnicas, que si bien aumentaron en complejidad y sofisticación, no modificaron la práctica de la enfermería.

Si revisamos los contenidos de las asignaturas de enfermería, encontramos que la única noción básica que existe se refiere a los procedimientos y técnicas de enfermería, sin que exista explícitamente una reflexión en cuanto a este tipo de conocimientos y su relación con el resto de las disciplinas del plan de estudios.

Los contenidos de los ejes o materias complementarias no se integran con los de las asignaturas de enfermería o ejes orientadores, como se puede constatar en la práctica, en donde el alumno se dedica exclusivamente a realizar procedimientos de tipo manual y, se olvida de los conocimientos aportados por las asignaturas complementarias, las que son ubicadas por el alumno como separadas de la enfermería. Esta en cuanto no logra trascender el tecnicismo y ubicar su objeto de estudio, no logra vincular -

otros conocimientos, creando confusión en los alumnos, que en no pocas acciones demuestran más afinidad por la Sociología, la Ecología, etc., que por la Enfermería, ya que son asignaturas cuyos contenidos están mejor estructurados en cuanto proporcionan al alumno una visión más clara de la meta que persiguen.

Los contenidos de las asignaturas de enfermería están orientados a la realización, de técnicas y procedimientos y, este enfoque se ha tratado de soslayar, barnizando los aspectos prácticos, con los contenidos tomados de otras disciplinas (Anatomía, Patología, etc.). Por lo tanto en el aula la impartición de las asignaturas de enfermería a lo largo de los semestres es tediosa, pues se continúan repitiendo los mismos contenidos, por otra parte los docentes de enfermería abordan los contenidos de otras -- disciplinas con diferente profundidad, por ejemplo para que el alumno tome signos vitales, el docente de enfermería debe retroalimentar los conocimientos de la Anatomía y Fisiología del aparato respiratorio y circulatorio, pero ¿en qué profundidad?: algunos docentes opinan que de manera "superficial" dado que no se está preparando a un médico y otros que de manera "profunda" para no caer en un empiricismo. Ambos niveles: "Superficial" y "profundo" no tienen un referente real. El propio plan de estudios no lo establece. La ambigüedad de los programas es un problema que se aborda en la ENEO, a través de la elaboración de -- las cartas descriptivas, instrumento que ha demostrado su incapacidad para que en torno a él los docentes analicen el contenido. Esto se demuestra en las largas dicusiones que se establecen en su elaboración y, en donde sólo se abordan aspectos de reacomodo

al contenido.

En síntesis el análisis de contenidos del plan de estudios de la ENEO, requiere de un sustento teórico, diferente al instrumentalista: que parta del contexto histórico-social en el que se desarrolla la enfermería, la conformación de un objeto de estudios, las implicaciones sociales de la profesión, su vinculación con la comunidad, la situación social de la enfermera como mujer. Nociones que deben ser revertidas en un modelo curricular llámese por áreas ó módulos, que rescaten aquellos ejes quedarán orientación a la formación del estudiante de enfermería como son la práctica social de la profesión, los objetos de transformación, la práctica dominante y emergente, la selectividad de la información orientada a la resolución de problemas, etc., Nociones que deben ser confrontadas constantemente por docentes y alumnos en un currículum vivido.

3.B. METODOLOGIA DIDACTICA QUE ORIENTA EL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE.

En la ENEO el conductor central del proceso enseñanza-aprendizaje es el docente de enfermería, que imparte las materias base del plan de estudios, orienta al estudiante acerca de las características específicas de la profesión y conduce la práctica-clínica.

Los docentes que imparten las asignaturas de enfermería, deben ser Licenciados en Enfermería con un curso de preparación pa

ra la docencia; requisitos que son similares para los profesio--
nistas que imparten otras materias.

Tradicionalmente el docente de enfermería ha conducido el -
proceso enseñanza-aprendizaje con base en una férrea disciplina
y responsabilidad: conoce perfectamente hasta el último detalle,
los procedimientos propios de su profesión; se preocupa por am--
pliar sus conocimientos acerca de las ciencias básicas (Anatomía,
Fisiología, etc.): está al tanto de los avances que se presen--
tan en las ciencias médicas: cumple escrupulosamente con los --
programas que se le encomiendan: es más, lo rebasan, tratando -
de incluir todo aquel conocimiento que sea útil al alumno; su i--
magen denota pulcritud, seguridad, puntualidad, dominio del cono--
cimiento; en su interrelación con el alumno proyecta estas carac--
terísticas: le exige profundizar en los conocimientos, realizar
los procedimientos en forma detallada, completa, sin que falta -
ningún elemento.

Al alumno adolescente se le exige portar un uniforme perfec--
tamente integrado, tal como lo marca el reglamento. Se comporte
de manera comedida, no debe reír o hablar fuerte en las institu--
ciones de salud, debe integrarse al equipo de trabajo, estable--
cer buenas relaciones con el personal, pacientes y familiares, -
ser cortés, agradable, pulcro en su presentación: con el cabe--
llo corto o recogido, uñas cortas, zapatos limpios y maquillaje--
discreto, sin portar bolsas ó ~~morrallas~~ de colores, etc. etc.

La disciplina con que el docente conduce el proceso enseñan--
za-aprendizaje es objeto de diversos comentarios. Asimismo cada
docente la entiende a su manera: en algunos casos con un exage--

rado autoritarismo y en otros, tratando de modificarla, se cae en un "dejar hacer" al alumno.

Se considera que esta serie de normas y reglamentos que subyace al proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería no es buena, ni mala, si bien debe ser ubicada en su justa dimensión a través de un diálogo constante entre maestro y alumno: lo que permitiría establecer una relación equilibrada entre ambos, para evitar los sesgos hacia el autoritarismo o la apatía.

La hegemonía en la conducción del proceso enseñanza aprendizaje, por parte del docente de enfermería tradicional, se modificó en los últimos años con la incorporación de la tecnología educativa.

El docente de enfermería, pendiente de todos los cambios en el campo educativo incorporó esta nueva propuesta a su práctica cotidiana. La tecnología educativa se instaló en la ENEO, bajo la modalidad denominada sistematización de la enseñanza.

Inscritas en esta corriente, actualmente se elaboran cartas descriptivas para planear los cursos, de las diversas materias; este trabajo, lejos de retroalimentar la práctica docente distrae la atención y desgasta la energía de los maestros: al elaborar docenas de objetivos de acuerdo a la taxonomía de Bloom, seleccionar el contenido, con el que puedan lograrse, identificar las técnicas y recursos didácticos idóneos para que el maestro transmita el conocimiento y, el alumno supuestamente participe, diseñar actividades que refuercen el aprendizaje. Por último el docente debe verificar los conocimientos del alumno señalados en los objetivos conductuales.

Estas tareas que forman parte de la obligación del docente, no sólo en la ENEO, sino en buena parte de escuelas y facultades de la UNAM., actúan como un distractor para analizar los programas y el currículum en general, en un sentido que trascienda los estudios superficiales y/o instrumentalistas.

En el aula el proceso enseñanza-aprendizaje se presenta como la transmisión de conocimientos por parte del docente y la -- aceptación pasiva por parte del alumno. Este proceso repetido-- durante largos años es aceptado por maestros y alumnos como lo -- natural, lo aceptado. Se afirma lo anterior, ya que si fuera de otra manera tendríamos maestros y alumnos inconformes por un pro-- ceso cognoscitivo mecánico, tal como se presenta de manera gene-- ral en la ENEO, lo que no sucede. Al parecer la pasividad en la transmisión y asimilación de conocimientos es un hecho que ha -- signado la historia académica de alumnos y maestros. Por lo tan-- to lo que sucede en las aulas de la ENEO, es un proceso reproducido a lo largo del desarrollo escolar del estudiante.

Pero, el hecho de que suceda así, no quiere decir que deba-- ser así: el alumno de la ENEO no es un adolescente quieto con-- la mente abierta como vasija, para recibir los conocimientos. -- El maestro que observa a los alumnos puede corroborar fácilmente, que el alumno esta lleno de inquietud, de energía. Que se encu-- bre en una sonrisa desdeñosa, en un jugueteo con el lápiz. El a-- lumno sale al baño, regresa, se mueve nervioso en su asiento, -- platica con su compañero, se irrita, se aburre, la causa tal vez, esté en el Planteamiento de Paulo Freire, cuando menciona que -- los individuos se rebelan cuando se les proporciona un conoci---

miento acabado, digerido, ya que este hecho va contra su naturaleza: dirigida a la búsqueda y redescubrimiento constante de -- los acontecimientos.

Para el docente de enfermería es realmente difícil encauzar la energía de los alumnos en el análisis y conocimiento de las -- asignaturas, ya que la mayoría de ellos provienen de secundaria -- y carecen de habilidad en la lectura, escritura y lenguaje; por lo que la elaboración del conocimiento con base en estas habilidades, se inicia casi a partir de punto cero. El docente de enfermería tiene que orientar el proceso enseñanza-aprendizaje --- acerca de los contenidos de su asignatura y retroalimentar la metodología, para que el alumno analice una lectura, redacte un -- trabajo y se exprese coherentemente.

La situación anteriormente descrita, abre la posibilidad al docente de enfermería, de conocer e incidir en los procesos intelectuales del alumno. Procesos, a través de los cuales puede -- construir el conocimiento; en contraposición con la memorización del mismo. La posibilidad existe, la factibilidad depende de -- los alumnos y maestros de la ENEO.

El proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería tiene una -- gran riqueza, en tanto que, la teoría se valida constantemente -- en la práctica. Es de notar que en el período de práctica el -- alumno demuestra claramente sus habilidades y carencias; tanto -- manuales como intelectuales. La situación concreta le exige actuar tal como es; con su lenguaje, hábitos, miedos, etc. Elementos que inciden en el proceso enseñanza-aprendizaje y, que la -- sistematización de la enseñanza e instrumentos derivados de ésta,

no contemplan, porque no se ven y no se miden. Sin embargo, los docentes de enfermería que conducen la práctica clínica conocen mil situaciones en las que participa el alumno, como ser humano con toda su problemática psico-social, Interactúan estos factores en el proceso enseñanza-aprendizaje y, no hay instrumento o técnica que los mida o los controle: ya que el proceso enseñanza-aprendizaje va más allá de la repetición de conocimientos o habilidades manuales, involucra al ser humano en su totalidad: "toda conducta humana es siempre molar, y toda actividad segmentaria, no es nunca realmente una actividad segmentaria, sino que implica siempre al ser humano, como totalidad, en un contexto social"(96).

En ese sentido el docente de enfermería debe orientar el proceso enseñanza-aprendizaje en torno a las siguientes actividades: rescatar las dudas del alumno, romper las resistencias para elaborar tareas que le parecen insuperables, comprometerlo en el análisis de los problemas sociales que le competen, canalizar el miedo a la responsabilidad, cuando atiende al paciente, orientarlo en el análisis de la disciplina hospitalaria, centrarlo en el aprendizaje de los contenidos que marcan las diversas asignaturas. Considerando los conocimientos como verdades parciales -- que se amplían y profundizan conforme avanza el proceso escolar del alumno, a través del desarrollo del plan de estudios y, en contacto con la práctica.

Estos propósitos se posibilitan, cuando el docente de enfer

(96) BLEGER, J. Temas de Psicología, p. 81.

mería actúa como asesor y guía. Para lo cual, debe romper con el modelo de autoritarismo heredado de la metodología didáctica-tradicional y con el eficientismo, derivado de la tecnología educativa. Influencias que conforman una relación docente-alumno, tensa, de desconfianza, de mando por parte del maestro y de subordinación por parte del alumno. Estas pautas de conducta, el alumno las internaliza hoy y, aplicará mañana como docente, como jefe de servicio o, supervisor en las instituciones de salud.

El proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería debe basarse en un análisis constante, teoría-práctica, teoría. En este proceso el primer contacto con el fenómeno tiene un carácter difuso, no hay claridad respecto a los elementos constitutivos. Un ejemplo claro en enfermería se identifica en el desarrollo de la práctica clínica: el primer día los alumnos reciben información acerca de la institución, se les habla de su historia, patologías más frecuentes, número de camas, servicios con que cuenta, etc.: lo que sucede en ese momento no es la representación mental de una imagen a través de la asimilación de datos, como frecuentemente se piensa. El acto de aprender no es mecánico e instantáneo, como lo demuestra las actividades de los alumnos: que en este tipo de situaciones, se encuentran nerviosos por iniciar actividades en un campo clínico desconocido, captan lo más relevante, lo que les parece de mayor interés de acuerdo a su marco teórico-referencial. Recorren la institución, y se formulan preguntas, observan el material y equipo y lo identifica con objetos ya conocidos. Observa al paciente y se pregunta cómo lo atenderá, o cómo escapará a la vigilancia de la profesora para -

no hacerlo porque siente miedo. Su primer incursión a un campo-clínico, que es un campo de aprendizaje, resulta difusa conflictiva, llena de analogías con lo ya conocido: un familiar enfermo, una experiencia personal en una institución de salud, su medio ambiente, etc. Grandes interrogantes se abren a partir del primer contacto con un campo práctico de conocimientos.

Conforme pasan los días el estudiante puede contestar paulatinamente las preguntas planteadas al inicio de la práctica. Las respuestas serán tan completas como profundo el análisis de las situaciones. El alumno debe, con base en la teoría y la práctica unir los hechos que al principio le parecían aislados para conformar situaciones cada vez más totales. El alumno avanza en el conocimiento a través del proceso análisis-síntesis-análisis, que es cada vez más completo y que tiende a la obtención de ciertos productos del aprendizaje, que deben estar orientados -- por los programas de las asignaturas.

En la situación descrita, se evocan los momentos del proceso enseñanza-aprendizaje, marcados por Azucena Rodríguez, en: - Introducción, Desarrollo y Síntesis. (97). Considerados en este trabajo como elementos orientadores del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, mismos que posibilitan conformar una nueva alternativa al proceso de enseñanza tradicional, que si -- bien contiene aspectos rescatables, es preciso marcar en contraposición sus errores, que se resumen en las siguientes críticas:

(97) RODRIGUEZ A. "El proceso Enseñanza-aprendizaje en el nivel superior y Universitario" en revista Colección Pedagógica, p. 2.

los estudiantes de enfermería han sido moldeados a través de su educación a verse así mismos no como trabajadores importantes, capaces de tomar decisiones en las instituciones de salud, ya que sólo pueden hacer lo que se les dice y no pueden tomar decisiones por ellos mismos.

Se ha dicho también que la educación de un estudiante de enfermería es básicamente un proceso de "desocialización". Durante su entrenamiento como enfermera (o), el estudiante está expuesto a muchas experiencias que le evocan culpa, humillación, miedo y que finalmente socavan su propio sistema de valores, su creatividad y deseo de experimentación. Los valores que más se enfatizan en el entrenamiento de enfermería son el orden, la rutina, meticulosidad, trabajo duro y cohibición.

Una de las primeras cosas que el estudiante de enfermería aprende es el hecho de que existe una manera correcta de hacer las cosas, ya sea para hacer una cama o para tratar a un paciente con hemorragia. Toda desviación es corregida duramente, borrando las diferencias en la mente del estudiante entre lo que es cuestión de peligro serio para el paciente y la multitud de tareas que se podrían mejorar con la imaginación, la innovación, la flexibilidad y la iniciativa. Pero hay poco lugar para juicios personales en las escuelas de enfermería, porque la función de esta educación es la de producir enfermeras con conducta preprogramada y poca imaginación que encajan en el patrón de cuidados exigido por la profesión médica.

Así el proceso de educación en enfermería fracasa en preparar mujeres y hombres en condiciones de desafiar lo que encontra

rán más tarde, cuando entren de lleno en el sistema de salud como trabajadoras de tiempo completo. Habrán aprendido que es más fácil perpetuar el sistema presente de cuidados a la salud que desafiarlo.

Así ayudarán a cumplir el objetivo de toda institución: -- mantenerse así misma perpetuando al mismo tiempo el sistema socio-económico que la crea y al cual sirve (98).

Una nueva propuesta de la educación en enfermería debe apuntar a "una lectura de la realidad, lectura coherente, no aceptación acrítica de normas y valores. Por el contrario, apuntamos a una lectura que implique capacidad de evaluación y creatividad (transformación de lo real).

Esta concepción del aprendizaje como praxis, como relación dialéctica nos lleva necesariamente a postular que el enseñar y aprender constituyen una unidad que debe darse como proceso unitario, como continúa y dialéctica experiencia de aprendizaje en la cual el rol docente y el rol alumno son funcionales y complementarios" (99).

En resumen es posible señalar, que la práctica en enfermería se desarrolla a través de la manipulación del objeto, lo que conforma un proceso de aprendizaje mecánico; en donde el concepto de hombre se identifica como una mente abierta al depósito de las ideas y, unas manos hacedoras de quehaceres rutinarios.

(98) CIDHAL. "Adaptación de Teach the Woman to know her place". Health pal - bulletin September 1970. México 1979. pp. 4, 5.

(99) PICHON - RIVIERE, E. El proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología social. p. 204.

la realidad en que labora este sujeto es una sala de hospital; - que como campana de cristal, se considera aislada de los problemas que involucran a toda la sociedad, ya que el recinto hospitalario está hecho para curar enfermos, para solucionar problemas biológicos, y no para ventilar problemas de otra índole. De esta manera la enfermera debe centrarse en las labores para las -- que fué creada: auxilio al médico y servicio al paciente. De -- ahí que las relaciones que establece con el médico son las de su subordinador-subordinado y con el paciente, las mismas, pero en es te caso el subordinado es el paciente. En estas relaciones verticales de autoridad los individuos se encuentran aislados, realizando cada quien, lo que les compete y para lo que están deter minados. Es así que el concepto de práctica social se encuentra mediatizado por un orden establecido, en donde las instituciones hospital y escuela, mucho tienen que ver. En el caso de la ---- ENEO, la escuela se presenta como formadora de técnicos, a par-- tir de un currículum centrado en la ejecución de procedimientos, subsanados con la incorporación de fragmentos de las ciencias fí sicas y sociales. En esta integración de contenidos se lee, la carencia de un objeto de estudio en enfermería, que oriente la - formación del estudiante. Así mismo el docente, de la ENEO, le- jos de elaborar un análisis acerca de su práctica, ha incorpora do a su labor una serie de recursos didácticos, tomados de la -- tecnología Educativa, con lo que se refuerza la transmisión mecá nica de los conocimientos.

Es finalidad de este trabajo, que los docentes de la ENEO, rescatando los elementos clínico-docentes en la enseñanza de la-

enfermería, ya de larga tradición, elaboren una propuesta metodológica, con base en la categoría de "práxis", considerada como el criterio que ha de validar, día a día en las diversas instituciones de salud, los conocimientos aportados por la teoría, en un movimiento práctico, teoría, práctica. Asimismo, analicen el currículum de la ENEO, como un documento en el que convergen los condicionantes socio-históricos de la enfermería. Por último esta propuesta debe incorporar una acción del docente de enfermería; encaminada a desarrollar los hábitos de trabajo intelectual del alumno. Actividad a partir de la cual se posibilita la participación y compromiso del alumno en su proceso de aprendizaje.

CONCLUSIONES

- El proceso Salud-enfermedad tratado desde el punto de vista epidemiológico, o bien a través de la teoría general de sistemas-- se presenta como mecánico y universal.
- El proceso salud-enfermedad es multicausal, en él inciden los factores biológicos como causas inmediatas de la enfermedad, -- así como las condiciones de vida de los individuos, determinadas; por la forma en que la sociedad se organiza para producir y reproducirse, con base en el trabajo humano.
- La enfermería como actividad Social y humana, en la integración de un objeto de estudios propio, ha de respetar la especificidad tanto de lo biológico como de lo social, en la atención del individuo sano o enfermo, en las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte.
- El análisis de los eventos relacionados con la vida: mortalidad, morbilidad, natalidad se realiza desde un punto de vista estadístico, sin reconocer las variables socio-económicas que -- son elementos explicativos. Por lo que esta deficiencia las -- descalifica, para que, con base en estos datos se formulen programas y proyectos que tiendan a mejorar la salud de la población.

-Las instituciones de Salud en México, cuentan con diferentes recursos, de acuerdo al tipo de población que atienden y al lugar que ocupan estos grupos en el proceso de producción.

-La enfermería tiene su origen en la práctica libre e independiente de curanderas y comadronas, dedicadas a atender las dolencias del pueblo. Su hegemonía en el arte de curar fue mal vista por la iglesia y el estado, quienes prepararon en la Universidad un grupo de jóvenes, para despojarlas de su práctica curativa, y confinarlas, más tarde a realizar actividades de auxilio al médico, Servicio al paciente y organización de los hospitales. Actividades que se realicen en la actualidad, con otros nombres y mayor complejidad.

-El perfil de la enfermera se describe de la siguiente forma: profesionalista a nivel técnico o licenciatura, con ubicación preponderante en los hospitales, realiza actividades mecánicas y rutinarias dirigidas a proporcionar bienestar al paciente. Único fin por el que se encuentra laborando. Para la enfermera no existen problemas sociales y se declara apolítica. En su trabajo diario tiene que obedecer las órdenes médicas sin replicar y tolerar al mismo tiempo el cortejo sexual de los médicos. Al salir de trabajar realiza extenuante trabajo doméstico, o bien continúa su trabajo en otra institución.

-El papel de la enfermera debe analizarse en un contexto social en donde la mujer es moldeada por la familia como dócil discreta, femenina y dependiente de la fuerza masculina.

- La práctica médica y de enfermería se han conformado histórica y socialmente, de tal forma, que la enfermera establece una relación de sumisión y en el fondo de antagonismo con el médico; lo que impide a ambos situarse como trabajadores de la salud -- con problemas y alternativas comunes.

- Desde el punto de vista metodológico el diseño curricular de la ENEO, por áreas de conocimiento presenta fallas, en cuanto carece explícitamente de problemas o ejes orientadores en torno a los cuales se construya el conocimiento.

- La falta de ejes orientadores en el currículum de la ENEO, es uno de los factores que favorece el enciclopedismo y la repetición de contenidos.

- Los contenidos del currículum de la ENEO se han conformado social e históricamente, con la incorporación de una serie de técnicas y procedimientos, respaldada por diversas disciplinas.

- El proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería se caracteriza por la transmisión pasiva e indiscriminada de información, misma que es vehiculizada por los medios e instrumentos didácticos. Por lo tanto el proceso cognoscitivo que subyace al aprendizaje refuerza el carácter técnico de la profesión.

- Al carácter mecánico del proceso enseñanza-aprendizaje en enfermería, con base en la corriente didáctica denominada Tecnología Educativa, se propone una nueva alternativa, sustentada en la noción de método desde la perspectiva del materialismo dialéctico, la categoría de praxis y su aplicación en el análisis del currículum escrito y vivido.
- La reflexión escrita acerca de una práctica clínico-docente en enfermería permite identificar contradicciones en los fenómenos que se suceden, mismas, que en su confrontación descubren la esencia del fenómeno, visto en su totalidad.
- La salud y la educación son quehaceres humanos y como tales son de carácter social. Ambos son analizables a la luz del materialismo dialéctico; método que posibilita orientar los estudios que se realizan en enfermería con una línea de pensamiento.
- El análisis de los fenómenos que rodean a la enfermera, se genera en su participación cotidiana en el acontecer hospitalario. Esta participación debe darse con base en la observación de los fenómenos exteriores y la reflexión constante, lo que posibilita identificar la ubicación de la enfermera como trabajadora de la salud, ligada a los problemas sanitarios de una sociedad determinada.
- El presente trabajo es un intento de escribir, reflexionar ya no a manera de repetición sino de la construcción de un aprendizaje propio, que ciertamente no es mecánico. Es esta una conceptualización teórico-práctica de lo que es el aprendizaje. Ciertamente como experiencia personal. Pero la que escribe-como todos los demás es producto de una historia y de las relaciones Sociales que ha vivido y hasta de las que no.

GLOSARIO

Clínica.- Enseñanza práctica de la medicina.

Comunidad.- Grupo de población organizado, que convive en una zona definida; integrado por experiencias comunes y conductas similares, conciencia de unidad local, sentido de pertenencia, capacidad de actuar en forma grupal y, que contiene instituciones Sociales más o menos desarrolladas.

Cobertura.- Cubierta, cosa que cubre a otra.

Demografía.- Es el estudio de la población y de los factores -- que la condicionan y la hacen variar.

Diagnóstico epidemiológico: Muestra la presencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad en la población y las dimensiones de éstas en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad.

Esperanza de vida.- Es la posibilidad del individuo de alcanzar cierta cifra de edad. Cálculo hecho con base en las condiciones de vida del total de la población.

Epidemiología.- Estudio de la enfermedad como un fenómeno colectivo que hace énfasis en la frecuencia, distribución y tipo de las enfermedades infecciosas en diferentes puntos de la tierra y en diversas épocas y que al mismo tiempo estudia las relaciones del hombre y del ambiente que lo rodea.

Equipo de Salud.- Conjunto de personas que intervienen en la -- atención a la salud.

Genética.- Ciencia que trata acerca de la reproducción, herencia, variación y del conjunto de fenómenos y problemas relativos a la descendencia.

Grupos etéreos.- Organización de los individuos por grupos de edad.

Historia Natural de la enfermedad.- Camino que toman los acontecimientos que ocasionan y particularizan las enfermedades. Se divide en: períodos prepatogénico y patogénico.

Morbilidad.- Proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados.

Morboso.- Enfermo que causa enfermedad.

Mortalidad.- Cantidad proporcional de defunciones correspondiente a población y tiempo determinados.

Natalidad.- Número proporcional de nacimientos en Población y tiempo determinados.

Necesidad.- Carácter de aquello de que no se puede prescindir. Falta de las cosas que son menester para la vida.

Prevenir.- Preveer un daño ó peligro.

Prevención primaria.- Trata de evitar que los procesos patológicos se inicien. Su objetivo, es el fomento y la promoción de la salud para evitar la iniciación de los procesos patológicos mediante la educación para la salud y la protección específica contra algunos padecimientos.

Promoción de la Salud.- Aquellas actividades dirigidas a mantener o mejorar la salud.

Resistencia.- Es el conjunto de mecanismos corporales que actúan como barreras contra la invasión o la multiplicación de agentes infecciosos.

Sanidad.- Calidad de sano. Conjunto de servicios administrativos encargados de mantener y mejorar el estado sanitario de una región ó de un país.

Servicio.- Organización y personal destinados a satisfacer necesidades públicas.

Síntoma.- Fenómeno que revela un trastorno funcional ó una lesión.

Síndrome.- Conjunto de los Síntomas de una enfermedad.

Supervisión.- Aquel elemento que busca a hacer uso del esfuerzo humano en lograr los objetivos de los Servicios de Salud.

Tórpido.- Muy lento.

Triada ecológica.- Modelo teórico que tiene como fin explicar la interrelación del hombre con su medio ambiente, con base en los siguientes elementos: a) Agente: virus, bacilo, etc., b) huésped: hombre, c) ambiente: conjunto de factores que hacen que el huésped y el agente se pongan, o nó, en contacto y causen la enfermedad, o bien sea rechazada por el huésped dadas sus reservas.

Transmisión.- Transporte de un agente desde una fuente hasta un huésped susceptible.

BIBLIOGRAFIA

TEXTOS

- ANDERSON, J. Et. Al. Redacción de tesis y trabajos escolares, Editorial Diana, México, 1972.
- ANDION GAMBOA, M. Et. Al. Guía de Investigación Científica. Editorial, UAM-Xochimilco, México, 1980.
- BARCO, SUSANA "Antididáctica o Nueva Didáctica" en Crisis en la Didáctica. Editorial Axis, Argentina, 1975.
- BASAGLIA, FRANCO., Et. Al. Aportes para una política de la salud. Editorial Nueva Imagen, México, 1978.
- BLAUBERG, I. Diccionario Marxista de Filosofía. Ediciones de cultura popular, México, 1978.
- BLEGER, J. Temas de Psicología. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
- DE LA MADRID HURTADO, M. Plan Nacional de Desarrollo. Editorial SPP, México, 1983.
- DIAZ BARRIGA, ANGEL. Didáctica y Currículum. Editorial Nuevo--mar, México, 1984.
- DIAZ BARRIGA, ANGEL. Ensayos sobre la Problemática Curricular. Editorial Trillas, México, 1984.
- ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNAM. Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Aprobado por el Consejo Universitario el día 6 de Septiembre de 1979. Cd. de México.

- FREIRE, P. La educación como práctica de la libertad. Editorial Siglo XXI, México, 1976.
- GARCIA, G. La educación como práctica Social. Editorial Axis, Argentina, 1975.
- GOMEZ JARA, F. Salud Comunitaria. Editorial Nueva Sociología, México, 1983.
- GONZALEZ CASANOVA, Et. Al. México Hoy. Editorial Siglo XXI. México, 1981.
- HEIDERKEN E, L. Enseñanza de la Enfermería. Editorial Interamericana, México, 1966.
- KOSIK, K. Dialéctica de lo Concreto. Editorial Grijalbo, México, 1976.
- LOPEZ ACUÑA, D. La salud desigual en México. Editorial Siglo XXI; México, 1980.
- NORDMARK - ROHWEDER. Principios Científicos Aplicados a la Enfermería. Editorial la Prensa Médica Mexicana, 1972.
- ORTIZ QUEZADA, F. Salud en la Pobreza. El Proceso Salud-Enfermedad en el Tercer Mundo. Editorial Nueva Imágen, México, 1982.
- ORTIZ QUEZADA, F., Et. Al. Vida y Muerte del Mexicano, Vol. I y II. Editorial Folios, México, 1982.
- PALACIOS, J. "Introducción". Documento Mimeográfico tomado de: La cuestión escolar. Editorial Laia, Barcelona, 1978.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Global de Desarrollo 1980-1982.
Editorial SPP. México, 1980.

ROJAS SORIANO, R. Capitalismo y Enfermedad. Editorial Folios,
México, 1982.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Directorio de escuelas
de la República Mexicana. México, 1979.

SOBERON, GUILLERMO Et. Al. Hacia un Sistema Nacional de Salud.
Editorial Universidad Nacional Autónoma de México, --
1983.

SPP. Agenda estadística. México, 1984.

SPP. Cuaderno de información del sector salud 2. México, 1981.

TIMIO, MARIO. Clases sociales y enfermedad. Editorial Nueva --
Imágen, México, 1980.

VALLE-MORALES. Síntesis de la Historia Académica de la Escuela
Nacional de Enfermería y Obstetricia. 1929-1979. Mé-
xico, 1979.

ARTICULOS Y DOCUMENTOS MIMEOGRAFICOS

CIDHAL A.C. El Sistema de Salud y el capitalismo en México. Do-
cumento mimeográfico. Enero, 1979. pp. 1 - 9.

CIDHAL A. C. La Enfermera como Mujer trabajadora en la industria
de la salud. Documento mimeográfico. México, 1979.
pp. 1 - 9.

- CORTES RAMIREZ ELVIA MARGARITA. Et. Al. "Diagnóstico Social de la profesión de enfermería en México". Enfermería Hoy México, Núm. 1, Diciembre, 1981. pp. 13-62.
- CUELLAR, J. "La educación médica y la sociedad" en revista Foro universitario. México, Núm. 11, época II, Octubre, 1981. pp. 20-26.
- EDELSTEIN, G.- RODRIGUEZ, A. "El método factor unificador y definitorio de la instrumentación didáctica" en revista Ciencias de la Educación. Año IV, No. 12. Buenos Aires, 1974. pp. 112-122.
- EHRENRIK, B - ENGLISH, D. "Brujas, Comadronas y Enfermeras" en Monthly Review, Octubre, 1973. pp. 149-170.
- GALVAN ESCOBEDO, J. La teoría de los sistemas aplicada a la administración de Salud. Documento mimeográfico. México.
- HEALTH PAC BULLETIN. "Nursing education: teach woman to know her place" en CIDHAL, A.C., México, 1979. pp. 1-5
- MIRANDA, R. "Proyección de la estudiante de Enfermería en el -- campo clínico" en Revista Mexicana de Enfermería --- Pediátrica. México, V. I., Núm. 6, Enero-Febrero. de 1976. pp. 23-28.
- OLMEDO, J. - SANCHEZ, Ma. E., Coordinadores. "Formación de trabajadores para la educación, Cap. III. "La investigación en relación a la teoría" en Documentos base del congreso nacional de investigación educativa, V. I., pp. 212-225.

PANSZA, M. "Enseñanza Modular" en revista Perfiles Educativos ' Núm. 11. México, CISE-UNAM, 1981. pp. 30-49.

PROFESORAS DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL IMSS EN GUADALAJARA, JAL. "El Proceso Educativo en la Enseñanza de Enfermería en los campos clínicos", Revista Mexicana de Enfermería Pediátrica. México, Vol. I, Núm. 4, Septiembre-Octubre, 1975. pp. 15-20.

RIVERO, D. La Universidad Latinoamericana. Documento mimeográfico.

RODRIGUEZ, A. El proceso del aprendizaje en el nivel superior y universitario", en revista Colección Pedagógica, No. 2 Centro de Estudios Educativos. Universidad Veracruzana. Jalapa, 1977. pp. 7-16.

SPP. Datos básicos de la población de México 1980-2000. Tarjetas estadísticas. México.