

01070

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ENSEÑANZA CLINICA COMO
TRABAJO CENTRAL DE LOS PROFESORES DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA ENEO UNAM”**

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

ELIA ALJAMA CORRALES

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PEDAGOGIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. JESUS AGUIRRE CARDENAS
FAC. DE FILOSOFIA Y LETRAS



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SEPTIEMBRE DE 2004



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis profesor emérito de la Facultad de Arquitectura **Dr. Jesús Aguirre Cárdenas** por su paciencia y observaciones para el desarrollo del presente trabajo de investigación, pero sobre todo por permitirme trabajar en un ambiente de motivación constante, de ayuda generosa y por compartir su excelencia académica y calidad humana.

Con cariño y respeto:

Elia Aljama Corrales

A mis revisores de tesis:

Mtra. Susana Aguirre y Rivera

Mtra. Edda Alatorre Wynter

Mtra. Ofelia Eusse Zuluaga

Dr. José Manuel Villalpando Nava

Con mi reconocimiento por su cuidadosa revisión, sus sugerencias que permitieron enriquecer la presente tesis y mi agradecimiento por sus comentarios constructivos que fueron de gran aliento en la fase final de mi trabajo de investigación.

Al Lic. Severino Rubio Domínguez Director de la ENEO-UNAM.

Estudioso y firme impulsor de la enseñanza clínica.

A mis profesoras

Arroyo de Cordero Graciela

Castañeda Godínez Cristina

Pérez Cabrera Iñiga

Pilares de la enseñanza clínica y ejemplos para las nuevas generaciones de profesoras.

A mis queridas compañeras que desinteresadamente participaron en el análisis del material recolectado

Mtra. Baroja Cruz Juanita

Mtra. Ostiguín Meléndez Rosa María

Mtra. Sánchez Estrada María Teresa

Gracias Tere por tus consejos y apoyo.

A mis compañeras profesoras enfermeras de la ENEO-UNAM que generosamente participaron con sus testimonios.

A mis padres

Dn. Juan Aljama Barrera

Dña. Margarita Corrales Heredia

A mis hijos

Juan Carlos García Aljama

Alma Gpe. García Aljama

A mis esposo

Ricardo García Reyes

A mis familiares y amigos

Dr. Tomás Aljama Corrales

Dra. Sonia Charlestón Villalobos

A todos con amor y agradecimiento

ÍNDICE

I.	Presentación del trabajo	. . . . .	. 1
II.	Planteamiento del problema	. . . . .	. 1
III.	Antecedentes del tema	. . . . .	. 3
IV.	Objetivo de investigación	. . . . .	. 4
V.	Justificación del estudio	. . . . .	. 4
VI.	Marcos generales del trabajo	. . . . .	. 6

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

CAPÍTULO I FACTORES QUE INTEVIENEN EN LA SALUD-ENFERMEDAD EN MÉXICO

❖	DESCRIPCION DEL CAPÍTULO	. . . . .	. 8
1.1.	El Entorno social de la salud	. . . . .	. 9
1.2.	Reflexiones acerca del proceso salud-enfermedad	. . . . .	. 13
1.3.	La salud un enfoque multifactorial	. . . . .	. 24
1.4.	La salud un factor de la política social	. . . . .	. 41

CAPITULO II LA ENSEÑANZA CLINICA

❖	DESCRIPCION DEL CAPITULO	. . . . .	. 50
2.1	Antecedentes históricos	. . . . .	. 51
2.2	La enseñanza practica de la enfermería	. . . . .	. 55
2.3	Situación actual de la enseñanza clínica	. . . . .	. 58
2.4	El servicio clínico como espacio para el aprendizaje	. . . . .	. 59
2.5	Formas metódicas de la enseñanza clínica	. . . . .	. 64

2.6	El ambiente clínico didáctico . . . . .	. 66
2.7	El conocimiento inherente al ejercicio de la enfermería . . . . .	. 68
2.7.1	Del conocimiento a la acción . . . . .	. 68
2.7.2	Los ámbitos del conocimiento práctico . . . . .	. 72
2.8	Las profesoras enfermeras . . . . .	. 76
2.8.1	De instructora a profesora . . . . .	. 76
2.8.2	La profesora enfermera figura central de la enseñanza clínica . . . . .	. 81

CAPITULO III CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ENSEÑANZA Y LOS ENSEÑANTES

❖	DESCRIPCION DEL CAPITULO . . . . .	. 85
3.1.	La formación de profesores . . . . .	. 85
3.2.	Significado del término formación . . . . .	. 86
3.3.	La reflexión un compromiso de la tarea docente . . . . .	. 92
3.3.1.	Antecedentes . . . . .	. 92
3.3.2.	Corriente crítica de la formación y práctica docente . . . . .	. 93
3.3.3.	La reflexión y la enseñanza . . . . .	. 94
3.4.	La relación teoría practica un problema para la tarea docente . . . . .	. 98
3.4.1.	Acerca de la teoría . . . . .	. 98
3.4.2.	Acerca de la práctica . . . . .	. 99
3.4.3.	Acerca de la relación teoría-práctica . . . . .	. 99

CAPITULO IV HALLAZGOS DEL ESTUDIO

	Tipología de experiencias docentes significativas en situación de enseñanza clínica . . . . .	. 113
📖	CONSIDERACIONES FINALES . . . . .	. 126
📖	BIBLIOGRAFÍA . . . . .	. 128

ANEXOS	. . . . .	. 135
1) Formato de testimonios	. . . . .	. 136
2) Datos de los docentes en situación de enseñanza clínica	. . . . .	. 141
3) Experiencias docentes en situación de enseñanza clínica	. . . . .	. 144
4) Tabla de análisis de contenido	. . . . .	. 195

I. Presentación del trabajo

La Enseñanza Clínica* es una práctica educativa, y un objeto de reflexión e investigación acerca de los fundamentos teórico-prácticos que la constituyen, el término Enseñanza Clínica en el ámbito educativo del área de la salud, tiene diferentes connotaciones, Enseñanza del Método Clínico, de la Exploración Física, de las Patologías.

El presente estudio se orienta con las palabras de SMITH (1962), cuando afirma, la Enseñanza Clínica se refiere a la instrucción de las alumnas de Enfermería para aplicar sus conocimientos a los problemas reales que plantea la prestación del cuidado a la salud, reconociendo en principio que los conocimientos en sí mismos no tienen fuerza, la fuerza la adquieren en su aplicación.

La Enseñanza Clínica implica una práctica educativa y un campo problemático que se manifiesta en las expresiones de profesores y alumnos en las instituciones de salud y, en las interpretaciones que desde la Pedagogía permiten su comprensión teórica.

La Enseñanza Clínica no puede definirse de una manera terminal, única e inmutable ya que está inmersa en una amplia práctica social y en una práctica educativa cambiante y dinámica.

II. Planteamiento del problema

La Enseñanza de la Enfermería, desde principio del siglo XX enfatizó la enseñanza de hechos y descuidó la promoción de habilidades de pensamiento para la resolución de problemas y el cultivo de actividades positivas tendientes a fortalecer a la Enfermería como una profesión.

En la formación de Enfermeras(os) se observa la importancia que se le asigna a la práctica

* Clínica del griego Kliné-cama. Hospital. Enseñanza práctica de la medicina.

en las áreas clínicas, en detrimento del trabajo en áreas comunitarias, así como la introducción temprana de los estudiantes en las instituciones de salud.

El plan de estudios de la ENEO-UNAM, marca que las prácticas escolares deben realizarse con poblaciones expuestas a riesgos biológicos psicológicos y sociales¹. Sin embargo es difícil que las prácticas escolares se efectúen con este enfoque debido a que la salud es considerada por las Instituciones de Salud en México, como un hecho biológico e individual.

En un sistema con estas características, la Enfermería, tiende a comportarse como una práctica individual, neutral, predominante hospitalaria y curativa. La práctica de la enfermería queda inscrita en la dinámica del capital y del mercado, como un engrane más de la gran maquinaria productora de medicamentos y material médico, respondiente no de las necesidades sociales, sino de los requerimientos de la política educativa y de salud².

La Enseñanza Clínica responde, fuertemente, a una noción de formación centrada, en la calificación de la mano de obra, en la ejecución y en el sentido utilitario de la acción, se pretende promover una serie de actitudes necesarias para el ejercicio de la profesión, la obediencia a los diferentes personajes que conforman la jerarquía asistencial, el amor al prójimo, la discrecionalidad, la abnegación en la atención de los pacientes.

El personal de enfermería tiene como prioridad “natural”, por la función que ejerce y las situaciones complejas que vive, realizar una gran cantidad de procedimientos. En una práctica cotidiana dinámica de este tipo, es difícil identificar el perfil ocupacional de una enfermera universitaria, pues la presencia de diferentes niveles escolares y la falta de la división técnica del trabajo, dificulta al licenciado en Enfermería, ejercer una práctica específica que lo distinga del personal técnico. Los usuarios tienen la impresión de que todas las enfermeras son iguales y hacen lo mismo.

¹ ENEO-UNAM. Plan de estudios, p. 10

² MARTÍNEZ Et Al, Sociología de una profesión, el caso de enfermería p.48

Analizando la formación y práctica de las enfermeras BENNER (1987), afirma que los profesionales y los estudiantes se refugian en los procedimientos y reglamentos como medio de defensa contra la ansiedad, como una táctica para salir del paso y hacer frente a la eventualidad. En contra de esta situación, plantea que un profesional de Enfermería debe retomar los conocimientos intuitivos, para orientar los actos disciplinares y razonables del cuidado de enfermería, más que la serie de principios y normas rígidas.

III. Antecedentes del tema

El tema que se pretende investigar es vigente y sumamente importante en todas aquellas carreras que requieren de enseñanza práctica, tal es el caso de Medicina, Odontología, Veterinaria. Pero, no solo en profesiones del área de la salud, sino en todas aquellas que necesitan salir del salón de clases y del laboratorio.

En la ENEO, UNAM, al igual que en las 346 escuelas de Enfermería que existen en el país³, el plan de estudios se cumple en mas del 50% en prácticas clínicas⁴ y, 120 de 180, del total de profesores, trabajan directamente en ella⁵, los restantes imparten asignaturas complementarias a la formación y, también dirigen sus esfuerzos a apoyar la práctica.

En enero de 1952, se impartió el primer curso para Enfermeras instructoras, auspiciado por la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Organización Mundial de la Salud. En 1968 el curso se denominó de docencia para profesoras, ya no para instructoras de Enfermería. Se suspendió en 1983 por acuerdo del Consejo Técnico⁶.

En 1993 se impartió por única vez un diplomado de “Actualización en Docencia de Enfermería”, dirigido a los profesores de nuevo ingreso. En 1996 se realizó el último intento para formar docentes, con énfasis en los aspectos clínicos, con el diplomado

³ SALAS Segura, Susana. Proyecto de trabajo para el desarrollo institucional, p.3 6

⁴ ENEO-UNAM. Plan de estudios, p. 10

⁵ Secretaría de Planeación, ENEO - UNAM, Informe 2002, p.4

⁶ PÉREZ Loredó. L. Efemérides de enfermería, p.54

“Formación Teórica y Metodológica para la docencia en Enfermería”⁷.

Para conocer los trabajos antecedentes al tema, se revisaron en la biblioteca de la Facultad de Filosofía y Letras las tesis elaboradas entre los años 1990 - 2000, a nivel de licenciatura, maestría y doctorado. Se encontraron trabajos relacionados con el tema, tales como la formación de profesores, el vínculo maestro-alumno, el rendimiento escolar pero, NINGUNO acerca del tema de Enseñanza Clínica.

El dato coincidió con los hallazgos del centro bibliohemerográfico de la ENEO, UNAM, ya que no se identificaron investigaciones que aborden la Enseñanza de la Enfermería en situación clínica.

IV. Objetivo de Investigación

Reconstruir a partir de la experiencia docente algunos momentos de la Enseñanza Clínica que permitan reflexionar a los propios actores sobre su importancia y alcance.

V. Justificación del Estudio

El presente estudio comprende a la Enseñanza Clínica como fenómeno educativo, da cuenta de la significación del fenómeno a partir de las interpretaciones que los maestros han elaborado acerca de este campo, lo que permitirá perfilar las propuestas anticipadoras al “activismo”, como única forma de enseñar y aprender.

El estudio revela el significado de las formas que adquiere la docencia clínica en la ENEO y en las instituciones de salud, los puntos significativos que orientan la estrategia de trabajo de los profesores.

El estudio debe servir a los docentes, a fin de que en conjunto lo analicen y propongan cambios que mejoren su trabajo cotidiano.

⁷ CÁRDENAS Jiménez, M. Proyecto de superación académica, 2000 p.5

El estudio reanima y aclara el lenguaje común entre los que comparten una misma actividad, ya que términos como práctica y experiencia clínica, son mencionados por la costumbre y no por el análisis.

Se trata de dar a conocer los elementos teóricos-prácticos que sustentan la enseñanza-aprendizaje en situación clínica, ya que se ha interpretado de diversas maneras, las más de las veces, con una orientación tradicional y/o mecanicista. Queremos poner de manifiesto las maneras en que los practicantes se entienden a si mismos y a su situación.

Los profesores, como afirman CARR y KEMIS 1988, deben tener la posibilidad de reconsiderar sus creencias y actitudes, su forma de pensar, para después hacer cambios en la práctica, pues la práctica se modifica cambiando la manera de comprenderla.

Los profesores de Enseñanza Clínica enfrentan por doble partida el reto de profesionalizar su actividad, como enfermeras (os) y como docentes. Sus esfuerzos se orientan en primer término a lograr una serie de acuerdos respecto a la disciplina y, en segundo a lograr el reconocimiento institucional y social de su práctica.

Los cambios científicos y tecnológicos demandan flexibilizar la formación de enfermeras(os) pues, la aplicación de computadoras y la innovación técnica e instrumental se adelanta en muchas ocasiones a los contenidos programáticos. Existe por un lado la necesidad de que el alumno adquiera aprendizajes aplicables a diversas situaciones que lo pongan al mismo nivel de competencia que cualquier otro profesionista y, por otro, persiste la formación rígida de carácter utilitario.

El estudio se introduce en la naturaleza del aprendizaje en clínica, la organización de sus principios pedagógicos, su manifestación en las actuaciones de los alumnos y maestros en los marcos de las instituciones de salud, educativas y, de la sociedad en general.

VI. Marcos generales de trabajo

El presente estudio se inscribe en la línea interpretativa de los estudios sociales, en palabras de CARR y KEMIS, estos estudios procuran sustituir las nociones de explicación, predicción y control por las de comprensión, significado y acción.

Se pretende entender la Enseñanza Clínica, a partir de dos fuentes, el contexto teórico que la define y las experiencias de los docentes, con ambos elementos se integra una explicación teórica-referencial del fenómeno que nos ocupa.

La explicación, afirman CARR y KEMIS (1988), tiene valor cuando es aceptada por aquellos participantes cuyas actividades describe, solo ellos pueden determinar si la interpretación teórica ha dado cuenta correcta de sus propósitos, intenciones, significados y supuestos. Esto no quiere decir que lo que se ha logrado escribir acerca de Enseñanza Clínica proporcione una versión exacta o mejor a la de los docentes, sólo se pretende establecer un diálogo, una correspondencia con la versión de ellos.

Tenemos que considerar que la explicación de la labor docente, no es una solución en sí misma, incluso puede ser vista como una amenaza en cuanto que pone en entredicho los conceptos que proporcionan seguridad a los profesores. Sin embargo, es muy importante que el estudio dé a conocer las observaciones de los sujetos que participan como docentes en los campos clínicos, sus experiencias personales e institucionales, todos estos elementos articulados en la reflexión.

Las experiencias docentes responden a una serie de referentes teóricos elaborados desde la Enfermería y la Pedagogía, se estructura un cuerpo conceptual en el que se aprecian los rasgos característicos del fenómeno llamado Enseñanza Clínica y se identifica a través de sus manifestaciones empíricas.

El estudio no pretende la medición exacta del fenómeno o la experimentación ya que estamos en campos eminentemente humanos, al hablar de salud y educación pero, como se

anota anteriormente no se pasa por alto la observación ni se desconocen los hechos.

El estudio ubica a la Enseñanza Clínica, en una realidad social y en un devenir histórico, consecuentemente la docencia no puede entenderse como un conjunto de acciones académico-administrativas, independientes de las relaciones y construcciones humanas.

El trabajo de investigación en la parte teórica, presenta posturas que no se ubican en una sola línea de pensamiento, ya que recoge diferentes vertientes conceptuales con el fin de perfilar a la enseñanza clínica y los supuestos metodológicos de su aplicación.

La investigación pretende estructurar una visión comprensiva del fenómeno de estudio, dar a conocer su comportamiento y los factores significativos con los que guarda interdependencia.

La realidad de la Enseñanza Clínica se estudió a partir de la opinión de los docentes que han tenido experiencia en la licenciatura de Enfermería y Obstetricia del sistema escolarizado, el límite para la inclusión de datos fue la no repetición de las experiencias docentes en cuanto a conocimientos, motivos y supuestos que están detrás de sus acciones. Se ha hecho un esfuerzo para indagar, mediante un método e instrumentos novedosos las cualidades de fenómeno, y así evitar que la razón instrumental nos conduzca al reduccionismo y a la simplificación de los resultados.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

CAPÍTULO I FACTORES QUE INTEVIENEN EN LA SALUD-ENFERMEDAD EN MEXICO

❖ DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Este primer capítulo es el preámbulo del trabajo, en el se analiza la relación que existe entre las condiciones de vida de los individuos y las expectativas que se tienen acerca de la salud.

Se analiza el enfoque social de la salud y su oponente el enfoque biologista, como referentes para que los estudiantes consideren a los individuos como reservorios de microorganismos que deben ser eliminados por avanzados tratamientos médicos, o como sujetos inmersos en diversas circunstancias sociales, políticos e históricos que influyen en sus estilos de vida.

Desde el punto de vista social, se critica al modelo médico por su relación con intereses económicos y de mercado, despreocupado del bien común y la salud colectiva. Esta reflexión es necesaria ya que la figura médica se impone a las demás y en muchas ocasiones es la única que decide el tratamiento, es decir es punto de referencia para el aprendizaje clínico del alumno.

Se expone que la atención que brindan las instituciones de salud esta dirigida a la reparación del daño y no a la prevención de las enfermedades, lo que quiere decir que las instituciones ofrecen a los estudiantes mas oportunidades de práctica hospitalaria que de práctica comunitaria.

Se distingue entre la atención que brindan las instituciones de seguridad social al trabajador productivo y la que brinda la beneficencia publica al desempleado, se puntualiza que se atiende lo urgente, ya que falta un modelo preventivo que disminuya y/o evite los daños a

la salud de la población en general, lo que sería poco redituable para un sistema que evalúa y atiende a la salud con un enfoque empresarial.

El capítulo termina con el análisis de las políticas que el estado “benefactor” aplicó en los años sesenta en materia de salud, y que resultaron disfuncionales e ineficientes, por lo que en los años ochenta se propuso una política neoliberal con el objetivo de agilizar los procesos económicos y de mercado.

Se analiza cómo el libre mercado, entre sus estrategias para lograr la eficiencia y calidad de las instituciones de salud en México, propone la privatización como medida para mejorar los servicios, declaración con la que no están de acuerdo muchos defensores de la seguridad social, pues afirman que se perjudicaría a grandes sectores de la población que sin recursos económicos, se verían impedidos de pagar los altos costos para mantener la salud

1.1 El entorno social de la salud

México es un país con grandes contradicciones sociales y económicas, la riqueza se concentra en pocas manos y la pobreza se extiende a amplios sectores de la población, poco se puede hacer con un salario mínimo de tan bajo monto, deteriorado a menos de una tercera parte de, 1982 a 1997⁸.

El escenario es propicio para que continúen o se incrementen las denominadas enfermedades de la pobreza, diarreas, neumonías, en coexistencia con las llamadas enfermedades del desarrollo, infarto al miocardio, cáncer, cirrosis hepática⁹.

Es notorio cómo las condiciones de vida y de trabajo influyen en el bienestar o propician la enfermedad de la población. Es decir, cómo las características del desarrollo económico, repercuten en los distintos órdenes de la vida social.

⁸ MADRAZO Navarro, M. Et, Al. Factores económicos en la atención a la salud, p. 37.

⁹ LÓPEZ Acuña, D. La salud desigual, p. 92.

EL modelo de desarrollo industrial seguido por México a partir de los años cuarenta ubicó al país en un sistema mundial con las características de una economía dependiente. Este proceso en realidad se inició desde la época colonial, cuando los países latinoamericanos se convirtieron en productores de materias primas para satisfacer las necesidades de acumulación de mercancías de los países dominantes¹⁰.

La dependencia económica y tecnológica de los países latinoamericanos de los grandes capitales internacionales influyó en la organización social, afectando la vida económica, política y cultural, así como la salud y el bienestar de las poblaciones.

Hacia los años cuarenta, una incipiente industria dirigió su atención a las zonas que disponían de los medios necesarios para desarrollar un trabajo que respondiera a las expectativas de enriquecimiento de los dueños del capital.

Se tomó en cuenta la existencia de materias primas, medios de transporte, fuerza de trabajo abundante y barata para establecer los servicios médicos y las actividades económicas y culturales. Los lugares seleccionados se calificaron como potencialmente “productivos”¹¹.

Los polos de crecimiento se presentaron sumamente atractivos para los diferentes sectores de la población, en especial para los habitantes del campo, quienes sufriendo ancestralmente con una tierra agotada, falta de crédito y asesoría técnica, los vieron como una oportunidad de mejoría.

Los campesinos inmersos en condiciones de trabajo difíciles son sobrevivientes a las condiciones impuestas por los caciques, los acaparadores y los políticos oportunistas, sujetos a una gran explotación, no tienen acceso a un sistema de seguridad social. La desnutrición, las enfermedades infecciosas y parasitarias, el alto riesgo de accidentes y la relación con la fauna agresiva, disminuyen notablemente su esperanza y calidad de vida

¹⁰ ROJAS Soriano, R. Crisis salud enfermedad y práctica médica, p. 13.

¹¹ ROJAS Soriano, R. Ob. cit., p. 14

A principios de siglo la expectativa de vida para los 12 millones de mexicanos que existían era de 29.5 años¹², Para 1930 era de 36.9 años, en 1997 se calculó en 74 años y, se estima que para el 2020, la esperanza de vida será de 77 años¹³.

La esperanza de vida aumentó sobre todo en las últimas cuatro generaciones, sin embargo el progreso no es uniforme, la esperanza de vida que presentaba Chiapas y Oaxaca en 1994, la había alcanzado Nuevo León o Baja California Sur desde 1970¹⁴. Es cierto que el país avanza, sin embargo, las necesidades de la mayoría de la población siguen siendo superiores a la capacidad de respuesta social existente.

Los trabajadores del campo continúan emigrando a las grandes ciudades del país, o al vecino país del norte buscando acomodo en el sector fabril, de servicios o en cualquier actividad informal con la idea de mejorar sus condiciones de vida y las de su familia.

Los campesinos abandonan miles de poblados y rancherías pues carecen de todo servicio médico y viven aislados del desarrollo económico sin esperanza de acceso a los servicios básicos para una vida digna.

En México la dispersión rural coexiste con la concentración humana en las grandes ciudades. Este fenómeno demográfico tiene su origen en la época de los cincuenta, pues el proceso de industrialización que vivió el país dio lugar a un crecimiento demográfico incontrolable creando serios problemas de urbanización¹⁵.

Los espacios adecuados para vivir disminuyeron y, por lo tanto aumentaron su precio exageradamente, las personas provenientes de los estados de la República se asentaron en colonias populares, víctimas de vendedores sin escrúpulos y cautivos de los intereses de partidos políticos, en esas circunstancias se vieron en la necesidad de habitar terrenos insalubres y de alto riesgo para la salud y la vida.

¹² CABRERA en "El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos". Observatorio de la salud, p. 35.

¹³ MADRAZO Navarro, M. Et, Al. Factores económicos en la atención a la salud, p.35.

¹⁴ LOZANO, R. "El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos": Observatorio de la salud, pp. 23.

¹⁵ ROJAS Soriano, R. Crisis salud enfermedad y práctica médica, p. 15.

Las ciudades se convirtieron en forma cada vez más rápida en lugares perjudiciales para la salud, aumentó la contaminación, la violencia, las adicciones y el estrés. Las estructuras urbanas se vieron incapacitadas para absorber la fuerza de trabajo proveniente del campo y del crecimiento natural de las ciudades, generando con esto la aparición de otro problema, el desempleo.

Si consideramos que la salud está influido por el sistema socio económico, es natural pensar que los más afectados por la enfermedad son los que menos tienen, sin embargo, no hay que olvidar que otros sectores de la población, concretamente las llamadas clases media y alta, enfrentan problemas específicos de acuerdo con la situación que viven.

Si algo sabemos acerca de la salud, afirma Frenk, es que en su determinación intervienen múltiples factores, entre otros, la calidad de la educación, la posición social de la mujer, las condiciones del ambiente físico, los estilos de vida, la seguridad pública, la amplitud de los espacios de participación democrática, la innovación tecnológica, el acceso a los servicios preventivos y terapéuticos de alta calidad¹⁶.

Dichos factores determinan a nivel individual la aparición de enfermedades infecciosas y parasitarias, accidentes, suicidios, adicciones, neurosis, infecciones por transmisión sexual, sida.

Como lo plantea Rojas Soriano, las condiciones reales de vida y de trabajo de los grupos sociales determinan cómo y de qué se enferman, cuál es la gravedad y frecuencia, la esperanza de vida, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos y de qué mueren¹⁷.

¹⁶ FRENK Mora. J. "Introducción" Observatorio de la salud, p.15

¹⁷ ROJAS Soriano, R. Crisis, salud enfermedad y práctica médica, p. 13.

1.2 Reflexiones acerca del proceso salud-enfermedad

Coloquialmente identificamos a la salud como bienestar, sin embargo el análisis del término presenta ciertas interrogantes, por ejemplo, ¿Estamos sanos cuando nos sentimos bien pero desconocemos que se ha iniciado un proceso patológico? ¿Las enfermedades solo incluyen las disfuncionalidades del cuerpo? ¿Las enfermedades han sido valoradas de la misma manera en los diferentes contextos histórico-sociales? ¿Existen enfermos o enfermedades?

Algunos autores afirman que la mayoría de los conceptos que se han formulado sobre la salud son funcionales y descriptivos, parten del individuo, de su funcionalidad orgánica y se le mide con indicadores biológicos para llegar a evaluar una “normalidad” que es mas subjetiva que real¹⁸.

Se ha definido lo normal como lo más frecuente de encontrar en individuos sanos o, cuya probabilidad de enfermar corresponda a la norma, sin embargo la variabilidad de los individuos es enorme y continuamente se salen de estos límites que son meramente cuantitativos: extensión de la lesión, datos químicos de laboratorio o cambios morfológicos.

Un concepto verdadero de salud, afirma San Martín, no puede basarse en visiones unilaterales, sin relación con los grupos humanos, y ajeno a las necesidades de la sociedad, el concepto de salud-enfermedad es producto de las relaciones sociales o bien, visto de otra manera es el “riesgo” que viven los hombres en sociedades estructuradas históricamente.

Por tanto, continúa diciendo el autor, no nos estamos enfermando, accidentando, invalidando, intoxicando o muriendo en forma “natural” sino a causa de determinantes sociales que actúan sobre nosotros, directa e indirectamente y, que las sociedades humanas toleran y aceptan por diversas razones tal como aceptan las guerras, el alcoholismo o, la pena de muerte.

¹⁸ SAN MARTÍN-PASTOR. Economía de la salud, p.40

El Homo Sapiens vive el proceso salud-enfermedad de una manera individual pero a la vez social, estas dos realidades son inseparables y forman una densa y compleja red de relaciones psicosociales y socioeconómicas que constituyan la malla epidemiológica en la cual vivimos¹⁹.

En palabras de Julio Frenk, la salud es un punto de encuentro en el que confluye lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. El evento llamado salud como una lente de aumento refleja y magnifica los cambios del fin del milenio²⁰.

San Martín, plantea, que es posible distinguir tres niveles de actuación en el proceso salud-enfermedad, el primer nivel en el que actúan las determinantes económico-sociales, el segundo nivel colectivo de multicausalidad en donde influye la distribución de la población por categorías sociales y, el tercer nivel individual en el que se establece las probabilidades de enfermedad, los diagnósticos individuales, y las consecuencias orgánicas y mentales.

La salud no puede analizarse de manera parcial ya que en este campo confluyen múltiples factores, uno de ellos es el económico, importante y preocupante para la administración pública, pues se acepta que la parte del producto interno bruto (PIB) que cada país asigna al área de la salud, actúa como indicador acerca de la importancia que cada país le da a este aspecto.

En México, información de 1982, señalaba que mientras la inversión en infraestructura, maquinaria y equipo, era del orden del 30%, el monto de la inversión en capital humano era de solo 3 a 4% del PIB²¹.

Según datos del Banco Mundial, en 1990 la inversión en salud en relación al PIB, representó el 8.8% en Alemania, el 9.1% en Canadá y en Estados Unidos el 12.7%. En

¹⁹ SAN MARTÍN-PASTOR. *Ob. cit.*, p.40

²⁰ FRENK. Julio. *La salud de la población*, p. 24

²¹ URIBE Castañeda-Suárez Mc. Auliffe. "Capital humano, salud y bienestar social". *Vida y muerte del mexicano*, 2, p. 309.

1992 México invirtió el 5.5% de PIB en salud, en contraste con Estados Unidos que rebasó una inversión del 14% en 1993²².

El producto Interno Bruto (PIB) es el reflejo de la actividad económica de un país ya que constituye la suma de todos los bienes y servicios producidos en un año, sirviendo como parámetro de crecimiento o estancamiento²³.

El concepto de *capital* humano definido por los economistas de los países desarrollados, pone énfasis en la idea del hombre como factor de producción, sería conveniente incluir en la definición aspectos relativos a la salud.

Más no en términos de equiparar salud y producción, ya que el resultado sería una población poco saludable, por cuestiones que están más allá de su intervención como la calificación de la mano de obra, el mercado de trabajo, la inversión de capitales etc.

En México las reivindicaciones sociales de los trabajadores deben ser un fin en sí mismos y no sólo vinculadas a elevar la producción. La idea de incluir a la salud como parte del capital humano de un país debe responder a la concepción de hombre como objetivo central de la política económica y social, y no solamente como fuerza de trabajo a la que debe mantenerse en condiciones de rendimiento²⁴.

La definición de salud que visualiza al hombre como factor de producción es limitada y se orienta a resaltar a la salud como la cualidad más importante que el individuo tiene para generar riqueza, no para él, sino para la empresa que lo contrató.

Las instituciones de salud retoman la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que a la letra dice, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez²⁵.

²² FRENK J. Lozano R. González M.A. Economía y salud. pp. 66, 67.

²³ MADRAZO Navarro, H. Et, Al. Factores económicos en la atención a la salud. p. 30.

²⁴ URIBE Castañeda, Suárez Mc. Aulitte, ob cit, p. 311.

²⁵ HIGASHIDA, Bertha. Educación para la salud. pp. 2, 3.

San Martín ,1989, afirma que este concepto es general y simplista para caracterizar un proceso que es específico y complejo; considera que hace abstracción del contexto social, lo que es verdaderamente grave, ya que presenta al individuo como principio y fin del proceso salud-enfermedad, cuando en realidad es medio de expresión.

El proceso salud-enfermedad cuando se presenta como fenómeno individual y meramente biológico, además de representar una insuficiencia teórica, nos lleva a pensar que sólo es un asunto de enfermos y médicos.

La medicina moderna ha monopolizado estos fenómenos y ha ejercido una notable influencia en la mentalidad de las poblaciones humanas en los últimos siglos, lo que podríamos calificar de negativo, porque ha orientado todas las acciones hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en el individuo aislado, sustrayendo el trasfondo social que le da dirección a este evento²⁶.

Desde mediados del siglo XIX, Rudolph Virchow, médico, antropólogo y político alemán estableció que las condiciones sociales tenían mucho que ver con la aparición de la enfermedad. Sus observaciones giraron en torno a lo que ahora conocemos como patología de la pobreza, ejemplificó con un caso clásico, la tuberculosis, la importancia de mejorar las condiciones de vida para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

Años más tarde Robert Koch identificó el microorganismo llamado, mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch, en las lesiones de la enfermedad e inoculó el microorganismo en animales de experimentación.

Años después Calmette y Guerin, cultivaron una variante atenuada del bacilo conocido como BCG, bacilo de Calmette-Guerin, que al ser inoculado en individuos susceptibles prevenía parcialmente el desarrollo de la enfermedad (vacuna BCG)²⁷.

²⁶ SAN MARTIN, H. Economía de la salud, p. 50

²⁷ MORA Carrasco F. Introducción a la medicina social, p. 21

Más recientemente a partir de 1946, aparecen una serie de agentes antimicrobianos tales como la estreptomina, la isoniasida y la rifampicina, que tienen una alta efectividad sobre el proceso patológico y disminuyen considerablemente la letalidad de la enfermedad.

La lucha en contra de la tuberculosis finalmente, está asociada al nombre de Robert Koch, con una visión unicasal sujeto-bacilo-medicamento, a su sombra quedó Virchow, quien planteó una visión multicausal de la enfermedad²⁸.

Sin embargo, Virchow sigue presente cuando se observa que los grandes descubrimientos biológicos no han mejorado el nivel de vida de la población, como se creía. Lo que lleva a pensar que la verdadera causa de muchas enfermedades tiene más que ver con las condiciones de vida, que con un microorganismo.

El microorganismo indudablemente existe y, se aprecia la magnífica labor de hombres como Koch, el problema es que la concepción biologicista de la enfermedad lo enfoca como la única causa.

La concepción biologicista ha orientado una formación clínico-individual de los profesionistas de la salud, en las escuelas médicas y de Enfermería la enseñanza se basa en prácticas altamente tecnificadas, se encausa a los estudiantes a la especialización, al estudio no del hombre, sino de los aparatos y sistemas biológicos y al aprendizaje de la tecnología propia de las diversas especialidades.

Los conocimientos teóricos se centran en la enfermedad y se complementan con los conocimientos prácticos centrados en la técnica²⁹. El estudio de la tecnología se ha confundido en las escuelas de Medicina y Enfermería con el estudio de la ciencia, llegando a considerar a la Medicina como una “ciencia exacta y absoluta”³⁰.

²⁸ MORA Carrasco. *Ob. cit.*, p. 21

²⁹ COLLIERE Marie Françoise. *Promover la vida*, p. 118

³⁰ SAN MARTÍN-PASTOR *Economía de la salud*, p. 51.

En realidad los que nos hemos enfrentado a situaciones clínicas sabemos que la práctica esta sujeta a muchas variables debido a que cada individuo es diferente, pero también sabemos que la hegemonía del modelo médico nos ha llevado a aplicarlo como única solución a los problemas que enfrentamos en la realidad profesional, cuando sólo es uno más de los factores que inciden.

Autores como McKeown, afirman que la Medicina ya probó su eficacia individual y su ineficiencia social, Rohemer va mas allá al afirmar que es el principal obstáculo para lograr la salud, ya que es la acusa para actuar con un sentido corporativista, liberal e individualista, es decir sin conciencia social del proceso salud-enfermedad, sujeta a sus propios intereses de grupo³¹.

Al respecto Ivan Illich (1978), menciona que se ha creado en todo el mundo una “yatrogenesis” médica, es decir una expropiación de la salud del individuo por parte de los médicos, ellos han tomado el lugar del paciente, haciéndolo cada vez más irresponsable de su propia salud.

La figura del médico se ha mitificado y los hospitales se han convertido en santuarios de la enfermedad. Se sigue un esquema en que los individuos por orden médica se convierten en consumidores obligados de servicios médicos: certificados de salud, cirugías, exámenes de laboratorio, diagnósticos, recetas de medicamentos, etc.

Numerosos son los ejemplos, afirma Illich, acerca de las prácticas médicas nocivas para la salud. Los trabajadores de la salud saben que tanto los procedimientos médicos así como los fármacos pueden desencadenar efectos colaterales mas graves que la propia enfermedad.

Sin embargo los efectos nocivos e invasivos de los tratamientos no siempre se comunican a los usuarios. Existen medicamentos riesgosos que se venden sin ningún control y solo tiempo después la población se entera de que “pueden ser nocivos para la salud”.

³¹ SAN MARTÍN-PASTOR, *Ob. cit.*, p.51

El cuadro básico de medicamentos (IMSS-ISSSTE) enumera alrededor de 700 productos considerados como suficientes para las necesidades de la población. en el otro extremo encontramos que en el mercado existen más de 20 mil marcas de medicamentos diferentes. No es de extrañarse que en farmacias de pequeñas provincias exista una variedad más amplia de medicamentos que en farmacias de ciudades consideradas del primer mundo³².

Los países en vías de desarrollo como México se han convertido en los mejores compradores de equipos caducos y medicamentos de dudosa calidad y efecto. La industria farmacéutica a través de fuertes campañas de publicidad, ha fomentado la automedicación, el encarecimiento y consumismo de sus productos, lo que va en contra del presupuesto familiar³³.

Autores como Cristina Laurell (1976), afirma que el enfoque biológico de la medicina no ha podido resolver ni teórica ni prácticamente los principales problemas de salud ni aún en los países capitalistas altamente industrializados, a pesar de una inversión gigantesca en investigación. Se comienza a buscar explicaciones de la enfermedad fuera de la esfera biológica haciendo incursiones en lo psicológico y en lo social.

Laurell afirma que la medicina a pesar de sus avances tecnológicos y científicos es incapaz de resolver los problemas de salud colectiva y que el desarrollo económico no necesariamente está acompañado por la desaparición de ciertos tipos de enfermedades, solo se distribuyen de manera diferente e incluso aparecen otras nuevas.

Sería demasiado simplista considerar que las diarreas, las enfermedades respiratorias que tantas vidas cobran, las causen los microbios y las curen los antibióticos, sin preguntarnos qué papel desempeña la falta de vivienda, el hacinamiento, la mala alimentación.

³² URIBE Castañeda, Suárez Mac Auliffe "Capital Humano, Salud y Binestar Social". Vida y muerte del mexicano. 2. P. 324.

³³ URIBE Castañeda Suárez Mac Auliffe., Ob. cit, p. 324.

Aceptar la relación mecánica entre el agente y el huésped, nos llevaría al gran error de solicitar más atención médica pero, no mejores condiciones de vida lo que en última instancia condiciona la salud-enfermedad.

Aceptar el enfoque biomecánico nos lleva a aceptar el planteamiento que afirma que al reducir la morbilidad individual se reduce la morbilidad general y se logra la salud, lo que no es verdad, ya que lo que realmente sucede es que se curan los enfermos curables, se retrasa la muerte, pero no se rompe el círculo vicioso de la enfermedad³⁴.

Mucho tuvo que ver el modelo Flexner (1910), New York, en las actuaciones de la medicina actual ya que le dio la patente de científicidad y de eficacia absoluta, afirmando el poder corporativista de los médicos clínicos.

Los profesionistas de la salud formados a partir de los principios del modelo Flexner. se han ligado casi obligatoriamente a los intereses de la medicina de mercado que funciona en torno a la enfermedad y todo lo que requiere, medicamentos, equipamiento médico, estudios de laboratorios y gabinete, construcción de hospitales, incluso investigación si, pero acerca de la enfermedad individual, no como evento colectivo.

EL informe Flexner ha influido en la formación y ejercicio de los profesionistas de la salud, a partir de estas directrices: los médicos creen que ejercen una ciencia absoluta y monopolizadora de las prácticas acerca de la salud-enfermedad. La enseñanza se basa en los signos y síntomas, los aspectos humanísticos y sociales son tratados como contenidos de menor importancia, así como aquellos que tratan acerca del origen, distribución protección de la salud. La formación médica está orientada al ejercicio de una profesión ligada al mercado, al interés personal y de grupo³⁵.

³⁴ SAN MARTIN, Hernán. Administración en salud pública, p. 5.

³⁵ SAN MARTÍN-PASTOR. Economía de la salud, pp.. 52, 53.

Las instituciones encargadas de la investigación y la enseñanza en el área de la salud, poco insisten en el papel social de la medicina y el servicio público que deben brindar³⁶. Las escuelas de Medicina enseñan a tratar los problemas individuales que son de origen social.

La atención a problemas individuales de salud con nuevas tecnologías tiene actualmente éxitos espectaculares, el problema es, que no se trata sólo de curar enfermos, sino también de eliminar y evitar riesgos colectivos y de prevenir la enfermedad a través de programas comunitarios de atención a la salud.

En realidad dice Pérez Tamayo, la acusación principal que se hace al concepto biológico de enfermedad no es que sea reduccionista, sino que sólo sea reduccionista. Ningún médico vacilaría en aplicar el medicamento o la intervención quirúrgica adecuada, pero, si se queda ahí sin tomar en cuenta, el sufrimiento, la angustia, el malestar físico, estará actuando como un reduccionista y como tal, es condenable³⁷.

Es importante considerar que la salud y la enfermedad son problemas sociales que sobrepasan largamente las posibilidades de los individuos, ya que las funciones de los sistemas de servicios de salud, no están determinados por los profesionistas de la salud, están determinados por la posición que ocupa el sistema de servicios de salud en el proceso social de producción y de consumo en cada sociedad determinada³⁸.

La OMS, con un punto de vista diferente, afirma que la salud es un “perfecto equilibrio ecológico del organismo vivo en su medio interno o con el medio externo”, a lo cual San Martín responde que tal afirmación es una utopía imposible de alcanzar en las formaciones sociales, en donde continuamente se están generando riesgos de toda índole, por si esto fuera poco agrega que la voluntad humana es tan variable que puede optar por la salud pero también por la enfermedad³⁹.

³⁶ FRENK, Julio. La salud de la población, pp.. 29, 30

³⁷ PEREZ Tamayo, Ruy. El concepto de enfermedad, p. 234.

³⁸ SAN MARTÍN, Hernán. Administración en salud pública, p. 102.

³⁹ SAN MARTÍN, Hernán, Economía de la salud, p. 53.

Rojas Soriano también analiza el concepto de salud de la OMS, al afirmar que es rígido, desarrollado solo teóricamente y que desconoce las relaciones entre los componentes biológicos mentales y sociales los que yuxtaponen de manera subjetiva⁴⁰.

La OMS, desde esta perspectiva divide a los individuos en saludables productivos y enfermos improductivos, esta forma de visualizar el fenómeno no es correcta porque no existen estados absolutos de salud o enfermedad, existe una gradiente que nos acerca a uno u otro estado⁴¹. Existen enfermos ambulantes y encamados con un gran potencial de salud.

La propia Ley Federal del Trabajo ignora estos matices y establece desde el punto de vista anatómico-funcional, pagos arbitrarios por la pérdida de una mano, una pierna o un ojo, sin valorar el daño a la persona como un todo.

El trabajador (IMSS-ISSSTE) que sufre un accidente recurre al seguro de riesgos de trabajo y, de alguna manera se releva al patrón de su responsabilidad, con la justificación de que el trabajador enfermo dejó de participar en el sector productivo,

El patrón tiene poca obligación de colocar al trabajador que sufrió algún accidente en un puesto adecuado a sus limitaciones y capacidades, por el contrario el evento marca al trabajador como incapacitado para la función que venía realizando, como “incompleto”.

La ley y sus reglamentos deben responsabilizar a los patrones de sus trabajadores, aceptando a estos no sólo como factor de producción, cuando están sanos, sino básicamente como seres humanos cuyo bienestar debe ser garantizado en un proceso salud-accidente-enfermedad-rehabilitación⁴².

Los ecologistas también han dado su punto de vista acerca de la salud-enfermedad. Leavell y Clark (1996), agruparon los factores ecológicos de la historia natural de la enfermedad en

⁴⁰ ROJAS Soriano, R. Capitalismo y enfermedad, p. 187.

⁴¹ VEGA Franco-García Manzanedo. Bases esenciales de la salud pública, p.4

⁴²URIBE Castañeda Suárez Mc. Auliffe. “Capital Humano, Salud y Bienestar Social”. Vida y muerte del mexicano-2. p. 311

lo que llamaron triada ecológica, compuesta por microorganismo, ambiente y huésped, el equilibrio entre estos tres elementos daría como resultado la salud o la enfermedad. Mc. Mahon, 1970, ubicó lo biológico y lo social como factores en la redes multicausales de la enfermedad⁴³.

Este tipo de definiciones han sido consideradas limitadas ya que los elementos que intervienen actúan de una manera superficial e independiente a los factores sociales.

Mora Carrasco afirma que este tipo de conceptos ejemplifica “las formas ideológicas de pensar” en el saber médico. Lo que también ocurre con otros conocimientos, que aparentan ser científicos y neutrales sin serlo, tal es el caso de la patología, ejemplificada anteriormente con la tuberculosis.

La expresión formas ideológicas de pensar, aclara Mora Carrasco, se refiere en este planteamiento a la interpretación que de ella propuso K. Marx, un velo que oculta la realidad para hacerla más adecuada a una estructura social⁴⁴.

El concepto de salud también se ha visto influida por la teoría de sistemas, corriente de fuerte arraigo en las escuelas de Enfermería y Médicas del país, en esta perspectiva la salud es considerada como el resultado de la adecuada planeación e instrumentación de los subsistemas representados por las instituciones de salud, también denominadas sistema abierto, los trabajadores material y equipo se consideran insumos, los servicios que ofrecen las instituciones de salud se identifican como actividades centrales y, a los usuarios se les consideran como producto final del sistema.

El enfoque coloca en primer término a las actividades administrativas, “la eficacia y la eficiencia”, la obtención de logros programáticos, el rendimiento del personal, la obediencia irrestricta a las jerarquías. La noción de que existe un marco conceptual aplicable al estudio de las ciencias físicas, como a las naturales y sociales⁴⁵.

⁴³ FRENK Mora, Julio. La salud de la población, p. 77.

⁴⁴ MORA Carrasco, Fernando. Introducción a la medicina social, pp.. 41, 42.

⁴⁵ GALVAN Escobedo, J. Tratado de administración general, p. 48.

Esta primera parte nos ha parecido muy importante, pues consideramos necesario que los estudiantes y profesionistas del área de la salud analicen como parte de su formación el proceso salud-enfermedad, que será guía para sus actuaciones en la práctica diaria. Ellos tienen la palabra para opinar y decidir acerca de los conceptos que por muchos años han estado presentes en la enseñanza de las escuelas de Enfermería y Médicas del país.

Es una labor bastante compleja pues no es suficiente describir externamente el fenómeno, es necesario conocer las interacciones que le permiten manifestarse, en el contexto que se produce, es decir el mundo social y el mundo natural, en que viven los seres humanos, el conocimiento no sale de la imaginación sino de la observación que se realiza en el trabajo diario conjuntamente con el análisis del proceso salud enfermedad.⁴⁶.

1.3 La salud, un enfoque multifactorial

La salud está influida por diversos factores, de entre ellos, la atención médica curativa y preventiva es solo uno más, en realidad, el nivel de salud está determinado básicamente por otros elementos, como son la distribución de la riqueza, la organización y planeación del sector salud, las políticas sanitarias y, solo de manera complementaria por la atención médica.

Es por eso que se afirma que el mal funcionamiento del sistema de salud manifestado por un enfoque desigual se debe a problemas relacionados entre sí que afectan la salud, por lo que resulta muy limitante atender a los problemas de salud de la población sólo a partir de la intervención médica.

Existen otros problemas que afectan la atención a la salud, entre ellos, la pobreza, pero ¿por qué un país es pobre? Se dice que “es pobre porque es pobre” ¿qué quiere decir esto?, Knurse afirma que cuando las personas tienen un bajo nivel de ingreso esto determina que tengan una baja capacidad de ahorro, por lo cual no pueden invertir, por lo cual son poco

⁴⁶ SAN MARTÍN–PASTOR. Economía de la salud, p. 44.

productivos, por lo cual y, llegamos al mismo sitio, son pobres. Estas personas no pueden avanzar pues caminan interminablemente el círculo vicioso de la pobreza⁴⁷.

Según información del Banco Mundial, Washington 24 de Junio de 1996, el número de gentes que viven con un dolor por día aumentó de 1230 millones en 1987 a 1310 millones en 1993, es decir en seis años aumentó el grupo denominado de pobres extremos⁴⁸.

Si calculamos el número de pobres de acuerdo a otros indicadores como, estar bien alimentado, la atención del parto por personal calificado, la educación etc., el número se eleva hasta 1600 millones de personas que representa el 37% de la población mundial y, si se incluye a China el porcentaje se eleva hasta el 45%⁴⁹.

Un bajo ingreso económico limita el acceso a los servicios de salud porque la atención médica tiene un alto costo. Wislon plantea que hombres y mujeres enferman porque son pobres, se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque están pobres⁵⁰.

El Banco Mundial informa que en países en vías de desarrollo, 500,000 mujeres, mueren cada año por problemas de salud relacionados con la maternidad, 7 millones de personas mueren cada año de enfermedades fácilmente prevenibles y, casi 8 millones de niños mueren cada año de enfermedades relacionadas con la contaminación del ambiente y del agua.

Por otra parte, 50 millones de niños presentan deterioro físico o mental debido a la desnutrición. En cuanto a educación 130 millones de niños carecen de escuela, 80% de esta cifra corresponde al sexo femenino. En la actualidad la mayoría de los pobres del mundo

⁴⁷ URIBE Castañeda Suárez Mac Aulife – “Capital humano, salud y bienestar social”. Vida y muerte del mexicano, 2, p. 313.

⁴⁸ Worl Bank. To redouble effort to reduce poverty. 1996.

⁴⁹ Servicio De Información Y Documentación Sobre El Tercer Mundo. La pobreza en el sur. Dossier informativo de infomundi. 1996.

⁵⁰ CORTNA Grevs, P. “Desarrollo económico y social y salud”. Medicina preventiva y salud pública. P. 1065.

viven en áreas rurales se espera que en las próximas décadas la mayoría vivirá en las ciudades⁵¹.

En México, en 1997, se estimó una población de 95.4 millones de habitantes, con una proyección de 100 millones para el año 2000. En ese mismo año se estimó que 22.6 millones de mexicanos vivían en pobreza extrema y 31.1 millones, correspondían al rubro de pobres. Ambas cifras suman más de la mitad de la población del país. Se considera que solo 9.8 millones de personas tienen satisfechas sus necesidades⁵².

Mientras no se rompa el círculo vicioso de la pobreza y se distribuya equitativamente la riqueza, no se podrán elevar los niveles de bienestar y salud. Mientras una sociedad no sea capaz de generar suficientes empleos remunerados, las personas no contarán con los ingresos que les permitan acceder a los niveles mínimos de salud.

El bienestar social, en el que se incluye la salud, se sustenta en dos aspectos básicos: eficiencia y equidad. Los sistemas que buscan la eficiencia se basan en la competencia y la productividad del individuo, mientras que aquellos que tienden a la equidad exigen un rendimiento a cada individuo de acuerdo a sus capacidades y les retribuye en función de sus necesidades⁵³.

Todas las sociedades oscilan entre estos dos extremos teóricos, de acuerdo con sus diversas características históricas, culturales, de ubicación geográfica y de idiosincrasia. Los gobiernos, en cada país, son responsables de su sistema económico y por tanto, de la manera en que se establezca el equilibrio entre los aspectos de eficiencia y equidad.

Los dueños del capital afirman que la productividad aumenta con la mejor utilización del capital y la mano de obra y, que esto tendrá impacto en el buen manejo de la economía y el aumento del producto interno bruto (PIB), en términos reales. Será por eso que en la

⁵¹ World Bank, *ob. cit.*, 1996

⁵² MADRAZO Navarro, M. ET, *Al. Factores económicos en la atención a la salud*. p. 34-36-46.

⁵³ URIBE Castañeda Suárez Mc. Auliffe. "Capital humano, Salud y bienestar Social". *Vida y muerte del mexicano 2*, p. 315.

práctica el acceso de los individuos a los servicios de salud se realiza de acuerdo al trabajo que desarrollan más que en relación al principio de equidad social.

Sin embargo hay que considerar que el desarrollo económico tendrá impacto en los niveles de salud, como uno de los objetivos de la vida humana, siempre y cuando tenga una finalidad realmente integral y ecológica, siempre y cuando sea capaz de garantizar una mejor calidad de vida⁵⁴.

El énfasis que pone la Economía en el crecimiento económico induciría a pensar que existe una relación directa entre esta y la elevación de los niveles de salud, este supuesto no ha podido ser comprobado en ningún país del mundo, los países desarrollados si bien han desterrado algunas patologías, presentan otros problemas relacionados con la salud, como por ejemplo, las alteraciones ecológicas, el deterioro de las relaciones sociales, entre otras⁵⁵.

En México ha quedado demostrado que los problemas principales de desempleo, pobreza, y falta de salud no han sido resueltos por el llamado crecimiento macroeconómico. Tenemos como ejemplo, la década de 1960 a 1970 llamado período de “desarrollo estabilizador”, en esta época, el crecimiento real del PIB en México fue uno de los más altos del mundo, sin embargo, en dicho período el desempleo aumentó en forma considerable, la riqueza se concentró de manera exagerada en manos de unos cuantos y, la mortalidad infantil aumentó un 10%, entre 1965 y 1970⁵⁶.

Es posible deducir, de acuerdo a los anteriores planteamientos, que solo el aumento en el ingreso familiar puede incidir directamente en el cuidado de la salud de sus miembros, sobre todo en las edades extremas de la vida, infancia y senectud.

⁵⁴ CORTINA Greus, P. “desarrollo económico y social y salud”. Medicina preventiva y salud pública. P. 1065

⁵⁵ CORTINA Greus, P. Ob. cit. P. 1065.

⁵⁶ URIBE Castañeda Suárez Mc. Auliffe. “Capital humano salud y bienestar social”. Vida y muerte del mexicano, p. 314.

Una distribución equitativa del ingreso es requisito indispensable para mejorar los niveles de salud de la población, esta redistribución del ingreso al basarse en principios de solidaridad social contribuiría a elevar el nivel de salud, mental y social de los individuos que la integran. Ciertamente es que no basta con redistribuir el ingreso para mejorar los niveles de salud, ya que participan muchos otros factores, pero dicha redistribución es un requisito indispensable para lograrlo.

La salud es parte integrante del bienestar social en un sistema equitativo, y no simplemente un requerimiento para mantener a las personas en condiciones de trabajo en un sistema eficiente. Por lo tanto es necesario considerar los costos del “progreso” no solo en el sentido de lograr el máximo de producción.

Los costos sociales de un progreso empeñado sólo en la producción se expresan en los individuos con la aparición de cierto tipo de enfermedades como el estrés, el infarto cardiaco, cáncer y suicidio.

La colectividad tiene un alto riesgo de afectar su salud en relación con fenómenos físicos y biológicos como, la contaminación del aire y del agua, el ruido, el hacinamiento en las viviendas, los trabajos en situaciones riesgosas.

Actitudes como el consumismo, la falta de valores cívicos, la falta de solidaridad social de los individuos que integran una comunidad, preocupados sólo por su propio bienestar y desinteresado en los problemas de los demás, seguramente redundarán en la salud mental de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud desde hace muchos años ha planteado la necesidad de contar con una nueva concepción de los servicios de salud, que despierte el interés mundial acerca del bienestar de todos los seres humanos, especialmente los que se encuentran en situación desventajosa. Más que una concesión esta debe ser una respuesta al creciente

descontento que existe en las poblaciones por la desigual distribución de los servicios de salud y el aumento del costo de la atención médica⁵⁷.

En países como México con una gran cantidad de población pobre, es necesario establecer un nuevo concepto acerca de la “productividad social del sistema” el cual debería generar niveles más altos de bienestar social, niveles que tendrían que considerar aspectos como, nutrición, higiene, vivienda, educación etc., no sólo adecuados sino también suficientes para toda la población.

El crecimiento económico debe evaluarse en relación al logro del bienestar social y no constituirse en el objetivo central de lo político y lo económico, en aras del cual se sacrifica el bienestar de las mayorías.

En México toda la población debía ser atendida por las instituciones de seguridad social, como sucede en otros países, sin embargo sólo una minoría, obreros y burócratas, gozan de los servicios de salud ya que se consideran “personas productivas”. En México, la salud se ha constituido como punto focal para la movilización de intereses y, es tema central para estructurar la oferta política de los partidos⁵⁸.

El sistema de salud es blanco de diversas críticas, el primer cuestionamiento que se le hace es ¿qué tanto protege la salud de la población, si su enfoque más que a la prevención se enfoca a la curación?

Las propias instituciones formadoras de recursos humanos en el área de la salud, le dan mayor importancia a las prácticas curativo-hospitalarias que a las de carácter preventivo. Será por eso que los profesionistas prefieren trabajar en grandes hospitales e institutos pues lo consideran de mayor atractivo desde el punto de vista económico y de prestigio social.

⁵⁷ URIBE Castañeda Suárez Mac Auliffe. “Capital humano, salud y bienestar social”. Vida y muerte del mexicano, 2, p. P. 315.

⁵⁸ FRENK, Julio, La salud de la población, p. 28.

El enfoque curativo es criticado porque disminuye las oportunidades de atención al grueso de la población, esto queda demostrado si pensamos en un ejemplo: menos del 3% del total de casos que se presentan en el IMSS requieren hospitalización sin embargo, ese nivel absorbe más del 30% del costo total de la atención médica⁵⁹. El origen de esta situación se remonta a los años cuarenta, época en que la Salud Pública y su enfoque preventivo fue desplazada por la atención médica dirigida al individuo enfermo.

Considerada la salud como uno de los derechos sociales importantes, el estado mexicano promovió y financió los grandes centros hospitalarios y en consecuencia el desarrollo de diversas especialidades clínicas, el escenario fue propicio para que la cultura popular creara toda una mitología que confirió a los médicos un elevado prestigio social⁶⁰.

Esto nos conduce a pensar en la necesidad de racionalizar la inversión en hospitales, con especial cuidado en aquellos en que las altas especialidades requieren de tecnología importada, pues absorben altas cantidades del presupuesto y solo benefician a unos cuantos, sin oportunidad de mejorar el nivel de salud de la población en general.

Pero, ¿cómo puede lograr eficacia el sistema de salud si las condiciones de vida y de consumo son semejantes a una máquina productora de riego enfermedad y muerte?, tal parecería que el sector salud sólo tiene como función reparar el daño y, que la atención integral a las necesidades de salud sólo queda en nobles intenciones, pues hay una carrera interminable entre el sistema social que propicia la enfermedad y el sistema de salud que trata de eliminarla.

En el intento de sanar al individuo más no de prevenir de manera colectiva la enfermedad, se encuentra un sentido económico evidente, farmacias, hospitales laboratorios, representan una industria con buenos dividendos para quien en ella participan.

⁵⁹ URIBE Castañeda Suárez Mac Auliffe. "Capital humano, salud y bienestar social". Vida y muerte del mexicano, 2, p. P. 318.

⁶⁰ FRENK, Julio, La salud de la población, p. 29.

Por eso pensar en una sociedad sana, con bienestar y confort, resulta verdaderamente mítico, la Salud para todos en el año 2000 que preconizó la OMS, fue un objetivo completamente irreal, pues las estructuras de producción no lo favorecieron⁶¹.

En México el sistema de salud, de acuerdo a Martínez Valle 1997, se ha visto influenciado históricamente por las reglas del juego político. Desde sus orígenes, en la época Cardenista, se orientó a proteger la salud de los individuos políticamente organizados para estimular su contribución al crecimiento económico y a la estabilidad social.

En 1943, se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, la primera para atender a la población en general y la segunda destinada a los trabajadores.

El actual sistema de salud está integrado por las instituciones, ISSSTE, IMSS, PEMEX, SDN, MS, SEDESOL Y EL SECTOR PRIVADO, se afirma que proporcionan atención a los diversos grupos de afiliados de acuerdo a la capacidad política que detentan, ya que el sistema de salud refleja y reproduce la desigualdad social⁶².

A finales de los años setenta continúa planteando Martínez Valle la inversión en infraestructura disminuyó drásticamente, tanto en las instituciones de seguridad social como en la Secretaría de Salud, por otra parte, la demanda de los grupos sociales en especial la clase media fue superior a la oferta de los servicios de salud.

En 1973, ante la imposibilidad económica de seguir expandiendo la seguridad social a otros grupos de la población, fue reformada la ley del Seguro Social para dar cabida a grupos antes excluidos, a través de regímenes especiales uno de ellos fue el de IMSS-COPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional Para Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), a fines de 1978.

⁶¹ SAN MARTÍN, Hernán. *Administración en salud pública*, P. 220.

⁶² MARTÍNEZ Valle, Adolfo. "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud". *Observatorio de la salud*, pp.. 360, 361.

El convenio se dirigió a la población rural hasta entonces atendida por la SSA, por lo que el IMSS se fortaleció financiera y políticamente, frente a una Secretaría de Salubridad y Asistencia que perdió parte de su población y capacidad para reclamar más presupuesto del gobierno federal.

En la década de los ochenta, en medio de una crisis económica, se propuso con la SSA como cabeza de sector, dándole el lugar que le correspondía, integrar a las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud.

Dado que la salud en nuestro país ha sido un área clave para ejercer el poder y gobernar con un mayor margen de discrecionalidad, los grupos que vieron amenazados sus intereses formaron bajo el liderazgo del IMSS y en menor medida del movimiento obrero una verdadera oposición al proyecto⁶³. Tal parece que la idea de establecer un sistema único de salud atentaba contra los grupos que deseaban manejar los bienes y servicios públicos.

Estos movimientos de oposición junto con la severa crisis económica lograron detener el proceso de unificación del sector salud. La atención a la salud pasó de un proceso de reforma, a una estrategia de política social, a través del programa IMSS-Solidaridad.

El Sistema de Salud en México ha sufrido importantes cambios, que podríamos decir arrancan en 1983, bajo el concepto de “Cambio Estructural en Salud “. Entre estos cambios podemos anotar el derecho constitucional a la atención a la salud y la promulgación de la Ley General de Salud⁶⁴.

Para 1994, con el inicio del periodo presidencial de Ernesto Zedillo, se hace evidente la necesidad de revisar el sistema de salud. En 1995 después de un largo debate se difundió la iniciativa de reformas a la ley del seguro social y, en Marzo de 1996 la Secretaría de Salud también presentó su Programa de Reforma del Sector Salud.

⁶³ MARTÍNEZ Valle, Adolfo, *Ob. cit.* pp.. 363, 364

⁶⁴ FRENK, Julio, “Reformar sin deformar: La necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano”. *Observatorio de la salud*, p. 349.

La reforma del IMSS, planteó como objetivo central la recuperación económica, sustentada en un complejo sistema de financiamiento. Se pensó en recuperar la capacidad financiera del seguro de enfermedades y maternidad, ampliar la cobertura y, mejorar los servicios del IMSS.

Se propuso un nuevo esquema de cotización, con una cuota única para todos los trabajadores, pagada por los patrones y el gobierno, se complementaría con aportaciones de los empleados con ingresos de más de tres salarios mínimos. Se propuso un seguro médico voluntario para las personas que no cotizando al IMSS, lo pudieran pagar.

Se pretendió separar el seguro de invalidez cesantía y muerte en dos, el seguro de invalidez y vida para cubrir aquellos eventos que le ocurren al trabajador en activo y, el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Se propuso cubrir los seguros con las aportaciones del SAR y el INFONAVIT.

Una de las propuestas más debatidas fue la reversión de cuotas es decir, dar al derechohabiente las cuotas aportadas, a fin de buscar el mejor servicio, esta propuesta causó una gran desconfianza en los dirigentes sindicales del IMSS pues pensaron en una futura privatización de la institución.

Quedó a discrecionalidad del consejo técnico del IMSS otorgar y determinar el monto revertido. En el caso de aprobarlo se debía contar con la anuencia del trabajador o de su representación sindical, el monto recibido debía invertirse en el seguro médico elegido, cuestión que la empresa debía comprobar ante el consejo técnico del IMSS.

En esta reforma también se propuso la posibilidad de que el derechohabiente que continuara recibiendo los servicios del IMSS eligiera a su médico y, de que el médico recibiera una remuneración por cada paciente que lo eligiera, esto a fin de mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Por su parte la Secretaría de Salud dirigió sus cambios a la descentralización de los servicios para la población no asegurada, entre los cambios importantes, se propuso transferir los presupuestos en forma proporcional a las necesidades de salud de los gobiernos estatales, ampliar la cobertura a los grupos marginados mediante la asignación de un paquete básico de servicio de salud, integrar los servicios prestados por la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Solidaridad en un solo programa⁶⁵.

La reforma de la Secretaría de Salud enfrentó como primer obstáculo para su reestructuración, su propio modelo de atención, dirigido a la población con menos recursos económicos, políticamente más débil, con un personal médico y de enfermería con bajos salarios, materiales insuficientes y, sobre todo la responsabilidad de resolver los grandes y viejos problemas de salud de más difícil solución, aquellos que resultan de la pobreza en que viven grandes sectores de la población.

La Seguridad Social, también enfrentó serios problemas, considerada como un logro de la revolución mexicana, en beneficio de la sociedad en su conjunto, tiene que aceptar que la población a la que atiende es limitada y selectiva, ya que solo incluye la planta productiva del país.

La seguridad social influye de manera indirecta para establecer una distribución del ingreso desigual, ya que favorece a los derechohabientes que son financiados por la sociedad en su conjunto.

Las cuotas que aporta el gobierno a las instituciones de seguridad social, provienen de los impuestos que todos pagan y las cuotas de los patrones provienen de las ganancias por la venta de los satisfactores que todos adquieren⁶⁶.

⁶⁵ MARTINEZ Valle, Adolfo. "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud". *Observatorio de la salud*, pp. 365 – 367.

⁶⁶ URIBE Castañeda Suárez Mac Auliffe. "Capital humano, salud y bienestar social". *Vida y muerte del mexicano*, 2, p. 317.

México contaba, en 1995, con 91, 158, 290 habitantes de los cuales, 45, 723, 840 estaban afiliados a la seguridad social en su carácter de derechohabientes y, 45, 434, 450 tenían acceso a servicios de salud en instituciones como la Secretaría de Salud, el DIF, instituciones del DDF, en su calidad de población abierta⁶⁷.

La seguridad social se relaciona con el empleo y, en el mundo aproximadamente 1000 millones de personas, un tercio de la población, esta desempleada o subempleada, una grave situación sobre todo para los jóvenes, pues se calcula que hay unos 60 millones de jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 24 años que buscan en vano trabajo, siendo las mujeres las que enfrentan mayores problemas⁶⁸.

La Organización Internacional del Trabajo reconoce que aumentó la cifra de niños entre los 10 y 14 años que desempeñan algún trabajo informal, de 56 millones en 1976 a 70.9 millones en 1990⁶⁹. Obvio es decir que esta población no cuenta con ningún tipo de régimen de atención a la salud y sí está expuesta a diversas situaciones que la ponen en peligro constante.

En cuanto al empleo femenino a pesar de que las mujeres siguen ganando en promedio un tercio menos que los hombres, se observa un incremento en su participación en los diferentes campos de trabajo, en América Latina pasó del 18% en 1950 al 26% en 1990 y, del total de trabajadores de medio tiempo en 1990, el 81.8% eran mujeres⁷⁰.

Las mujeres no solo desempeñan el empleo para el cual se contratan, continúan una doble Jornada en su hogar, muchas de ellas son jefas de familia y desempeñan una gran responsabilidad, que se traduce en desgaste físico y emocional lo que amenaza constantemente su salud.

⁶⁷ MADRAZO Navarro, M. Et, Al. *Factores económicos en la atención a la salud*, p. 49

⁶⁸ Organización Internacional Del Trabajo. *Informe sobre el empleo en el mundo*, 1998-99.

⁶⁹ Organización Internacional Del Trabajo. *Ob. cit.*

⁷⁰ IDEM.

En México algunos estudios señalan que la tasa de desempleo de la población en edad de trabajar, va del 8.7% en 1997 al 12.3% en el año 2000.

En cuestiones de salud también hay que considerar el abaratamiento de la mano de obra, si se considera que casi la mitad de la población, 42.84%, tiene que subsistir con menos de un salario mínimo y que solo el 0.56% de la población gana arriba de 10 salarios mínimos⁷¹.

El año 2000 es una fecha que fijaron los organismos internacionales, para cumplir con la meta de “salud para todos”, lo cual ni remotamente se ha cumplido.

A inicios del siglo XXI se deberá analizar las experiencias, que como afirma Julio Frenk (1997), nos lleven a establecer un orden global mejor ajustado a las necesidades del desarrollo humano.

Para acercarse a la meta hace falta una visión sistémica e integral que permita entender las conexiones entre las diferentes propuestas identificar los vacíos que aún persistan, examinar los efectos sobre el sistema de salud en su conjunto y anticipar el impacto más amplio sobre la economía y el bienestar social⁷².

Sin embargo, en México las técnicas de planificación están poco desarrolladas y mal aplicadas. La calidad de los datos, base de la planificación es muy deficiente, se vive en la omisión, repetición, y el error, lo que se refleja en una bioestadística poco confiable.

López Acuña señala, nuestros sistemas de información y registro en el área de la salud son deficientes, en el área de la mortalidad, por ejemplo, no hoy encuestas nacionales de salud y solo se cuentan con boletines epidemiológicos que no reúnen todos los casos existentes de enfermedad de notificación obligatoria. En el caso de la morbilidad, el registro se realiza tomando en cuenta el enfoque tradicionalista, es decir se considera que existe un evento

⁷¹ MADRAZO Navarro, Et, Al. Factores económicos en la atención a la salud, pp. 38, 39.

⁷² FRENK, Julio. “Reformar sin deformar: La necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano”, Observatorio de la salud, p. 348.

morboso cuando su etiología se encuentra en algún tipo de microorganismo, se resta importancia a la génesis de la patología, a los factores psicológicos, sociales y culturales⁷³.

En México existe una necesidad de planificar los servicios de salud, tarea en la que la experiencia de los países desarrollados es de escasa utilidad, ya que la realidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo son muy diferentes, por ejemplo en Estados Unidos y los países europeos la seguridad social es para el 100% de los habitantes, lo que simplifica la planificación en materia de salud.

En cambio en países como México en donde una gran cantidad de población no cuenta con servicios básicos, donde el crecimiento demográfico no es controlado y la población se distribuye en forma irregular en su territorio, la planificación de los servicios de salud se dificulta⁷⁴.

Afirma Frenk (1993), que la salud de las poblaciones depende cada vez más de un conjunto de políticas correctamente aplicadas, estas deben basarse en conocimientos sistematizados, para colaborar con aquellos que detentan el poder en la toma de decisiones. La información y el análisis ponen límites a la discrecionalidad del decisor en el proceso de renovación de los sistemas de salud⁷⁵.

Para Kumate 1993, la información se constituye por mensajes y receptores que orientan las acciones y conductas. La información interviene como hilo conductor para aplicar aquellas medidas encaminadas a mejorar los procesos biológicos, fundamentales.

El ser humano es complejo de ahí las dificultades para lograr una buena información, la situación se complica con la enfermedad ya que es una realidad que las personas desean ignorar, olvidar ocultar, o negar. Tal es el caso de las infecciones de transmisión sexual, “las enfermedades secretas”, la lepra, el aborto, el retraso mental, las heridas en riña.

⁷³ LÓPEZ Acuña, D. *La salud desigual en México*, p. 39

⁷⁴ FRENK, Julio. “Introducción” *Observatorio de la Salud*, p. 16.

⁷⁵ LOZANO, Rafael, “El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos”. *Observatorio de la salud*. p. 23.

Puede ser también que el episodio morboso pase desapercibido para el individuo y el caso no aparezca en el registro oficial de morbilidad.

Se presenta también lo que se llama patología subyacente enmascarada, es decir una patología inicial provoca la aparición de otra, con la que se agrava la condición del paciente, esta última puede ser considerada la causa del deceso, por ejemplo, a la diabetes se le puede agregar la insuficiencia renal, la gangrena de extremidades, la sepsis por anaerobios, cualquiera de estas causas se puede anotar como la causa de la muerte olvidando la causa inicial⁷⁶.

En el interrogatorio ocurren inexactitudes frecuentes sobre antecedentes de las enfermedades exantemáticas. La confirmación por anticuerpos revela que aproximadamente en la cuarta parte de los casos, las madres no se percatan del sarampión de sus hijos y, en el 15% de los casos informaron haberlo padecido sin embargo, el laboratorio los reporta como cero negativos.

Otro caso de inexactitud es la declaración de la edad en las mujeres, o de sus hijos, pues tienden a rejuvenecerlos, con la peculiaridad de que redondean en 0 ó 5 el número de años.

Uno de los requisitos básicos de la información es la veracidad, si es falsa no sólo es inútil, sino que puede ser peligrosa. El sobre registro o el subregistro son variantes de la desinformación pues no presentan la verdadera realidad de una situación⁷⁷.

Las experiencias infortunadas en materia de planificación han creado un gran escepticismo, cuando se propone avanzar en esquemas de planeación más complejos se dice que como no hay información esto es un trabajo inútil y, no se elabora un sistema adecuado de información porque no hay un sistema de planeación que lo demande. Por tal motivo los servicios crecen anárquicamente y a costos exagerados.

⁷⁶ KUMATE, Jesús. Et Al. Información en salud: la salud en cifras, pp..33,34

⁷⁷ KUMATE, Jesús. Et Al, Ob. cit., pp..43,44

Se requiere de un sistema de información que en lugar de producir datos inútiles o inflados para justificar ciertas decisiones, genere la información necesaria para la administración eficiente y equitativa de los servicios nacionales de salud.

Afirma San Martín que la gran mayoría de los servicios de Salud que funcionan en los diferentes países del mundo, son inadecuados o ineficientes, porque no son servicios de salud, sino de enfermedad y porque no están planificados en relación a los problemas de salud, sino que se han establecido siguiendo otros intereses.

Los servicios de salud, se han ido formando tradicionalmente, sin plan, sin objetivos formulados, sin evaluación de los resultados. Finalmente han terminado por ofrecer atención a la demanda de enfermedad y de otras urgencias, sin atender a los riesgos y problemas de salud existentes⁷⁸.

El éxito de un plan de salud no depende de aspectos técnicos, pues se conoce de algunos que en teoría son perfectos, pero que en la práctica fracasan pues se planea olvidando que la salud depende directamente del nivel de vida e indirectamente del desarrollo social⁷⁹.

Coincidimos con San Martín, 1988, cuando establece que las Naciones Unidas plantearon y aceptaron los derechos humanos a la vida y a la salud, sin diferencia de ningún orden, pero no nos dijeron nada sobre como hacer efectivo esos derechos en el mundo de discriminación en el que vivimos.

En la actualidad los profesionistas de la salud enfrentan serios retos, ahora como nunca cobra importancia el enfoque preventivo sobre el curativo por las bondades que pueda tener, y porque representa una baja en los costos de la atención a la salud. Será necesario identificar con realismo que acciones preventivas son mejores que las curativas y viceversa.

⁷⁸ SAN MARTÍN Hernán, Administración en salud pública, p.5

⁷⁹ SAN MARTÍN Hernán, Ob. cit., p. 216

La aplicación de la tecnología no invasiva ha obligado a estudiantes y profesionistas a prepararse para participar en este nuevo procedimiento. El desarrollo del láser ha revolucionado el tratamiento, la cirugía endoscópica, reduce el riesgo de complicaciones, el sufrimiento de la persona intervenida y el período de convalecencia.

Los procedimientos de diagnóstico también se han beneficiado por esta tecnología no invasiva. Por ejemplo hasta hace algunos años se utilizaba la endoscopia gástrica, procedimiento doloroso y molesto para el paciente, actualmente se substituye por un estudio llamado, *Helicobacter Pylori*, en el que se requiere solamente el aliento del paciente.

Los procedimientos no invasivos, son sumamente importantes, ya que están reduciendo la estancia hospitalaria, disminuyendo los costos e incluso cambiando el modelo de atención, de hospitalario a domiciliario.

Se ha iniciado una drástica modificación, con la aplicación de la tecnología al campo de la atención a la salud, la computadora, las redes de información y las telecomunicaciones ya son indispensables para los trabajadores del área.

El avance de la tecnología médica ha puesto al descubierto la necesidad de reflexionar sobre los valores y deberes en el ejercicio de la atención médica. El uso de los embriones humanos congelados, la inseminación artificial, el manejo de los medicamentos, como propiedad exclusiva de los grandes consorcios de investigación farmacéutica, han hecho reconocer en las escuelas médicas y de enfermería a la Bioética.

Al mismo tiempo que los profesionistas de la salud incorporan los avances tecnológicos, no deben ignorar la importancia que han cobrado las medicinas tradicionales, como acupuntura aromaterapia, o reflexología, mucho se ha escrito acerca de estas opciones y, un gran número de personas hace uso de ellas.

Como producto de un largo proceso educativo en materia de salud y un despertar en la participación y vigilancia de los servicios médicos, la presión social ha impulsado el desarrollo de las llamadas organizaciones no gubernamentales entre las que podemos identificar a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Procuraduría Federal del Consumidor, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Existe la tendencia a una mayor exigencia de parte de los usuarios de los servicios de salud, de hecho en los últimos años se registró el mayor número de quejas contra médicos y hospitales.

Se ha insistido en los últimos años en la conveniencia de evaluar el desempeño de los estudiantes, profesionistas e instituciones del área de la salud, aún cuando este proceso carezca de valor legal tendrá un valor para el usuario, quien presionará para que los profesionales de la salud, logren la certificación correspondiente.

La calidad de las competencias profesionales es una condición necesaria para lograr la atención de calidad, no se debe perder de vista este objetivo, a fin de evitar que la certificación se convierta en un mecanismo discriminatorio y dictatorial.

Las tendencias que se identifican en el sector salud, ofrecen diversas orientaciones para que los individuos y las instituciones cumplan de la mejor manera su cometido, no son únicas ni infalibles, solo dan ideas para el cumplimiento de dos funciones sociales sustantivos, la salud y la educación.

1.4 La salud un factor de la política social

La legislación Mexicana reconoce en el artículo 4to. Constitucional la protección de la salud como un derecho social y en el artículo 123 a los servicios médicos como instrumento de la seguridad social⁸⁰.

⁸⁰ ACOSTA Romero–Gongora Pimentel. Constitución.. pp. 17, 472.

Estas leyes orientaron las políticas de estado en materia de salud hasta 1983. En esa época había un fuerte predominio de las instituciones públicas, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y los institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE) presentaban un crecimiento sostenido, que se creía culminaría con la estructuración de un sistema único de salud.

En la época de los ochenta América Latina vivió una crisis que asumió formas diversas. Los años ochenta constituyeron un período de ruptura con los modelos económicos que tuvieron vigencia hasta entonces, se consideró que lo que estaba en crisis no eran las relaciones de producción sino ciertas formas de administración y de política económica. El Neoliberalismo a través de sus distintos y variados representantes con tales afirmaciones, se instalaron en el debate político difundiendo un discurso dominante sobre la crisis⁸¹.

En apoyo a la política Neoliberal, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, afirmaron que las políticas económicas internas al volverse crónicas deformaban las estructuras de la economía, le restaban capacidad y en casos extremos la dejaban inerte para responder de forma eficaz al momento cambiante de la economía internacional.

Hacia fines de 1983, 17 países de América Latina y el Caribe tenían acuerdos de ajuste con el Fondo Monetario Internacional. Las políticas de ajuste desde el punto de vista Neoliberal fueron entendidas como el conjunto de medidas y decisiones públicas cuyo propósito era reducir los obstáculos que impedían el uso adecuado de los factores de la producción⁸².

Las políticas de ajuste estructural fueron entendidas como imperativas en base a una “realidad”. La realidad es el eje central del discurso Neoliberal y fuente de su legitimidad ya que justifica el imponer un conjunto de medidas basadas en la gravedad de la “realidad”, sin recurrir al consenso o a la violencia.

⁸¹ JIMÉNEZ Cabrera, Edgar. El modelo neoliberal en América Latina, p. 3.

⁸² ZERMEÑO, Sergio. La sociedad derrotada, pp. 39, 40

Para resolver los problemas sociales se requiere de los individuos más calificados, ya que el experto es el responsable de “atrapar” la realidad y establecer todos los elementos a partir de los cuales se debe manejar la situación.

La miseria y la crisis de “la realidad” Justifican las medidas que se deban aplicar, si las políticas de ajuste provocan tensiones internas, esto se Justifica para lograr el fin que es modificar la realidad diagnosticada como desfavorable por el experto⁸³.

El neoliberalismo propuso un proceso de reorganización económica, política y social, este proyecto se reforzó con un cuerpo normativo, que incluía valores como, rentabilidad, productividad, competitividad y, por los principios de pragmatismo-realismo, que tienden a afianzar nuevas relaciones sociales que se constituyen a partir del mercado⁸⁴.

El mercado su consolidación y fortalecimiento, en esta idea, se constituye en el mecanismo que devuelve a los nuevos sectores su espacio con el objeto de permitir y a la vez replantear la problemática social en el marco de una nueva condición de mercado.

La conciencia social, en esta perspectiva queda al margen, como si no importara o no existiera, ya que el mercado no reconoce fuerzas sociales y políticas, distingue únicamente sujetos calificados o no calificados, consumidores y oferentes, independientemente de su posición política y social. El mercado despoja al individuo de su contenido político⁸⁵.

El liberalismo se considera una ideología que postula la preeminencia del mercado y de la libre competencia, este modelo promueve la privatización de las empresas y los servicios, la supresión del Estado como benefactor y el fortalecimiento del capital privado, así como la orientación de la economía en función del mercado internacional⁸⁶. El proyecto Neoliberal plantea el bienestar del mercado en reemplazo del estado de bienestar

⁸³ ZERMEÑO, Sergio, *Ob. cit.*, pp.. 40, 41.

⁸⁴ JIMENEZ Cabrera, Edgar. *El modelo neoliberal en América Latina*, p. 9.

⁸⁵ JIMENEZ Cabrera, E. *Ob. cit.*, p. 10

⁸⁶ LATAPI, Pablo, *La modernización educativo en el contexto neoliberal*, p. 64

El Estado mexicano que por un tiempo dotó de los elementos mínimos para la subsistencia social (Salud, vivienda, educación), se vio de pronto rebasado por la amplitud de las expectativas sociales y económicas. No fue capaz ya no de cumplirlas, sino de limitar el deterioro de las condiciones de vida de la población.

El Neoliberalismo “oportunamente” denunció papel del Estado benefactor como costoso, centralista e ineficientes responsable del estancamiento de las instituciones y, con carácter desestabilizador al no cumplir con los ideales igualitarios que el mismo planteó.

Los gobiernos “revolucionarios” que se comprometieron con una “utopía” y un “deber ser”, llevaron las demandas sociales al terreno de la irrealidad⁸⁷.

En los primeros años de los ochenta, primera etapa del proyecto neoliberal en México, se reducen los presupuestos de las instituciones públicas de salud y disminuye la calidad de atención a la población, situación que se prolonga hasta la actualidad.

En 1983, se inició la reducción de los presupuestos de las instituciones públicas. El presupuesto per cápita del ISSSTE bajo en un 44% llegando a su punto mas bajo en 1985 y 1986⁸⁸.

El recorte presupuestal repercutió en el funcionamiento de las instituciones en dos maneras, por una parte el trabajo del personal de salud, se vio pobremente pagado, por otra sus condiciones de trabajo se dificultaron por la falta de material y equipo para realizar sus funciones, Se aplazó la inversión para la compra de equipo nuevo y el mantenimiento del existente se aplazó indefinidamente.

Se incrementó la rígida normatividad para acallar las protestas del personal y se incrementó el burocratismo como mecanismo para limitar la creciente demanda de los derechohabientes, quienes por los bajos salarios les resultaba difícil pagar servicios

⁸⁷ JIMENEZ Cabrera, Edgar. Democracia y neoliberalismo, p. 5.

⁸⁸ LAURELL, Cristina. El T.L.C. y el sector, salud. p. 1.

médicos particulares, no quedando otra alternativa que acudir a las instituciones de seguridad social.

La demanda de los servicios rebasó en mucho la oferta de las instituciones de salud, el material escaseó y los recursos humanos fueron insuficientes para atender los servicios saturados con grupos que por artificios políticos fueron incluidos en la seguridad social⁸⁹.

Los servicios de atención a la salud se deterioraron y cayeron en un grave descrédito, el personal de salud enfrentó a diario la irritación social por el mal servicio otorgado y, el gobierno “se lavó las manos” argumentando la necesidad del recorte en el gasto en salud debido a la crisis fiscal.

Desde luego que la crisis fiscal nada tuvo que ver con el gasto social, en el sentido de que fuera excesivo, ya que en su momento mas alto no representó más que el 19.5% del gasto público, lo que en relación al gasto de otros países es bajo⁹⁰.

Si tendríamos que decir que en el intento por disminuir el déficit público no se atendió el problema de la deuda externa, que hizo crisis por el incremento en las tasas de intereses así como por la fuga de capital financiado con el erario público, que se mantenía gracias a los préstamos internacionales.

El pago de la deuda externa fue una decisión política en detrimento del gasto social que se recortó y, que incluyó a la salud. Esto se demuestra si consideramos que el servicio de la deuda se incrementó del 25.1% en 1981 al 61% en 1998, por lo contrario el presupuesto en salud bajó del 4.7% al 1.6% del PIB en el mismo período⁹¹.

Ante las carencias de las instituciones de asistencia social (IMSS, ISSSTE) a partir de 1983, el sector médico privado mostró un crecimiento mayor que el público, con una

⁸⁹ JIMENEZ Cabrera, Edgar. Democracia y neoliberalismo, pp.. 9,10

⁹⁰ LAURELL, Cristina, Ob. cit. p. 4

⁹¹ IDEM.

participación en el producto interno bruto de los servicios médicos (PIBSM) del 48% en 1982, al 60 % en 1985.

El excedente bruto que reportó el sector privado, o sea el excedente después del pago de salarios e insumos en 1980, correspondió al 63 % de la producción bruta y creció al 70 % en 1988. En el mismo año el excedente bruto llegó a 5 billones de pesos, considerado como uno de los más exitosos, entre las diversas ramas económicas⁹².

En un país como México, donde la mayoría de la población es pobre, la privatización de los servicios de salud no es una política para todos, es particular y selectiva, la salud se convierte en una muy cara mercancía al que solo un mercado restringido puede acceder. El mecanismo para lograrlo es la compra de seguros médicos privados.

Afirma Laurell (1996), que a partir de 1987 aumentó el número de pólizas vendidas por enfermedad y accidentes, de 242 mil en 1986 a 533 mil en 1989.

A partir de un cálculo, afirma que las aseguradoras tienen como mercado potencial de los seguros médicos privados, al grupo con ingresos de seis o más salarios mínimos que corresponden aproximadamente al 30 % de la población económicamente activa de las zonas urbanas 3.5 millones de familias o 17.5 millones de personas.

Las empresas e instituciones, también están contratando este tipo de seguros para sus empleados de los niveles superiores y se empieza a considerar la inclusión de trabajadores y obreros de base.

Si bien para los complejos médico-industriales nacionales y sobre todo para los extranjeros no es atractivo el mercado mexicano por los bajos ingresos de la mayoría, no hay que olvidar que existe un mercado potencial de 17.5 millones de personas, que los consorcios estadounidenses con un amplia experiencia en la medicina privada buscan nuevos mercados

⁹² IDEM.

para su expansión y, que la seguridad social en México enfrenta graves problemas para atender de manera adecuada la demanda de los afiliados.

Acerca de este último punto, la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1995, dio a conocer que el 47 % de los derechohabientes opinan que la calidad de la atención hospitalaria es mala y el 51 % tienen la misma opinión de la atención que se otorga en las clínicas de consulta externa.

La encuesta QUALIMED aplicada en 1996, reveló la opinión de los patrones acerca de la calidad de los servicios otorgados por el IMSS, a partir de la siguiente cifra, el 95 % de ellos se interesan en la reversión de cuotas, es decir preferirían que el IMSS les permitiera contratar otros servicios de salud.

Los Servicios Actuariales S.A., afirman que en 97 empresas encuestadas más del 90 %, de los altos ejecutivos y en algunos casos sus trabajadores, tienen seguros de gastos médicos mayores, es decir efectúan un doble pago, con la seguridad social y con la medicina privada⁹³.

En los próximos años se avecina una mayor participación de los servicios médicos privados que podría ser de efectos nocivos para la salud y la economía de la población, si no están debidamente regulados.

Un estudio de hospitales privados efectuado por la SSA en 1995 identificó que de 2723 unidades hospitalarias, el 80 % tienen de 5 a 15 camas y, solo el 3 % tiene más de 50 camas.

Es alarmante saber que el 36 % de las unidades privadas no cuentan con un solo médico de tiempo completo, que en el 16 % no existe por lo menos una enfermera de tiempo

⁹³ RUELAS Barajas, Enrique. "Tendencias a futuro...". Observatorio de la salud, p. 387.

completo⁹⁴. En México han surgido diversos establecimientos de salud con un afán lucrativo, sin que existan mecanismos que regulen sus actividades.

En los años de 1993 y 1994, con la participación de la OPS y las instituciones y organismos representativos de la salud en México, se establecieron los estándares de calidad que deben de cumplir las instituciones de salud y, se conformó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios, de salud, lamentablemente por diversas razones e intereses sus funciones son muy limitadas⁹⁵.

Sin embargo existe ya una gran presión, por parte de los usuarios y los llamados terceros pagadores (aseguradoras, administradoras de servicios de salud, bancos), para que las instituciones prestadoras de servicios, las instituciones educativas y los profesionistas de la salud, tengan una mayor regulación.

Existe un gran descontento con la atención hasta ahora brindada y se corre el riesgo de que un sector de los afiliados a la seguridad social, se cambien a las instituciones de atención privada, en ese caso las instituciones de seguridad social sufrirían una baja en su financiamiento agravándose con esto la carencia de todo tipo de recursos.

También daría lugar a una atención diferenciada de acuerdo a los recursos económicos de las familias, lo que no sucede con la seguridad social, ya que este sistema redistribuye equitativamente los recursos entre todos los derecho habientes.

Morones Prieto afirmaba en la década de los sesentas, que los recursos que se destinan a la seguridad social no han de justificarse solo por un principio compensatorio, mediante el cual un individuo o un sector cubre el monto de los beneficios que recibe, sino merced a un imperativo de solidaridad social para la colectividad en su conjunto⁹⁶.

⁹⁴ RUELAS Barajas, Enrique, *Ob. cit.*, p. 391.

⁹⁵ IDEM.

⁹⁶ MORONES Prieto, I. Tesis Mexicanos la seguridad social, p. 38.

La legislación mexicana en lo que respecta a la seguridad social, en el artículo 123 y el derecho a la protección a la salud en el artículo 4^a, establece el acceso universal a los servicios médicos gratuitos y comprensivos a fin de que la población aspire a la convivencia social a la libertad, la igualdad y la justicia, a través de la redistribución de la riqueza social en lo que a servicios de salud se refiere⁹⁷.

Si la medicina privada con un interés mercantil se fortalece, seguramente la seguridad social perdería la fuerza histórica en la atención de la salud de los trabajadores mexicanos. Cambiar la legislación a favor de los intereses de los empresarios médicos nacionales e internacionales sería ir en contra del derecho a la atención de la salud de la mayoría de los ciudadanos.

⁹⁷ SOBERON, Kumate, Laguna. La salud en México: testimonios, 1988. pp.45,46.

CAPITULO II LA ENSEÑANZA CLINICA

❖ DESCRIPCION DEL CAPITULO

Teniendo como antecedente el escenario social y económico en el que se desarrolla el proceso salud enfermedad, el presente capítulo aborda la enseñanza clínica, objeto de estudio de este trabajo, como la tarea principal que desarrolla el profesor de Enfermería en las diversas escuelas del país.

El capítulo inicia con algunos antecedentes históricos, la segunda guerra mundial como referencia, época en que las escuelas de enfermería crecieron aceleradamente dependientes de hospitales como lugares naturales para la formación del personal de Enfermería.

Se abordan las circunstancias “especiales” en que las escuelas de Enfermería se han desarrollado en las universidades, ya que por mucho tiempo se impartió el nivel técnico y es hasta los años sesenta cuando las escuelas de Enfermería en México ofrecen el nivel licenciatura.

Se analiza la influencia de la educación médica norteamericana, a través del informe Flexner, en el que se identifica una separación entre la teoría y la práctica, la primera se considera un discurso, la segunda se dirige al aprendizaje de la técnica hospitalaria, como recurso para la atención a los enfermos

Se plantea que el aprendizaje clínico en los hospitales, se basa en la relación aprendiz-maestro y, que el personal en servicio debe actuar como modelo y guía para que el alumno se incorpore de manera paulatina a los protocolos de trabajo que se ejecutan en el campo profesional.

Se señala que el aprendizaje dirigido preponderantemente al dominio de estrategias de trabajo limita la función del maestro a un simple supervisor de actividades. El profesor de clínica, se señala, debe estar alerta para no caer en un activismo sin sentido no debe olvidar

que la teoría es un medio para identificar alternativas a las dificultades que se presentan en la práctica diaria, que no sólo es clínica es también social.

En este capítulo y en contra de la formación centrada en la técnica, Patricia Benner analiza las formas de adquisición del conocimiento en el campo de la Enfermería, menciona que las enfermeras realizan observaciones finas como antecedente para establecer juicios acerca de las situaciones críticas que enfrenta el paciente.

Las enfermeras expertas, afirma Benner, orientan la percepción y la iniciativa del cuidado en base a sus propias experiencias, captando rápidamente la contingencia y estableciendo modelos sencillos de actuación, los cuales, son transmitidos a partir de instrucciones sintéticas que encierran un contenido que el iniciante debe decodificar. Los modelos de actuación que las enfermeras emplean manifiestan una práctica que incluso rebasa los saberes enseñados por la institución escolar.

En la parte final del capítulo se resalta la función de la profesora enfermera, sus inicios a principios de siglo como instructora práctica, el desarrollo que ha tenido hasta nuestros días como docente universitaria con las complejidades modernas que implica esta función.

2.1 Antecedentes históricos

A partir de la segunda guerra mundial se observó una expansión de las escuelas de Enfermería dependientes de hospitales, secretarías de salud ó universidades. En esa época la educación para enfermeras estaba orientada al cuidado hospitalario y en un segundo término a la salud pública.

La enseñanza teórica y la experiencia práctica estaban separadas y desequilibradas, la enseñanza de las ciencias sociales no tenía relevancia en los planes de estudio ya que predominaban las materias de tipo biológico.

Los programas existentes no cumplían los requisitos universitarios respecto a las exigencias de escolaridad previa, por lo que las escuelas de enfermería en el contexto de la universidad, guardaban una “situación especial”.

La Escuela de Enfermería, actual ENEO, se incorporó a la Universidad Nacional de México vía Facultad de Medicina, en 1911 y, hasta 1970 formó enfermeras sólo a nivel técnico. (ALATORRE 1991).

Las escuelas de Enfermería y las de medicina se organizaron con un modelo educativo influenciado por el informe Flexner, 1910, el cual revelaba el estado de la educación médica en Estados Unidos y, sus consecuentes recomendaciones, por ejemplo que el estudiante cursara las asignaturas de ciencias básicas antes de iniciar la práctica clínica y, que las experiencias escolares las realizaran casi por completo en el hospital, dejando muy poco tiempo para la Salud Pública. En México por muchos años esta materia se cursó durante el último año escolar en un centro de salud “modelo”.

En 1959, la OPS identificó que el número de escuelas de Enfermería se había duplicado en los últimos diez años, que las estudiantes contaban con la secundaria como requisito de ingreso y, que las profesoras tenían grandes deficiencias en su preparación.

En los años sesenta, los planes de estudio incorporaron el estudio de la salud pública y de las enfermedades transmisibles, como consecuencia del desarrollo de la medicina preventiva y la creación de los servicios de salud pública, lo que apoyó en esa época la formación de enfermeras para la atención de la comunidad.

Se incorporaron además materias como ciencias sociales y de la conducta y, a pesar de que el modelo curricular estaba elaborado por asignaturas, en algunas escuelas de Enfermería existía ya la inquietud de integrar las materias por áreas de Enfermería.

Para 1976, la OMS, reveló en un informe que existía inconformidad entre maestras y alumnas ya que los objetivos de la formación no se cumplían a través de las prácticas escolares y profesionales.

En esa misma época se identificó que existía un mayor reconocimiento a los programas de formación de enfermeras en las universidades, por el ambiente de independencia que en ellas existía para la toma de decisiones académicas.

En 1982 se demostró a través de un estudio realizado por la OMS que la enseñanza de la Enfermería tenía un alto grado de heterogeneidad, existían dificultades en establecer el perfil ocupacional de la enfermera universitaria, debido a la presencia de programas de diferentes niveles escolares y a la falta de división técnica del trabajo, entre el personal que laboraba en el área de la salud.

En las últimas décadas, de acuerdo al papel protagónico de la Enfermería para el logro de la meta “Salud para todos en el año 2000” a la cual están comprometidos los países latinoamericanos, las escuelas de Enfermería hicieron cambios curriculares para adecuar sus programas a las realidades sanitarias del país.

Los planes de estudio se debían orientar desde un punto de vista epidemiológico, integrar la docencia y el servicio, incluir la participación comunitaria, formar al alumno en la solución de problemas y la toma de decisiones, analizar la historia y la filosofía de la Enfermería para comprender las causas y fuerzas existentes en la realidad de la profesión⁹⁸.

Durante muchos años la educación de Enfermeras se basó en la relación aprendiz-maestro, la iniciante aprendía junto a una enfermera experimentada las técnicas básicas de trabajo, este método tenía su valor pues incluía el estudio de los casos clínicos y la adquisición de las destrezas para el trabajo, sin embargo faltaba una supervisión constante, una limitación del tiempo de estancia y el aprendizaje de la teoría respectiva.

⁹⁸ OPS. Análisis prospectivo de la educación en enfermería, p 121

Debido a estas últimas consideraciones la instrucción pasó del hospital a las aulas, aunque también se continuó impartiendo a la cabecera del paciente. En el salón de clases había tiempo para demostrar el uso correcto de la técnica y del material, todo preparado con anticipación, la estudiante y la maestra a diferencia del ajetreo del servicio clínico, contaban con la tranquilidad y el silencio del aula.

Al cambiar la instrucción del hospital al salón de clase surgieron algunos problemas, la enfermera jefe perdió interés en la enseñanza y la enfermera encargada de las clases, al separarse del servicio, incluía elementos ideales en sus explicaciones difíciles de aplicar en la realidad. El estudiante quedaba confundido por la inconsistencia entre la enseñanza en clase y la práctica hospitalaria.

Para solucionar estas dificultades se pensó en una estrategia de enseñanza clínica. La primera referencia acerca del término instrucción clínica se encuentra en el American Journal of Nursing empleado por Mc Isaac, Isabel, en Clinical Teaching for Nurses (vol. 3):99. 1903⁹⁹.

En la convención de 1919 la National League of Nursing Education enfatizó el enorme valor del método de instrucción clínica, se dijo que aunque este método puede aplicarlo una instructora de enfermería, es preferible que sea el propio médico quién lo imparta.

En 1922 en otra reunión del mismo tipo se discutió nuevamente el problema de la instrucción clínica, se recomendó que las estudiantes se reunieran en torno al enfermo para una explicación de diez minutos y que la enseñanza la dirigieran las enfermeras supervisoras.

Los artículos escritos en 1930 acerca del tema, daban menos realce al método de instrucción clínica junto al enfermo y más a las rondas matutinas, efectuadas para rendir un informe de parte de las enfermeras de noche a las de mañana. El reporte incluía las

⁹⁹ BROWN, Amy Frances. Curriculum para escuelas de enfermería, p 219.

vicisitudes de los pacientes; una estudiante los podía escuchar día a día, llegando a convertirse en una rutina.

Al finalizar 1930 se publicó un artículo que esbozaba la idea de dedicar una mañana a etiología otra a síntomas y la siguiente a tratamientos y cuidados. Con este tipo de enseñanza, se argumentó, se perdía la visión de conjunto del paciente, además de que temas como la etiología y el tratamiento no debían tratarse frente al paciente, debían incluirse en las clases anteriores o paralelas a las experiencias prácticas.

Para las enfermeras el ejercicio de la enseñanza ha sido vista como una función natural que debe cumplir con pacientes, familiares y estudiantes de las ciencias de la salud, sin embargo, se hizo manifiesto que quienes enseñaran requerían una formación especial, sobre todo la enfermera que enseñaba ciencias; ya que la que enseñaba enfermería práctica, se creía no necesitaba mas preparación, que la básica de su profesión.

El reconocimiento de una preparación sólida y profesional, abrió la oportunidad para establecer programas especiales de formación para las profesoras de enfermería. Los términos instructora en ciencias e instructora práctica se habían establecido antes de 1930, en A Curriculum Grid For Schools Of Nursing. La Instructora en Artes, posteriormente se llamaría Instructora Práctica y, actualmente Profesora de Enfermería.

El término “Artes de Enfermería” fue utilizado para nombrar una asignatura de tipo técnico, se le llamaría después “Enfermería Básica” y actualmente “Fundamentos de Enfermería”¹⁰⁰.

2.2 La enseñanza practica de la enfermería

En algunos sectores académicos las profesoras de enfermería afirman que el objeto de la enseñanza es el de ayudar a los individuos a aprender. Consideran que la enseñanza y el

¹⁰⁰ BROWN, Amy Frances, *Ob. cit.*, p. 219

aprendizaje tienen lugar simultáneamente y que cuando no se aprende quiere decir que la enseñanza ha sido inútil¹⁰¹.

La enseñanza de la enfermería, planteaban, proporciona los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan las personas que deciden ejercer ésta profesión¹⁰².

La preparación de los estudiantes de enfermería debe garantizar que estos podrán actuar en cualquier hospital, comunidad, familia o campo en el que se requiera de sus servicios.

Sin embargo, es difícil que las estudiantes adquieran experiencias en todos los tipos de situaciones, con las que más adelante se habrán de encontrar, por lo que debe tener experiencias didácticas integradoras que le permitan aplicar los principios prácticos y científicos para la atención de los individuos sanos y enfermos¹⁰³.

La estudiante conforme avanza en sus estudios debe enfrentar experiencias de mayor complejidad, alcanzar niveles más altos de ejecución y, sólo necesitar una mínima orientación por la profesora, pues deberá aprender a trabajar y pensar de manera independiente¹⁰⁴.

Las experiencias de aprendizaje en la enseñanza clínica han de prepararse de tal manera que produzcan conceptos favorables y precisos de la enfermería, se requiere para esto, de un lugar que cuente con los elementos necesarios; así como la buena actuación del personal, para que la estudiante posterior a la observación practique el cuidado por ella misma.

El personal de Enfermería en los hospitales participa tradicionalmente de la enseñanza no sólo con los estudiantes, sino también con los pacientes, familiares, colegas y personal de menor rango.

¹⁰¹ GUNEE, K. Kathleew. Enseñanza de enfermería objetivos y métodos, p 61

¹⁰² GUNEE, K. Kathleew. Ob. cit., P 3

¹⁰³ IDEM, P 62

¹⁰⁴ IDEM, P 63

El personal es objeto de reflexión para la estudiante, admira a las expertas y le resulta desalentador que las enfermeras con buena preparación realicen funciones elementales, así como el hecho de que personal poco calificado realice tareas complejas y de alta responsabilidad.

El personal enseña a la estudiante que no hay actividades sin importancia, que la exactitud en el cumplimiento de las tareas menores le dará la preparación para realizar otras de mayor dificultad¹⁰⁵.

Las experiencias clínicas son una parte importante del curriculum se planean posterior a la instrucción en el aula y a la participación en el laboratorio, como la enfermería es ante todo un arte práctico la experiencia de las alumnas en la clínica es de importancia capital.

La enseñanza de la enfermería cuenta con tradiciones positivas, una de ellas es el ambiente de vida real que la situación clínica ofrece, cuando estas experiencias se planean y controlan, se convierten en interesantes oportunidades de aprendizaje, quizá ningún otro tipo de educación profesional tiene, como la enfermería, la oportunidad de practicar con anticipación el futuro papel que desempeñará en el campo laboral.

La enseñanza clínica trata de capacitar a las alumnas para aplicar sus conocimientos a los problemas reales que plantea la prestación de cuidados, reconociendo en principio que los conocimientos en sí mismos no tienen fuerza, la fuerza la constituye la aplicación del conocimiento¹⁰⁶.

La enseñanza de la enfermería está influida por los progresos de la ciencia médica, la prolongación del promedio de vida, la importancia de la higiene y la demanda de la gente por mantener o alcanzar la salud¹⁰⁷.

¹⁰⁵ IBIDEM

¹⁰⁶ SMITH, W. Dorothy. Cuidados de enfermería para adultos, pp. 54, 55

¹⁰⁷ GUINEE K. Kathleew. Enseñanza de enfermería, objetivos y métodos, p 61

En las escuelas de Enfermería los cambios en materia de salud aún no han sido incorporados en su totalidad, se continúa enfatizando la enseñanza de hechos y descuidando la promoción de habilidades de pensamientos para resolver problemas, se descuida el cultivo de actitudes positivas que tiendan a fortalecer la profesión de enfermería¹⁰⁸.

Se observa el predominio de la experiencia práctica en una realidad concreta y la introducción temprana de los estudiantes en las áreas clínicas y comunitarias.

El hospital predomina como centro formador de recursos humanos, lo que influye para que las experiencias de aprendizaje reproduzcan el sistema vigente de atención a la salud, restándole importancia a otros campos y niveles de atención.

2.3 Situación actual de la enseñanza clínica

Aumento en la cantidad de alumnos que ingresan a las instituciones de salud, sin que existan las condiciones que garanticen la calidad de la formación del recurso.

Incremento en el número de escuelas de enfermería en las universidades. Mayor exigencia en la preparación de las profesoras enfermeras.

Predominio del hospital como campo de práctica escolar. Formación de los estudiantes en un solo nivel profesional y, separación de otras profesiones y sectores.

Necesidad de una preparación didáctica de los profesores de enfermería, con énfasis en la enseñanza clínica.

Generación limitada de conocimientos, acerca de la enseñanza clínica, a través de la investigación.

¹⁰⁸ HEIDGERKEN, E. Loretta. Enseñanza en las escuelas de enfermería. P 8

Falta tomar en cuenta en las revisiones curriculares, las políticas de salud y educativas, que afectan a la enseñanza clínica.

Repetición en diferentes semestres de las prácticas de carácter comunitario. Falta explorar nuevas alternativas de trabajo con grandes poblaciones y grupos expuestos a riesgos biológicos y sociales.

Falta incluir de manera clara en los planes de estudio, nuevas funciones de la enfermera, pues las que existen están esbozadas de manera confusa, por lo tanto los aprendizajes en la práctica son de carácter repetitivo e incorporativo.

Aplicación de criterios cuantitativos y repetitivos para la enseñanza de los procedimientos en los laboratorios de simulación clínica.

Realización de evaluaciones de la práctica clínica de tipo administrativo más que académico.

Predominio de una “supervisión clínica” que cohibe el desarrollo de la iniciativa y el juicio crítico de los estudiantes¹⁰⁹.

2.4 El servicio clínico como espacio para el aprendizaje

En el servicio clínico la alumna de enfermería adquiere experiencia y establece la calidad de una buena práctica, el servicio puede ser el sitio ideal para aprender, si se utilizan todas sus posibilidades¹¹⁰.

La alumna es asignada a diferentes servicios, urgencias, hospitalización, laboratorio, etc., por un periodo de tiempo marcado en el programa. El cambio frecuente de servicio le

¹⁰⁹ OPS “Análisis prospectivo de la educación en Enfermería”. *En educación médica y salud*. pp. 129, 130

¹¹⁰ HICHLIFF, Susan M., *Enseñanza en enfermería clínica*, pp. 35, 36

produce tensión pero, se supone que cuanto más variadas sean las experiencias más capaz será de resolver los problemas de atención de enfermería que se le presentan.

La jefa del servicio y el personal deben promover el aprendizaje de acuerdo al programa de la materia y a los recursos disponibles y, es responsabilidad de la alumna obtener los mejores beneficios incorporándose activamente a todas las oportunidades que se le ofrecen¹¹¹.

La planeación de la práctica clínica debe tomar en cuenta las necesidades de las alumnas y la experiencia de las enfermeras del servicio para procurar el aprendizaje de las alumnas. Los beneficios que obtendrá la alumna al brindar atención se describen en los objetivos de aprendizaje, por ejemplo, se puede plantear que al término de su estancia en el servicio de medicina interna, la alumna será capaz de efectuar un cateterismo vesical, de acuerdo a las normas señaladas en el manual de procedimientos.

Los procedimientos que la alumna realiza en los servicios pueden complementarse con las clases teóricas y, entonces se puede planear la atención del paciente para demostrar la aplicación práctica de un tema¹¹².

En el servicio existen muchos factores, que pueden reforzar o interferir el cumplimiento del programa, por ejemplo, las alumnas de otras escuelas y/o grados pueden resultar un problema, pues habrá ocasiones en que no haya suficientes pacientes para todas y se tendrá que pensar en otras maneras de cumplir con las actividades de aprendizaje programadas.

En la práctica se seleccionan a aquellos pacientes que ilustran el problema de salud y el grupo de edad que es objeto de estudio. En las sesiones clínicas se analiza el tratamiento y cuidados para un caso típico, el tema es considerado de antemano en el contenido programático.

¹¹¹ HICHLIFF, Susan M., Ob. cit. pp. 36

¹¹² IDEM, P 46

El plan de instrucción clínico proporciona a las alumnas la oportunidad de estudiar la literatura concerniente a los problemas de enfermería, posteriormente se encontrará con casos reales y será el momento de recibir asesoría de los miembros del equipo de salud¹¹³.

La planeación de la enseñanza clínica requiere la selección, por parte de la profesora, de los pacientes que serán atendidos por las alumnas, también, de la aprobación y cooperación de la jefa del servicio, quien está compenetrada con los diagnósticos, el grado de enfermedad y, el tipo de cuidados que requieren.

Es importante platicar con los pacientes a fin de sensibilizarlos para que acepten a las estudiantes, lo mismo que con las supervisoras y con el personal del servicio.

La asignación de pacientes está sujeta a cambios, si la encargada del servicio considera que un paciente no está en condiciones de ser atendido por una alumna principiante, se buscará a otros pacientes. La enfermera jefe, incluso, puede sugerir otras experiencias de aprendizaje y se les incorporará cuando sean adecuadas al programa de la materia¹¹⁴.

En la selección de pacientes, la profesora debe tomar en cuenta los siguientes criterios: la filosofía y los objetivos del curso, las necesidades y habilidades de las estudiantes, la situación real en cuanto a recursos clínicos existentes y el ambiente de la unidad¹¹⁵.

Tal vez el factor más importante para la selección de experiencias de aprendizaje sea el número de pacientes pues un número limitado disminuye las alternativas de selección de los problemas de enfermería y un censo alto desvirtúa la experiencia de aprendizaje y la convierte en carga de trabajo.

El hecho de que exista una población de pacientes, no quiere decir que todos estén disponibles para la estudiante, algunos estarán demasiado graves, otros tienen programada su alta, otros van a quirófano, algunos rechazan a los principiantes. La experiencia de

¹¹³ SMITH, W. Dorothy, Cuidados de enfermería para adultos pp. 52, 53

¹¹⁴ HOLLINS, P Agnes., "Las Primeras Asignaciones Clínicas". Nursing Outlook, p 49

¹¹⁵ MOLLINS, P. Agnes, Ob. cit., p. 47

aprendizaje tiene que planearse cuidadosamente a fin de compaginar las necesidades de cuidado que tiene el paciente con las necesidades de aprendizaje que tiene la alumna.

Aún teniendo una planeación cuidadosa todas las mañanas la profesora ha de entrevistarse con la jefe de piso para saber si los pacientes no presentaron cambios durante la noche, que puedan influir para realizar movimientos en la asignación de las alumnas.

En el transcurso del turno la profesora evaluará a través de la observación y su propia experiencia como enfermera, si las asignaciones que se le dieron a la alumna fueron complejas, sencillas o, adecuadas para su nivel de conocimientos.

Se le preguntará en el servicio ó en la hora de clase, como se sintió frente al paciente, analizando los puntos positivos y negativos de su sentir y actuar.

La buena selección de las asignaciones clínicas se identifica a través de los “diarios de campo”; en los cuales la estudiante anota los incidentes del día. La profesora recoge el escrito a la mañana siguiente de que la alumna cumplió con un turno de trabajo.

Los comentarios del personal también son fuente de información acerca de la actuación de la alumna.

Las asignaciones clínicas, al ser ejecutadas, orientan a la alumna acerca de lo que sabe y, de lo que en el futuro puede hacer pero, no siempre se realizan como se piensan; de tal manera que la profesora y la alumna tendrán que reflexionar acerca de las causas y resultados de las experiencias insatisfactorias¹¹⁶.

Las estudiantes deben permanecer en el servicio de 7 de la mañana a 3 de la tarde, ya que las primeras horas son de mucho trabajo y les dan la oportunidad de practicar el cuidado físico básico. Siempre que sea posible se le deberá asignar el mismo paciente ya que le dará

¹¹⁶ IDEM, PP 53, 54

oportunidad de conocerlo mejor, seguir los cambios que presente y evaluar su plan de cuidados. (MOLLINS, 1965).

La planeación de la enseñanza se basa en la filosofía y objetivos del curso, como ya habíamos mencionado, por ejemplo, la filosofía de un curso inicial orienta la adquisición de habilidades para establecer relaciones con personas con padecimientos que requieran cuidados sencillos y convalecientes.

Los objetivos del programa guían a la profesora en la selección de pacientes y experiencias de aprendizaje, por ejemplo si la profesora quiere que la estudiante desarrolle la habilidad de comunicarse con los pacientes, tiene que proporcionarle la oportunidad de mantener conversaciones significativas y de propósito con ellos (MOLLINS, 1965).

El logro de los objetivos de un programa de enseñanza clínica depende de múltiples factores tales como las actividades que se realizan en el servicio las condiciones del material y equipo y, las características del personal. De parte de la escuela influye el plan de estudios, la profesora, los estudiantes, la biblioteca, la administración escolar.

Al planear las asignaciones clínicas de las estudiantes, la profesora debe determinar donde y con quien quiere estar y, a que hora, ya que debe constatar como realiza el trabajo la estudiante.

El horario de la profesora es necesariamente amplio, debe observar como las alumnas asisten a los pacientes en su alimentación, como preparan y ministran los medicamentos, como proporcionan los cuidados de higiene, etc.

La profesora debe organizar su horario para observar la reacción y actuación de las estudiantes con pacientes y compañeros de trabajo; además dejar tiempo para sucesos imprevistos que puedan ofrecer enseñanza significativa. Las alumnas deben saber a que hora cuentan con la instructora para recibir una enseñanza individualizada¹¹⁷.

¹¹⁷ BROWN, Amy Frances. Curriculum para escuelas de enfermería, pp. 22

2.5 Formas metódicas de la enseñanza clínica

Las enfermeras son un recurso para el aprendizaje, bajo las órdenes de la jefa del servicio, forman un equipo para atender las necesidades del paciente, la estudiante debe integrarse para aprender de las que tienen más práctica, en este caso, si el ejemplo es bueno las alumnas no sólo aprenderán las aptitudes, sino las actitudes que tienen las enfermeras con los usuarios y familiares.

La enseñanza mediante el ejemplo es un método para aprender y, las alumnas tienen una posición privilegiada para observar cuando el personal experimentado presta sus servicios, en ese momento requieren mostrar atención, interés, habilidad, conocimiento, organización, comunicación.

Antes de que la estudiante actúe, una enfermera experta le demuestra paso a paso, como se realiza el procedimiento, posteriormente ella lo debe realizar en forma correcta, de esa manera el personal le toma confianza, en caso contrario, es decir si la estudiante muestra torpeza e indecisión el personal toma una actitud de indiferencia y rechazo.

Las enfermeras tienen un nivel de dominio acerca de lo que hacen, a los ojos de las estudiantes se constituyen en un modelo que orienta el aprendizaje, si son conscientes del valor de esta función incluso se incentivarán para mejorar su trabajo.

Cada enfermera es responsable de dar un buen ejemplo de actuación, esto se logra si la enseñanza por el ejemplo se reconoce como un medio valiosos para transmitir experiencias.

El ejemplo aclara, respalda o verifica el concepto, ayuda a la estudiante a entender la naturaleza del hecho observado, con el ejemplo los estudiantes aprenden a generalizar, les auxilia para que sus experiencias tengan significado e incluso las puedan transferir¹¹⁸.

¹¹⁸ TORNYAY-THOMPSON. Enseñanza de la enfermería, pp. 33-35

La asesoría individualizada es una de las maneras más eficaces para que la alumna avance en el conocimiento del servicio. La pueden impartir el personal, una alumna de grado avanzado ó, la profesora de enfermería clínica.

La enseñanza individualizada se efectúa cuando la profesora opta por trabajar con una alumna, la sesión se discute de antemano para conocer cuáles son sus carencias y establecer los objetivos de aprendizaje, se le pide al personal que deje una parte del trabajo para planear la experiencia mas adecuada, la carga de trabajo no debe ser muy pesada ya que debe haber tiempo no sólo para realizarla sino para discutirla y evaluarla.

La enseñanza individualizada es estresante para la alumna y, exige un alto grado de concentración pues debe mostrar, frente al paciente y el personal lo que sabe. La maestra procurará que la alumna esté relajada pues si la sesión le causa temor, se bloqueará y no existirá beneficio alguno.

La enseñanza individualizada debe planearse tomando en cuenta las habilidades y deficiencias de la alumna, ella misma debe identificarlas y pedir asesoría, la maestra le ayudará a fin de lograr una evaluación verídica que le permita progresar y buscar nuevas oportunidades de aprendizaje¹¹⁹.

El aprendizaje en grupo también es importante en la clínica y, se puede realizar en la recepción y entrega de pacientes, en sesiones para discutir problemas éticos concernientes al tratamiento, cuando se enseña el uso de un nuevo equipo ó técnica, en este caso se procurará que todas entiendan la demostración, para evitar errores en el momento de aplicarla¹²⁰.

Los materiales derivados de un caso clínico se han utilizado como medios para impartir la instrucción durante muchos años. En 1871 C.C. Langdell, los empleó por primera vez en la

¹¹⁹ RINES, R Alice. Evaluación del aprendizaje en enfermería , p 33

¹²⁰ HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en enfermería clínica, pp. 53, 54

facultad de leyes de Harvard, disminuyendo así el uso exclusivo de las clases tipo conferencia e inaugurando la enseñanza a través de casos reales.

En 1908 Edwin F. Gog primer decano de la escuela de negocios de Harvard lo introdujo, como base para la instrucción en el estudio de situaciones conflictivas en el campo de los negocios. El uso de éste método de enseñanza destinado a formar a los futuros empresarios se ha extendido a partir de esa época.

En la década de los 30's éste método se aplicó para la enseñanza de la administración pública y el trabajo social. En fecha más reciente se han empleado los materiales derivados del trabajo de campo como base para la preparación de docentes e ingenieros.

En Enfermería, el caso clínico es una herramienta indispensable, ya que se trabaja con personas sanas ó enfermas, la enseñanza se efectúa en sesiones en las que se discute todo lo referente al caso, desde la valoración, hasta la evaluación de los cuidados, con énfasis en los problemas éticos que intervienen en el caso.

La alumna puede presentar el caso de alguno de los pacientes para resaltar algún aspecto importante, lo preparará de la mejor manera, seleccionará el lugar y lo expondrá lo más claro posible, auxiliándose de los recursos audiovisuales que contribuyan a mantener el interés¹²¹.

2.6 El ambiente clínico-didáctico

La experiencia que se obtiene con el cuidado del paciente es muy valiosa, constituye el mejor medio para el aprendizaje, desde luego que no debe ser causa de abuso, al contrario, la alumna debe esmerarse en darle una atención integral de acuerdo a las necesidades físicas, biológicas y sociales del paciente.

¹²¹ SMITH, W. Dorothy. Cuidados de enfermería para adultos , p 9

Las enfermeras son partidarias de la atención por casos y no por funciones pues cuando ellas ó, los estudiantes realizan las actividades sin conocer suficientemente al paciente pueden caer en errores fácilmente, además de que es desagradable y poco satisfactorio darle importancia al procedimiento y no a la persona.

Los pacientes no son los únicos “recursos” para el aprendizaje también, el expediente clínico y los especialistas son fuente de información y aclaración de dudas. El estudiante debe emplear diferentes recursos para obtener un amplio conocimiento acerca del cuidado, este conocimiento no se consigue a través de los libros, estos no pueden abarcar todas las situaciones específicas que se viven en el servicio

Desde luego que los libros también apoyan a la estudiante, de hecho, se sugiere que el servicio tenga una pequeña biblioteca-hemeroteca que contenga además de libros y revistas los materiales bibliográficos específicos que apoyen la atención al paciente.

Cada servicio debe contar con manuales y guías que normen las situaciones básicas, tales como manejo de desechos orgánicos, manejo de material punzo cortante, uso de medicamentos controlados, ingreso, alta y transferencia de pacientes, etc.

El tablero que indica la cantidad de pacientes, su enfermedad y tratamientos, es muy útil para que la alumna se forme una idea acerca de los casos que se tratan en el servicio, que decir de los expedientes clínicos que contienen los antecedentes patológicos, datos personales y sociales así como el problema actual de salud del paciente.

Antes de que la alumna inicie su actividad en el servicio se le da toda una introducción, se espera que con esta información la alumna disminuya su temor a lo desconocido y se adapte mejor al servicio.

El grupo y la profesora tienen una entrevista inicial con las encargadas del servicio para que ellas expliquen el funcionamiento y organización y, aclaren las normas de estancia de los

estudiantes. Las primeras entrevistas con el personal son muy importantes ya que la estudiante identifica el interés y la aceptación que le muestra el equipo de trabajo.

Es muy importante realizar entrevistas durante el desarrollo de la práctica para que la alumna conozca su progreso, generalmente se realizan cuando ya ha sido observada y supervisada, para tener materia de conversación¹²². Es preciso llevar un registro de sus adelantos, pero sobre todo de aquello que se le dificulta ó que no ha tenido la oportunidad de aprender.

En la entrevista final las alumnas, profesora, autoridades y personal realizan una evaluación de la práctica, se elabora un informe acerca del desarrollo del grupo y de las oportunidades que el servicios clínico ofreció para lograr los objetivos de aprendizaje Producto de una evaluación favorable la estudiante obtendrá el derecho de asistir a las prácticas del siguiente nivel, con las distinciones propias en su uniforme¹²³.

2.7 El conocimiento inherente al ejercicio de la enfermería

2.7.1 El conocimiento a la acción

Los elementos teórico-prácticos de cualquier curso clínico deben relacionarse de tal manera que cada uno constituya una fuente de enriquecimiento para el otro, es decir la experiencia en el trabajo debe despertar en el alumno el deseo de saber mas, esto es posible si el estudiante tiene conocimiento para entablar un dialogo de calidad con las enfermeras expertas.

La separación de la teoría y la práctica, sin embargo, aún se observa en los programas tradicionales para la formación de enfermeras, en estos programas se enseña la teoría durante los primeros meses y en los siguientes se realiza la práctica.

¹²² RINES, R Alice. Evaluación del aprendizaje en enfermería , p 14

¹²³ HINCHLIFF , Susan M. "Aprendizaje en el servicio; oportunidades y problemas". Enseñanza en enfermería clínica , p 59

En el servicio, con esta idea, la profesora más que ejercer la docencia se dedica a supervisar las actividades que realizan las alumnas y, las alumnas más que analizar los problemas de enfermería que estudiaron en clase se dedican a ejecutar las técnicas que el servicio requiere.

La división entre teoría y práctica propicia que las alumnas efectúen actividades que en teoría se abordan muchos meses antes o muchos meses después, tal desvinculación dificulta aplicar en la práctica lo aprendido o, llevar a la clase los problemas reales de la enfermería para su discusión, esto es importante porque, la calidad de los servicios que los alumnos otorgan a los pacientes aumenta cuando los llevan a cabo como una experiencia educativa y no como una actividad aislada. El intercambio entre la teoría y la experiencia que proporciona la práctica, enriquece ambos niveles.

La práctica ayuda a la estudiante a ejecutar la atención de enfermería de forma realista, pues en el campo clínico los problemas se presentan por sí solos, por si esto fuera poco los nuevos adelantos se conocen través del manejo que los expertos hacen de ellos, directamente con los pacientes.

El servicio clínico proporciona al estudiante el conocimiento acerca de las enfermedades y los tratamientos, le brinda la oportunidad de aprender una amplia gama de intervenciones fundamentadas en la teoría, lo que le da cierto margen de seguridad. El estudiante requiere cierto conocimiento para actuar y, necesita actuar para darse cuenta que necesita estudiar más.

En la práctica la alumna adquiere la destreza en los procedimientos que son de rutina, posteriormente aquellos que son esporádicos porque el evento es incontrolable como la muerte, más tarde en aquellos que se realizan de urgencia y, finalmente los de especialidad.

La alumna participa en situaciones que pueden ser totalmente desconocidas para ella, en este caso el papel del personal es orientarla detalladamente acerca de lo que esta

ocurriendo, para que posteriormente pueda participar directamente. El papel de la profesora es vigilar que lo que se ejercita en la práctica no se oponga a lo aprendido en el aula.

La alumna llega al servicio con el conocimiento de los procedimientos clínicos pero, de nada le sirven si su enseñanza fue irreal y/o anticuada, pues tendrá que modificar su aplicación de acuerdo a las reglas del servicio. Los procedimientos deben ser enseñados con base a principios que mantengan un método estable, sea cual fuere el lugar en que se apliquen.

A las alumnas les confunde la enseñanza de los procedimientos basada en mitos y tradiciones pues en la práctica deducen que los procedimientos obedecen a principios comprobados y aceptados por todos. La enseñanza práctica debe promover una actitud abierta en los estudiantes para aceptar y continuar los avances en el conocimiento y las innovaciones tecnológicas¹²⁴.

Durante muchos años se ha cuestionado la efectividad del actual sistema de educación de Enfermeras sobre todo por las deficiencias encontradas en la enseñanza práctica de la profesión.

La fuerza de la Enfermería radica en su competencia práctica y es un gran error no darle la debida importancia a la planeación asesoría y evaluación de las experiencias clínicas, las autoridades de las escuelas deben elaborar estrategias que la mejoren y, tomar decisiones con juicio profesional, para ello se requiere de experiencia clínica y ejecutiva.

La teoría es importante, pero nunca más importante que la práctica, la enseñanza de la Enfermería sería imposible si no se le proporciona al alumno la oportunidad de practicar lo aprendido¹²⁵.

¹²⁴ KOHNKE, F. Mary. Asesoría profesional en servicios de enfermería, p. 68.

¹²⁵ HEIDGERKEN E. Loreta. Enseñanza de la enfermería, p 109.

La enseñanza clínica proporciona a la alumna lo mejor de dos mundos, la experiencia práctica que se integra a la estructura teórica, esto será posible siempre y cuando la alumna así lo entienda y, trabaje a conciencia con el equipo de salud.

El aprendizaje depende de la actitud mental de cada alumna, debe entender que lo que hace por los pacientes son en realidad experiencias de aprendizaje y, que no es mano de obra como en ocasiones equivocadamente se cree.

En la atención de los pacientes la estudiante debe actuar de manera inteligente con el cerebro, pero también de manera afectiva con el corazón, de esa manera aprenderá además de la técnica, las múltiples manifestaciones de la respuesta humana ante el cuidado¹²⁶.

Poco se ha estudiado acerca de la sabiduría que se va acumulando con el paso del tiempo en el ámbito de toda ciencia aplicada, se requiere de un análisis sistemático acerca de los aprendizajes de la enfermería en el ejercicio diario de su actividad profesional.

La teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar conceptos y delimitar los contenidos, explicar sistemáticamente los acontecimientos y anticiparse a los hechos.

Filósofos de la ciencia como Kuhn (1970) y Polanyi (1958) plantean que es importante anticiparse al fenómeno pero, también es preciso entender como se produce, como explicar que el hombre adquiere habilidades y aptitudes sin un conocimiento previo, no siempre podemos explicarnos desde la teoría muchas de las actividades que hacemos en la práctica, es decir determinados saberes prácticos escapan de toda formulación teórica. El individuo puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionen o amplíen los postulados teóricos vigentes.

El progreso del saber en la práctica de una profesión como la Enfermería consiste en ampliar los conocimientos prácticos mediante investigaciones basadas en postulados

¹²⁶ OMS. La educación básica de la enfermera profesional, p 39

teóricos y, en el análisis continuo de los conocimientos técnicos perfeccionados en la experiencia clínica¹²⁷.

La habilidad práctica se desarrolla cuando en la clínica se verifica o desechan proposiciones, hipótesis y expectativas basados en postulados teóricos. La experiencia (Heidegger (1962), Gadamer (1970)) se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son filtradas en una situación real.

2.7.2 Los ámbitos del conocimiento práctico

La competencia clínica se adquiere con el paso del tiempo. El trabajo cotidiano, en muchas ocasiones impide que el personal tenga conciencia de sus progresos y descubrimientos, hacen falta instrumentos y estrategias para identificar los conocimientos prácticos adquiridos, ampliarlos y divulgarlos a los estudiantes, al propio personal y, la comunidad científica.

BENNER (1987) identificó seis ámbitos de conocimiento práctico.

1.- Distinciones cualitativas.

Son elaboradas por Enfermeras expertas que realizan acciones de detección y alerta precoz, aprenden a identificar alteraciones fisiológicas casi imperceptibles, son capaces de anticipar un coma antes de que se produzcan cambios en los signos vitales del paciente.

Estas facultades de fina sintonía con el estado de salud del enfermo son fruto de muchas horas de observación directa y cuidado personal a los pacientes. Polanyi (1958) citado por Benner, denomina a estas facultades detectoras que posee el clínico, “virtuosismo profesional” o arte de la pericia clínica.

¹²⁷ BENNER, Patricia. Practica progresiva de enfermería, p31

El virtuosismo clínico requiere registrarse, describirse, e interpretarse; las enfermeras deben dar ejemplos acerca de las llamadas distinciones cualitativas, para develar el conocimiento práctico y, establecer un lenguaje común entre el personal, los estudiantes y otros profesionistas

2.- Significados Ordinarios.

Las enfermeras se ocupan de los eventos fundamentales que ocurren en la vida de todo ser humano, la enfermedad, el nacimiento y, la muerte, acerca de ellos elaboran significados comunes, cierto “posibilismo” que guían las acciones que realizan.

Las enfermeras han estructurado los significados, tomando en cuenta las enseñanzas de pacientes y familiares quienes han logrado establecer una variedad de respuestas, interpretaciones y recursos defensivos ante las situaciones más extremas.

Los significados comunes son compartidos por las enfermeras y se convierten en un patrimonio de experiencias, hasta constituir líneas de comportamiento para con los pacientes. Los significados pueden dar pie a estudios que lleven a ampliar la teoría y la práctica del cuidado, por lo pronto constituyen una enseñanza de la situación clínica entendida en su finalidad, contexto y significado.

3.- Presunciones, expectativas y predisposiciones.

Estos elementos no entran en el saber académico, las expectativas a partir de la experiencia clínica aparecen sólo en la práctica y no en el ámbito de las abstracciones teóricas.

Las presunciones son elaboradas por las enfermeras en una situación integral ó, lo que la Gestalt llamó “set”, que es la tendencia a reaccionar de manera global. Los sets conforman la actitud y la forma de percibir y describir una situación.

Las predisposiciones no siempre se manifiestan con claridad pero, al forzar su explicación se corre el riesgo de malinterpretarlas, es aconsejable realizar estudios pluriculturales, en los que se investigue por que una situación tiene diferentes interpretaciones para los individuos, sean enfermeras, pacientes, estudiantes.

Los planteamientos encontrados y los problemas de comunicación en torno a una misma situación clínica indican la existencia de actitudes distintas ante un mismo fenómeno, cuestión que puede causar confusión y/o conflicto en lugar de motivar su estudio.

4.- Modelos y experiencia personal

Heidegger (1962) y Gadamer (1975) definen la experiencia como el repudio de las ideas preconcebidas, que no se ven confirmadas por la situación real de que se trate.

Un individuo que se atreve a rechazar lo que habitualmente hace debe tener una precognición, una actitud que somete a prueba y, solo cuando los hechos matizan, perfeccionan o contradicen la precognición, merece que se le aplique el término de experiencia. Conforme se adquiere “experiencia” se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos y de conocimientos teóricos no depurados.

Las expertas orientan a los estudiantes en los casos-tipo, de cuidado al paciente, al abordar una situación asistencial se valen de situaciones concretas anteriores, sencillas, que el iniciante adopta como ejemplos.

Las enfermeras orientan la percepción y las iniciativas de los cuidados al paciente, comentando sus experiencias y originando una rápida captación de la contingencia actual.

Para que el estudiante pueda sacar provecho de la enseñanza clínica requiere involucrarse en la situación, a partir de su formación cultural, compromiso intelectual y, habilidades prácticas, pues la experiencia se entiende como la personal matización o rechazo de los conceptos y hechos inmediatos.

El personal por su parte es responsable de transmitir los conocimientos prácticos, modelando la dinámica entre el saber personal y la realidad clínica de que se trate. Las enfermeras expertas evocan sin esfuerzo “situaciones clínicas modelo”, su registro y estudio habrá de facilitar la propagación de las enseñanzas que contienen.

5.- Consignas e instrucciones.

El personal experto transmite instrucciones crípticas que sólo tienen sentido si el que las percibe posee ya un conocimiento profundo de la situación, Polanyi (1958) denomina “máximas” a estas instrucciones, por ejemplo, las enfermeras adscritas a las unidades de cuidados intensivos hacen descripciones crípticas de cambios casi imperceptibles, descifrables sólo por alguien que tenga una vasta experiencia.

Las enfermeras clínicas expertas han aprendido estas consignas entre ellas mismas, esto no quiere decir que el estudiante no puede sacar conclusiones del saber que encierran, al contrario puede ser un punto de partida para el discernimiento acerca de situaciones clínicas complejas.

6.- Competencias y atribuciones imprevistas.

La función de la enfermera se ha ampliado debido a la delegación de funciones que por parte del médico y otros profesionistas le han asignado, por ejemplo, cuando se aplica un nuevo tratamiento, el protocolo de aplicación señala que el responsable es el médico, sin embargo, como el personal de enfermería está junto al paciente las 24 horas del día, se le delega esta función.

Esta delegación de funciones tiene consecuencias prácticas, por ejemplo, las enfermeras se han hecho verdaderas expertas en la titulación y deshabitamiento de fármacos vasoconstrictores y medicamentos contra la arritmia. Esta y otras facultades no han sido

descritas ni estudiadas en forma sistemática, mucho menos forman parte de los programas de enseñanza clínica¹²⁸.

2.8 Las profesoras enfermeras

2.8.1 De instructora a profesora

Entre 1900 y 1904, los estudios realizados en Estados Unidos, acerca de las profesoras de Enfermería, revelaron que estas no tenían preparación educativa de nivel superior.

En 1923, el committee for the Study of Nursing Education, a solicitud de la National Organization for public Health Nursing, con apoyo de la fundación Rockefeller, realizó una investigación a nivel nacional. El informe de la investigación llamado Goldmark concluyó que los antecedentes educativos de las profesoras eran insuficientes y, que requerían prepararse a nivel superior.

En 1948, otro estudio, acerca de la preparación de las profesoras enfermeras, efectuado por la antropóloga Brown a solicitud del National Nursing Council for War service y auspiciado por la Carnegie Foundation, dio a conocer resultados muy parecidos a los del estudio anterior, la autora aconsejó que en término de 50 años la formación de las profesoras debería de llevarse a cabo en un medio universitario. (POLIT. F 1991).

Por muchos años la responsabilidad de la enseñanza de la Enfermería se realizó en el servicio hospitalario, y recayó en la jefa del servicio, pero, debido a la sobrecarga de trabajo que desempeñó, se propuso fuera auxiliada por una enfermera bien preparada que sería responsable de la orientación y supervisión de las estudiantes. Este puesto se creó en 1926 con el nombre de supervisora clínica.

¹²⁸ BENNER, *Ob. cit.* pp. 32-39

El cargo de supervisora clínica tenía una doble responsabilidad la enseñanza a las alumnas de Enfermería y la supervisión al personal de enfermería, entre 1931 y 1932 la Western Reserve University reconoció esta figura.

En 1934 se llevo a cabo una reorganización del personal de Enfermería en el Vanderbilt University Hospital, las enfermeras mejor preparadas que habían fungido como supervisoras clínicas se convirtieron en instructoras de tiempo completo en las escuelas de Enfermería recibiendo, títulos académicos.

El departamento of Nursing de la University of Oregon Medical School hizo su primer nombramiento de este tipo en 1941, antes de esa fecha las jefes de Enfermeras eran responsables del programa de enseñanza que se daba a las estudiantes¹²⁹.

A finales de la década de los 50's las enfermeras estaban de acuerdo en que las jefas de servicio ya no podían encargarse de la enseñanza clínica, resolución que ponía al grupo de enfermeras en verdaderos aprietos ya que se requería un gran número de profesoras preparadas para dar instrucción a los alumnos, considerando que en esta área los grupos deben ser pequeños.

El problema trató de solucionarse creando el puesto de instructora clínica, así se conoció en los hospitales de Escocia e Inglaterra. En nuestro país también se adoptó este nombre y se siguió la tendencia de desligarse del hospital y establecer su trabajo en las escuelas de Enfermería.

Las instructoras habían sido jefes de servicio y se les solicitaba cinco años de experiencia profesional para ejercer la docencia, debían ser expertas en la práctica de la enfermería pues su responsabilidad era dar orientación y estímulo a los alumnos en las áreas clínicas.

¹²⁹ BROWN, Amy France. Curriculum para escuelas de enfermería, p221

Las instructoras clínicas eran un personaje intermedio entre la jefa de enfermeras y los profesores de teoría, cuidaban mucho de no tener fricciones con los profesores en la escuela de enfermería ó con la jefa de enfermeras y el personal, en el hospital.

Aún así la instructora clínica no era bien vista, los profesores de teoría la identificaban como una profesora de categoría inferior por dedicarse a orientar la práctica, carecer de una teoría científica y, poseer escasos conocimientos acerca de la docencia.

En el hospital las instructoras eran asignadas a funciones diferentes a las que debían desarrollar, lo mismo las enviaban a dar clases, que atender pacientes o a cumplir funciones administrativas, esta situación les produjo desilusión y cansancio pero, pese a esta situación ya estaba asentada en ellas la predilección por la docencia por lo que concluyeron que el ser instructoras clínicas era el antecedente para convertirse en profesoras tituladas.

El deseo de superación no fue compartido por todas, algunas enfermeras pensaron que la docencia era simplemente la oportunidad de escapar del trabajo clínico, su preparación y vocación eran muy débiles y sirvieron como mal ejemplo y desánimo a quienes tanto trabajo les había costado llegar a la docencia, muchas de ellas prefirieron irse a lugares de mejor retribución económica y consideración a su preparación¹³⁰.

El abandono de la docencia por enfermeras preparadas y de gran experiencia estimuló a recomendar que se les reconociera como profesoras, ya no como instructoras, su misión fundamental sería impartir la teoría en el aula e integrarla con la práctica en el hospital, lo que se cumplió.

Esta figura es vigente hasta nuestros días, en las diferentes escuelas de Enfermería del país. Las enfermeras de comunidad también han desarrollado la función docente, asesorando a las alumnas que trabajan con familias y poblaciones. Las profesoras deben ser especialistas en salud pública y tener formación para la tarea docente.

¹³⁰ HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en enfermería clínica, pp. 197-198

La enseñanza en hospitales, a principios de siglo, era considerada como el hecho de transmitir datos secuenciales y supervisar las acciones de las alumnas para, dado el caso, corregirlas enérgicamente. Las actitudes o respuestas de las alumnas eran tomadas como algo incidental sin importancia, lo relevante era cumplir con las normas y trabajar intensamente para cumplir con los propósitos señalados.

Actualmente las maestras toman en cuenta las aptitudes que deben adquirir las alumnas, pero también las actitudes que surgen como respuesta al trabajo realizado en situaciones de gran presión emocional, les ayudan, les muestran interés, les apoyan, les motivan para que den su mejor esfuerzo, les facilitan los aprendizajes señalando los problemas que se pueden presentar y los errores que pueden cometer.

La profesora es auxiliada por el personal del servicio, ya que conoce perfectamente los protocolos de trabajo, por lo que es muy importante la buena relación entre la profesora enfermera, la jefe del servicio y el personal, lo que beneficiará a la alumna en el proceso de adquirir la experiencia práctica.

Las profesoras de Enfermería no pueden ser expertas en todo de tal manera que requieren del personal especializado que trabaja en los diversos servicios para ayudar a los alumnos a reforzar sus principios de atención en aspectos particulares. Al mismo tiempo que introducen al alumno en aspectos técnicos le enseñan la importancia del trabajo en equipo resaltado la contribución de cada integrante para la recuperación mantenimiento o rehabilitación de la salud.

El personal que trabaja en el área de la salud, tiene la obligación de proporcionar enseñanza en el campo clínico, hay que reconocer que no todos tienen la preparación y disposición de hacerlo.

Las profesoras se apoyan fuertemente en las enfermeras de línea, en general se encuentran en disposición para dar enseñanza práctica, son expertas todo tipo de cuidados y conocen

los protocolos de trabajo hasta el mínimo detalle, constituyen el equipo de trabajo más numeroso en cualquier institución de atención a la salud.

El trabajo de las enfermeras establece las condiciones para que intervengan otros profesionistas del área de la salud. Los servicios hospitalarios funcionan con base a la gran cantidad de actividades que realizan, es por eso que se constituyen en el personal idóneo para impartir enseñanza a los demás, en especial a las alumnas de enfermería.

Las enfermeras asesoran a las alumnas continuamente, hasta que adquieren cierta seguridad en el trabajo, es una función difícil por el exceso de trabajo, las situaciones de presión emocional, las constantes interrupciones y, “el extravío” de las estudiantes en los diferentes cubículos y servicios¹³¹.

Uno de los mayores problemas que enfrenta la profesora enfermera es la selección de las mejores tradiciones educativas de la enfermería que valen la pena conservar, descartando aquellas que ya no tienen sentido y sólo se cumplen como un requisito o repetición sin sentido¹³².

La profesora enfermera debe ayudar a las alumnas a diferenciar entre sus propias necesidades y las de los pacientes, deben reconocer y manejar sus propios sentimientos para protegerse como persona y, actuar de manera eficiente en las necesidades de los pacientes y en sus obligaciones como futuras profesionistas.

Si la estudiante no se compromete con su actividad tratará de eludir las situaciones que requieren mayor esfuerzo, dirá que ya hizo las cosas, cuando no es así, ofrecerá respuestas superficiales; creándose a sí misma un ambiente de desconfianza y marginación.

¹³¹ BROWN, Amy Frances. Curriculum para escuelas de enfermería, pp. 257-259

¹³² SMITH, W. Dorothy. Cuidados de enfermería para adultos, p 71

Dar enseñanza y comprensión a alumnas tan jóvenes es una tarea difícil, ya que el medio de enseñanza está lleno de situaciones dramáticas, si consideramos que la integridad y la vida de las personas están en constante peligro¹³³.

Sin embargo la experiencia de la profesora y una estrategia didáctica adecuada permiten que, la maestra y las alumnas logren identificarse de tal manera que el trabajo resulte interesante y productivo.

Cuando la estudiante tiene alguna dificultad en el servicio la maestra debe transferirla a otro servicio para evitar mayores problemas, es sabido que las profesoras emplean mucho tiempo con las alumnas conflictivas pues necesitan que su trabajo sea vigilado y corregido¹³⁴

2.8.2 La profesora enfermera figura central de la enseñanza clínica

La profesora es el factor fundamental en la situación didáctica, si es una profesora competente podrá multiplicar muchas veces sus propias habilidades, actuando como ejemplo audiovisual viviente de lo que está tratando de comunicar a las alumnas¹³⁵.

Una profesora eficiente debe considerar su tarea como una oportunidad de ayudar a las estudiantes a aprender y, no simplemente como la manera de desarrollar una rutina de trabajo, también debe reconocer sus deficiencias y tratar de corregirlas pues la comprensión de sí misma es la base para comprender a las alumnas.

La buena profesora ha sido descrita por extraños y colegas como una mujer de aspecto sano, energía abundante, sentido del humor y normas basadas en la verdad y la lealtad, conocedora del idioma tanto escrito como verbal. De acuerdo a su calidad de profesora debe poseer múltiples cualidades: no deberá mostrar actitudes de superioridad sino lo

¹³³ COHEN, A. Helen. La enfermería y su identidad profesional. P 24

¹³⁴ HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en enfermería clínica, pp. 46, 47

¹³⁵ TORNYAY-THOMSON. Enseñanza de la enfermería, p 39

contrario, deberá ser amiga de la estudiante dispuesta a ayudarla con una actitud cordial, sincera y objetiva.

La buena profesora se sentirá contenta si ve que sus estudiantes la superan en cuanto a habilidades, por el contrario si observa torpeza en ellos, se preguntará en que parte del proceso ha cometido errores.

La profesora ha de ser una especialista en la materia que enseña y debe de estar habilitada en la didáctica¹³⁶, debe saber manejar las relaciones humanas, pues esta cualidad tiene que ver con el éxito o fracaso de su actuación, tiene la obligación de informar al personal acerca del papel que desempeña y, a su vez debe enterarse y aceptar las ideas y métodos del servicio, con tal de que se ajusten a la práctica clínica planeada.

Con cierta frecuencia, debido a su labor, se le toma como una entrometida, separada de la práctica y representante de la teoría, sus adversarios afirman que aprovecha su estancia en el servicio para criticar el trabajo del personal e interferir en las rutinas, ya que se tarda horas en enseñar a la alumna la manera correcta de realizar un procedimiento.

La maestra debe tratar de que las alumnas obtengan el máximo beneficio de su labor práctica, cuando la alumna tenga un exceso de trabajo la animará a reflexionar en lo que esta haciendo, para no caer en la repetición apresurada de las maniobras. En los días de menos trabajo la maestra tendrá oportunidad de dar una enseñanza más detallada y tendrá la oportunidad de buscar nuevos aprendizajes.

La enseñanza debe estar acorde con las necesidades del servicio, sería imprudente distraer a las estudiantes, con largas exposiciones, cuando el servicio se está cayendo de trabajo, es mejor aprovechar estas situaciones para trabajar al lado de la estudiante y analizar las particularidades de la situación clínica.

¹³⁶ HEIDGERKEN, E. Loretta. Enseñanza de la enfermería, p 9

La profesora enfermera debe llevar buenas relaciones con todo el personal pero, de manera importante con las alumnas, la profesora no es alguien a quien se deba temer, por lo contrario, debe constituirse en verdadera compañera de la alumna. Es cierto que se debe cuidar la calidad de la práctica por seguridad de los usuarios pero, también se debe considerar que la alumna esta en una etapa de aprendizaje y necesita comprensión.

La maestra enfermera es además consejera ya que conserva una posición privilegiada para observar el trabajo y las relaciones interpersonales que se establecen en los servicios. Es importante que tenga un cubículo privado para conversar con las alumnas y otros colegas; para que le expongan los problemas y preocupaciones inherentes a la práctica¹³⁷.

La maestra-enfermera debe conocer y tratar a los pacientes y familiares, presentarse con ellos y explicarles su función. Debe recordar continuamente que las necesidades del enfermo tienen prioridad sobre las de las estudiantes¹³⁸.

La profesora-enfermera experimentada sabrá modificar las circunstancias físicas y emocionales del ambiente a fin de que sean favorables al aprendizaje, por ejemplo, si un paciente falleció y el personal está tenso, ubicará a las estudiantes de una manera rápida y discreta, de inmediato colaborará para organizar el material y equipo utilizado en el periodo de agonía y muerte.

La profesora actual enfrenta un nuevo tipo de relación con los alumnos, aquella disciplina casi militar de los años 30's sería insoportable para las jóvenes de hoy, actualmente los modales son más espontáneos, la crítica de los jóvenes es severa y el lenguaje "relajado", para la profesora es un reto tratar con estas personalidades.

En el servicio las personas de edad madura se molestan por lo que consideran una falta de respeto, continuamente la profesora se pregunta cómo los jóvenes pueden adquirir una conducta aceptable en el servicio, sin sacrificar su dinamismo y espontaneidad propios de la

¹³⁷ HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en enfermería clínica, p 48

¹³⁸ BROWN, Amy Frances, Curriculum para escuelas de enfermería, p 206

edad. Hay que señalar que la maestra debe tomar una actitud prudente para corregir los modales, no el contenido de la expresión, ya que en muchos de los casos, son críticas constructivas de verdadero valor.

Las relaciones entre la maestra y las alumnas deben ser amigables, claro que sin exceso de familiaridad, ya que el respeto por la profesora permitirá aceptarle sugerencias y directrices. La profesora experta debe ser firme y franca tratando de evitar conflictos personales, por lo tanto no se involucrará en rumores o toma extrema de posiciones.

La profesora de clínica ha de considerar a la docencia como un ejercicio que requiere una formación especial, debe estar al tanto de los cambios en el concepto de Enfermería, identificar las necesidades de cuidado de los enfermos y, de aprendizaje por parte de las alumnas.

De acuerdo con algunas estimaciones el tiempo de la profesora se distribuye de la siguiente manera: 41% asesoría a las estudiantes en el cuidado de los pacientes, 15 % ocupaciones diversas en la oficina, 11 % preparación de las clases, 9 % enseñanza en el servicio, 7% conferencias de diversos profesionistas, 6 % enseñanza en el aula 4 % asistencia a conferencias ó demostraciones 4 % charlas con estudiantes y 3 % informes¹³⁹.

La profesora de clínica tiene múltiples funciones, por supuesto que la docente es la más importante pero, las administrativas y de trato a los demás no se quedan atrás, se le exige que todas sean cumplidas al pie de la letra, pues la calidad de su trabajo posibilita evaluar el modelo de formación que la institución escolar propone en el contexto de la práctica profesional.

¹³⁹ BROWN, Amy Frances. Ob. cit., pp., 223- 225.

CAPITULO III CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ENSEÑANZA Y LOS ENSEÑANTES

❖ DESCRIPCION DEL CAPITULO

Con dos capítulos antecedente, el primero que analiza al proceso salud – enfermedad en los niveles conceptuales institucionales y sociales y, el segundo que estudia a la enseñanza clínica en su carácter tradicional y como construcción de saberes que emergen de una práctica profesional diaria, el tercer y último capítulo pretende, a la luz de diversas aportaciones teóricas, aclarar algunos aspectos importantes para la práctica docente en situación clínica.

El capítulo analiza la actuación de los profesores en la institución educativa en dos vertientes, como portadores de modelos aprendidos y como innovadores de lo establecido, en una ó en otra, se reconoce la influencia de la institución escolar a través de una serie de normas, e incluso limitaciones.

Se identifica al aula como espacio privilegiado para que los profesores en conjunto con los alumnos y utilizando como arma la inteligencia, tengan la posibilidad de innovar los esquemas que limitan su participación en el aprendizaje.

Se analiza el papel del profesor de clínica enmarcado por los protocolos de trabajo y las tradiciones que las instituciones, hospital y escuela, le asignan en la formación de enfermeras(os).

Se considera que la formación de profesores de enfermería es limitada pues esta dirigida a la enseñanza de hechos y a la supervisión de actividades, en contraposición se resalta la propuesta que hacen los autores acerca del aprendizaje basado en la reflexión.

Por ultimo se presenta un acercamiento a los términos teoría y práctica, constantemente aludidos por los profesores de enseñanza clínica, se presentan posiciones teóricas que

tratan de aclarar su función y significado, sus implicaciones en la tarea docente. Se alerta acerca del riesgo de interpretarlos de una manera reduccionista.

3.1. La formación de profesores

En el ámbito institucional se reconoce la necesidad de diseñar estrategias para la formación de los docentes, se trata de rebasar la imagen del profesor improvisado que de pronto se ve lanzado al estrado de un salón de clases, sin más preparación que el recuerdo acerca de la actuación de sus profesores.

Eso no puede ser en quienes deberán respaldar la preparación (en nuestro caso de enfermeras, os) de profesionistas, cuya misión es impulsar el desarrollo económico, social y político del país.

Es necesario replantear el papel tradicional que ha desempeñado la docencia, evitar el corte que existe entre la transmisión simplista de un contenido y la tarea que la sociedad espera sea cumplida por los profesionistas.

Cómo llevar a buen término esta misión, con un docente atareado en actividades múltiples que pueden parecer sin sentido entre unas y otras y, que desembocan generalmente en la repetición de saberes no reconocidos por él mismo.

El profesor debe ejecutar las tareas marcadas en el currículo y el currículo configura su práctica pero, es importante que identifique que el currículo es configurado en el desarrollo de su práctica, es decir el currículo orienta la actuación de los docentes pero es traducido en la práctica por ellos mismos.¹⁴⁰

El profesor es un mediador entre el currículum, el aula y la práctica escolar, es un traductor de los contenidos y los códigos que subyacen a estos contenidos. Reconocer este importante

¹⁴⁰ SACRISTAN J. Gimeno. El currículum: una reflexión sobre la práctica, p. 116

papel tiene consecuencias en el sentido de orientar la profesionalidad de la docencia y la competencia de los expertos en los diversos campos de la educación.

Si bien las escuelas y los hospitales son lugares de reproducción del conocimiento y de la práctica, los profesores desarrollan su acción con cierto margen de autonomía y habrá que aprovechar esto, no sólo para la reproducción sino para la innovación de la enseñanza.

El profesor de clínica orienta la socialización de la profesión a través de las prácticas en las instituciones de salud. La influencia que tiene para modelar a los futuros profesionistas es un contrapeso posible si se ejerce adecuadamente para romper con las prácticas rutinarias y dependientes. Males que aquejan a la Enfermería.

Cierto es que el trabajo de los profesores transcurre en una institución y por lo tanto está condicionado a las normas de comportamiento, a las medidas administrativas y a los protocolos establecidos. El profesor se desarrolla en un ambiente en donde muchas de las acciones están predeterminadas, tanto en la instrumentación técnica del contenido, como en el material que utiliza en la enseñanza.

El profesor responde ante situaciones más que crearlas. Aún los profesores de nuevo ingreso, que esperaríamos actuaran de una manera innovadora, se incorporan al sistema establecido y, una gran mayoría aprende pronto y con cierta facilidad a incorporarse a la situación y asimilarla como el “medio natural”.¹⁴¹

El profesor no selecciona las condiciones en las que realiza su trabajo, no decide cómo desarrollarlo, aunque le corresponde representar la situación y actuar de diversas formas dentro de los márgenes considerados como aceptables.

Al hablar de los profesores no debemos caer en el idealismo de una autonomía total, ya que sus acciones forman parte de una práctica social, institucionalizada, definida históricamente por condicionamientos políticos, sociales, organizativos.

¹⁴¹ SACRISTAN J. Gimeno, *Ob. cit.*, p. 199

Lo que más bien decide el profesor es su actuación en el aula y eso bajo las características que le han sido dadas y dentro de las que el mismo ha sido socializado y formado profesionalmente, por eso la actividad de los profesores renovadores es en muchos casos, una acción de resistencia, burlador de presiones diversas. La autonomía siempre existe pero sus fronteras también.

El pensamiento y la toma de decisiones de un profesor deben ser explicadas en el marco de los fenómenos sociales desarrollados a partir de un puesto de trabajo configurado por variables institucionales, sociales, políticas e históricas.¹⁴²

El profesor elige tareas, pero trabaja dentro de un marco en que algunas son posibles y otras no. Establecer una estrategia diferente para realizar el trabajo académico y para desarrollar una carrera académica, no es nada sencillo, tal vez sea necesario como lo establece Honoré pensar en la formación en un amplio sentido, como un proyecto de vida, fuente de personalización y de encuentros con nosotros mismos.¹⁴³

3.2. Significado del término formación

La calidad de la educación y de la enseñanza cobra significado a través de las prácticas y los códigos que la representan, no valen renovaciones de contenidos sin cambios de procedimientos. Esta “sentencia” se aplica en la formación de enfermeras, pues pese a los diferentes intentos de cambio, las tradiciones y técnicas siguen dominando.

El polisémico término de calidad de la enseñanza está relacionado con los profesores, pues no será fácil mejorar la calidad de la enseñanza si no existe una estrategia de profesionalización de la docencia; una estrategia que vaya acorde con las exigencias para la formación de un licenciado en Enfermería y Obstetricia.

¹⁴² IDEM, p. 200

¹⁴³ HONORE, Bernard. Para una teoría de la formación, p.25

La ENEO requiere de un marco teórico-referencial para fortalecer el trabajo de los profesores particularmente en los campos clínicos, a fin de liberar las fuerzas creativas, en una etapa en que la institución precisa de aclaraciones a una realidad en la que los planteamientos rutinarios acerca de la enseñanza y la práctica de la Enfermería, deben quedar obsoletos

En ese sentido de búsqueda surge la pregunta ¿qué es la formación docente? Muchos autores han estudiado el tema, Stenhouse, Elliot, Habermas, Carr, etc., etc. Solo retomaremos en este apartado algunas ideas de Donald Schon y Bernard Honoré, que abordan a la formación proponiendo que se le investigue como un campo específico de estudio.

Honoré afirma que la formación se refiere a un campo de acción y de investigación acerca del porvenir del hombre y que se tiene que luchar contra las presiones que tienden a reducirla a simples técnicas fácilmente asimilables y consumibles; que permitan la manipulación, el idoctrinamiento o el ocio. El autor afirma que sólo la incansable reflexión permitirá no caer en la vulgaridad.

Para asegurar la formación plantea, es necesario eliminar la separación entre lo personal y lo profesional, dar importancia a la formación profesional pero también a la interprofesional, formarse en la institución y fuera de ella, en diversos ámbitos, considerar a la formación como un proceso continuo, como un proyecto de vida.

A Honoré como filósofo, le interesa, a partir de la formación, comprender el movimiento por el cual el hombre está en el mundo, tiene un punto de vista sobre el mundo, elabora un proyecto y se compromete con una actividad.¹⁴⁴

Donald A. Shon, filósofo norteamericano por su parte, aborda el tema de la formación, con una crítica a la racionalidad técnica., Shon afirma que el saber enciclopédico, “científico” no garantiza a los profesionales resolver los problemas de la práctica, catalogados estos,

¹⁴⁴ HONORE, Bernard. Para una teoría de la formación, pp.. 10-12

como poco frecuentes, se requiere algo más que la acumulación memorística de los saberes para actuar en situaciones de incertidumbre.

Existe una distinción entre el intelectual que puede acumular una gran cantidad de información y el inteligente que es capaz de resolver los problemas “no enseñados en la teoría”, el inteligente con iniciativa y creatividad, logra un verdadero arte en la actividad profesional, el arte entendido como una cualidad de la inteligencia, como un medio para aplicar ciencia y técnica en la práctica.

Es necesario dice Shon tender un puente entre la universidad y la sociedad, a través de un “practicum reflexivo”, un espacio temporal y físico en el que se reflexione acerca de la acción.¹⁴⁵

Se requiere, para esto, establecer una relación pedagógica tutorial en donde el tutor y el “practicante” problematicen, reflexionen, propongan acerca de los hechos institucionales.

La participación del docente en un “practicum reflexivo” nos remite a la imagen de un experto que orienta al iniciante en las mejores tradiciones de la profesión, que distingue los aprendizajes introductorios de los especializados, que es capaz de actuar en una “práctica total” en la que por un momento la teoría es secundaria.

Un docente que acepte la independencia del alumno, en el sentido de que tiene que ver por si mismo y a su propia manera las relaciones entre instrumentos y métodos, ya que nadie puede ver por otro, y el otro no puede ver simplemente por que alguien se lo diga, aunque la forma correcta de decirlo puede orientar su percepción y así ayudarlo a ver lo que necesita ver.¹⁴⁶

El concepto de formación se inscribe en el campo de lo social por lo tanto no existe un concepto único ya que la realidad es dinámica y cambiante, en ese sentido es que se

¹⁴⁵ SCHON Donald. La formación de profesionales reflexivos. pp. 25 - 27

¹⁴⁶ SCHON Donald. Ob. cit. p. 26

considera que la enseñanza clínica debe contar con referentes teóricos de reconocida validez, no por ser productos terminados, sino por el trabajo teórico a que son sometidos constantemente por los científicos sociales.

El replanteamiento de la tarea docente necesita como trasfondo, el análisis del aprendizaje y sus principios pedagógicos, para construir un conocimiento que cuestione sus limitaciones. En esta tarea la relación alumno maestro debe desarrollarse a través del desafío intelectual que implica la reflexión en el marco de los requerimientos de una práctica social determinada. Los esfuerzos de los profesores y alumnos deben superar las tareas aislados para lograr integrar una propuesta de trabajo docente que se manifieste en la estructura curricular.

El problema de los profesores afirma Didriksson Takanayagui, está en su aprendizaje y no en el aumento de sus capacidades para la enseñanza. El conocimiento para ser producido y transferido requiere primero ser comprendido, si se aprende entonces se puede enseñar.¹⁴⁷

3.3. La reflexión un compromiso de la tarea docente

3.3.1. Antecedentes

Desde un enfoque tradicional que se remonta a la edad media, el papel del maestro se ha identificado como el de un experto que domina el saber y la práctica de lo que enseña, su tarea principal es la de beneficiar a los alumnos con su experiencia.

En la idea tradicional de la docencia el profesor es el dueño del saber y el decir es el principal y único protagonista. En nuestra época pese a las transformaciones de todos tipos que han sufrido las sociedades este modelo de docencia aún es vigente en las universidades.

Como respuesta al modelo tradicional de la enseñanza surge en los años setentas la corriente denominada tecnología educativa, de acuerdo a sus principios el maestro se

¹⁴⁷ DIDRIKSSON Takanayagui, Axel. "Prólogo". La formación docente, pp. 14,15

consolida, no por tradición sino por preparación, una preparación que presume ser científica.

El profesor debe elaborar una cuidadosa planeación. Los contenidos y actividades de aprendizaje siempre deben orientarse por objetivos correctamente estructurados, en ellos se describirá la conducta del estudiante, el nivel de aprendizaje y las condiciones en que se realizará.

Largas cartas descriptivas serán sus instrumentos de trabajo, todo lo tendrá medido y calculado ya que la educación al igual que cualquier otra ciencia, en este enfoque, también puede ser exacta. La planeación, implementación y evaluación se considera un trabajo de Ingeniería; de ahí que el profesor se considere un “ingeniero de la educación”.

3.3.2. Corriente Crítica de la Formación y Práctica Docente

El papel del maestro inscrito en la corriente crítica de la educación se orienta por un compromiso político y social. Tiene como propósito que las personas se liberen de las ideas falsas, de las formas de comunicación distorsionadas y de las formas coercitivas de relación social que limitan a la acción humana. Promueve en el aula un diálogo abierto en el que las ideas de los participantes se confrontan para construir un conocimiento consensuado.

Diría Paulo Freire que los hombres no se educan en aislado, ni con ideas “machaconas”, que el saber solo existe en la invención, en la búsqueda inquieta impaciente permanente que los hombres realizan en el mundo y con los otros pues, la transferencia mecánica de los contenidos, sólo mata la creatividad y alienta la actitud ingenua de quienes creen educar y educarse.¹⁴⁸

La corriente crítica de formación de los profesores, define al conocimiento como algo inacabado, por lo tanto la función del profesor en el aula será la de orientar, reconstruir, comprender el proceso de aprendizaje y comunicación.

¹⁴⁸ FREIRE, Paulo. Pedagogía del oprimido, pp. 12,13

Dewey afirma que enseñar es comunicar es interactuar en el grupo escolar, mismo que es expresión del grupo social. La comunicación como experiencia compartida es la única posibilidad para que el individuo descifre el mundo, al igual que lo descifra el grupo al que se incorpora.¹⁴⁹

La tradición crítica se refiere a aquel enfoque que pretende desarrollar el pensamiento reflexivo a la par de la acción constructiva que implica la problematización tanto de la tarea de enseñar como del contexto en que se realiza.

En oposición a la racionalidad técnica la corriente crítica identifica al profesor como profesional de la docencia que enfrenta situaciones complejas, cambiantes conflictivas e inciertas y debe por tanto contar con propuestas alternativas.¹⁵⁰

El deseo de superar la relación lineal y mecánica entre el conocimiento científico y la práctica docente, parten de la necesidad de los profesores cuando se enfrentan a problemas complejos de la enseñanza, como puede ser, el manejo de situaciones inciertas y/o desconocidas, la modificación de rutinas, la construcción de hipótesis de trabajo, la utilización de técnicas e instrumentos.

3.3.3. La reflexión y la enseñanza

Dewey hace una de las primeras y más importantes aportaciones a favor de la enseñanza práctica y reflexiva con su famoso principio de aprender mediante la acción, para Dewey la reflexión es un proceso en el que se integran actitudes y capacidades para el conocimiento de la realidad, la cual se presenta a la conciencia no como fotografía, sino impregnada de sus determinantes.

¹⁴⁹ DEWEY, John. Democracia y educación, p. 75

¹⁵⁰ BENEDITO Antoli, Vicente. El papel del docente..., p. 139

La intervención reflexiva en la realidad configura el pensamiento creador del hombre apegado a la realidad, pero crítico y reflexivo ante la misma¹⁵¹. En la vida cotidiana del profesional práctico el conocimiento, se elabora después de su intervención en el campo de trabajo.

El concepto de reflexión se refiere a un proceso de transformación de determinados materiales primitivos de nuestra experiencia, en determinados productos de pensamientos comprensivos. Es una serie de acciones o transformaciones concretas que se reflejan en nuestro pensamiento.

Las relaciones entre el pensamiento y la acción así como las relaciones entre el individuo y la sociedad utilizan determinados medios de producción, comunicación y toma de decisiones.

La reflexión implica la inmersión consciente del hombre en el mundo de sus experiencias un mundo cargado de connotaciones, valores, intercambios simbólicos, intereses sociales y escenarios políticos. La reflexión a diferencia de otras formas de conocimiento, supone un análisis y una propuesta totalizadora que captura y orienta la acción.¹⁵²

El conocimiento teórico, científico y técnico sólo puede considerarse instrumento de los procesos de reflexión cuando se han integrado significativamente, no en apartados de la memoria semántica, sino en los esquemas del pensamiento genérico que activa el individuo cuando interpreta la realidad concreta en la que vive y sobre la que actúa, cuando organiza su propia experiencia.

El aprendizaje implica no un conocimiento puro sino un conocimiento contaminado por las contingencias que rodean e impregnan la propia existencia.¹⁵³

¹⁵¹ DEWEY, John citado por Benedito Antoli en El papel del docente, p. 140.

¹⁵² BENEDITO Antoli, Vicente. El papel del docente ... , p. 142

¹⁵³ BENEDITO Antoli, Vicente. Ob., cit., p. 142

La reflexión es un proceso de reconstrucción de la propia experiencia que se desarrolla mediante tres fenómenos paralelos:

- 1.- Reconstruir las situaciones donde se produce la acción, para establecer nuevos significados a partir de los fenómenos ya conocidos.
- 2.- Reconstruirse a sí mismo, adquiriendo conciencia de las formas en que estructura los conocimientos, afectos y estrategias de acción.
- 3.- Reconstruir los supuestos acerca de la enseñanza que han sido aceptados como básicos, analizar críticamente las razones y los intereses individuales y colectivos que subyacen a los principios y formas dominantes de considerarla.

La reflexión se propone provocar la emancipación de las personas, cuando descubren que tanto el conocimiento como la práctica educativa son construcciones sociales de la realidad que responden a intereses políticos y económicos, que corresponden a un espacio y a un tiempo y, que por lo tanto pueden cambiar.

En el enfoque reflexivo los profesores elaboran su propio conocimiento a partir de un diálogo con la situación en la que se encuentran y con los supuestos que orientan su acción en un escenario concreto. Se enfrentan necesariamente a la tarea de producir nuevos conocimientos para interpretar y comprender una situación práctica, que posteriormente deben transformar.¹⁵⁴

Para Stenhouse (1993) la enseñanza no puede considerarse como una rutina mecánica de gestión o ingeniería, como un trabajo a cumplir, es para Lawrence Stenhouse un arte en donde las ideas experimentan la práctica de manera reflexiva y creadora, en donde las ideas generales adquieren una situación concreta.

¹⁵⁴ IDEM, p. 145

Stenhouse (1991) propone un modelo curricular que considere la formación del profesor no en abstracto, sino ligado a una transformación, que respete el carácter de la actividad de enseñar, un modelo en donde los valores que rigen la intencionalidad educativa deben concretarse en principios de procedimientos que orienten el proceso de enseñanza.

Para Stenhouse el curriculum debe ser construido por el profesor, lo que implica una actividad intelectual y creadora para profundizar los conocimientos acerca de los valores educativos y desarrollar la capacidad de trasladar tales valores a la práctica del alumno.

Afirma también que no puede haber desarrollo curricular sin desarrollo profesional del docente, concebido no como preparación académica previa, sino como un proceso de investigación, en el cual los profesores reflexionen permanentemente para mejorar la calidad de sus intervenciones.

Un profesor así no puede ser un simple técnico que apile las estrategias y rutinas aprendidas en los años de su formación académica; debe necesariamente convertirse en un investigador en el aula y en el ámbito natural donde se desarrolla la práctica.

El desarrollo del currículo y la investigación acción diría Elliot (1991), son modos de provocar el mejoramiento de la calidad de la enseñanza y el desarrollo profesional del profesor.

La investigación acción y el desarrollo profesional del docente en la perspectiva de Elliot entraña una consecuencia metodológica acerca de la forma de actuar, pues se necesita una mínima orientación, un estudio de secuencias para poder actuar.

Mejorar la práctica como una actividad ética y no instrumental exige un continuo esfuerzo de reflexión por parte de todos los que en ella participan, no hay manera de establecer de antemano cual es el método de enseñanza idóneo, puesto que la correcta concreción de los valores es siempre condicionada por el contexto en el que actuamos. El único modo

racional y ético de intervenir es mediante la reflexión permanente en la acción y sobre la acción.

La investigación educativa debe abarcar los aspectos que están afectando a los valores considerados en la enseñanza. Es necesario que los alumnos y profesores adquieran conciencia de los factores que en el proceso de su aprendizaje influyen sus pensamientos, afectos y conductas.

Afirma Stenhouse que un proceso de reflexión no tiene final ya que cada momento de reflexión conduce inevitablemente a otro de experimentación en la acción sobre el cual, a su vez, es indispensable reflexionar.

Para Zemelman (1987) la enseñanza debe retomar los contenidos para problematizarlos, pues que más que enseñar datos se debe enseñar a pensar los datos y, más que eso a pensar la realidad la cual no se da de manera estructurada.¹⁵⁵

3.4. La relación teoría practica un problema para la tarea docente

3.4.1. Acerca de la teoría

Existen diversos enfoques para comprender la relación entre teoría y práctica, por ejemplo, Elliot (1993) afirma que la teoría constituye una amenaza para los profesores ya que está elaborada por un grupo de extraños que afirman ser expertos en la producción de conocimientos válidos para su aplicación práctica.

John Elliot afirma que las teorías simbolizan el poder del investigador para establecer que conocimiento es válido y cual no lo es. La teoría dice Elliot, no es más que el producto del poder ejercido mediante el dominio de un cuerpo especializado de técnicas.

¹⁵⁵ ZEMELMAN, M. Hugo. Uso crítico de la teoría, p. 15

La teoría es lo que dicen los investigadores sobre el trabajo de los ejecutantes, aún que en ocasiones ellos están alejados de la experiencia práctica. Para el profesional práctico aceptar a ciegas una teoría es negar la validez del conocimiento profesional basado en la propia experiencia.

El conocimiento producto de una teoría se aplica de manera general sobre las prácticas de los actuantes pero, dado que la práctica se estructura con un sin fin de hechos, llega el momento en que la teoría y la práctica no coinciden, si se forza la aplicación de un principio que es general, se estará negando la experiencia de los prácticos que es particular.¹⁵⁶

Cuanto más se trata de aplicar un ideal de práctica, mas alejados estarán los profesores para reivindicar su experiencia, más se alejarán las experiencias de la vida en el campo del aprendizaje. La práctica no es una materialización de la teoría, que se utiliza como medida para recriminar a los profesores cuando no se cumple como lo dicta la teoría

La práctica clínica definida como una serie de actividades que se realizan con fines de enseñanza, nos resulta familiar y sencilla para los profesores y estudiantes del área de la salud, sin embargo no es así ya que la práctica es una forma de poder, una fuerza dinámica tanto para la continuidad como para el cambio social.

3.4.2. Acerca de la práctica

Carr afirma que el valor y el significado de la práctica no se manifiestan de manera ingenua y evidente, como si estuviera hecha y controlada por un mecanismo oculto y sólo quedara seguir la acción desde fuera. La práctica es algo que se construye, un pensamiento contrario nos llevaría a considerar lo social, histórico y político como ya determinado.

La práctica no es simplemente hacer, no es una especie de acción técnica instrumental, tiene significados que no pueden entenderse solamente por la observación de las acciones,

¹⁵⁶ ELLIOT, John. El cambio educativo, p. 64

su significado e importancia no es asunto de perspectivas individuales, ya que también es comprendida por otros y, enmarcada por la historia, la tradición, y la ideología.

La práctica es interpretada a partir de la historia y la política en una sociedad determinada, sin embargo la práctica no es un espejo de las estructuras política, cultural y económica de la sociedad, así como la teoría no es un modelo que deba ser copiado por el mundo real.

3.4.3. Acerca de la relación teoría-práctica

En la ética a Nicómaco, Aristóteles distingue entre razonamiento técnico y científico. El razonamiento técnico afirma, utiliza técnicas y materiales para lograr fines determinados, por ejemplo construir una silla o elaborar un poema.

El razonamiento práctico más que referirse a fines conocidos o a medios determinados se refiere a la forma de razonamiento adecuado a la situación de que se trate, lo vemos en aquellas personas prudentes que razonan acerca de cómo actuar clara y concretamente en determinadas circunstancias.

Para Aristóteles el pensamiento científico (theoría) es la persecución de cuestiones puramente intelectuales, ejemplo: Filosofía y matemáticas.¹⁵⁷

La relación entre teoría y práctica tratada en términos de pensamiento y acción debe ubicarse en una concepción amplia que trate a ambos elementos como procesos públicos, en términos de relaciones sociales y estructuras sociales.

No es precisamente que los lugares y tiempos de teorización estén separados de los de práctica, más bien es que hay una división del trabajo, unas están en los escritorios y otros en la actividad diaria.

¹⁵⁷ CARR, Wilfred. Hacia una ciencia crítica ..., p. 25

Teoría y práctica no pueden separarse pues, es siendo teorizadas que las prácticas tienen sentido y es siendo practicadas que las teorías tienen importancia, la teoría y la práctica son aspectos mutuamente constitutivos uno del otro.

Bajo este punto de vista no puede haber separación entre teoría y práctica, solamente mayor o menor grado de desequilibrio, escisión o ilusión en su relación.¹⁵⁸

La reflexión crítica no solamente implica considerar lo adecuado de nuestras prácticas a la luz de nuestras teorías, implica también considerar lo adecuado de las teorías a la luz de nuestras prácticas.

Podríamos reflexionar acerca de:

- * La extensión con que nuestras prácticas realizan las intenciones de nuestras teorías.
- * La extensión con que nuestras prácticas crean nuevas posibilidades para teorizar (describir, comprender, explicar) los procesos sociales, políticos educacionales de los que formamos parte.
- * La extensión con que los términos de nuestras teorías describen nuestras prácticas.
- * La observación propia y de otros acerca de la importancia de nuestras prácticas en cuanto a su naturaleza, fines circunstancias y consecuencias.
- * Las interpretaciones que dan cuenta de la evidencia acumulada y nos procuran nuevas estructuras para la acción, dándonos un nuevo sentido de cómo podemos obrar en términos de la tensión entre lo real y lo posible.¹⁵⁹

El conocimiento teórico se transmite no sólo a través de las mentes de los individuos, sino también mediante procesos públicos en los que las acciones llegan a ser comprendidas como prácticas, como actividades de un determinado tipo. Su sentido e importancia es compartido entre grupos de personas, quizá de comunidades enteras.

¹⁵⁸ CARR, Wilfred. *Ob. cit.*, p. 32

¹⁵⁹ STENHOUSE, Lawrence. Cita por Carr en, *Hacia una ciencia crítica ...*, p. 32

Las prácticas se juzgan por referencia a críticas y tradiciones públicamente compartidas, por referencia a las virtudes y excelencias de los practicantes como portadores de estas tradiciones; y por referencia a la obra de las instituciones creadas para fomentar y sostener estas actividades y excelencias que encaran y expresan.¹⁶⁰

La relación teoría práctica debe ser entendida en el marco de la tradición del pensamiento humano, dimensionada en la institución en donde la práctica se identifica como una serie de actividades teorizadas. La mediación de la teoría y de la práctica no se circunscribe al ámbito de lo institucional alcanza el nivel de procesos públicos.

Las ideas teóricas tienen implicaciones para la práctica, aportan ideas acerca de lo que hay que hacer en determinadas circunstancias, a sabiendas de que la teoría y la práctica están abiertas al juicio de otros, en relación a criterios públicamente accesibles y de acuerdo a las circunstancias.

Los prácticos se colocan así mismos bajo la autoridad de las tradiciones y bajo el juicio de la historia y de un modo más inmediato bajo los principios de la institución al desarrollar su trabajo como portadores y contribuyentes de ciertos ideales, valores y tradiciones.

Ellos pueden decidir la forma en que entienden la teoría y la práctica, pues ambos elementos dependen de la participación consciente de los practicantes, llámense enfermeras u otros, en un proceso público.¹⁶¹

Afirma Stenhouse que el desarrollo de la teoría y la práctica requiere nuestra participación como individuos, pero al propio tiempo nos hace mas que individuos, nos hace portadores de tradiciones y responsables con otros, de continuar los debates mediante los cuales las tradiciones pueden ser defendidas y reforzadas o bien pueden ser dejadas de lado.¹⁶²

¹⁶⁰ MACINTIRE, Alasdair. Cita por Carr en, Hacia una ciencia crítica ..., p. 33

¹⁶¹ CARR, Wilfred. Hacia una ciencia crítica, p. 34

¹⁶² STENHOUSE, Laurence. Cita por Carr en, Hacia una ciencia crítica, pp.. 32-34

Y ¿qué es una tradición?, una tradición afirma Mc Intire (1988) es un argumento extendido a través del tiempo en el que ciertos argumentos se definen y redefinen de acuerdo a dos posiciones opuestas, la crítica ejercida por aquellos opositores a la tradición que pueden intentar destruirla y, la analítica interpretativa elaborada por aquellos que pueden fortificarla.

Apelar a la tradición nos lleva a reconocer que no podemos identificar nuestros compromisos en los conflictos argumentativos del presente, debemos situarlos dentro de aquellas historias que hicieron de nuestros compromisos lo que son ahora.¹⁶³

Carr (1990) afirma que la relación de la teoría con la práctica no es simplemente una función cognitiva, como muchas veces se identifica en las escuelas, la teorización es también un proceso público y una práctica social, cuya importancia esta en relación a la sustancia de la teorización y a los intereses que sirve.

Si va a tratar acerca de las cuestiones que interesan a los practicantes de la educación (profesores) o de otro tipo de práctica (enfermeras en ejercicio), entonces la teorización requerirá de la participación de dichos practicantes, como requisito indispensable para mejorar la práctica.

Afirma Carr (1990) que la teoría y la práctica son mutuamente constitutivas: la práctica esta siempre constituida por la teoría y la teoría está siempre constituida por la práctica.¹⁶⁴ Toda práctica está incrustada en la teoría y sólo puede comprenderse en relación a las percepciones teóricas que perviven en los practicantes.

La teoría y la práctica no están solamente interrelacionadas también son mutuamente constitutivas y se relacionan dialécticamente. Cierto es que existen diferentes concepciones que reflejan argumentos políticos, corrientes de pensamiento acerca de lo que se considera una práctica válida de la realidad.

¹⁶³ MACINTIRE, Alsdair. Cita por Carr en, Hacia una ciencia crítica ..., pp.. 34,35

¹⁶⁴ KEMMIS, Stephen en, Hacia una ciencia crítica ..., p.37

La teoría no es una actividad propia de una minoría selecta, pues no se crea en aislado surge como una dimensión indispensable de la práctica. Si bien reconocemos que en muchas ocasiones maestros y alumnos la consideran un código complejo, difícil de descifrar y, que por añadidura poco o nada tiene que ver en la solución de los problemas prácticos.

Los defensores de la teoría afirman que los docentes, profesionistas y estudiantes, muestran poca inteligencia para entender sus postulados, los atacantes por su parte se quejan de consumir largas horas tratando de explicarla en las aulas, sin que sea evidente su efectividad en los casos concretos de aplicación, incluso establecen que existe un abismo entre la teoría y la práctica.

Es importante entender que la teoría no es un cartabón que se aplique a la práctica, más bien tiene que ver con los fundamentos conceptuales sobre los que se ha construido la práctica. Los profesores al hablar de teorías, más que de esquemas abstractos deberían de aplicar los principios, generalización y abstracciones propios de su materia, en algunos casos concretos.

¿Qué pasa en la práctica? que los problemas y las soluciones no se presentan como dicen los libros, o que lo que dicen no es suficiente o claro para resolver los problemas que se presentan en la realidad, ¿por que ¿por que las dificultades y soluciones se generan a partir de las experiencias de los prácticos y en la práctica se visualiza la cercanía o la distancia que existe entre la teoría y la práctica.

En muchas ocasiones se continúa pensando que el saber teórico se convierte en regla de oro para la acción, sin embargo los conflictos que se presentan en el paso de la teoría a la práctica son salvados por los practicantes a la luz del marco de comprensión que ya poseen.

La distancia entre la teoría y la práctica es en realidad endémica a tal grado que la teoría puede producirse en un contexto teórico y práctico diferente al contexto teórico y práctico en el que se supone se va a aplicar. En ese amplio sentido el papel de la teoría es el de

transformar las maneras como se comprende y realiza la práctica. La transición, por lo tanto, no es de la teoría a la práctica como tal, sino más bien de la irracionalidad a la racionalidad, de la ignorancia y rutina al saber y la reflexión.¹⁶⁵

Un rasgo básico de la teoría es tratar de emancipar a los participantes de la dependencia de prácticas consideradas como producto del pasado, del hábito y la tradición, si se logra, los practicantes deben desarrollar modos de análisis e investigaciones para exponer y examinar las creencias, valores y suposiciones mediante las cuales organizan sus experiencias.

Debemos reconocer que los problemas en relación a la teoría son enfrentados por los practicantes y son ellos los abocados para resolverlos, por consiguiente es inadecuado tratar a los practicantes como objetos de la inspección teórica o como clientes que aceptan y aplican todas las soluciones teóricas, más bien, dado que la experiencia práctica es la fuente de los problemas, hay que reconocer que la participación activa de los practicantes constituye una necesidad indispensable en la empresa teórica.

Si la teoría trata de ayudar a los practicantes a enfrentar sus problemas más eficazmente, entonces las experiencias prácticas concretas en las que se originan los problemas, aportan la materia prima para la investigación teórica.

La práctica viene a ser el terreno de pruebas sobre el cual debe evaluarse los resultados de una investigación, hay que reconocer que la teoría cobra sentido en el campo de una profesión cuando sugiere modos mejorados de entender la práctica, adquiere validez cuando las sugerencias son examinadas y corroboradas por la experiencia diaria.

La idea de que la teoría puede idearse y examinarse independientemente de la práctica y luego utilizarse para corregir, mejorar o evaluar la práctica es rechazada a favor del punto de vista totalmente opuesto, pensando que la teoría adquiere importancia para el campo de trabajo, en la medida en que puede ser corregida, mejorada y evaluada a la luz de sus

¹⁶⁵ CARR, Wilfred. Hacia una ciencia crítica ..., p. 49

consecuencias prácticas. En éste sentido, es la práctica lo que determina el valor de cualquier teoría y no la teoría la que determina el valor de cualquier práctica.¹⁶⁶

La teoría es “teórica” en el sentido de que esta sujeta a conceptos de lógica, rigor y reflexión y, es práctica en el sentido de respetar el contexto práctico en el que aparecen los problemas.

Afirma Carr que existe una tendencia a pensar, en el caso de la educación, que si los profesores prescinden de las disciplinas académicas, nada les quedaría, por una parte se despojaría a la práctica de todas sus pretensiones de validez, lógica y verdad, por otra se otorgaría a los contenidos la custodia exclusiva de las virtudes intelectuales, condenando a la práctica y a los practicantes cierta indignidad e insignificancia.

Privada de la categoría académica y del rigor intelectual, la práctica sería sentenciada a una permanente dependencia de alguna teoría externa para suplir el pensamiento lógico-sistemático, que de acuerdo a esta concepción, carece.

Parecería que hay una teoría pura y una práctica impura y se busca el medio de reunificarlas, esta concepción tiene una larga e ilustre tradición corresponde a la idea platónica de erigir un orden superior de formas perfectas para corregir las imperfecciones de las creencias y acciones ordinarias, Kan también expone la idea de un “ego” trascendental para estipular normas absolutas a las que debería ajustarse el “ego” fenoménico, ligado a la tierra.

A pesar del repudio a este dualismo divisorio, entre el saber y el hacer, entre el pensamiento y la acción, persiste aún la idea de que la teoría tiene un papel orientador de la práctica y sirve para solucionar los problemas concretos.

Es necesario que los practicantes se interesen en examinar los conceptos a partir de los cuales se comprenda su participación, dejen de reducir la teoría a formas de comprender

¹⁶⁶ CARR, Wilfred. *Ob. cit.*, p. 52

algo que ni siquiera se está considerando plenamente. Sólo así se podrá articular la manera de cómo “se es” y como se “debería ser”, porque es el discurso de la práctica lo que estructura las percepciones de los practicantes y de la realidad misma.¹⁶⁷

La teoría puede representar al discurso oficial, y/o presentarse como una categoría inofensiva donde se deposita la información, porque así se cree conveniente, ante estos riesgos, deberíamos esforzarnos en examinar lo adecuado de los conceptos y teorías que existen en el lenguaje de la práctica en estudio, articular el discurso teórico y las realidades que este discurso trata de captar y describir.

Hay que oponer resistencia a la tentación de interpretar la teoría de “X” campo de la actividad humana a través de conceptos convencionales de “pureza teórica”, alejados de la realidad. La teoría implica múltiples promesas siempre y cuando no se le aísle, no se caiga en la autocomplacencia, en la autoindulgencia, en la ignorancia práctica y en la búsqueda a ultranza de la categoría “científica”.

La teoría como afirma Carr, es la indispensable dimensión de la práctica, y es evidente que una práctica no es una especie de comportamiento robótico que puede realizarse de un modo irreflexivo o mecánico, es una actividad intencional realizada conscientemente.

La práctica se hace inteligible por referencia a los esquemas de pensamiento a menudo tácitos y, en el mejor de los casos parcialmente articulados de los practicantes, quienes cuentan con un conjunto de creencias acerca de lo que están haciendo, la situación en que están operando y que es lo que intentan conseguir.

La práctica profesional tiene una dimensión social y por consiguiente cada esquema teórico de un practicante individual no es algo que pueda adquirirse en aislamiento, más bien es una manera de pensar que se aprende con otros practicantes y que se conserva por medio de aquellas tradiciones de pensamiento y práctica dentro de las cuales se ha desarrollado y evolucionado.

¹⁶⁷ IDEM, p. 68

Los esquemas teóricos de los practicantes tienen una historia, son maneras heredadas de pensamiento en las que deben ser iniciados los futuros practicantes, para realizar una práctica requiere un antecedente teórico así como el medio para entender las prácticas de otros.

Los principios prácticos no son generalizaciones derivadas de la teoría, son generalizaciones adquiridas mediante la observación y el análisis de la práctica y comprobados pragmáticamente en situaciones cotidianas.

La teoría debe ser comprobada y corregida de acuerdo a sus consecuencias prácticas, es la práctica la que determina la validez de la teoría en vez de que sea la teoría la que determina la validez de la práctica. Hablar de una actividad práctica es hablar de una forma de acción humana reflexiva, indeterminada y compleja que no puede regirse exclusivamente por principios teóricos.

Es erróneo creer que la teoría puede ofrecer un saber científico para controlar la práctica, todo lo que puede ofrecer es una forma de saber, que es siempre insegura e incompleta, pero que sin embargo, procura una base para hacer juicios sabios y prudentes acerca de lo que debe hacerse en alguna situación práctica. La aspiración de la aproximación práctica a la teoría consiste en alimentar la sabiduría práctica.

El arte de la deliberación es una opción para hacer juicios defendibles en cuanto al modo de intervenir en el complejo ejercicio del profesional, para tal fin se ofrece a los practicantes teorías interpersonales que describen la situación práctica, de manera que tratan de ayudarlos a descubrir sus valores subyacentes y a revelar las suposiciones tácitas y anteriormente no reconocidas inherentes a su labor.

La práctica de la Enfermería debe derivar en acción informada comprometida y ética, orientarse por valores acerca de la salud, el desarrollo de la vida y el morir dignamente, más que por mezquinos intereses administrativos o políticos.

La práctica siempre implica intenciones morales, estas no se estructuran como fines, sino como compromisos que solamente pueden realizarse en y mediante la práctica, la práctica por consiguiente no se considera como un proceso instrumental que sirve a fines fijos, sino como una actividad fluida en la que la elección tanto de los medios como de los fines esta guiada por valores y criterios inherentes al el proceso educativo mismo.

El objetivo de la teoría en el caso de la carrera de enfermería no debe alentar la conformidad de una tradición, menos alinearse sin reflexión a las prescripciones científicas, es importante crear las disposiciones para hacer juicios profesionales que están enriquecidos por principios de atención a la salud e informados por una comprensión consiente del carácter moral de la profesión.

La teoría se relaciona con la práctica alentando a los practicantes a profundizar sus puntos de vista, comprometiéndolos para que puedan ver más profundamente bajo la superficie de sus ideas y de sus prácticas.¹⁶⁸

No tiene nada de excepcional describir la teoría como la culminación de aquella sucesión cronológica de logros intelectuales que se considera constituye la historia del pensamiento empirista.

Carr afirma que esta historia retoma del siglo XVII la idea acerca de lo que se denominó, “ciencia del hombre”, en el siglo XVIII retoma la separación entre ciencia y moral, en siglo XIX la separación entre las acciones humanas y las cuestiones éticas que explican dichas acciones, termina con una serie de relatos en el siglo XX acerca de la naturaleza de la teoría.

Existen dos puntos de vista para explicar la relación entre teoría y práctica el primero, subraya la INDEPENDENCIA y tiene los siguientes principios:

¹⁶⁸ IDEM. p.p 80,81

- * La teoría ofrece generalizaciones libres de contexto.
- * La práctica se refiere a particularidades que se ubican en un contexto.
- * La teoría es “saber que”.
- * La práctica es “saber como”.
- * La teoría trata ideas abstractas.
- * La práctica trata de las realidades concretas en la vida diaria.

La segunda subraya la INTERDEPENDENCIA y señala que:

- * La teoría no se opone a la práctica.
- * La práctica es inteligible si se considera como actividad humana realizada conscientemente, ello presupone una aceptación tacita de principios y creencias teóricas implícitas.

❖ La práctica es “teórica-dependiente”.

Si el punto de vista de la “INDEPENDENCIA” siempre exagera la diferencia entre la teoría y la práctica, el punto de vista de la “DEPENDENCIA” hace resaltar demasiado el vínculo entre ambos, ya que las decisiones prácticas, de acuerdo a esta idea, se sujetan a un retroceso infinito en donde cada acción debe ser guiada por la teoría.

La fuerza del punto de vista de la INDEPENDENCIA es su firme insistencia de que la teoría es siempre abstracta y general, su debilidad es que haciendo resaltar excesivamente las diferencias entre el saber y el hacer, esta subestimando el papel crucial de la práctica.

La fuerza del punto de vista TORICO-DEPENDIENTE es marcar el hecho de que la práctica es inevitablemente teórica, su debilidad es que deja de reconocer en que medida la práctica es una forma fluida, flexible y grandemente indeterminada de la acción humana que no puede ser guiada exclusivamente por principios y reglas teóricas.¹⁶⁹

¹⁶⁹ IDEM, pp.. 93 y 94

* Los conceptos son retomados por Carr a partir de la “Ética a Nicómaco” (1955) de Aristóteles.

¿Qué hacer ante estas disertaciones? Dice Carr a mi mente viene el nombre de Aristóteles. Las distinciones conceptuales insertas en la tradición Aristotélica* no abordan propiamente teoría y práctica, sino diferencian formas de acción, theoría, poesis y praxis, cada una tiene su propio fin, cada una esta regida por su propio modo de pensamiento.

La teoría, acción contemplativa, se refiere a un pensamiento metafísico a priori, orientado hacia el descubrimiento de la eterna e inmutable verdad, este pensamiento esta gobernado por aquella forma abstracta que los griegos denominaban sophia, sabiduría teórica, que alcanza el saber “por el saber mismo”.

La poesis es la acción orientada hacia la “confección” de objetos o artefactos, el resultado deseado de la poesis es siempre un objeto que se conoce antes que la acción, esta regida por un cuerpo relativamente fijo de conocimientos y principios técnicos que Aristóteles llamó techne y, que nosotros denominaríamos “teoría aplicada” o tecnología.

La praxis es la acción de “hacer”, encaminada a alcanzar y mantener una forma de vida moralmente buena, éste fin ético no es un producto fijo, porque su fin solo puede discernirse en la praxis misma. El “bien” ético que constituye el fin de la praxis no puede “confeccionarse” solamente puede “realizarse”. Praxis es lo que hoy llamaríamos acción moralmente informada o moralmente realizada.

Para Aristóteles, todas las actividades sociales y políticas eran formas de praxis.

El pensamiento reflexivo para realizar el bien intrínseco de la praxis era la tarea de la “filosofía práctica”, es decir un conocimiento ético con una disposición a actuar. “EL SABER PRACTICO” no es un asunto de saber como actuar de forma competente y provechosa, sino de saber como aplicar principios éticos generales a casos concretos particulares.

El saber técnico raramente se ve afectado cuando se aplica, en cambio el saber práctico se ve siempre modificado por las circunstancias, ello es así porque los principios éticos que orientan el saber práctico no son fijos, deben entenderse en términos de su relevancia a una situación particular, el comprender y aplicar los principios éticos no son dos procesos separados, sino elementos mutuamente constitutivos en la continua reconstrucción dialéctica de pensamiento y acción.

La actitud para emprender esta clase de teorización es la posesión humana que Aristóteles denominaba phronesis y que nosotros llamaríamos “SABIDURIA PRACTICA”, así lo que se enseña y se aprende de la filosofía práctica, no es un modo de discurso fonético exento de valor o conjunto de reglas técnicas, sino una disposición, que es a la vez moral e intelectual y que se hace manifiesta en una CAPACIDAD para combinar conocimiento ético del bien con un sano juicio práctico acerca de una situación particular.

Sin phronesis la teorización práctica degenera en un ejercicio intelectual y la praxis se hace indistinguible de la habilidad técnica, el practicante que carece de la virtud de la phronesis puede saber como practicar en un sentido técnico, pero no sabrá como practicar en el sentido moral.

La phronesis es el término crucial que enlaza lo general con lo particular el conocimiento con la acción.

CAPITULO IV HALLAZGOS DEL ESTUDIO

Tipología de experiencias docentes significativas en situación de enseñanza clínica

Los resultados que ha continuación se presentan son producto del estudio realizado acerca de las experiencias significativas de los profesores de Enfermería en situación de práctica clínica, para lograrlo se reconstruyeron las particularidades de la tarea docente de los profesores con los testimonios de su práctica diaria

El perfil de la población objetivo es el siguiente, 34 profesoras de Enfermería con nombramientos que van de Profesora de Asignatura “A” a Profesora de Carrera Asociada “A”, con quince años de experiencia como promedio en la práctica de Enfermería y, trece en la docencia. Las experiencias significativas se desarrollaron en treinta y cuatro instituciones representativas del Sistema Nacional de Salud en nuestro país.

Los hallazgos del estudio presentan en primer término las nociones generales que expertas en la enseñanza clínica (cuatro jueces) identificaron a lo largo de los testimonios, como orientadoras y significativas del trabajo docente, acompañan a cada categoría enunciados sintéticos denominados códigos cuyo significado pretende ampliar y sustentar a cada categoría.

A fin de identificar la fuente de información a partir de la que se construyeron las categorías y códigos, se enuncian de manera textual, fragmentos de los testimonios que guardan nexos con los códigos y categorías correspondientes. Finalmente, como lo mencionamos en el marco general de trabajo, sin pensar que la teoría acerca de la enseñanza proporcione una versión exacta o superior a la de los docentes, más bien con el fin de establecer una correspondencia con la versión de ellos, finalizamos con la teorización del hallazgo.

CATEGORIA 1

Discernimiento entre urgencia, contingencia y adecuación de la acción en la Enseñanza Clínica.

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Atemporalidad e impredecibilidad del aprendizaje clínico.
 - ☞ Percepción de la complejidad del caso.
 - ☞ El conflicto como un momento del aprendizaje
 - ☞ Conducción del grupo de acuerdo al tipo de eventos que se presentaron
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☞ “Cuando retiraba uno de los alumnos los vendajes de la manita derecha se desprendió literalmente, se cayó un par de deditos”
 - ☞ “Supervisando a un grupo de alumnos se presentó un paro cardiaco”
 - ☞ “... la corrió de la habitación, especificando que el no necesitaba nada de nadie y que se fuera o le tiraría lo que estuviera a su alcance.”
 - ☞ “¿Cómo explicarle al hijo que su padre estaba muerto y que hacía unos minutos estaba dado de alta?”
 - ☞ “... la habíamos ingresado sin trabajo de parto, teníamos un problema... Nancy y yo iniciamos la conducción del parto, nos dio buen resultado y atendimos el parto a las 8.00 de la mañana...”
 - ☞ “... fue una experiencia muy desagradable. Al mismo tiempo nos hizo recapacitar en la importancia de realizar la valoración antes de proporcionar cualquier estrategia de cuidado.”
 - ☞ “... yo limité su participación porque era su primera experiencia en esa área.”
 - ☞ “Muy molesta retiré al alumno del servicio y en privado le hice ver que es importante respetar las normas de la institución, que si el personal permite
-

hablarles de “tu” se haga, si no debemos hablarle de “usted”.

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ El personal experto transmite instrucciones crípticas que sólo tienen sentido si el que las percibe posee ya un conocimiento profundo de la situación, Polanyi (1958) denomina “máximas” a estas instrucciones, por ejemplo, las enfermeras adscritas a las unidades de cuidados intensivos hacen descripciones crípticas de cambios casi imperceptibles, descifrables sólo por alguien que tenga una vasta experiencia.
- ☞ Las Enfermeras clínicas expertas han aprendido estas consignas entre ellas mismas, esto no quiere decir que el estudiante no puede sacar conclusiones del saber que encierran, al contrario puede ser un punto de partida para el discernimiento acerca de situaciones clínicas complejas.

BENNER, Patricia. Practica progresiva de enfermería p 35

CATEGORIA 2

La experiencia como fuente de conocimiento y acción

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Percepción del peso de la práctica respecto a la teoría.
 - ☞ La práctica como escenario de impulso para desarrollar nuevas actitudes y aptitudes en el alumno.
 - ☞ La teoría orienta a la práctica
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

-
- ☞ “... la realidad en ese momento era mas compleja que la revisada en los textos o el laboratorio.”
 - ☞ “Estaba incrédula que aquello que planteamos en la clase... le hubiera ocurrido a ella.”
 - ☞ “Una de mis alumnas destacadas... Al tratar de cortar una de las telas adhesivas de la fijación que sostenía el tubo endotraqueal, cortó accidentalmente la válvula del globo... la alumna palideció instantáneamente y, mirándome dijo: maestra mire lo que hice.”
 - ☞ “La práctica desarrolla en el alumno habilidades que ni el propio alumno espera.”
 - ☞ “... fui felicitada por el paciente y el personal, y todo por el alumno que no esperé.”
 - ☞ “Esta medida (los alumnos debían estudiar los temas relacionados con la práctica) ...nos permitió trabajar mejor con los estudiantes”
 - ☞ “...recibimos un gran reconocimiento por el nivel de conocimientos que manejaban los alumnos”
-

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ Esta delegación de funciones tiene consecuencias prácticas, por ejemplo, las enfermeras se han hecho verdaderas expertas en la titulación y deshabitamiento de fármacos vasoconstrictores y medicamentos contra la arritmia. Esta y otras facultades no han sido descritas ni estudiadas en forma sistemática..., mucho menos forman parte de lo programas de enseñanza clínica.

BENNER, Patricia. Practica progresiva de enfermería p 31

CATEGORIA 3

Busca la coherencia entre saber y hacer

CÓDIGOS SUBYACENTES

Explicación a la relación del hacer sin saber, del saber sin hacer

- ☒ Oportunidades para aplicar lo aprendido
 - ☒ La retroalimentación posterior a la contingencia
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☒ “... los alumnos trataban de aspirar a la paciente ,se ponían los guantes nerviosamente y no sabían por donde empezar”
 - ☒ “Nos reunimos para reflexionar y valorar los principios en la atención y cuidados de enfermería”
 - ☒ “... una estudiante en forma intempestiva pregunta ¿qué pierna se va a cortar al señor?, ¡casi me muero de ver la cara del pobre paciente!
 - ☒ “Miré a mi alumna inquieta angustiada. Había terminado de bañar al paciente, un joven de 26 años con Dx de VIH (SIDA)... salí con mi alumna y me dijo que realmente ella no sabía como enfrentar y dar consejos en esa situación... Yo le recomendé que...”
 - ☒ “... los médicos se quedaron sin residentes e internos, entonces vieron que las pacientes estaban siendo atendidas por la asesora y sus alumnos. A partir de ese momento empezaron a invitar a las alumnas para participar en las actividades obstétricas”
 - ☒ “... Le hice notar que muy probablemente, sin querer, con la parte posterior de su cuerpo movió los parámetros del ventilador...”
 - ☒ “... hablé con ella celebré que el suceso no pasó a mas pero insistí en su actitud”
-

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ El conocimiento producto de una teoría se aplica de manera general sobre las prácticas de los actuantes pero, dado que la práctica se estructura con un sin fin de hechos, llega el momento en que la teoría y la práctica no coinciden, si se forza la aplicación de un principio que es general, se estará negando la experiencia de los prácticos que es particular.

ELLIOT, John. El cambio educativo, p. 64

CATEGORIA 4

La tutoría como premisa indispensable en la Enseñanza clínica

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Visión prospectiva del aprendizaje en situación clínica.
 - ☞ Estímulo a la creatividad del alumno.
 - ☞ El espacio clínico didáctico bajo una concepción gestáltica.
 - ☞ El error como referente negativo de la reflexión.
 - ☞ La observación y, el acompañamiento de expertos clínicos para el aprendizaje.
 - ☞ El alumno y el docente participantes del aprendizaje clínico.
 - ☞ Socialización del conocimiento.
 - ☞ Mediación en situaciones complejas para el aprendizaje clínico.
 - ☞ Vínculo interactivo y permanente entre el docente y el alumno.
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☞ "... para lograrlo los alumnos y asesores tienen que vencer obstáculos con el
-

personal...”

- ☞ “... el profesor realizó una estancia, previa a la práctica...”
 - ☞ “... ha llegado el momento de llevar a mis alumnos a un ejercicio de experiencia clínica... esta circunstancia me hace reflexionar siempre...”
 - ☞ “... ellos te necesitan y en especial esta chiquita que no tiene a nadie...”
 - ☞ “... La escuché atentamente... le dije que pensara qué...”
 - ☞ “Me percaté que el ambiente era diferente al cotidiano...”
 - ☞ “Me percaté que posterior a la aspiración hecha por la alumna el paciente perdía estabilidad”
 - ☞ “... estaba cursando con la negación y la ira respecto a su estado de salud...”
 - ☞ “... le pregunté si había valorado los signos vitales del usuario, me dijo que no, que realmente no era su paciente pero que la enfermera le había pedido pasar el medicamento, como una urgencia y como un favor...”
 - ☞ “... me percaté que la bolsa de la solución de la paciente se encontraba en la parte baja de la cama y se le retornaba la sangre como si se le hiciera una sangría.”
 - ☞ “... observaron el trabajo de enfermeras y médicos, yo les pedí que acompañaran a los otros pacientes ó bien que vieran que nada obstruyera el paso para que se trabajara mejor.”
 - ☞ “... los alumnos no sabían que yo iba a estar con ellos cuando me vieron en la unidad toco-quirúrgica, creo que les causó gusto, sorpresa, algunos comentaron que se sentían mas seguros
 - ☞ “... Aprendimos mucho estaba muy contenta porque mi estudiante había aprendido a tomar decisiones y yo tuve oportunidad de acompañarla.”
 - ☞ “... yo aprendí la lección y entendí que las alumnas tienen necesidades y problemas., y como docentes debemos atender para que estas a su vez puedan proporcionar los cuidados con base en un proceso reflexivo y crítico...”
 - ☞ “... los estudiantes comentaron a sus compañeros como el equipo clínico se organizó para realizar maniobras complejas y de alto riesgo.”
 - ☞ “... aquel suceso quedó en la memoria de todos y sirvió para tomar en cuenta las recomendaciones acerca de cómo proceder...”
-

-
- ☞ “Tuve que afrontar directamente el problema con el paciente...”
 - ☞ “... me dijo que acababa de romper el oficio de suspensión me dio los pedazos y me dijo que no había ningún problema y que concluyéramos nuestra práctica...”
 - ☞ “... primero comentarlo conmigo para tomar decisiones y sugerir que hacer...”
 - ☞ “me acerqué a ella, la tranquilice y le hice notar que en los momentos de crisis debía conservar la calma...”
-

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ Actualmente las maestras toman en cuenta las aptitudes que deben adquirir las alumnas, pero también, las actitudes que surgen como respuesta al trabajo, realizado en situaciones de gran presión emocional les ayudan, les muestran interés, les apoyan, les motivan para que den su mejor esfuerzo, les facilita los aprendizajes señalando los problemas que se pueden presentar y los errores que pueden cometer.

HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en enfermería clínica. P. 201

CATEGORIA 5

El docente como humano

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Identificación de procesos emocionales propios y en los otros: se preocupa, duda, teme, se sorprende, se reconoce limitado, se frustra, tiene satisfacciones, entre otros.
 - ☞ Soporte emocional al estudiante
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

-
- ☞ “... fui felicitado por el paciente y el personal, y todo del alumno que no esperé...”
 - ☞ “... me solicitó vehementemente ¡por favor cámbieme de servicio! no resisto a los pacientes inconscientes...”
 - ☞ “... debo confesar, me desesperaba porque le explicaba y no entendía.”
 - ☞ “La estudiante lloró mucho... traté de reducir su malestar, pues no había malicia en su actuación.”
 - ☞ “... hable con el alumno y con mi compañera exponiéndole la situación, el alumno no quería disculparse ni volver a verla estaba muy enojado lo dejamos que lo pensara...”
-

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ El profesor elige tareas, pero trabaja dentro de un marco en que algunas son posibles y otras no. Establecer una estrategia diferente para realizar el trabajo académico y para desarrollar una carrera académica, no es nada sencillo, tal vez sea necesario como lo establece Honoré pensar en la formación en un amplio sentido, como un proyecto de vida, fuente de personalización y de encuentros con nosotros mismos.

HONORE, Bernard. Para una teoría de la formación. p. 25

CATEGORIA 6

Aspectos éticos, tanatológicos y antropológicos en la enseñanza clínica.

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Asociación del cuidado con el dolor
 - ☞ Responsabilidad y aprendizaje clínico
-

-
- ☞ Valores profesionales en el escenario clínico
 - ☞ Los proceso vitales como articuladores en el aprendizaje clínico
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☞ “... me enteré que su madre había cursado por una quemadura de tercer grado cuando tenía ocho años y siendo el mayor la curaba en casa y esa era una experiencia que le dolía mucho.”
- ☞ “... se soltó a llorar y dijo no puedo, no puedo siento que le duele mucho...”
- ☞ “Regularmente paso lista e inicio la supervisión por urgencias...”
- ☞ “... la jefe del servicio me reclamó...”
- ☞ “... la responsabilidad directa en el cuidado de los pacientes es del personal, no de los alumnos...”
- ☞ “... el alumno con facilidad tomó el numero telefónico del domicilio de la paciente, y le habló por teléfono para proponerle salir a tomar un café...Se le suspende de la práctica...”
- ☞ “... se reían ruidosamente movilizaban con dificultad y descuido a la paciente que pesaba alrededor de 100 kgs. Mi preocupación se debía a la falta de respeto por la individualidad de la persona... y el riesgo de jalar y extraer violentamente la sonda nasogástrica ó lesionar más aún sus úlceras por decúbito.
- ☞ “... después de terminar con los cuidados al cadáver, la alumna, la enfermera en turno y yo nos dirigimos a un privado para hablar y sobre todo escuchar a la alumna”
- ☞ “Esta experiencia nos dejó una gran enseñanza a mi y a todas los alumnos en el sentido de que la práctica profesional exige un compromiso muy grande ya que de nosotros depende la vida y la muerte de las personas a nuestro cuidado.”

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

-
- ☞ El pensamiento reflexivo para realizar el bien intrínseco de la praxis era la tarea de la “filosofía práctica”, es decir un conocimiento ético con una disposición a actuar. “EL SABER PRÁCTICO” no es un asunto de saber cómo actuar de forma competente y provechosa, sino de saber cómo aplicar principios éticos generales a casos concretos particulares.

CARR, Wilfred. Hacia una ciencia crítica. p. 95

CATEGORIA 7

Concepto y ejercicio de poder en la práctica de enfermería

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ La enseñanza clínica y las normas institucionales
 - ☞ Los servicios clínicos como grupos cerrados.
 - ☞ Solidaridad profesional.
 - ☞ Asesoría legal para la práctica clínica.
 - ☞ Responsabilidad ante las autoridades escolares y de salud
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☞ “... no respetan a las autoridades por lo tanto exijo que se retire el alumno del servicio...”
 - ☞ “... continuaba esa resistencia, sobre todo por dos médicos de base, quienes descalificaban a las alumnas e incluso no les permitían tocar a sus pacientes.”
 - ☞ “Se le recordó el reglamento de prácticas, pues de seguir faltando e incumpliendo con las tareas se le suspendería...”
 - ☞ “Al alumno le pareció anticuado el comportamiento de la enfermera...”
-

-
- ☞ "... la jefe pidió a un vigilante para sacar al alumno."
 - ☞ "La alumna reaccionó muy positivamente al percibir mi apoyo el de sus compañeros y del personal de enfermería y médico..."
 - ☞ "... las jefes y compañeras de otros servicios vieron con comprensión lo sucedido..."
 - ☞ "... mi compañera maestra y yo hablamos a la escuela, al departamento jurídico para que nos asesoraran..."
 - ☞ "... yo en este momento informo a la dirección de la escuela para que esté presente el jurídico de la UNAM."
 - ☞ "la jefe del servicio me reclamó..."
 - ☞ "... me llamaron de la Secretaría Académica y se me mostró un documento escrito donde la estudiante citaba que se le había corrido de la práctica con insultos.
-

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ El profesor responde ante situaciones más que crearlas, aún los profesores de nuevo ingreso se incorporan al sistema establecido y, una gran mayoría aprende pronto y con cierta facilidad a incorporarse a la situación y a asimilarla como el "medio natural".

SACRISTAN J. Gimeno. El currículo una reflexión sobre la practica. P. 116

CATEGORIA 8

**La construcción del conocimiento enfermero es infinita y
la aplicación de la técnica es finita.**

CÓDIGOS SUBYACENTES

- ☞ Ciencia humanismo y técnica.
-

-
- ☞ Practica clínica e hipótesis para el aprendizaje
 - ☞ Enseñanza Clínica reflexiva
-

ENUNCIADOS QUE EVIDENCIAN EL DISCURSO Y SU SENTIDO

- ☞ “Le reiteraré la importancia de promover la participación de los estudiantes, pero también la consideración al paciente que atraviesa un momento crítico y al equipo de expertos que trabajan bajo presión tratando de salvar la vida del paciente,”
- ☞ “... ligar la parte científica con la humanística y ayudar a los alumnos en su desarrollo personal...”
- ☞ “... me preocupaba verlos tan entusiasmados y a la vez tan inmaduros...”
- ☞ “... ¿cómo van a utilizar esa teoría para interpretar al ser humano, en este caso al niño? Si mi programa tiene una orientación eminentemente biológica.”
- ☞ “ Pedíamos un trazo humanizado para los pacientes, y ellas (las alumnas) no tenían derecho a éste,”
- ☞ “... en la acción es donde se aprende y vive la teoría...”
- ☞ “Darle la mano al enfermo, infundirle fortaleza a quien ya la perdió, a quien ya no puede pensar en una vida futura, solo puede contar su enfermedad, apoyar a quien se encuentra en una condición frágil y quebradiza.”

TEORIZACIÓN DEL HALLAZGO

- ☞ En oposición a la racionalidad técnica la corriente crítica identifica al profesor como profesional de la docencia que enfrenta situaciones complejas, cambiantes conflictivas e inciertas y debe por tanto contar con propuestas alternativas.
 - ☞ El deseo de superar la relación lineal y mecánica entre el conocimiento científico y la práctica docente, parten de la necesidad de los profesores cuando se enfrentan a problemas complejos de la enseñanza, como puede ser, el manejo de situaciones inciertas y/o desconocidas, la modificación de rutinas, la
-

construcción de hipótesis de trabajo, la utilización de técnicas e instrumentos.

BENEDITO ANTOLI, Vicente. El papel del docente..., p. 139

CONSIDERACIONES FINALES

- ✎ Introducirse en la experiencia cotidiana que viven profesores y alumnos, representa un reto para la investigación educativa, más aún si trasladamos la acción, del aula a escenarios clínicos reales, en donde existen un sinnúmero de variables. Es ante esta dificultad que aplicamos una estrategia metodológica que nos permitió comprender de manera global el fenómeno, más allá de lo cuantitativo.
- ✎ El instrumento debe estar acorde con el método, por lo que el utilizado en el presente trabajo y denominado “formato de testimonio” se diseñó con la intención de que las profesoras de Enfermería narraran, las historias significativas vividas.
- ✎ Las docentes de la ENEO-UNAM que participaron en la presente investigación manifestaron en sus escritos suficiente experiencia en la docencia y práctica de la Enfermería, lo que les permitió integrar verdaderos testimonios de la práctica docente en las instituciones de salud.
- ✎ Las historias significativas se desarrollaron en instituciones, sobre todo del segundo nivel de atención a la salud, en donde se atiende al enfermo hospitalizado, debido a que es el escenario clásico de la enseñanza clínica.
- ✎ El método de trabajo que se aplicó en la presente investigación, tiene como principio el trabajo grupal, en el que se reconoce el fenómeno a partir de distintos puntos de vista, reflexionados y consensuados por expertas de la Enfermería, hasta llegar a grandes ejes de análisis, que de acuerdo a su opinión, orientan la enseñanza y práctica de la Enfermería. Los hallazgos encontrados en el presente estudio nos llevan a establecer que la **enseñanza de la Enfermería:**
 - Se desarrolla en un ambiente de incertidumbre y tensión emocional no controlable por profesores y alumnos.

- Requiere además del estudio de los textos, la participación comprometida de alumnos y maestros en los procesos terapéuticos, éticos, psicológicos, a los que se someten las personas que están a su cuidado.
- Debe reconocer que el saber, el hacer, el aprender, se desarrolla las más de las veces en casos o, a través de ejemplos verdaderamente dramáticos, en los que la salud y/o la vida de las personas se encuentran comprometidas.
- Debe reconocer que la profesora de Enfermería es el eje central de la enseñanza clínica, y por lo tanto deberá tener experiencia y comprensión del proceso, para acompañar al alumno en esta difícil etapa de su formación.
- Debe reconocer que la profesora enfermera actúa como tutora permanente de los alumnos, en el aula, laboratorio y campos clínicos y, requiere para cumplir su función de una amplia y sólida formación disciplinar, en aspectos didáctico _ pedagógicos, así como en la aplicación de los valores éticos con el mas amplio sentido humanístico.
- Requiere la participación de la institución –ENEO-UNAM- en la formación de los docentes, así como en estimular a los profesores para cumplir su función en los campos de práctica, implementando nuevas propuestas de docencia que den respuesta a las características del proceso enseñanza-aprendizaje en situación clínica
- Requiere identificar como los grupos de profesionistas resguardan una tradición en el ejercicio de su práctica, lo que lleva implícito una aplicación de poder y de limitación de su territorio, respecto a otras profesiones más fuertes o más débiles que pudieran invadir su campo de

trabajo, tal es el caso de médicos y enfermeras.

- Requiere desmarcar la enseñanza de la enfermería de la razón técnica y utilitaria, pues la formación de un licenciado en enfermería y obstetricia requiere por demandas del campo de trabajo contar con conocimientos, actitudes y aptitudes que le permitan participar en la solución de problemas de salud con sentido social.

- ✎ En los hallazgos finales, se identificaron ocho grandes categorías, las que deben considerarse en un sentido dinámico, pues no tienen correspondencia única con los códigos, los testimonios y las teorizaciones, representan un esfuerzo de la autora de este trabajo, así como de las profesoras que participaron, para caracterizar el fenómeno para el aprendizaje del cuidado enfermero, que llamamos enseñanza clínica

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO I

- ☞ ACOSTA Romero, Miguel-Genaro, Góngora Pimentel. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Porrúa. 1984.
- ☞ COLLIERE, Marie Françoise. Promover la vida. –España: Mc. Graw–Hill/Internacional, 1993.
- ☞ Fundación Mexicana para la Salud, 1995, Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud. Cuadernos para el análisis y la convergencia. No. 14, México, DF., FUNSALUD.
- ☞ FRENK, J. Lozano, R. González, Ma. Et. Al. Economía y Salud. México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- ☞ FRENK Mora, Julio. Et, Al. Observatorio de la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
- ☞ FRENK Mora, Julio. La Salud de la Población México: Fondo de Cultura Económico, 1993.
- ☞ GALVÁN Escobedo, José. Tratado de Administración General: Desarrollo de la Teoría Administrativa. México, Trillas: 1981.
- ☞ HIGASHIDA Hirose, Bertha. Educación para la salud. México: Interamericana, 1995.
- ☞ ILLICH, Iván. Némesis Médica, México, Mortiz: 1978.
- ☞ JIMÉNEZ Cabrera, Edgar. “El Modelo Neoliberal en América Latina”. En: Revista Sociológica. Año 7, No. 19, Mayo-Agosto: 1992.

- ☞ KUMATE, Jesús. Información en Salud: La salud en cifras. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

- ☞ LATAPÍ, Pablo. La Modernización Educativa en el contexto neoliberal. México: U.P.N. Simposium Internacional sobre formación docente, 1997.

- ☞ LÓPEZ Acuña, Daniel. La Salud desigual. México: Siglo Veintiuno, 1980.

- ☞ MADRAZO Navarro. Et. Al. Factores económicos en la Atención a la Salud. México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social: 1998.

- ☞ MORA Carrasco, Fernando, Introducción a la Medicina Social. México: Trillas, 1990.

- ☞ MORONES Prieto, Ignacio., Tesis Mexicanos de Seguridad Social. México, IMSS: 1970.

- ☞ PÉREZ Tamayo, Ruy. El Concepto Moderno de Enfermedad: El Concepto de Enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica: 1988.

- ☞ ORTIZ Quezada, Federico. “Capital humano Salud y Bienestar Social”: Vida y Muerte del mexicano, 2. México: Folios, 1982.

- ☞ PIEDROLA Gil, Gonzalo. Et. Al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Salvat, 1991.

- ☞ QUALIMED, 1996, encuesta de productividad hacia la revisión de cuotas. Reporte de la encuesta. México, DF., QUALIMED.

- ☞ ROJAS Soriano, Raúl. Capitalismo y Enfermedad, México, Folios: 1982.

- ☞ ROJAS Soriano, Raúl. Crisis, Salud enfermedad y práctica Médica. México, Plaza y Valdez, 1990.
- ☞ SAN MARTÍN, Hernán-Vicente, Pastor. Economía de la Salud, Madrid, Interamericana: 1989.
- ☞ SAN MARTÍN, Hernán. Administración en Salud Pública. México, Prensa Médica: 1988.
- ☞ SOBERAN, Kumate, Laguna. La Salud en México: Testimonios, 1988. México, Fondo Cultura Económica: 1988.
- ☞ Secretaría de Salud. La Medicina Privada en México, DF., SSA.1995
- ☞ VEGA-FRANCO, Leopoldo-Héctor, García Manzanedo. Bases esenciales de la salud publica. México, Prensa Médica: 1976.
- ☞ ZERMEÑO, Sergio. La Sociedad derrotada, México, UNAM-Siglo veintiuno: 1996.

HEMEROGRAFÍA CAPÍTULO I

- ☞ LAURELL, Cristina. “El T.L.C. y el Sector Salud” En: Revista Dicensos. México, UAM-Xochimilco.: 1996.
- ☞ Organización Internacional del Trabajo: Informe sobre el empleo en el mundo. 1998-1999. <http://www.cinter for. Org. Uy/public/spanish/region/ampro/cinter for/>
- ☞ Servicio de Información y Documentación sobre el Tercer Mundo: La pobreza en el sur; En: Dossier Informativo de infomundi. 1996. <http://med.unexes/medmund/infomundi/pobres.htm/>.

World Bank. To redouble. Effort to reduce poverty, 1996. En:
[http://www.world bank.org/?htm/extdr/extme?/96745.htm](http://www.worldbank.org/?htm/extdr/extme?/96745.htm).

BIBLIOGRAFIA CAPITULO. II

- ☞ BENNER Patricia. Práctica progresiva en Enfermería. Barcelona, Grijalbo, 1987.
- ☞ BROWN, Amy Frances. Curriculum para escuelas de Enfermería. México, Interamericana, 1964.
- ☞ COHEN A. Helen. La Enfermera y su identidad profesional. Barcelona, Grijalbo, 1988.
- ☞ GUINEE K. Kathleen. Enseñanza de Enfermería objetivos y métodos. México, Interamericana, 1967.
- ☞ HEIDGERKEN E. Loretta. Enseñanza en las escuelas de Enfermería. México, Interamericana, 1966.
- ☞ HINCHLIFF, Susan M. Enseñanza en Enfermería Clínica. México, Interamericana, 1982.
- ☞ MOLLINS P. Agnes. “Las primeras asignaciones clínicas”. En Nursing Outlook 13.2. Febrero de 1965.
- ☞ OMS. La educación básica de la Enfermera profesional. Washington D.C., E.U.A. 1949.
- ☞ OPS “Análisis prospectivo de la educación en Enfermería”. Educación Médica y Salud vol. 23 No. 2 (1989).
- ☞ POLIT F Denise. “Enfermería y papel de la Investigación” en Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México, Interamericana, 1991.

☞ RINES R. Alice. Evaluación del aprendizaje de Enfermería. México, La prensa Médica, 1973.

☞ SMITH W. Dorothy. Cuidados de Enfermería para adultos. México, La prensa médica, 1962.

☞ TORNAYAY – THOMPSON. Enseñanza de la Enfermería, México, Limusa, 1986.

BIBLIOGRAFIA CAPÍTULO III

- ☞ BENEDITO Antoli, Vicente. El papel del docente en la construcción del conocimiento y el docente investigador. Conferencia magistral. Universidad central de Barcelona.
- ☞ CARR, Wilfred. Hacia una ciencia crítica de la educación. Barcelona, Laertes, 1990.
- ☞ CARR, Wilfred-KEMMIS, Stephen. Teoría crítica de la enseñanza. Barcelona, Martínez Roca, 1988.
- ☞ CHEHAYBAR Y Kuri, Edith. Et. Al. La formación docente. México, Universidad Nacional Autónoma, 1996.
- ☞ DEWEY, John. Democracia y educación. Buenos Aires, Lozada, 1967.
- ☞ ELLIOT, John. El cambio educativo desde la investigación acción. Madrid, Morata, 1993.
- ☞ La investigación- acción en educación. Madrid, Morata, 1990.
- ☞ FERRY, Gilles. El trayecto de la formación. México, Paidós, 1990.
- ☞ FREIRE, Paulo. Pedagogía del oprimido. México, siglo XXI, 1976.
- ☞ HONORE, Bernard. Para una teoría de la formación. Madrid, Narcea, 1980.
- ☞ SACRISTAN J. Gimeno. El currículum una reflexión sobre la práctica. Madrid, Morata, 1989.
- ☞ SCHON, Donald. La formación de profesionistas reflexivos. Barcelona, Paidós, 1992.

☞ ZEMELMAN M, Hugo. Uso crítico de la teoría. En torno a las funciones analíticas de la totalidad. México, Universidad de las Naciones Unidas. 1987.



ANEXOS

1) Formato de Testimonios

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio, autorizo a la investigadora responsable del proyecto “EXPERIENCIAS DOCENTES SIGNIFICATIVAS EN SITUACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA” a que utilicen la información que proporcione para los fines académicos relacionados con su tesis de maestría y la difusión de los resultados por los medios especializados.

FIRMA

ACEPTO

GUÍA PARA LA NARRACIÓN DE EXPERIENCIAS DOCENTES SIGNIFICATIVAS

JUSTIFICACIÓN

La investigadora le solicita a usted muy atentamente describir un episodio o contingencia docente original de su práctica diaria en un servicio de práctica clínica.

Su testimonio servirá de base para documentar las experiencias significativas que viven las profesoras de Enfermería en las situaciones de prácticas en los diversos campos clínicos de la licenciatura en enfermería se aclara que el estudio es estrictamente confidencial y con fines de la realización de una Tesis de maestría. El ánimo que prevalece es compartir experiencias docentes para descubrir, describir y documentar el saber práctico de las docentes.

Los testimonios se utilizarán también como base para una publicación sobre la naturaleza práctica de la docencia en enfermería.

INSTRUCCIONES

- A) Qué es una experiencia significativa docente en situación de práctica clínica.
- ☞ Se trata de cualquier contingencia o evento en la que, en su opinión, “haya usted influido decisivamente en la evolución o enseñanza del estudiante, sea directa o indirectamente.
 - ☞ Un caso o situación docente que haya tenido un desenlace feliz, en contra de lo que sucede normalmente.
 - ☞ Un incidente en el que se produjo una crisis (es decir, que las cosas no se sucedieron como estaba previsto).
 - ☞ Un suceso corriente y característico un episodio que en su opinión compendia los valores esenciales de la función Enfermera y Docente.

- ☞ Una contingencia educativa singularmente compleja.
- B) Qué datos debe incluir la descripción de una experiencia significativa docente.
- ☞ El contexto del incidente (por ejemplo servicio, semestre, momento del día en que ocurre el evento, perfil de la alumna tipo de paciente)
 - ☞ Un relato pormenorizado de los hechos.
 - ☞ Describir porque usted considera que se trata de un suceso “crítico”.
 - ☞ Es muy importante mencionar lo que más le preocupaba en aquellos momentos.
 - ☞ Qué pensaba usted mientras se sucedían los acontecimientos.
 - ☞ Qué pensaba – o qué sentía – usted durante y después del hecho.
 - ☞ Qué aspecto le pareció más problemático en el trance, suponiendo que lo considerase usted así.

Ejemplo:

La práctica se realizaba en un hospital general, los alumnos cursaban el tercer semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y se encontraban en la práctica de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II.

Mi compañera, profesora Enfermera de gran experiencia clínica, y yo estábamos muy optimistas respecto al desarrollo de la práctica.

En uno de tantos días, al dirigirme al servicio de hospitalización encontré a mi compañera y a un alumno que lloraba desconsoladamente. Mi compañera me comentó que el alumno había aplicado inadecuadamente cloruro de potasio por vía endovenosa y, que la paciente se encontraba delicada, el alumno comentó que la enfermera le había indicado: “Prepara un Kcl y aplícalo por vía endovenosa a la paciente de la cama tres”, antes de aplicarlo pregunto ¿Una ampolla de Kcl, por vía endovenosa, a la paciente de la cama tres?, la enfermera contestó, sí. Cuando iniciaba a pasar el medicamento la enfermera muy alarmada le dijo ¡Qué estas haciendo! El medicamento se diluye en la solución que tiene instalada la paciente. El alumno sintió un hueco en el estomago que el cuerpo le temblaba.

Sentía una gran pena por la paciente que había ingresado en estado muy delicado, diabética de ochenta años de edad, sentía que le había agregado un problema más a su precaria salud. Sentía que le había fallado a las profesoras, al personal, a la paciente y, a el mismo. Desesperado insistía en abandonar la carrera que tanto trabajo le estaba costando. En esos momentos, la jefe del servicio se acercó y, le comentó al alumno que se tranquilizara, que las enfermeras y enfermeros debían de hacer equipo en los momentos difíciles, que ella y sus enfermeras estaban extremando los cuidados con la paciente. Que en su larga experiencia muchos problemas se le habían presentado y con su equipo de trabajo los había resuelto. Que la enfermera involucrada en el suceso estaba muy preocupada por que aceptaba no haber dado la indicación con claridad. Que las enfermeras y enfermeros, tenían que luchar contra el cansancio físico y mental, contra la rutina, la incomunicación. Tenían que aceptar la complejidad de la profesión para disminuir los riesgos que corren pacientes, personal y, estudiantes. Mi compañera y yo quedamos agradecidas y conmovidas por las palabras de aliento para con nosotras y el estudiante. Siempre habíamos admirado a “La jefe” por su carácter firme y su gran destreza en el manejo técnico pero, a partir de ese suceso nuestra relación fue mas estrecha. Cada año durante el periodo de práctica la visitamos en el nuevo servicio al que fue asignada y, tenemos a lo largo de los días agradables conversaciones.

C) Datos personales

Fecha: _____

Nombre : (si usted lo desea) _____

Nombramiento: _____

Institución Educativa: _____

Años de experiencia docente: _____

Años de experiencia en la práctica de la Enfermería: _____

Servicio en que ocurrió el evento significativo: _____

D) Describa por favor con todo detalle: la experiencia significativa que desea compartir a las colegas docentes.

Nota: si desea continuar pase a la siguiente hoja

2) Datos de los Docentes en Situación de Enseñanza Clínica

Nombramiento	Años de Experiencia Docente	Años de Experiencia en la Práctica de la Enfermería	Servicio en el que Ocurrió el Evento Significativo
Profesora de Asignatura "A"	Siete	Quince	Cirugía General. Hospital General de México. Secretaria de Salud
Profesora de Carrera Asociado "B"	Once	Seis	Cirugía General. Hospital general de México. Secretaria de Salud.
Profesora de Carrera Asociado "B"	Diez	Dos	Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Naval Militar.
Profesor Asignatura "B"	Doce	Doce	Urgencias Pediatría. Hospital Materno-Infantil Departamento del Distrito Federal.
Profesora Asignatura "B"	Doce	Treinta	Neurología. Instituto Nacional de Neurología.
Profesora de Asignatura "A"	Diez	Treinta	Pediatría. Hospital General de Zona Departamento del Distrito Federal.
Profesora de Carrera Asociada "C"	Doce	Diez	Unidad de Quemados. Hospital materno-Infantil Departamento del Distrito Federal.
Profesora Asignatura "B"	Diecisiete	Veintitrés	Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General de Zona Departamento del Distrito Federal.
Profesora de Asignatura "A"	Diez	Veintinueve	Terapia de Infectología. Hospital General de México Secretaria de Salud.
Profesora de Carrera	Dieciocho	Diez	Urgencias Cardiovasculares.

Titular "A"			Instituto Nacional de Cardiología.
Profesora Asignatura "B"	Treintaicinco	Diez	Hospitalización. Hospital General de Zona Secretaria de Salud.
Profesora de Carrera Titular "A"	Veinticinco	Treinta	Medicina Interna. Hospital General Juárez de México Secretaria de Salud.
Profesora Asignatura "A"	Veintiuno	Quince	Medicina Preventiva. Hospital Materno-Infantil de Iztapalapa .Departamento del Distrito Federal.
Profesora Asignatura "A"	Veintitrés	Veintitrés	Medicina Interna. Hospital General de Zona #32 IMSS.
Profesora de Asignatura "B"	Veintiséis	Ocho	Hospital de la Mujer.
Profesora Asignatura "B"	Once	Doce	Unidad Tocoquirúrgica. Hospital Materno-Infantil Departamento del Distrito Federal.
Profesora Asignatura "B"	Diecisiete	Once	Preescolares. Hospital Pediátrico Departamento del Distrito Federal.
Profesora de Carrera Asociada "B"	Treinta y cuatro	Cuarenta y cuatro	Cirugía General. Hospital Infantil "Federico Gómez".
Profesora Asignatura "A"	Veintidós	Cinco	Infectología. Hospital Pediátrico, Departamento del Distrito federal.
Profesora Asignatura "B"	Veinte	Treintaicinco	Detección de Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario. Clínica #7 del IMSS.
Profesora Asignatura "B"	Trece	Diez	Unidad Tocoquirúrgica. Hospital de Zona Troncoso IMSS.
Profesora Asignatura "A"	Cinco	Seis	Hospitalización. Hospital General de Zona ISSSTE
Profesor Asignatura "A"	Dieciocho	Diez	Medicina Interna. Hospital General de Zona ISSSTE

Profesora de Carrera Asociada "B"	Diecisiete	Ocho	Medicina Interna. Hospital General ISSSTE.
Profesora Asignatura "B"	Trece	Diez	Urgencias. Hospital Materno-Infantil Departamento del Distrito Federal.
Profesora de Asignatura "B"	Doce	Dieciséis	Curaciones. Clínica de Medicina Familiar IMSS.
Profesor de Carrera Asociado "C"	Veinte	Diez	Unidad de medicina Familiar #13 IMSS.
Profesora de Asignatura "A"	Veinte	Veinticinco	Urgencias Adultos. Hospital General IMSS.
Profesor Asignatura "B"	Doce	Doce	Unidad Tocoquirúrgica. Hospital General IMSS.
Profesor de Carrera Asociado "B"	Dieciséis	Once	Medicina Interna. Hospital General de Zona del IMSS.
Profesora de Asignatura "A"	Siete	Veintiséis	Servicio de Miembro Pélvico. Hospital de Ortopedia IMSS.
Profesora de Asignatura "A"	Diez	Cero	Inmunizaciones. Centro de Salud Secretaria de Salud.
Profesora de Asignatura "B"	Ocho	Dos	Lactantes. Hospital Pediátrico Departamento del Distrito Federal.

3) **Experiencias Docentes en Situación de Enseñanza Clínica**

Caso 1

El siguiente caso ocurrió hace aproximadamente cinco años en la práctica clínica de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II; en un Hospital General. El grupo estaba conformado por un total de 26 alumnos, me preocupaba verlos tan entusiasmados y a la vez tan inmaduros. Algo que admiraba de ellos era la unión que habían logrado como grupo y el apoyo que se brindaban unos a otros.

De acuerdo al calendario de rotación tendrían que pasar por servicios como urgencias, medicina interna, cirugía general y quirófano. Les hice recomendaciones muy precisas, en el caso de presentarse incidentes, primero comentarlos conmigo para tomar decisiones y de ahí sugerir que hacer.

Regularmente pasaba lista de asistencia, e iniciaba la supervisión por urgencias, qué es a mi consideración el servicio que más provoca estrés a los alumnos por los eventos tan imprevistos que ocurren. Sin embargo esa mañana de martes, me dirigí a cirugía general, el último de mi supervisión regular.

Desde mi llegada me percaté de que el ambiente era diferente al cotidiano, por lo que busqué de inmediato a los tres alumnos asignados al servicio, para conocer que había sucedido, sorprendentemente vi ante mí a una chica temerosa y angustiada, que no sabía que hacer o decir, su compañero Sergio, me comentó que les asignaron a los pacientes a quienes valorarían signos vitales, arreglarían sus camas y los prepararían para entrar a cirugía.

A Jessica le llamó la atención un paciente al que no le podía valorar el pulso y la presión arterial, llamó a la enfermera responsable y tampoco logró valorarlo, ambas llamaron al

Médico Interno, que en esos momentos pasaba por ahí, al tratar de despertar al paciente se dieron cuenta que había fallecido durante el cambio de turno, es decir unos momentos antes.

Jessica estaba incrédula de que aquello, que alguna vez planteamos en la clase como una posibilidad de suceso, le hubiera ocurrido justamente a ella. Quería pensar, en un primer momento que todavía no sabía valorar signos vitales y lo repitió con su compañero sin obtener resultados. Con la enfermera trató de disculparse por su inexperiencia, pero cuando vio que ella tampoco logró valorar al paciente, su mente se bloqueó ante una brusca realidad, fue cuando yo la encontré y solo atinó a decir después de un tiempo en silencio: “No creí que esto fuera verdad”.

Su vivencia sirvió de análisis y reflexión al grupo, desafortunadamente no he sabido más de Jessica, pero aquel suceso quedó en la memoria de todos y sirvió para tomar en serio las recomendaciones acerca de cómo proceder ante determinados casos, sirvió también para aclarar que la Enfermería es una profesión de alta responsabilidad, que debe ser ejercida por aquellas personas a quienes realmente les interesa.

Caso 2

Estaba yo realizando la práctica clínica con un grupo de Fundamentos II en el Hospital General de México. Asigné a 5 alumnos al servicio de Cirugía General. Al segundo día de estancia en dicho servicio uno de los alumnos me comentó que era necesario que me presentara al servicio pues un paciente estaba muy mal, y estaban haciendo responsable a su compañero, apresuradamente llegué al servicio y me enteré que el alumno había pasado dipirona por vía endovenosa a un paciente con hipotensión, como era de esperarse el paciente cayó en una hipotensión severa con riesgo de presentar paro cardiorrespiratorio.

Enseguida hablé con el alumno y lo primero que le pregunté es si había valorado los signos vitales del usuario, me dijo que no, que realmente no era su paciente pero que la enfermera le había pedido pasar el medicamento, como una urgencia y como un favor.

La Jefe de Servicio me reclamó por lo sucedido ante lo cual yo acepté que el alumno no había valorado los signos vitales pero, también le comenté que la enfermera se equivocó al dar la orden, en el entendido que ella debe conocer el caso a profundidad así como las implicaciones en la aplicación de los fármacos, por otra parte todos sabemos que la responsabilidad directa en el cuidado de los pacientes es del personal, no de los alumnos.

Finalmente el paciente se recuperó, pero fue una experiencia muy desagradable. Al mismo tiempo nos hizo recapacitar en la importancia de realizar la valoración antes de proporcionar cualquier estrategia de cuidado.

Caso 3

En el Hospital Naval Militar en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, estando yo supervisando a un grupo de alumnos, se presentó un paro cardíaco, mis alumnas se mantuvieron a la expectativa, observaron el trabajo de enfermeras y médicos, yo les pedí que acompañaran a los otros pacientes o bien que vieran que nada obstruyera el paso para que se trabajara mejor.

Al término del suceso la jefe de servicio comentó que los alumnos no tenían iniciativa, ya que no participaron en la situación, lo que era importante para obtener experiencia por lo que en adelante tendría más precaución en asignar tareas o bien que vigilaría mucho mas de cerca que hacía cada estudiante.

Cuando los estudiantes me comentaron esto, pasé a hablar con la jefe y le comenté que yo limité su participación porque era su primer experiencia en esa área, venían de una práctica de pediatría y además era el primer día en el servicio.

Le reiteré la importancia de promover la participación de los estudiantes, pero también la consideración al paciente que atraviesa un momento crítico y al equipo de expertos que trabajo bajo presión tratando de salvar la vida del paciente. Le comenté que en clase habíamos analizado las acciones que enfermeras y médicos habían realizado, se repasó la teoría respectiva y los estudiantes comentaron a sus compañeros cómo el equipo clínico se organizó para realizar maniobras complejas y de alto riesgo.

La jefe dijo que entendía pero, que recordara que en la acción es donde se aprende y vive la teoría, ambas coincidimos y acordamos preparar una sesión acerca del tema en cuestión y realizar un simulacro utilizando el equipo y material del servicio.

Aunque las relaciones se mantuvieron tensas, la participación de los estudiantes fue más activa, pues los comentarios con el grupo apoyaron mucho la práctica.

Caso 4

Contexto del incidente: Servicio de urgencias pediatría, 4º semestre, ocurrió aproximadamente al medio día, la alumna que participó en la situación a describir participó en el bloque teórico correspondiente y fue sujeto de demostración práctica por parte del docente acerca del procedimiento de aspiración de secreciones. En la práctica hospitalaria fue supervisada en la realización del procedimiento en dos ocasiones previas al suceso, ocurrido con un paciente lactante con cánula endotraqueal conectado a ventilador mecánico con parámetros ya definidos por el médico.

Se realizaba la práctica de Enfermería Pediátrica en el Hospital Pediátrico de Aragón, en el servicio de Urgencias, en donde me encontraba yo asesorando y demostrando el manejo de la técnica de aislamiento protector con una alumna, en ese momento se indicó aspiración de secreciones al paciente intubado y, la alumna antes mencionada me preguntó si podía realizarlo a lo cual contesté que sí.

Continué con la enseñanza del aislamiento protector, más empecé a percatarme que posterior a la aspiración hecha por la alumna el paciente perdía estabilidad, y el personal del servicio se apresuraba a atenderlo, salí del aislamiento y me dirigí a la unidad del paciente para percatarme que estaba cianótico y en deterioro.

Se inició la indagación y actuación del personal para atender al paciente, en ese momento me percaté que la FiO_2 estaba en 20 por lo cual lo primero que hice fue elevarla con lo cual se recuperó el paciente, el personal indicó a la alumna que en ocasiones esto puede suceder porque la cánula se encuentra obstruida por secreciones por lo cual es necesario la aspiración frecuente.

Ya estabilizado el paciente se entrevistó a la alumna fuera del servicio y le hice notar que muy probablemente, sin querer, con la parte posterior de su cuerpo movió los parámetros del ventilador por lo que le pedí tomar en cuenta esta precaución para las próximas ocasiones.

Lo que más me preocupaba era la salud del paciente, e incluso que por culpa de la alumna el paciente llegara a fallecer. Poco a poco obtuve la tranquilidad y la tolerancia para ver que existen elementos dentro de una práctica clínica que pueden suceder sin que exista causa específica ó deficiencia dentro del proceso formativo.

Caso 5

La práctica se realizó en un Instituto de tercer nivel, una paciente en estado delicado cae en paro cardiorrespiratorio y se inician las maniobras de RCP, un médico, da una jeringa ya cargada con medicamento a la pasante y le indica que la pase por vía intravenosa, ella pregunta y confirma si debe pasarla y el médico le contesta que sí. La paciente iba saliendo lentamente del paro y después de administrarle el medicamento, la paciente fallece y ya no revierte a las segundas maniobras.

El médico, le reclama a la pasante por qué pasó el medicamento directamente y no diluido, cómo era posible que no supiera que se diluía. La pasante fue reportada por escrito. En este caso, la jefe de enfermeras habló con la pasante para explicarle, que en ningún momento debe administrar al paciente ningún medicamento desconocido, por lo contrario debe saber qué es y cuáles son sus efectos pues, las pasante y alumnos deben conocer y saber lo relacionado a los medicamentos que manejan día a día.

También la Jefe mandó llamar al médico y le explicó que no es posible que se den medicamentos ya preparados a una tercera persona para que los administre y menos si se trata de alumnas o pasantes, que aún con la emergencia debió decirle a la pasante administra el medicamento “tal” diluido en agua destilada o suero y, que la responsabilidad del evento era mayor para él que para la pasante.

Caso 6

Una alumna (28 años), fue reportada verbalmente por la Jefe de Servicio y por una enfermera especialista de Pediatría, se señalaba que el paciente (16 años) apoyaba su mano en el pecho de la alumna y con la otra la abrazaba. La alumna argumentaba que eso era mentira.

Solamente le pedí que recapacitara su actitud que analizara que estaba bien o mal en el reporte. Lo que me decepcionó fue lo que comentó mi compañera profesora, que creía en la alumna y no aceptó hacer de este reporte una experiencia de aprendizaje.

El problema derivó en una rebeldía por parte de la estudiante, ya que entraba al servicio en horas inadecuadas (visita que le corresponde a los familiares de 16 a 18 hrs.), solicitó al paciente un escrito en donde desacreditaba a tres de sus compañeras de grupo, que se burlaban de ella por el reporte recibido.

Se habló con la alumna, argumentando que este evento no debía perjudicar su promedio. Se le explicaron nuevamente los parámetros de acreditación y evaluación y se le invitó a integrarse al grupo de expositores del Foro, quedando mal porque llega tarde.

Este evento negativo en la Práctica Clínica nos hace conciencia de que los docentes debemos de trabajar con espíritu de grupo, defendiendo la dignidad Universitaria con responsabilidad.

Caso 7

La práctica de Enfermería Infantil se llevó a cabo en aquel año en el Hospital Pediátrico de Tacubaya con alumnos del 4º semestre. A la mitad de los alumnos ya los conocía del semestre anterior, estaba sola y utilizaba los servicios de hospitalización, urgencias, terapia intensiva, cuidados neonatales e infectología. Transcurría la mitad de la practica y ya era conocido por todos el caso de una niña que se encontraba en Terapia Intensiva por quemaduras, producto de un accidente en carretera.

Como todos los días y en particular en ese Hospital, pasaba lista y el primer servicio que visitaba era la terapia intensiva, porque en ese servicio se realizaba el baño de esponja o inmersión como procedimiento de rutina.

Recuerdo que era el primer día de cambio de servicio y entré justo cuando iniciaba el baño, observé que la jefe del servicio estaba sola y le indiqué a 2 estudiantes varones que le ayudaran en el baño de los pacientes. Por lo que preparamos el equipo y nos dimos a la tarea de pasar a la niña antes mencionada de la cama a la tina. La cara de los muchachos me decía del temor que tenían, cuando la pasamos aún con las vendas al agua.

Uno la sostuvo de la espalda y otro de la cadera, logramos apoyarla y se inicio el baño, cuando retiraba uno de los alumnos los vendajes de la manita derecha se desprendió literalmente y se cayeron un par de deditos y descubrimos una mano totalmente carbonizada.

La reacción de este alumno fue soltarla y salir, yo misma me recuerdo hablando del procedimiento, como lo íbamos realizando y anticipando la siguiente fase, cuando al ver que se caían los dedos, los tres nos vimos. No tuve palabras para pedir al alumno que se quedara y me sentí “ridícula” cuando me oí hablando acerca de lo que dice la técnica, cuando la realidad en ese momento, era más compleja que la revisada en los textos o el laboratorio.

Finalmente terminamos de bañar, curar y dejar en cama a la niña. Me vestí y salí a buscar al alumno: se había ido del campo. Pensé verlo el próximo lunes y no fue así, pasaron 2 a 3 días y lo localicé, le pedí que habláramos y me enteré que su madre había cursado por una quemadura de 3er. grado en la espalda cuando tenía 8 años y siendo él el mayor la curaba en casa y esa era una experiencia que le dolía mucho. Temí abandonara la práctica. temí cediera al miedo.

En cuanto el otro alumno, noté que evitó volver a tocar a la paciente solo, siempre se hacía acompañar de una enfermera o la maestra. Ambos, refirieron el horror de ver caer un dedo de una persona aún viva, para mí como docente significó el tratar de comentar con los alumnos la gama de posibilidades que mi experiencia me permitía para evitar este tipo de sorpresas y conocer más al alumno a partir de sus propios antecedentes hasta para planear una práctica, un rol, una práctica incidental.

El hecho me pareció crítico porque lo imprevisto, rebasó a la referencia de libro y a lo que enseñamos en “aula”.

Caso 8

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General “La Villa”, en la práctica de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano I, sucedió lo siguiente:

Una de mis alumnas destacadas realizaba, con mi apoyo el cambio de fijación del tubo endotraqueal de un paciente, cabe mencionar que dicha alumna gozaba de mi confianza para la ejecución de ese cuidado; sin embargo, al tratar de cortar una de las telas adhesivas de la fijación que sostenía el tubo endotraqueal, cortó accidentalmente la “válvula del globo”, en ese momento la alumna palideció instantáneamente, y mirándome dijo: “Maestra, mire lo que hice”.

Sabiendo los alcances del accidente, inmediatamente sujeté el tubo endotraqueal para evitar se moviera de su sitio y le dije: “Tranquilízate, llama al médico y avisa a la Jefe del Servicio”. Sin embargo; a pesar de mi actitud frente a mi alumna, también sentí cierta angustia y nerviosismo, por las repercusiones que este hecho pudiera tener en la alumna porque un hecho así pudiera afectar su excelente desarrollo, y de parte de la institución porque pudiese provocar la pérdida del servicio.

Seguí sosteniendo el tubo endotraqueal, y cuando llegaron la Jefe del Servicio y el Médico se iniciaron las maniobras para el cambio del tubo. La alumna sumamente nerviosa participaba en el procedimiento, me acerqué a ella, la tranquilicé y le hice notar que en los momentos de crisis debía conservar la calma, ya que solo de esa manera podría tomar las decisiones acertadas. La alumna me manifestó: “Sí maestra, me he dado cuenta que de los errores se aprende”.

Cabe destacar que, gracias al apoyo de la Jefe del Servicio y del Médico, el caso no tuvo repercusiones.

Caso 9

La práctica se realizaba en el Hospital General de México en el Servicio de Terapia Intensiva de Infectología la alumna estaba cursando el primer semestre de la Especialidad del Adulto en Estado Crítico.

Me encontraba realizando la tutoría clínica, entré al cubículo y mire a mi alumna inquieta, angustiada. Había terminado de bañar al paciente un joven de 26 años con diagnóstico de VIH (SIDA).

Saludé al paciente y a la alumna, él me dijo es usted su maestra, sí, le dije ¿Cómo está usted? Él contestó ni bien ni mal. ¿Por qué? Porque la cabeza me duele mucho, esto es siempre y no lo soporto, la alumna le dijo en este momento le voy a proporcionar sus medicamentos y eso le va a disminuir el dolor de cabeza, pero él contestó, los médicos me han dicho que me voy a morir, esto lo dijo con una sonrisa de aceptación, en ese momento mi alumna no supo que contestar pero yo percibí que el paciente tenía una gran necesidad de manifestar sus inquietudes, de entablar una relación de amistad él comenzó a hablar, comentó sus comportamientos de alto riesgo, su vida privada en general, sentimientos ante la vida y la muerte.

Me di cuenta que los alumnos no están preparados para recibir la experiencia de la muerte como una experiencia humana que se puede vivir en paz, con serenidad. Darle la mano al enfermo, infundirle fortaleza a quien ya la perdió, a quien ya no puede pensar en una vida futura, sólo puede contar su enfermedad, apoyar al que se encuentra en una condición frágil y quebradiza. Lo importante en este caso era no juzgar al paciente sino escucharlo, sin que la alumna se involucrara demasiado, conceder al paciente el tiempo necesario para ayudarse a sí mismo, saber cuando entrar en acción, cuando tomar decisiones y, cuando sólo acompañarlo.

El paciente después de haber satisfecho su necesidad de hablar se notó más tranquilo, salí con mi alumna y me dijo que realmente ella no sabía como enfrentar y dar consejos en esta situación.

Yo le recomendé que como enfermeras debíamos tener presente que los pacientes tienen necesidades emocionales y por lo tanto una gran necesidad de orientación.

Abordar esta necesidad no es negar ni evitar nuestra existencia poniendo barreras y limitaciones en torno al paciente. Le manifesté a la alumna la importancia de tener una preparación en ética y tanatología.

Caso 10

ÁREA: Urgencias cardiovasculares.

Contexto: Una mañana, como solía hacerlo, hice la ronda con los pacientes, para darles los buenos días, identificar sus necesidades y contrastar sus condiciones generales con lo referido en el reporte de las enfermeras del turno de noche.

Suceso crítico: platicaba yo con un paciente, un individuo del sexo masculino, de 65 años de edad, quien presentaba dolor intenso en miembro inferior izquierdo, debido a una obstrucción arterial severa, cuando entró al cubículo una estudiante en forma intempestiva y preguntó ¿qué pierna se va a cortar al señor?, en que pierna le voy a poner el hielo, yo casi me muero, de ver la cara del pobre paciente, a quien aún el médico no le había explicado la gravedad del caso y la necesidad inminente de la amputación, y por consecuencia el personal de enfermería tampoco había abordado el problema.

Tuve que afrontar directamente el problema con el enfermo, le expliqué la situación del caso, le informé que el médico también hablaría con él y cuando pude dejarlo más en paz, salí a buscar a la estudiante, quien había salido del cubículo muy avergonzada.

Tuve una larga conversación con ella, pues había recibido la orden de un residente de cirugía para que le pusieran hielo al miembro que se le iba a amputar. Le hice notar lo importante que es para cada uno de nosotros el valor de la integridad física y por lo tanto lo que implica la pérdida de un miembro y las consecuencias de una limitación futura.

También le dije que en casos tan críticos, como estos, era muy importante apoyarse con el equipo de enfermería para preparar una situación que aún cuando se manejara con una actitud humanitaria iba a ser difícil. La estudiante lloró mucho, traté de reducir su malestar, pues no había malicia en su actuación, a la vez busqué la oportunidad de aprovechar esta experiencia para que tomara conciencia de aquellos momentos en que recibes indicaciones

que cumplir, pero tendrás que pensar antes que nada que la enfermera es un ser humano que ofrece cuidados a otro ser humano, que siente, y que merece respeto.

El aprendizaje fue doloroso, pero nunca lo olvidó. El paciente recibió un impacto fuerte, pero afortunadamente estaba yo en el cubículo, sufrí, pero lo afronté.

Caso 11

Dos alumnas del segundo semestre de la carrera se encontraban proporcionando cuidados de higiene y movilización a una persona en estado de coma. Nos encontrábamos en práctica clínica y las alumnas realizaban los procedimientos en el servicio asignado, me presenté a la supervisión de enseñanza clínica planeada en ese día.

Las alumnas al dar el cuidado charlaban, su comportamiento era impropio y contrario a los aprendizajes llevados a cabo en el aula y el laboratorio (se reían ruidosamente y movilizaban con dificultad y descuido a la paciente que pesaba alrededor de 100 kg). Mi preocupación se debía a la falta de respeto para la individualidad de la persona (es un principio de enfermería) y el riesgo de jalar y extraer violentamente la sonda nasogástrica, ó lesionar aún más sus úlceras por decúbito, (otro principio).

Las posibilidades que la paciente tenía de estar bien desde sus limitaciones favoreciendo el buen trato y el ambiente agradable (Un principio neurológico) se reducían. Sabemos que el tacto, la movilización y la adopción de la postura tratados con violencia tiene implicaciones hacia la sanación por lo que ahora están en estudio en forma más profusa, científica y con sentido humano.

El aprendizaje significativo requiere que las alumnas se den cuenta de su comportamiento y actitud por ese motivo nos reunimos para reflexionar y valorar los principios en la atención y cuidados de enfermería.

Caso 12

Era una mañana de junio, en el servicio de medicina interna en el Hospital Juárez de México en el Distrito Federal, como a las diez de la mañana todas las enfermeras, médicos, estudiantes de enfermería y de medicina iban y venían por los pasillos del servicio aplicando los cuidados y los tratamientos actualizados para ese día. A esa hora se tramitaba también las altas de los pacientes.

Las alumnas de enfermería del sexto semestre de la carrera de enfermería realizan prácticas de administración de los servicios de enfermería, la que tiene como objetivo aplicar cuidados integrales de enfermería a pacientes hospitalizados, con las funciones inherentes al puesto de enfermera.

La alumna se encontraba cuidando a un adulto mayor al que se le tramitaba su alta, se encontraba vestido con ropa de calle sentado en la cama, la alumna le estaba dando orientación educativa acerca de los cuidados a seguir en el hogar, yo me encontraba en el cubículo observándola mientras asistía a otros pacientes de la misma sala.

Observé que la alumna se acercó a la cama con una jeringa preparada para administrar un medicamento por vía intramuscular le dio información verbal al paciente y este procedió a acostarse aceptando de buena gana y sonriendo, sin embargo la reacción no fue la esperada, de inmediato el paciente manifestó signos de shock anafiláctico y la alumna lo valoró, lo colocó en posición decúbito dorsal aflojó su cuello y lo extendió, pidió ayuda, trajo el carro rojo, se aplicaron medicamentos, soluciones parenterales, etc.

El desenlace fue fatal, el paciente falleció a pesar de las maniobras de resucitación aplicadas. La reacción de la alumna fue crítica, refería culpa, miedo, dolor y pena por el paciente, yo sentía que como profesora enfrentaba una gran responsabilidad ante los familiares. ¿Cómo explicarle al hijo que su padre estaba muerto y que hacía unos minutos estaba dado de alta por mejoría y preparado para irse a su casa?

En ese momento había mucha confusión en el servicio nadie estaba preparado para una situación de ese tipo, y después de terminar con los cuidados al cadáver, la alumna la enfermera en turno y yo nos dirigimos a un privado para hablar y sobre todo escuchar a la alumna acerca de sus miedos, culpas y, situación legal, tratar de tranquilizarla pues no sabía que le esperaba.

La alumna reaccionó muy positivamente al percibir mi apoyo, el de sus compañeras y del personal de enfermería y médico; el análisis del expediente demostró que el tratamiento indicado correspondía al aplicado y que el procedimiento no tuvo que ver con las reacciones y que fue la susceptibilidad del paciente lo que determinó la muerte.

Esa situación se presentó en una sesión clínica para analizarla, lo cual permitió tomar algunas medidas de seguridad en esos casos.

Esa experiencia nos dejó una gran enseñanza a mí y a todas las alumnas, en el sentido de que la práctica profesional exige un compromiso muy grande ya que de nosotros depende la vida y la muerte de las personas a nuestro cuidado.

Siempre debemos de valorar a los pacientes en su individualidad y no aplicar los tratamientos de manera rutinaria y algo muy importante que debemos de estar preparadas para enfrentar los duelos como *un ser humano*, capaz de sufrirlos y de superarlos, y no hacer como que a mí no debe afectarme el dolor del otro.

Caso 13

El alumno se encontraba en el departamento de medicina preventiva, solicitó mi presencia la encargada del departamento, una enfermera de aproximadamente 45 años, muy formal, comentó que no le permitiría al alumno continuar la práctica hasta que fuese la docente. Acudí como a las doce horas y la enfermera se quejó de que el alumno le habló de “tu” lo que le molestó mucho pues lo consideró una falta de respeto, el alumno respondió que hablarle de “tu” no era una falta de respeto.

Molesta la enfermera afirmaba “que clase de profesionistas estamos formando pues serán muy licenciados en enfermería pero no respetan a las autoridades por lo tanto exijo que se retire el alumno del servicio”.

Muy molesta retiré al alumno del servicio y en privado le hice ver que es importante respetar las normas de la Institución, que si el personal permite hablarle de tu se haga, si no debemos hablarle de “usted”.

Al alumno le pareció “obsoleto” el comportamiento de la enfermera e insistió en la igualdad que debe tener el alumno con las autoridades.

Este suceso me hizo reflexionar acerca de las enfermeras que tienen autoridad, que fueron educadas para considerar que lo mas importante es el “respeto” a los superiores, por lo que al tratar con un estudiante varón joven que les habla de “tu” lo califican como “insolente” “irrespetuoso” y no pueden aceptar una formación profesional “permisible”.

En cuanto al alumno lo ubiqué como joven varón cursando su adolescencia tardía 22 años, etapa donde el joven es crítico cuestiona a las autoridades y no acepta la rigidez e imposición, tiene probablemente conflictos con Figuras de Autoridad.

Finalmente el suceso me hizo reflexionar que como docentes tenemos que ser mediadores en estas situaciones y actuar con flexibilidad.

Caso 14

Sucedió en el servicio de medicina interna durante la práctica clínica del sexto semestre. Raúl era un alumno que durante el período teórico mostró poco interés, poca participación, daba la apariencia de no entender, incluso en ocasiones, debo confesar, me desesperaba porque le explicaba y no entendía.

Quiero mencionar que yo suelo enfatizar mucho en los alumnos el aspecto humano del cuidado, la importancia de la comunicación con el paciente, el saber escuchar.

Le correspondió a Raúl cuidar a un paciente que rehusaba terminantemente deambular, tomar la dieta y bañarse, ni siquiera quería pasarse de la cama a la silla, el personal de enfermería lo catalogaba como un paciente difícil y grosero.

El alumno fue ganando la confianza del paciente a través de paciencia y escucha activa, le explicó porque era importante que conociera su dieta, deambulara y se bañara, logró que el paciente pasara a la silla, se bañara, tomara la dieta y conversara animadamente con él, lo cual favoreció la pronta recuperación del paciente.

El alumno fue felicitado ampliamente por el personal médico y de enfermería, también yo fui felicitada por el paciente y el personal, y todo esto del alumno que nunca esperé.

Como profesora llegué a la siguiente conclusión:

La práctica desarrolla en el alumno habilidades que ni el propio alumno espera.

Los profesores no debemos etiquetar a los alumnos.

Caso 15

En los primeros días de la práctica de Enfermería, las dos profesoras del grupo nos encontrábamos a diario con el inconveniente de que los alumnos del grupo no tenían presentes los conocimientos básicos de la asignatura, a pesar de haber concluido el bloque teórico y haber aprobado los exámenes teóricos, motivo por el que resultaba difícil tratar de ayudar a las estudiantes a vincular la teoría con la práctica.

Esta situación la tuvimos que reflexionar las profesoras y decidimos anticipar 30' la hora de llegar al hospital y en forma aleatoria hacer un breve interrogatorio de aspectos básicos de la práctica, y a la alumna que se le preguntaba y no respondía adecuadamente, no se le permitía entrar al hospital y tendría falta.

El primer día que implementamos el plan, nos quedamos con la mitad del grupo, el 2º día con las tres cuartas partes, sin embargo al tercer día fue mínimos el número de estudiantes que regresaron a su casa.

Esta medida empezó a dar frutos ya que durante la supervisión de la práctica, estos conocimientos básicos nos permitieron trabajar mejor con las estudiantes en la integración teoría-práctica, así como poder ampliar y profundizar los conocimientos, aún más. Por otra parte las estudiantes empezaron a recibir el reconocimiento del personal del hospital, se los expresaban directamente a ellas y a nosotros también.

Una cosa que fue importante fue la de mantener la medida hasta haber agotado la exploración teórica de todos los temas del programa con cada una de la alumnas.

Al concluir la práctica en la evaluación, estudiantes y profesoras recibimos un gran reconocimiento por el nivel de conocimientos que manejaban las alumnas y, la seguridad con que se desempeñaban en la práctica.

Caso 16

La experiencia ocurrió en la práctica de Obstetricia I (7° semestre). En esta práctica los alumnos hacen guardias nocturnas, había decidido asistir a esa guardia por lo que llegué a la 22:00 hrs, los alumnos no sabían que yo iba a estar con ellos cuando me vieron en la Unidad Toco-quirúrgica, creo que les causó gusto, sorpresa, algunos comentaron que se sentían más seguros.

De los 4 alumnos que estaban cubriendo la guardia, dos estaban con una paciente en trabajo de parto, y los otros dos se encontraban valorando a las pacientes, me uní a Nancy, quién me refirió: “tiene 6 de dilatación, 30% de borramiento; la voy a ingresar”. Yo consideraba a Nancy una excelente estudiante, no era su primera guardia quizá era la tercera, ella ya había atendido partos así que yo no corroboré los datos que me dio, Ingresamos y digo ingresamos porque yo colaboré con ella, a la paciente.

Decidí vigilar con Nancy el trabajo de parto, a ratos permanecía con ella y a ratos con los otros 3 estudiantes, pasó el tiempo se atendieron 2 partos en los que participé junto con los estudiante. Cuando regresé al lado de Nancy quizá las 2 ó 3 de la mañana; pregunté ¿cómo está la paciente? Nancy respondió “yo la siento rara” le pregunté ¿qué sientes? Nancy respondió: no sé, entonces le dije, voy a tocar a la paciente.

La paciente era una mujer joven, su segundo embarazo, estaba molesta por el trabajo de parto pero la situación aún estaba controlada. Pedí autorización a la paciente para revisarla.

Para estos momentos yo pensaba, nada puede pasar, estamos en un hospital, existen condiciones para poder resolver casi cualquier contingencia. Nancy estaba preocupada porque decía que la paciente “no había progresado”, valoré a la paciente y no toqué ni siquiera los 6 cm que hacía 5 horas había dicho la estudiante, que tenía cuando la ingresó, yo valoré 4 cm de dilatación, esto no podía ser, una de las dos habíamos hecho una valoración inadecuada.

Le pregunté nuevamente a Nancy ¿qué sientes? Ella entonces me contestó es que siento menos de 6 cm. de dilatación, yo también, le dije. Entonces pensé estoy en lo cierto, mi valoración es correcta, claro que de poco o nada me servía estar en lo correcto, teníamos una paciente que habíamos ingresado con 1 cm. de dilatación y que la estudiante cuando la valoró, tocó el fondo de saco y no el cervix, y yo, no había corroborado su valoración.

La situación se iba a complicar cuando el Jefe de la Guardia viera que teníamos una paciente que no progresaba o que la habíamos ingresado sin trabajo de parto, teníamos un problema, la estudiante pensaba le van hacer cesárea por mi culpa y yo pensaba como voy a quedar en mi calidad de maestra, el personal va a pensar que no sé valorar el trabajo de parto, cuando lo que hice fue confiar en la estudiante. Me senté junto a la paciente, y Nancy y yo iniciamos la conducción del parto, nos dio buen resultado y atendimos el parto a las 8:00 de la mañana. Aprendimos mucho estaba muy contenta porque mi estudiante había aprendido a tomar decisiones y yo tuve la oportunidad de acompañarla.

Caso 17

Alumno que dejó la carrera hace 12 años teniendo actualmente interés por terminarla, por lo cual debe cursar un nuevo plan de estudios. Se observa, que tiene dificultad para incorporar los contenidos así como en la realización de procedimientos, él argumenta haber trabajado solo con adultos, se le menciona que existe una práctica de laboratorio para el aprendizaje de diversas técnicas.

En el servicio de lactantes no entrega proceso de enfermería por no haberlo terminado, se le menciona que solo se recibirá para revisarlo y corregirlo mas no con fines de calificación pues además el alumno presentó problemas en su aplicación, a pesar de brindarle la asesoría necesaria.

El alumno no cumplió con las investigaciones bibliográficas acerca de temas como el cuidado, proceso de enfermería y metodología para la realización de trabajos escolares, se le da la oportunidad de entregarlos al día siguiente no lográndolo pues faltó dos días consecutivos. Se le preguntó porque de estas faltas y se le pidió las tareas pendientes, contestando que no las había terminado.

Se le recordó el reglamento de prácticas, pues de seguir faltando e incumpliendo con las tareas se le suspendería, contestó muy molesto que debía de comprender sus problemas de salud, familiares y de trabajo, además de la escuela, su mamá estaba internada y él debía estar muy pendiente de ella, pues como “enfermero” se relaciona con el personal del hospital y su familia lo deja como responsable de su madre.

Se le indica nuevamente entregar al día siguiente fichas de trabajo y proceso de enfermería del servicio de Urología, se le advierte que de no cumplir se le suspenderá de la práctica, esta decisión se le hace arbitraria ya que se queja de estar desvelado y cansado por haber cubierto guardia nocturna, pide una semana mas para entregar sus trabajos, lo que no se acepta.

Al día siguiente entrega fichas de trabajo, no así el proceso de enfermería, dice no terminarlo y únicamente faltarle integrar las intervenciones, se le pide el trabajo para corroborarlo pero, dice no traerlo, ya que se lo quedó a la persona que le transcribe sus trabajos.

Caso 18

En el Hospital Infantil “Federico Gómez”, supervisando las prácticas clínicas de los alumnos del 4º semestre de la materia de Enfermería del Niño, faltando una semana para terminar (el período comprendía 8 semanas), me avisó la jefe del servicio de cirugía general, que a una alumna se le había caído un niño de la cuna.

Me dije ¡Dios yo estaba ahí hace una hora! (8 a.m.) recibiendo con los médicos, jefe del servicio y demás enfermeras, el turno a lo cual la jefe asintió, sí ahí estábamos todos cuando la enfermera que estaba a cargo del niño le dijo a la estudiante, sube al niño a su cuna (el niño estaba en un bambineto en el suelo), así que la alumna lo sacó del bambineto colocó al niño en la cuna, se agachó por su juguete y en ese instante frente a todos, el niño cayó.

En esos momentos me encontraba en otro servicio supervisando a las alumnas, ya había pasado 1½ horas, eran 9.30 cuando regresé al servicio de cirugía general, no sabría explicar ¿por qué presentí que debía hacerlo?, supuestamente todo parecía estar bien, al llegar nuevamente, la jefe me abordó inmediatamente para darme la noticia, pidiéndome que suspendiera a la alumna, y a todas las que faltaban por pasar.

Investigué como estaba el niño, me dijo el médico que lo revisó que sólo tenía enrojecimiento en una mejilla y que estaba en observación, que para él estaba bien, que sus papás no estaban y no lo sabían aún.

Las coordinadoras de enseñanza esperaban que no hubiese problema ya que el niño se encontraba bien. Se habló con la alumna, la cual aceptó su error por no levantar inmediatamente el barandal de la cuna, recordó lo que se le dijo al grupo muchísimas veces “que en un segundo un accidente podía pasar si no se aseguraba subir el barandal inmediatamente”.

Suspendieron a la alumna y a las otras alumnas que estaban en el servicio, así como las que seguían en el rol. Se dio aviso a la coordinadora y la secretaria general de la Escuela. Al observar e investigar más sobre el niño, nos informaron que tenía un problema neurológico en estudio, el niño no controlaba movimientos y por lo tanto era muy difícil de mantenerlo quieto un segundo. La noticia corrió por el hospital como reguero de pólvora, las jefes y compañeras de otros servicios vieron con comprensión lo sucedido y, en la escuela consiguieron un hospital para que la alumna terminara su práctica clínica.

En aquellos momentos lo que más me preocupaba era la salud del niño me preocupaba las consecuencias por la caída, por fortuna para todos, no las hubo, los médicos estuvieron presentes y atentos a la evolución que fue buena.

También me preocupó la reacción de la alumna ¿qué clase de profesional vamos a entregar? Ella aceptó que se le cayó el niño, pero su comentario posterior al accidente fue muy inquietante “porque hacen tanto escándalo si no le pasó nada, si sólo en un segundo pasó todo”.

Cuando las autoridades de la Escuela determinaron darle una oportunidad de terminar su práctica me paralicé ¿para ellos no era muy grave el suceso? a la alumna se le aclaró lo delicado de la situación, frente a mi compañera de supervisión y Maestra de la escuela quien, además está preparada para dar terapia psicológica y es consejera técnica, pues aún así volvió a contestar lo mismo.

La mandé al departamento de psicología del Centro Médico Universitario para que explicara el motivo por el que acudía y de esa manera aclarar la situación para ella misma, sin lograrlo. Al ver que continuaba con la misma actitud, hablé con ella, celebré que el suceso no pasó a más pero insistí en su actitud; después de hora y media de charla se enojó y me tachó de tener algo personal en contra de ella.

Le dije que se comprometiera a realizar un examen general de la materia si lo pasaba me iba a alegrar junto con ella, pero si lo reprobaba repetiría el curso, así fue lo realizó y alcanzó el seis, así que pasó.

Todo terminó el 29 de julio de 2003, pensé ojalá recapacite. El martes 23 de septiembre a las 11 a.m. me saludó la alumna del relato, a la cual observé diferente, quizá por su nuevo peinado (pensé), ella me dijo “tiene unos minutos para mí”, si claro: sabe maestra, ya entendí su preocupación por mi actitud a pesar que Ud. me explicó varias veces lo que era una actitud y una aptitud no lo comprendía, Ud. me puso ejemplos, me dio autores y ni así: en el periodo intersemestral pregunté a quien pude, leí algunos autores con lo que pude entender mi terquedad. Le doy las gracias, espero me perdone porque a pesar de todo siempre me animó para ser mejor y echarle ganas.

Le dije, te felicito es el mejor regalo que pudiste darme. Me alegro de que todo terminara así, serás buena profesional porque sabes reconocer tus errores, lo más importante fue que el niño no tuvo ningún problema.

Lamento que cerraran el campo para los siguientes alumnos para su práctica. Claro las profesoras estamos conscientes que los incidentes pueden pasar en segundos, por lo que es importante la supervisión y comunicación constante con ellos.

Caso 19

Estoy por terminar el curso teórico de enfermería del niño, ha llegado el momento de llevar a mis alumnos a un ejercicio de experiencia clínica a un hospital; esta circunstancia me hace reflexionar siempre sobre lo nuevo que aprenderán.

Hay algo que me preocupa de sobre manera, y es el concepto de ser humano que han logrado a través de estos semestres. Ahora me cuestiono ¿cómo van hacer la integración de conocimientos, si yo misma me he encargado de impartir la materia por temas?, ¿cómo van a utilizar esa teoría para interpretar al ser humano, en este caso al niño? Si mi programa tiene una orientación eminentemente biológica, ¿cómo van a saber interpretar los lenguajes del cuerpo en una dimensión integral? ¿cómo se enterarán de que su paciente tiene familia y un entorno social?

Ha empezado la práctica clínica y los alumnos se encuentran en los servicios. Les pedí iniciar con sus diagnósticos de enfermería, —sus etiquetas diagnósticas— y cada uno se encuentra en diferentes servicios, unos, ven al neonato, otros a los lactantes, otros más a los escolares.

Uno de mis alumnos se encontró con una madre de origen indígena (no recuerdo su grupo étnico); ella hablaba poco español. El enfrentamiento de ambos lo consideré brutal: ella ya quería que le regresaran a su criatura, una niña de 15 meses ingresada por deshidratación y actualmente contaminada con pseudomona y otras complicaciones producidas por los “cuidados hospitalarios”. Mi alumno la quería convencer de que terminara el “tratamiento”; la madre solo sabía de medicina tradicional. Les pedí a mis alumnos observar el caso. mis alumnos no la entendieron.

Caso 20

La práctica se realizaba en una Unida de Medicina Familiar del IMSS, los alumnos cursaban el segundo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y se encontraban en la práctica de Fundamentos de Enfermería I

Los alumnos de esta práctica rolan por diferentes servicios, tanto alumnas como alumnos deben participar en procedimiento tales como la toma de citología exfoliativa para la detección del cancer cervicouterino y en la exploración de mamas. La enfermera responsable de este servicio es auxiliar de enfermería, ella debe hacer el interrogatorio para llenar el formato con datos de la paciente.

La Enfermera delega esta actividad en los estudiantes por lo que, en este caso, el alumno con facilidad tomó el número telefónico del domicilio de la paciente, y le habló por teléfono para proponerle salir a tomar un café, la paciente se sorprendió y le pregunta donde obtuvo su número telefónico; el estudiante se identificó como estudiante de la ENEO y le dijo que el dato lo tomó del expediente clínico en la Unidad de Medicina Familiar porque ahí estaba haciendo sus prácticas.

La paciente no aceptó salir, por lo que el estudiante insistió varias veces hasta que el padre de la paciente contestó el teléfono y amenazó al estudiante. Al otro día acudió a la clínica para hablar con el director y lo amenazó diciéndole que levantaría una demanda a la Unidad de Medicina Familiar, al personal de enfermería al estudiante, a la profesora y a la ENEO.

En reunión con la Jefe de Enfermeras, el de Medicina Preventiva y, la profesora de la ENEO, el director de la unidad expone el caso, y menciona que tratara de conciliar con el padre de la paciente, finalmente lo logra.

La profesora habla con el estudiante. Él comenta que no tiene ninguna responsabilidad ya que la paciente no aceptó salir con él, se le informa al estudiante sobre la responsabilidad

de la confidencialidad de los datos en el expediente clínico, ya que es un documento médico legal.

El alumno en ningún momento acepta ninguna responsabilidad. Se le suspende de la práctica y posteriormente las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar, deciden que los alumnos del sexo masculino no deben rolar por el servicio de medicina preventiva.

COMENTARIO:

Es importante mencionar sobre los valores que se inculcan a los estudiantes tanto en la familia, en la escuela y en su entorno. Por otro lado los valores del equipo de salud y de los formadores de recursos de enfermería.

Es de importancia tocar los aspectos de ética y bioética durante todos los semestres para la formación de los recursos humanos en el área de la salud.

Caso 21

Estando en prácticas en el Hospital General de Zona Troncoso IMSS, en la Unidad Toco-quirúrgica, me comentó Dennise una alumna muy brillante en el área de Obstetricia, que se encontraba vigilando el trabajo de parto de una usuaria, decidió realizarle un tacto vaginal para identificar las características de la dilatación, ya que la señora se encontraba muy inquieta y con sensación de pujo.

Realizando el procedimiento llegó apresuradamente la médica a cargo de la paciente y muy sorprendida y molesta le dijo, que eran sus pacientes y que no las tocara, que se limitara a tomar signos vitales y pasar cómodos, pues como alumna de Enfermería no era posible que hiciera más de eso.

Dennise la alumna, se encontraba muy triste y contrariada pues ella se sentía capaz de realizar la valoración de la usuaria, incluso en un interrogatorio de conocimientos de obstetricia que los residentes hicieron a estudiantes de medicina, enfermería e internos, ella fue la que mejor contestó.

Observó que los médicos internos pasan a la Unidad Toco-quirúrgica sin una sola idea de lo que van a realizar, pero por ser médicos, les dan la preferencia a ellos para que aprendan la atención del parto y la valoración de las pacientes. La alumna comentó “NO ES JUSTO”.

Como docente a mi me toca buscar oportunidades de aprendizaje a cada alumna y motivarlas para que comentarios como los de la Médica adscrita no les afecten, afortunadamente cada mañana la sala de labor se encuentra al máximo de su cupo y si no se puede trabajar con “las pacientes de la médica” en cuestión, pues nos quedan 20 o 30 pacientes más con quien trabajar.

Además les reitero a ellas las capacidades que tienen no sólo en teoría sino las habilidades para establecer un entorno de empatía con las señoras embarazadas.

Caso 22

El caso se desarrolló en el ISSSTE de Zaragoza, en el Servicio de Urgencias, donde se encontraban dos médicos y 4 estudiantes de enfermería. La práctica correspondía a la asignatura Proceso Salud Enfermedad del Adolescente, Adulto y Anciano 1. En el primer día de prácticas, el médico le indicó a uno de los estudiantes que le realizara tricotomía al señor X, no le preguntó más a nadie y se dispuso a realizar el rasurado.

Al llegar el médico y posteriormente la profesora se dan cuenta que realiza la tricotomía en el área púbica y genital, el médico sale muerto de la risa y regresa diciéndole a otro colega que se acerque pues la tricotomía no era en genitales sino en la cabeza, ya que traía una lesión en cuero cabelludo. El estudiante sumamente apenado le comenta a la profesora su experiencia y es aconsejado de preguntar cualquier detalle para ser aplicado a un usuario. El médico no menciona otra cosa y le dice que ponga más atención.

Caso 23

La práctica se realizó en un Hospital General con alumnos del 5º semestre en la materia del Adolescente, Adulto y Anciano I, en el Servicio de Medicina Interna, eran como las 16:00 horas y se encontraban 3 alumnas en ese servicio. Iba llegando al servicio para buscar a las alumnas, pasé a un cubículo y no estaban, pasé al siguiente cubículo y tampoco las encontré en ese momento se me hizo extraño no encontrarlos.

Pensé por un momento que se habían equivocado pues era su primer día en el servicio, después de llegar al último cubículo encontré a los tres alumnos con una señora de aproximadamente 75 años con una insuficiencia respiratoria, los alumnos trataban de aspirar a la paciente, se ponían los guantes nerviosamente y no sabían por donde empezar, ya que en el cubículo se encontraba el hijo de la señora, un hombre como de 45 años que decía ser Licenciado y amenazaba con demandar a los estudiantes y al hospital porque según él no se le estaba atendiendo adecuadamente a su familiar.

Gritaba a todo el mundo y realmente estaba muy enojado, con deseo de golpear a los estudiantes. Llegué al cubículo y lo primero que hice fue indicar al señor que saliera, porque íbamos hacer algunas técnicas y no podía estar ahí, me puse los guantes, prendí el aspirador y proseguí a aspirar a la paciente.

Mientras la aspiraba pregunté el diagnóstico de la señora, era una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los alumnos en ese momento me miraban asombrados porque el señor estaba más tranquilo. Después de aspirar y dejar cómoda a la paciente pregunté, qué había sucedido, me comentaron que la señora tenía la visita de su hijo quien observó que tenía dificultad para respirar y esto le inquietó, salió corriendo a buscar ayuda, a las estudiantes las encontró y se las llevó casi de la mano, una de ellas fue con la enfermera encargada y le comentó lo sucedido.

La enfermera le respondió que no se preocupara, ya que esa paciente así se ponía y tenía poco que la había aspirado, por lo que no se movió de su lugar. Sin embargo, la alumna regresó con sus compañeras para ver en que podía ayudar.

Después de que la paciente mejoró el familiar nos ofreció disculpas por la forma en que se había comportado.

Le expliqué que las estudiante con toda la buena voluntad que tienen no pueden hacer las cosas sin el apoyo de la enfermera encargada, él nos contestó, que en ese momento él pensó que su mamá podría morir y que vio a alguien vestida de blanco y pensó que era personal del hospital, nunca pensó que eran estudiantes. Posteriormente les agradeció a las alumnas su ayuda ya que ni el médico ni la enfermera del hospital quisieron ayudarlo en esos momentos de crisis.

Caso 24

La práctica se realizaba en un hospital general, los alumnos cursaban el 4º semestre de la carrera de nivel técnico y se encontraban en la práctica de patología II. Era el medio día y yo hacía el recorrido de supervisión a las estudiantes en cada servicio. Caminaba por el pasillo del servicio de Medicina Interna cuando de repente salió bruscamente una alumna de uno de los cuartos centrales del servicio, la saludé y en lugar de contestar, intentaba recuperarse de una conversación desagradable con un paciente. Le pedí que respirara profundamente, se apoyara en la pared si deseaba, se tranquilizara y me explicara lo que había sucedido.

Más tranquila me platicó que la enfermera del servicio le había solicitado ayudara al paciente a bañarse en la regadera, para lo cual ella se preparó, fue a la habitación y revisó que el paciente contara con lo necesario para su baño. El paciente la recibió mal, le dijo que qué buscaba en su habitación, él estaba sentado en el hueco de la ventana, malhumorado.

Ella le explicó la tarea que le habían encomendado, pero él no la escuchó y la corrió de la habitación especificando que él no necesitaba nada de nadie y que se fuera o le tiraría lo que estuviera a su alcance. Comenté con la alumna que era extraña esa respuesta pero que investigaríamos de qué se trataba.

Primeramente investigamos en su expediente su diagnóstico médico y nos dimos cuenta que hacía 2 días le habían confirmado su dx de VIH positivo; había cursado con fiebres inexplicables, diarrea crónica, tenía una solución para permeabilizar vena. Cuando conocimos la situación del paciente confirmamos que estaba cursando con la negación y la ira respecto a su estado de salud. Estaba viviendo el duelo de la enfermedad. Informamos a la encargada del servicio la necesidad de solicitar de manera urgente una interconsulta con el servicio de psiquiatría porque en el hospital no había servicio de psicología.

A la enfermera del servicio le informamos la imposibilidad de ayudar en ese momento al paciente para su baño. Después de mi participación pregunté a la alumna como se sentía a

lo cual contestó, mucho mejor, porque se sentía muy mal, al pensar que algo había hecho inadecuadamente, aunque no sabía que. Para la alumna y para mí era el último día en el servicio, así es que ya no supimos de la evolución del paciente.

Caso 25

Sucedió en una práctica de obstetricia en un hospital materno-infantil donde los alumnos deben realizar procedimientos a la paciente obstétrica, previo abordaje del programa teórico y, con la instrucción de no realizar los procedimientos sin supervisión y asesoría del personal de la institución o de los profesores.

En el servicio de urgencias los alumnos tenían la oportunidad de realizar amniotomía, un alumno pide permiso para llevarla a cabo en una mujer primigesta, el médico le dice que puede realizarla sin él haber evaluado a la paciente. A este respecto se puede hacer una doble lectura: por un lado el hecho de que exista esa apertura, por el desempeño (que era muy bueno) del grupo, lo que dio confianza (extrema) al médico y por el otro, desatenderse de los alumnos por el intenso trabajo que había.

El alumno de enfermería sin valorar adecuadamente a la paciente hace la amniotomía y nota que hay salida de una porción del cordón umbilical (prolapso de cordón), sin más lo notifica al médico quién de inmediato corre con la señora en la camilla hacia el quirófano para realizar cesárea de urgencia por los riesgos que conlleva el prolapso.

El alumno desesperado busca a sus profesores que se encontraban justo en el área quirúrgica e informa lo sucedido, se le invita a pasar a la cirugía que transcurre sin problemas, el bebé nace bien y sin mayores complicaciones. Situación que hizo descansar la angustia del alumno.

Una vez resuelto el problema se platica con el alumno, el personal de enfermería y el médico que otorgó el permiso, todos por separado, haciendo hincapié en que no podemos ni debemos llevar a cabo procedimientos incluso indicados, si no hemos evaluado a las pacientes y medimos los riesgos.

El alumno aceptó su error y aseguró que no volvería a realizar una amniotomía sin valorar exhaustivamente a la paciente.

Caso 26

La práctica se realizaba en una clínica de Medicina Familiar, primer nivel de atención, en el servicio de curaciones, los alumnos cursaban el segundo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se encontraban en la práctica de la asignatura de Fundamentos de Enfermería I.

Los alumnos rotaban, durante un día por el servicio de curaciones, en uno de esos días acudió una paciente femenina de 15 años de edad la cual había sufrido quemaduras de segundo grado en el cuello y tórax superior, ya era la cuarta curación que se realizaba, y estaba en proceso de cicatrización, a las alumnas que estaban rotando por el servicio les pregunté ¿a quien le corresponde el turno de realizar la curación? una de ellas contestó “a mí”, ésta alumna había sido de las más brillantes en el bloque teórico, estudiosa, dedicada, ordenada, disciplinada, inteligente.

Inició la curación un poco temerosa y lenta, siguiendo las reglas de asepsia y antisepsia, durante el procedimiento una parte de la herida sangró en forma escasa y la paciente comenzó a referir que tenía ardor leve y tolerable, sin embargo sorpresivamente la alumna que realizaba el procedimiento se soltó a llorar y dijo no puedo, no puedo, siento que le duele mucho, dejando de realizar la curación, en ese momento le comentábamos que se calmara y la separamos del grupo para platicar con ella, calmar su angustia tratando de que entendiera que no estaba causando daño a la paciente.

Otra alumna de ese grupo continuó la curación. Ese día la alumna comprendió el suceso y en los dos días siguientes no hubo mayor problema, se continuó platicando con la alumna, apoyándola en sus procedimientos.

Sin embargo al rotar esta alumna por el servicio de inyecciones, nos vocean a las profesoras, para que nos presentáramos en el servicio, ya que la estudiante al intentar aplicar un medicamento por vía intramuscular, se arrepintió refiriendo que ella sentía que le

iba a doler al paciente, volviendo a llorar desconsoladamente, refiriendo que no quería aplicar inyecciones.

Ambas profesoras platicamos con ella, calmándola, haciéndole entender que les ayudaba a los pacientes que no les causaba daño, se envió al Servicio de Psicología para apoyo y orientación vocacional continuando el siguiente semestre con éxito.

Lo anterior nos hace reflexionar que las alumnas cuando ingresan deben recibir orientación sobre la carrera que eligieron para evitar sucesos como el anterior.

Caso 27

La Jefe de Enfermeras de la Unidad me mandó llamar con la finalidad de solicitar la participación de los alumnos en actividades de Educación para la Salud, dado que se presentaba la Semana Nacional de Salud.

Yo le indiqué que los objetivos de la práctica no contemplaban la elaboración de material educativo. Ella solicitaba un periódico mural con la temática de “La preparación del suero vida-oral en el Hogar”.

En la reunión diaria con los alumnos les compartí la inquietud de la Jefe de Enfermeras y procedí a solicitar su participación señalando que yo les orientaría en la elaboración de los materiales. El trabajo se consideraría dentro de la práctica. Fijamos una semana para la presentación del proyecto.

Varios de los alumnos se organizaron en grupos y elaboraron distintas propuestas para el periódico mural que ahora se diversificó en cuanto a propuestas.

Les orienté en la elaboración y en conjunto preparamos los carteles. Al término de su elaboración dos de ellos se instalaron en la EMI y otra más en los pasillos de la consulta externa. Un cuarto periódico mural fue presentado a la Jefe de Enfermeras por los alumnos.

La experiencia en general fue satisfactoria para los alumnos quienes entre otras cosas aprendieron a contender con las necesidades de información que una enfermera llega a tener en su práctica diaria.

Esta experiencia permitió estimular el potencial creativo del alumno así como su autoestima.

Caso 28

Estaba realizando prácticas de Fundamentos de Enfermería I en una Unidad de tercer nivel; al llegar por la mañana me mandó llamar la coordinadora de enseñanza para decirme que un alumno había tratado mal a la Jefa de Enfermeras.

La Jefe fue a urgencias adultos y observó que a una paciente con crisis conversiva, la estaban atendiendo 8 alumno de 3 escuelas de enfermería diferentes, incluido mi alumno, ella al saber el Diagnóstico, les dijo que la dejaran sola, él alumno le dijo que no, ella insistió para que saliera del servicio y él la retó, diciéndole que quién tenía que salir era ella, la Jefe pidió a un vigilante para sacar al alumno y, así fue, esto me lo contó el alumno.

Al hablar con la Jefe, ella me dijo que iba a suspenderme la práctica, la cual casi concluía en unos días más, yo le dije que estaba de acuerdo con su decisión pero, le aclaré que los alumnos no la conocían, porque ella no había estado presente en la orientación y bienvenida que se le dio al grupo, que el alumno que había cometido la falta era uno y que al resto de sus compañeros, se vería afectado pues no sería posible ubicarlos en otro campo a esas alturas de la práctica, que entendía como se sentía ella y yo realmente estaba preocupada por los alumnos.

La jefe del servicio, creo, no lo había considerado así, y entonces me preguntó ¿qué pasará con usted? Y con los demás alumnos, le dije que me podrían no volver a contratar, y que los alumnos quedarían reprobados.

Ella me dijo, maestra haga lo que usted considere, pero déjeme satisfecha.

Hablé con el alumno y mi otra compañera exponiéndole la situación, el alumno no quería disculparse ni volver a verla, estaba muy enojado lo dejamos que lo pensara.

Al siguiente día fui a hablar con la Jefa y no me preguntó nada, me invitó un café, platicamos de muchas cosas, se portó muy amable.

Llegó el alumno y pidió hablar con ella, la jefe se negó y le dijo espéreme afuera.

Siguió platicando conmigo, me dijo que acababa de romper el memorándum de suspensión, me dio los pedazos y me dijo que no había ningún problema y que concluyéramos nuestra práctica.

Con el alumno no quiso hablar, él se enojó, pero al fin de cuentas se tranquilizó, porque le preocupaban también sus compañeros.

Caso 29

La práctica se realizaba en un hospital general, los estudiantes cursaban el séptimo semestre de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia y se encontraban en la práctica de la asignatura de Obstetricia I.

En ese servicio los alumnos tienen entre otros objetivos, la atención del parto de bajo riesgo, pero para lograrlo, los alumnos y los asesores tienen que vencer obstáculos con el personal médico y de enfermería, específicamente por la falta de credibilidad en los alumnos, en cuanto a la atención del parto. Esta historia se repite cada año, en casi todos los campos clínicos de obstetricia.

En este hospital nunca habían asistido alumnos de la ENEO. Había demasiada resistencia del personal. El asesor realizó una estancia clínica previa a la práctica, en la que demostró sus capacidades para el manejo de la mujer parturienta; aún así continuaba esa resistencia, sobre todo por dos médicos de base, quienes descalificaban a las alumnas e incluso no les permitían tocar a sus pacientes.

Llegó la ocasión en que los médicos de base se quedaron sin médicos residentes e internos, entonces vieron que las mujeres estaban siendo atendidas por el asesor y sus alumnos a partir de ese momento empezaron a invitar a las alumnas para participar en las actividades obstétricas, poco a poco fueron demandado y reconocidas por médicos y enfermeras.

Dos alumnas en especial, tenían al inicio mucha angustia por la crítica de los dos médicos antes mencionados, también el asesor se encontraba muy presionado pues únicamente contaba con la colaboración de la Jefe de Piso y un médico, quienes le apoyaron en la práctica, esta interacción con la jefe y el médico, fue clave, ya que le permitió al asesor brindarle a sus alumnos confianza, paciencia, motivación pero sobre todo mostrar la importancia acerca de la relación entre médicos y enfermeras, acerca del trabajo en equipo.

Dos de las alumnas tuvieron fricciones con esos dos médicos, al grado de querer interrumpir sus estudios, pero el asesor pidió la colaboración y apoyo de estos médicos, no fue fácil, pero cuando se dieron cuenta de las ganas y competencia de las alumnas, cambio de la noche a la mañana, esa falsa imagen que tenían de nuestras alumnas. Las dos alumnas tuvieron una práctica más rica, ya que los médicos las invitaban a participar como ayudantes en las cesáreas, participaban más en la atención del parto de bajo riesgo. Las enfermeras del servicio se sensibilizaron y los alumnos finalmente fueron aceptados.

Quiero destacar que en las prácticas clínicas los docentes deben esforzarse por estar en los servicios críticos y con los alumnos que más lo necesitan. Esta ha sido mi estrategia y me ha dado buenos resultados. Sin hacer menos a las demás prácticas de enfermería, la práctica de enfermería y obstetricia, requiere de docentes capacitados, porque las responsabilidades aumentan. No debe haber profesores de enfermería de ventanilla o de pasillo”, sino profesores que se encuentren en el momento donde surge el conocimiento, conflicto o satisfacción, para que éste dirija el aprendizaje significativo hacia el alumno.

Caso 30

Se realizaba la práctica de Administración en los Servicios de Enfermería en el 6º semestre de la licenciatura en Enfermería de la ENEO, en el Hospital Regional del IMSS No. 25, los alumnos estaban realizando funciones de Jefe de Servicio, era su segunda semana y se habían desempeñado bien por los comentarios del personal y la jefe de servicio.

Pero un día la jefe pidió un pase de salida, dando el voto de confianza a los alumnos para entrega del turno. Ellos entregaron bien, incluyendo pacientes y recetario al turno vespertino. Al día siguiente encontramos a la jefe muy molesta porque no se encontraba el recetario, procedió a localizarlo en toda el área sin lograrlo.

El Jefe Médico del servicio se enteró de la situación y muy molesto me dijo: profesora si el recetario no está en una hora se va a levantar una acta al ministerio público, los alumnos se angustiaron más y, yo le contesté: Doctor, usted puede levantar el acta, yo en este momento informo a la dirección de la escuela, para que esté presente el jurídico de la UNAM. La actitud del médico cambió y poco después el recetario apareció en el carro de los expedientes.

Concluyo que es importante conocer las bases legales que nos deben apoyar, a alumnos y maestros en una práctica clínica, para no ser intimidados.

Caso 31

Era el segundo día de práctica clínica de la materia de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano II correspondiente al sexto semestre, estábamos en el Hospital de Ortopedia, Victorio de la Fuente Narváez en Magdalena de las Salinas.

Cerca de las 8:30 a.m. llegué al servicio de miembro pélvico y me introduje al cubículo donde se encontraba una estudiante que había sido asignada para cuidar de los pacientes que cursaban su postoperatorio de implante de rodilla, me acerqué a la estudiante que charlaba con una de las pacientes; inmediatamente me percaté que la bolsa de la solución de la venoclisis de la paciente se encontraba en la parte baja de la cama y se le retornaba la sangre como si se le hiciera una sangría.

Cerré el equipo de la venoclisis y pregunté a la estudiante ¿por qué estaba la bolsa en ese sitio?; no alcanzó a responder, pues tras mi llegada entró la supervisora y empezó a gritar ya a exigir una explicación del porque la bolsa de la solución tenía sangre. Solicité a la supervisora me permitiera aclarar la situación y la estudiante tranquilamente contestó: “Pues la solución se acabó, y yo bajé la bolsa, pues ya no tenía nada”.

La supervisora sin importarle que la paciente se estaba alterando y que había más pacientes comentó, qué clase de estudiantes son éstas, y agregó; maestra esta joven no entra más aquí y se retiró.

Pregunté nuevamente a la estudiante ¿cuáles son los cuidados de enfermería a un paciente con venoclisis? Y ella contestó: no recuerdo pero si se acabó la solución pues para que dejar colgada la bolsa.

La jefe del servicio en ese momento llegó y me comunicó que se me solicitaba en la jefatura de enfermeras al entrar, la jefe de enfermeras me dijo: Maestra no podemos poner en riesgo la integridad de los pacientes, retire a su alumna del servicio.

Traté de mediar la situación y contesté, está bien, pero que le parece que por hoy no se retire, ya mañana hablaremos. Regresé con la estudiante y le solicité saliera del servicio y fuera a buscar información sobre el problema suscitado, la estudiante preguntó: ¿me está corriendo maestra? Contesté, No, solo te pido hagas lo que te indico, mañana nuevamente hablaré con la jefe de enfermeras.

Cuando fui a buscarla a la biblioteca me percaté que la estudiante, no se encontraba, había salido del hospital, y no se presentó al campo clínico, por el resto de la práctica.

Al finalizar la práctica me llamaron de la secretaría académica y se me mostró un documento escrito donde la estudiante citaba que se le había corrido de la práctica con insultos. Yo solicité hablar con ella, a lo cual se rehusó, finalmente la estudiante no se presentó más a la escuela.

Caso 32

La práctica se realizaba en un hospital, se cursaba el 2º semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y la práctica correspondía a la asignatura de Fundamentos de Enfermería I.

El día del incidente mi compañera y yo realizábamos el recorrido diario, preguntando y asesorando a los alumnos, cuando llegábamos al servicio de inmunizaciones una alumna con cara de angustia se acercó a comentarnos un incidente que tuvo en la aplicación de una dosis de biológico a un niño de 12 años; comentó que tenía duda en la dosis y le preguntó a la enfermera.

La enfermera le contestó equivocadamente y la alumna aplicó el biológico al niño, afortunadamente al niño no le pasó nada, se le informó a la Jefe del Servicio y posteriormente al médico epidemiólogo, se le llamó la atención a la alumna, a lo que ella argumentó que le preguntó a la enfermera responsable. Se le preguntó a la enfermera y ella comentó que no puso mucha atención a la pregunta, pero que la alumna también debía haberse dado cuenta que la dosis era excesiva.

Mi compañera maestra y yo hablamos a la escuela, al Departamento Jurídico para que nos asesoraran, sentimos el apoyo de la escuela, sin dejar de sentir angustia por lo que pudiera pasarle al niño, pero afortunadamente no pasó nada.

Caso 33

La práctica se realizaba en el hospital Pediátrico San Juan de Aragón, mi grupo cursaba el 4º semestre y se encontraban en las prácticas de Enfermería del Niño. Estuve asignada sola como responsable del grupo. Al supervisar a los alumnos del servicio de lactantes, procuraba visitar en especial a una niña de un año 3 meses de edad cuya causa de hospitalización era un problema cardiaco congénito, problemas respiratorios en consecuencia y desnutrición, así como retraso en el crecimiento y desarrollo. Lo que me llamó la atención fue que era enviada de una casa cuna, su madre la abandonó al saber que estaba enferma a los pocos días de nacida.

De esta forma tuve a bien asignarle una estudiante por semana para su cuidado específico. Además de que realizaran su proceso de atención de enfermería. Una semana cualquiera asigné a una muy buena estudiante, pero poco identificada con el cuidado de niños. Era seria, no otorgaba contacto afectuoso, ni siquiera verbal. Le pregunté ¿no te gusta estar con niños?, contestó que no. Yo le dije, pues aquí nada más hay de un camino, ellos te necesitan y en especial esta chiquita que no tiene a nadie en particular que quiera estar con ella, o sacas tu lado materno o dejas la enfermería, porque la enfermería es amor, le dije.

Un día me llamó esta chica a quien yo había querido motivar y me dijo: Profesora, la bebé tiene hambre llora muy débil, está cianótica y la enfermera encargada me dice que el casco cefálico no se debe mover, que todavía no es hora de comer y que primero se tiene que bañar.

Que le lleven su papilla le dije, pero, ¿cómo sabes que tiene hambre? Ella me contestó, al cambiarle el pañal observé que la niña buscaba algo con la boca, Inmediatamente nos dirigimos a donde estaba la bebe y al estar frente a ella corroboré porque mi alumna Irene estaba tan preocupada, le pedí que le diera la papilla y segundos después ya estaba la enfermera con nosotras para reprendernos.

Exaltada me dijo que había dado la orden de bañarla primero, con tranquilidad yo le contesté, si se trata de una niña con problema cardiorrespiratorio, lo primero es disminuir el esfuerzo cardiorrespiratorio, por lo tanto se le debe alimentar para disminuir la ansiedad, el esfuerzo y, en consecuencia la cianosis, posteriormente haríamos el resto de actividades, muy molesta tuvo que esperar. Conforme la niña comía se tranquilizaba y disminuía la cianosis tal como yo lo esperaba y había explicado.

Mi alumna al siguiente día me dijo: Profesora, me ha dado usted una lección o tal vez dos, la primera es que cuando una se siente segura y conocedora de lo que hace, la razón siempre nos asiste y hasta el más orgulloso o poderoso puede ser convencido, y dos; con este caso usted ha hecho nacer en mi el amor por los niños, porque es cierto, no están aquí por su gusto y tienen miedo, y yo todavía me ponía mis moños y no les quería hablar y mucho menos tocar.

No he vuelto a platicar con mi alumna pero, me enteré que seguía visitando a la niña en la Casa Cuna.

4) Tabla de Análisis de Contenido

PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESORES DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE ENSEÑANZA CLINICA

Categoría	Código	Folio Enunciados	Enunciado
1. Discernimiento entre urgencia, contingencia y adecuación de la acción en la Enseñanza Clínica.	∞ Atemporalidad e impredecibilidad del aprendizaje clínico.	001/5, 6, 7 002/2 003/1 005/1 007/3, 4 y 8 018/2, 1, 14 008/2, 4 012/4	“Cuando retiraba uno de los alumnos los vendajes de la manita derecha se desprendió literalmente, se cayó un par de deditos” “Supervisando a un grupo de alumnos se presentó un paro cardiaco”
	∞ Percepción de la complejidad del caso.	001/4 004/3,6 012/5 030/2 024/3 029/2	“...la corrió de la habitación, especificando que el no necesitaba nada de nadie y que se fuera o le tiraría lo que estuviera a su alcance.” “¿Cómo explicarle al hijo que su padre estaba muerto y que hacía unos minutos estaba dado de alta?”

	<p>∞ El conflicto como un momento del aprendizaje</p>	<p>002/1, 4 011/2,4 012/4 016/7 018/1, 12 019/4 002/5 010/2,3 029/7 019/1 008/3, 012/ 9,10 034/4, 11 033/5 024/1,4 001/5 004/3 007/ 4 026/3 025/3,5 009/4 031/2 032/3</p>	<p>“...la habíamos ingresado sin trabajo de parto, teníamos un problema...Nancy y yo iniciamos la conducción del parto, nos dio buen resultado y atendimos el parto a las 8.00 de la mañana...”</p> <p>“...fue una experiencia muy desagradable. Al mismo tiempo nos hizo recapacitar en la importancia de realizar la valoración antes de proporcionar cualquier estrategia de cuidado.”</p>
	<p>∞ Conducción del grupo de acuerdo al tipo de eventos que se presenta</p>	<p>003/2 026/5,6 034/4 033/3,4 026/6</p>	<p>“...yo limité su participación porque era su primera experiencia en esa área.”</p> <p>“Muy molesta retiré al alumno del servicio y en privado le hice ver que es importante respetar las normas de la institución, que si el persona permite hablarles de “tu” se haga, si no debemos hablarle de “usted”.</p>

2. La experiencia como fuente de conocimiento y acción	☞ Percepción del peso de la práctica respecto a la teoría.	007/5,8 014/6 007/8 008/3 012/4 001/6 018/2 019/4 009/5 027/1,2 031/4 023/2,4	<p>“...la realidad en ese momento era mas compleja que la revisada en los textos o el laboratorio.”</p> <p>“Estaba incrédula que aquello que planteamos en la clase...le hubiera ocurrido a ella.”</p> <p>“Una de mis alumnas destacadas...Al tratar de cortar una de las telas adhesivas de la fijación que sostenía el tubo endotraqueal, cortó accidentalmente la válvula del globo...la alumna palideció instantáneamente y, mirandome dijo: maestra mire lo que hice.”</p>
	☞ La practica como escenario de impulso para desarrollar nuevas actitudes y aptitudes en el alumno.	014/5,6 009/4 011/2 001/8 025/2	<p>“La práctica desarrolla en el alumno habilidades que ni el propio alumno espera.”</p> <p>“...fui felicitada por el paciente y el personal, y todo por el alumno que no esperé.”</p>
	☞ La teoría le da sentido a la práctica	015/4,6 024/4 025/5	<p>“Esta medida (los alumnos debían estudiar los temas relacionados con la práctica) ...nos permitió trabajar mejor con los estudiantes”</p> <p>“...recibimos un gran reconocimiento por el nivel de conocimientos que manejaban los alumnos”</p>

3. Busca la coherencia entre saber y hacer	∞ Explicación a la relación del hacer sin saber	023/7 033/6	“...los alumnos trataban de aspirar a la paciente ,se ponían los guantes nerviosamente y no sabían por donde empezar”
		001/6 002/3 003/ 4 004/3 008/2 010/1,3 011/2,3,4 023/4 019/1 024/4 015/4	<p>“Nos reunimos para reflexionar y valorar los principios en la atención y cuidados de enfermería”</p> <p>“...una estudiante en forma intempestiva pregunta ¿qué pierna se va acortar al señor?, ¡ casi me muero de ver la cara del pobre paciente!</p>
	∞ Oportunidades para aplicar lo aprendido	029/2,3 001/1,4 009/4 012/3,4,6 013/5 007/3,4 014/1,4 015/1	<p>“Miré a mi alumna inquieta angustiada. Había terminado de bañar al paciente, un joven de 26 años con Dx de VIH (SIDA)...salí con mi alumna y me dijo que realmente ella no sabía como enfrentar y dar consejos en esa situación... Yo le recomendé que...”</p> <p>“...los médicos se quedaron sin residentes e internos, entonces vieron que las pacientes estaban siendo atendidas por la asesora y sus alumnos. A partir de ese momento empezaron a invitar a las alumnas para participar en las actividades obstétricas”</p>

	<p>☞ La retroalimentación posterior a la contingencia</p>	<p>004/2,5 001/8 018/2,10,12 024/1 025/6 008/4 025/6 026/4</p>	<p>“...Le hice notar que muy probablemente, sin querer, con la parte posterior de su cuerpo movió los parámetros del ventilador...”</p> <p>“...hablé con ella celebré que el suceso no pasó a mas pero insistí en su actitud”</p>
--	---	--	---

4. La tutoría como premisa indispensable en la Enseñanza clínica	<p>☞ Visión prospectiva del aprendizaje en situación clínica</p>	<p>001/1,2,3,4, 002/1,2 006/1 005/1 004/1 007/1 008/1 009/3 028/1 029/1,2,3 010/1 014/1 016/1 017/1 030/1 018/1 019/1,4 020/1 022/2 023/1 024/1,4 033/3 034/4 029/1,3</p>	<p>“... para lograrlo los alumnos y asesores tienen que vencer obstáculos con el personal...”</p> <p>“... el profesor realizó una estancia, previa a la práctica...”</p> <p>“... ha llegado el momento de llevar a mis alumnos a un ejercicio de experiencia clínica, ...esta circunstancia me hace reflexionar siempre...”</p>
	<p>☞ Estimulo a la creatividad del alumno.</p>	<p>027/5, 7 017/2 033/6 034/10 021/5</p>	<p>“...ellos te necesitan y en especial esta chiquita que no tiene a nadie...”</p> <p>“...La escuché atentamente...le dije que pensara qué...”</p>

	<p>☞ El espacio clínico didáctico bajo una concepción gestáltica</p>	<p>004/1,3, 5, 6 018/8 034/3,5 007/1, 3, 7 009/3,4 008/1,3, 4 012/1,2,6 019/2 024/1,4 033/2 014/2 001/1,3,4, 002/1 003/1 010/2</p>	<p>“Me percaté que el ambiente era diferente al cotidiano...”</p> <p>“Me percaté que posterior a la aspiración hecha por la alumna el paciente perdía estabilidad”</p> <p>“...estaba cursando con la negación y la ira respecto a su estado de salud...”</p>
	<p>☞ El error referente negativo de la reflexión</p>	<p>002/2 031/2 003/3 032/3 014/1 016/6</p>	<p>“... le pregunté si había valorado los signos vitales del usuario, me dijo que no, que realmente no era su paciente pero que la enfermera le había pedido pasar el medicamento, como una urgencia y como un favor...”</p> <p>“... me percaté que la bolsa de la solución de la paciente se encontraba en la parte baja de la cama y se le retornaba la sangre como si se le hiciera una sangría.”</p>

	<p>☞ La observación y el acompañamiento de expertos clínicos para el aprendizaje.</p>	<p>031/4 003/2 001/ 2, 6 008/2,3,4, 016/1,5,2,3,6,7, 006/1,5 024/4,5 004/2 023/3 012/1</p>	<p>“... observaron el trabajo de enfermeras y médicos, yo les pedí que acompañaran a los otros pacientes ó bien que vieran que nada obstruyera el paso para que se trabajara mejor.”</p> <p>“...los alumnos no sabían que yo iba a estar con ellos cuando me vieron en la unidad toco-quirúrgica, creo que les causó gusto, sorpresa, algunos comentaron que se sentían mas seguros</p>
	<p>☞ El alumno y el docente participantes del aprendizaje clínico</p>	<p>002/4 007/3,4,5,6, 008/2 011/1 016/3,5,6,7, 17 004/6 012/9 010/5 024/4 027/5 023/3 029/6 034/11</p>	<p>“...Aprendimos mucho estaba muy contenta porque mi estudiante había aprendido a tomar decisiones y yo tuve oportunidad de acompañarla.”</p> <p>“...yo aprendí la lección y entendí que las alumnas tienen necesidades y problemas., y como docentes debemos atender para que estas a su vez puedan proporcionar los cuidados con base en un proceso reflexivo y crítico...”</p>

	<p>∞ Socialización del conocimiento</p>	<p>001/5,7,8 003/ 4,5 004/5 009/5 010/4,5 011/4 002/4 008/4 012/8 008/4 027/7</p>	<p>“... los estudiantes comentaron a sus compañeros como el equipo clínico se organizó para realizar maniobras complejas y de alto riesgo.”</p> <p>“... aquel suceso quedó en la memoria de todos y sirvió para tomar en cuenta las recomendaciones acerca de cómo proceder...”</p>
	<p>∞ Mediación en situaciones complejas para el aprendizaje clínico.</p>	<p>010/2 031/7 033/5 028/5,1</p>	<p>“Tuve que afrontar directamente el problema con el paciente...”</p> <p>“... me dijo que acababa de romper el memorando de suspensión me dio los pedazos y me dijo que no había ningún problema y que concluyéramos nuestra práctica....”</p>
	<p>∞ Vinculo interactivo y permanente entre el docente y el alumno</p>	<p>001/1,2 004/2 006/2 002/1-2 007/ 3,4,6 013/1 016/1 008/3,4 026/3,6 029/3 012/6 024/1 004/5 008/3,4 013/5</p>	<p>“...primero comentarlo conmigo para tomar decisiones y sugerir que hacer...”</p> <p>“me acerqué a ella, la tranquilice y le hice notar que en los momentos de crisis debía conservar la calma...”</p>

5. El docente como humano	<p>☞ Identificación de procesos emocionales propios y en los otros: se preocupa, duda, teme, se sorprende, se reconoce limitado, se frustra, tiene satisfacciones, entre otros.</p>	<p>028/1 029/3 014/1,5 002/2,3 009/7 004/3,4,6 013/3 018/2,7,8,9,13 034/5 ,6,7 007/3,5,6,7 009/3 012/4,6,10 019/2 024/1,2,3 004/5,6 008/3 033/1,2,7 014/2 030/1 007/7 010/1, 6,15 015/6 019/4 029/5 031/12,5,9 034/4,5,12 023/3 016/5,6,7 017/1 019/2 026/3, 031/1</p>	<p>“...fui felicitado por el paciente y el personal, y todo del alumno que no esperé...”</p> <p>“...me solicitó vehementemente ¡por favor cámbieme de servicio! no resisto a los pacientes inconcientes...”</p> <p>“...debo confesar, me desesperaba porque le explicaba y no entendía.”</p>
---------------------------	---	--	--

	<p>☞ Soporte emocional al estudiante</p>	<p>010/4 031/8 024/1 004/5 008/3 028/3</p>	<p>“La estudiante lloró mucho...traté de reducir su malestar, pues no había malicia en su actuación.”</p> <p>“...hable con el alumno y con mi compañera exponiéndole la situación, el alumno no quería disculparse ni volver a verla estaba muy enojado lo dejamos que lo pensara...”</p>
<p>6. Aspectos éticos, tanatológicos y antropológicos de la enseñanza clínica.</p>	<p>☞ Asociación del cuidado con el dolor</p>	<p>007/4 026/3,5 034/4 24/2, 3 012/2,10 001/ 4,5</p>	<p>“...me enteré que su madre había cursado por una quemadura de tercer grado cuando tenía ocho años y siendo el mayor la curaba en casa y esa era una experiencia que le dolía mucho.”</p> <p>“...se soltó a llorar y dijo no puedo, no puedo siento que le duele mucho...”</p>
	<p>☞ Responsabilidad y aprendizaje clínico</p>	<p>001/3,8 002/3 003/1 008/2 004/4 006/3,5 009/7 011/2 014/2 020/2,6,9 031/6 012/9 019/4</p>	<p>“Regularmente paso lista e inicio la supervisión por urgencias...”</p> <p>“...la jefe del servicio me reclamó...”</p> <p>“...la responsabilidad directa en el cuidado de los pacientes es del personal, no de los alumnos...”</p>

	<p>☞ Valores profesionales en el escenario clínico</p>	<p>020/6,8 006/1 011/2 013/5 014/2 018/8 020/1 029/4 034/11 029/2 031/1 008/3 022/2</p>	<p>“...el alumno con facilidad tomó el numero telefónico del domicilio de la paciente, y le habló por teléfono para proponerle salir a tomar un café...Se le suspende de la práctica...”</p> <p>“...se reían ruidosamente movilizaban con dificultad y descuido a la paciente que pesaba alrededor de 100 kgs. Mi preocupación se debía a la falta de respeto por la individualidad de la persona...y el riesgo de jalar y extraer violentamente la sonda nasogástrica ó lesionar mas aún sus úlceras por decúbito.</p>
	<p>☞ Los proceso vitales como articuladores en el aprendizaje clínico</p>	<p>004/4 007/4 008/3 010/2 , 5 012/1,4,7 018/1 020/5 022/2 023/3 024/4 026/3 029/7 031/2,3 032/3 033/3,4,5 001/5 034/4 ,</p>	<p>“...después de terminar con los cuidados al cadáver, la alumna, la enfermera en turno y yo nos dirigimos a un privado para hablar y sobre todo escuchar a la alumna”</p> <p>“Esta experiencia nos dejó una gran enseñanza a mi y a todas los alumnos en el sentido de que la práctica profesional exige un compromiso muy grande ya que de nosotros depende la vida y la muerte de las personas a nuestro cuidado.”</p>

<p>7. Concepto y ejercicio de poder en la practica de enfermería</p>	<p>☞ La enseñanza clínica y las normas institucionales</p>	<p>002/1 028/1, 3,5 ,7, 9 030/3 033/3,5 006/2 021/3 016/7 017/4 031/4,6 025/5 029/7 010/2 034/7 033/4 028/6 032/3 010/2 013/2 017/4 018/6, 14 025/5 029/1 ,5 031/3,4,6,7 032/3 034/3 006/2 0021/3</p>	<p>“...no respetan a las autoridades por lo tanto exijo que se retire el alumno del servicio...”</p> <p>“... continuaba esa resistencia, sobre todo por dos médicos de base, quienes descalificaban a las alumnas e incluso no les permitían tocar a sus pacientes.”</p> <p>“Se le recordó el reglamento de prácticas, pues de seguir faltando e incumpliendo con las tareas se le suspendería...”</p>
--	--	---	--

<p>☞ Los servicios clínicos como grupos cerrados.</p>	<p>020/2,6 025/2 028/1,2 029/1,3 013/2,4</p>	<p>“Al alumno le pareció anticuado el comportamiento de la enfermera...”</p> <p>“... la jefe pidió a un vigilante para sacar al alumno.”</p>
<p>☞ Solidaridad profesional o grupal.</p>	<p>001/1 012/7 018/6,9 025/5 029/1,5 031/3,4,6,7, 032/3 034/3 006/2 021/3</p>	<p>“La alumna reaccionó muy positivamente al percibir mi apoyo el de sus compañeros y del personal de enfermería y médico...”</p> <p>“... as jefes y compañeras de otros servicios vieron con comprensión lo sucedido...”</p>
<p>☞ Asesoría legal para la práctica clínica.</p>	<p>032/4 030/3</p>	<p>“... mi compañera maestra y yo hablamos a la escuela, al departamento jurídico para que nos asesoraran...”</p> <p>“... yo en este momento informo a la dirección de la escuela para que este presente el jurídico de la UNAM.”</p>
<p>☞ Responsabilidad ante las autoridades escolares y de salud</p>	<p>002/3 013/1 018/6,14 31/9 3/3,4</p>	<p>“la jefe del servicio me reclamó...”</p> <p>“... me llamaron de la Secretaría Académica y se me mostró un documento escrito donde la estudiante citaba que se le había corrido de la práctica con insultos.”</p>

<p>8. La construcción del conocimiento enfermero es infinita y la aplicación de la técnica es finita.</p>	<p>∞ Ciencia humanismo y técnica.</p>	<p>001/1,4,7 034/2,7,11 001/7 003/4 004/6 006/5 007/5 009/4,7 019/2 033/6</p>	<p>“Le reiteré la importancia de promover la participación de los estudiantes , pero también la consideración al paciente que atraviesa un momento crítico y al equipo de expertos que trabajan bajo presión tratando de salvar la vida del paciente,”</p> <p>“... ligar la parte científica con la humanística y ayudar a los alumnos en su desarrollo personal...”</p>
	<p>∞ Practica clínica e hipótesis para el aprendizaje.</p>	<p>019/1 001/1,2,6 002/3 004/5,6 007/1,3 007/6 019/1,2 034/6</p>	<p>“... me preocupaba verlos tan entusiasmados y a la vez tan inmaduros...”</p> <p>“... ¿como van a utilizar esa teoría para interpretar al ser humano, en este caso al niño? Si mi programa tiene una orientación eminentemente biológica.”</p> <p>“¿pero eso podría ser cuando las alumnas también tenían las propias (necesidades). Pedíamos un traro humanizado para los pacientes, y ellas no tenían derecho a éste,”</p>

	<p>☞ Enseñanza Clínica reflexiva</p>	<p>034/6 034/2 ,7,9,11 003/5 005/2,3 007/7 009/4 010/3,4 011/1,2,3,4 012/10 021/6</p>	<p>“... en la acción es donde se aprende y vive la teoría...”</p> <p>“Darle la mano al enfermo, infundirle fortaleza a quien ya la perdió, a quien ya no puede pensar en una vida futura, solo puede contar su enfermedad, apoyar a quien se encuentra en una condición frágil y quebradiza.”</p>
--	--------------------------------------	---	---