



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN
DE ENFERMERAS EN UNA MATERNIDAD MEXICANA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIADO EN ENFERMERIA

GABRIELA TÉLLEZ ROJAS.

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. EN ENF. DANIELA GÓMEZ TORRES.

REVISORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DOLORES MARTÍNEZ GARDUÑO.

MÉXICO, NOVIEMBRE 2016.

CONTENIDO

Introducción.....	11
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	17
Objetivos.....	19
Preguntas conductoras.....	20
Metodología.....	21
CAPITULO I	
MARCO REFERENCIAL	
1.1 PERFIL PROFESIONAL	26
1.2. AUTONOMÍA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.....	28
1.2.1 Autonomía en enfermería.....	28
1.3. JUICIO CLINICO EN ENFERMERIA.....	30
1.4. RESPONSABILIDAD EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	32
1.5. INDEPENDENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERIA.	33
1.5.1. Antecedentes.....	33
1.5.2 .Identidad profesional.....	34
1.5.3. Independencia profesional.....	34
1.5.4. Profesionalización de enfermería.....	35
1.5.5. Toma de decisiones.....	36
1.6. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO.....	37
1.6.1. Las parteras en el instituto mexicano del seguro social	38
1.6.2. El ejercicio de la partería.....	38
1.6.3. Educación para la enfermera obstetra.....	39
1.6.4. La enfermera obstetra en la actualidad.....	40
1.6.5. Antecedentes de la enfermería perinatal en México.....	43

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. REPRESENTACIONES SOCIALES.....	45
2.1.1. Antecedentes.....	46
2.1.2. Dimensiones en opinión, Moscovici.....	48
2.1.3. Factores que originan una representación social.....	49
2.1.4. Modelos de representaciones sociales.....	49
2.1.5. Dinámica de la representación social.....	50

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1. POBLACIÓN	54
3.1.2. Salud y asistencia en el municipio de Atlacomulco.	56
3.2. MODELO DE ATENCIÓN	57
3.1.2 . Antecedentes del modelo.....	57
3.1.3. Fundamentacion del modelo.....	58
3.1.4. Misión de la maternidad	60
3.1.5. Visión de la maternidad	60
3.1.6. Objetivos de la maternidad.....	61
3.1.7. Principales ventajas del modelo.....	61
3.1.8. Red de apoyo de la maternidad.....	61

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION.....	63
4.1 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	66
4.1.2 Diferencia en la atención de otros profesionales.....	67
4.1.3 Atención del parto por una mujer.....	68
4.1.4 La apreciación del parto de otras mujeres.....	70
4.1.5 Satisfacción de la atención.....	71
4.2 DIFERENCIA DE ATENCIÓN ENTRE HOSPITALES.....	72
4.3. SIGNIFICADO DE ATENCIÓN.....	73

4.3.1 Significado de humanización.....	73
4.3.2 Significado de responsabilidad.....	74
4.3.3 Significado de apoyo emocional.....	75
4.3.4 Calidad de la atención.....	76
4.4. CUIDADOS CULTURALES.....	77
4.4.1. Visibilidad del padre.....	78
4.4.2. Rol positivo.....	79
4.4.3. Derechos de la atención.....	80
4.4.4. Prevención del maltrato.....	81
4.4.5. Violencia.....	82
CONSIDERACIONES FINALES.....	84
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	86
APÉNDICE	
GUÍA DE ENTREVISTA	
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCIÓN.

En esta investigación se presenta un apartado de los resultados del proyecto de investigación titulado: *representación social de las usuarias sobre la atención de enfermeras en una maternidad mexicana*, con clave 3948/2015SF, donde se muestra la precepción que tienen las usuarias de maternidad Atlacomulco (dependiente del ISEM), con relación a la atención recibida durante su embarazo y parto, que muestra la autonomía y humanismo de enfermería en el área obstétrica, así como su transcendencia y compromiso con la sociedad.

Se direcciona la investigación teniendo como referente científico la teoría de las representaciones sociales, ya que al instrumentar este proyecto de investigación, permitió responder al cuestionamiento de ¿Cuál es la representación social que tienen las usuarias sobre la atención que otorgan las enfermeras obstetras de la Maternidad Atlacomulco? Dándonos una panorámica de la atención integral para la mujer de la región; por las enfermeras, concibiéndolas como pioneras de un modelo de gestión único.

Este trabajo se presenta por apartados. En la primera parte se detalla el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y la metodología, que nos direcciono para identificar lo más representativo que las usuarias poseían del momento de su asistencia recibida en la maternidad, también dentro de la metodología se incluyen las consideraciones éticas que se encuentran establecidas en las leyes que rigen en nuestro país en materia de investigación y que fueron aplicadas en la realización del trabajo y posteriormente, en el primer capítulo se establece el marco de referencia para delimitar la fundamentación general de la enfermería obstétrica y perinatal; tal capítulo, en su primer sub capítulo, muestra el concepto de la autonomía profesional de enfermería, convirtiéndose en una perspectiva de la presente investigación, también incluye el sub capítulo donde se describen los antecedentes de la enfermería obstétrica y perinatal actual en México.

En el segundo capítulo se describe la teoría de las representaciones sociales, en los subcapítulos se muestran sus antecedentes, dimensiones, factores que pueden originar una representación social, los modelos y la dinámica de esta

teoría según Moscovici. El tercer capítulo corresponde al marco contextual, que refleja el escenario donde se desarrolló la investigación, describiendo en sus subcapítulos la población que atienden, el modelo de atención de la enfermería obstétrica y perinatal de la institución en estudio, los antecedentes, de la fundamentación del este modelo, su misión, visión objetivos, ventajas y las redes de apoyo de la maternidad.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados trascendentes de la investigación, estos hallazgos distinguen el tipo de atención otorgada por las enfermeras, reflejando el prestigio profesional que ha alcanzado la enfermera debido a su autonomía en el área obstétrica, estos resultados están plasmados en categorías y sub-categorías las cuales responden a las preguntas conductoras, ya para finalizar este trabajo académico, se presentan las consideraciones finales y sugerencias, así como las fuentes de información que dan el soporte a esta tesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los años setentas del siglo pasado, la enfermería acelera su desarrollo como profesión científica dentro de las profesiones, con todos los elementos necesarios para generar un nivel de independencia, que refleja una actitud de satisfacción dentro del ámbito laboral. Al ser una profesión con mayor competencia científico-técnica que ejercer un mayor liderazgo en sus funciones con el sustento científico; así como en la práctica laboral donde genera una mayor autonomía, la cual se propicia debido a la instrumentación del proceso de enfermería, que lleva a un nivel de actuación, en la utilización del conocimiento para su práctica; que se distingue entre ciencias práctica y ciencias teóricas (UAEMéx, 2014: 37), estas competencias ejercidas en los diferentes espacios sociales, en especial en las instituciones de salud,

La enfermería en México encauza su esfuerzo en objetivos, en busca de un estatus y prestigio; demostrando su desarrollo para fortalecer el reconocimiento profesional que tiene; en su práctica cotidiana con el cumplimiento de estándares y procedimientos, para la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo, enfrentándose a distintos fenómenos de quehacer centrados en las diferentes realidades actuales (Contreras, 2016: 28). Esta profesión mantiene una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad actual, de su práctica diaria, que alimenta un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que reporta crecimiento como persona y profesional, así forma un impacto transformador en nuestro sistema de salud en México.

Es, en este momento, en México, que se enfrenta a nuevos retos en el sector salud, donde los objetivos de desarrollo del milenio son el cumplir con el quinto objetivo, que nos dice: Reducir de 1990 a 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, como el indicador seleccionado para evaluar el progreso en la reducción de la mortalidad materna, siendo esto el número de mujeres que mueren por causas relacionadas al embarazo y durante el nacimiento y para combatir esto, hay que mejorar la nutrición materna; empoderar a las mujeres sobre fertilidad, planificación familiar y anticonceptivos; disminuir el número de

embarazos en adolescentes; realizar las visitas preparto; aumentar la cualificación del personal para atender el parto y mejorar la higiene (Aranzabal, 2014: 200).

Es el 18 de marzo del 2010, en el municipio de Atlacomulco, ubicado en el norte del Estado de México y con la iniciativa de la coordinación estatal de enfermería del Instituto de Salud del Estado de México y con apoyo de las autoridades del sector salud del Estado de México, se da inicio a los servicios de la Maternidad Atlacomulco, donde debido a las diferentes políticas de salud del Estado y las necesidades de éste; permiten aprovechar de forma oportuna la infraestructura de un hospital ya deshabilitado, para establecer el modelo de atención innovador de enfermería, dependiente del Instituto de Salud del Estado de México, dirigido a las mujeres de la zona, en su mayoría indígenas.

Todos los servicios de la Maternidad son proporcionados por enfermeras obstetras y perinatales, lo cual favorece una atención más cercana y personalizada de la mujer embarazada, desde las primeras consultas prenatales hasta su parto y durante el puerperio continua la atención, que facilita un proceso de vinculación emocional entre las usuarias y las enfermeras (ISEM, 2013: 45). Las intervenciones de enfermería, se ofrecen a mujeres con diagnóstico de gestación sin riesgo, a través de un plan de cuidados que incluye diferentes intervenciones de enfermería, con énfasis en las educativas, para el adecuado control prenatal, iniciándose desde que se diagnostica el embarazo, posteriormente durante el embarazo, nacimiento, puerperio y hasta los dos años de vida del niño.

El cuidado de la gestante al ser valorada por enfermeras de esta unidad, recibe un seguimiento y cuidado prenatal, hasta el fin de la gestación. Los servicios que ofrece la maternidad a través de las enfermeras: en el área de consulta externa, incluyen servicios de vigilancia prenatal; en el cual la vigilancia prenatal es un aspecto que reflejan los modelos de salud, ya que en ella se lleva a cabo la detección oportuna de los factores de riesgo maternos y fetales; 30 % de la mortalidad perinatal acontece durante el último trimestre del embarazo y 30 % durante las primeras horas del nacimiento (Rodríguez, 2010: 238), el puerperio, clínica de lactancia materna, planificación familiar, vigilancia del crecimiento y

desarrollo del niño, estimulación temprana, psicoprofilaxis perinatal y medicina preventiva (ISEM, 2013: 45).

La intervención de enfermería que se ofrece a la gestante al solicitar el servicio, comprende valoración por una enfermera de la Maternidad para detectar algún factor de riesgo en la atención del parto, ellas efectúan el triage obstétrico. La maternidad además cuenta con sala de trabajo de parto, sala de nacimiento con la instauración de cuidados perinatales, que cuentan con personal y equipo específicos para la atención integral (Rodríguez, 2010: 238), también se cuenta con una sala de recuperación, todos estos servicios a disposición del cuidado durante el pre, *trans* y *post*. En un ambiente que permite la vinculación de la usuaria con la enfermera de un parto humanizado.

El parto hospitalario actual, debe tender a proporcionar las comodidades y la atmosfera del hogar, en un medio que facilite el reconocimiento y tratamiento de posibles complicaciones maternas o perinatales, que se desarrolla en las mejores condiciones de intimidad, de respeto, de delicadeza, de calma, de libertad, condiciones más cómodas para la madre (ISEM, 2013: 46). Sin embargo en la historia de nuestro país al medicalizarse la obstetricia, se separa a la mujer de su hijo debido a las restricciones hospitalarias (García, 2013: 09).

En el caso de la Maternidad Atlacomulco, ésta se estableció con el objetivo de reducir las muertes maternas, de ofrecer cuidados durante el parto de acuerdo a los usos y costumbres de las comunidades indígenas. Que fundamenta los cuidados culturales, porque cada persona tiene una forma de concebir el proceso de vida y, las formas de expulsar a su hijo, en posiciones diferentes como: vertical-hincadas, en cuclillas, o sentadas con la espalda apoyada (ISEM, 2013: 46).

Ante esta panorámica y de una atención integral para la mujer de la región; las profesionales de enfermería, se les conciben como pioneras de un modelo de gestión único a nivel nacional y tal vez internacional, donde en sus cinco años de servicio, ofrece el cuidado individual basado en el modelo de intervención de enfermería obstétrico profesional que permite a la población atendida tener una interacción cercana de paciente–enfermera, con identidad de género entre

quienes atienden a las mujeres, las enfermeras obstetras y perinatales en su trabajo de parto y parto, mujeres que cuidan mujeres, esta condición favorece una asistencia más respetuosa de este significativo proceso (ISEM, 2013: 47)

Estos servicios obstétricos y de perinatología son una plataforma para que la enfermería muestre su autonomía, que refleja el juicio clínico, la responsabilidad, la independencia y toma de decisiones reflejando así una autonomía; en su actuación dentro del sector salud, sin embargo, se desconoce la representación social que la población tiene de este actuar de la enfermera, así como el valor social de su actuación profesional, por lo que se cuestiona.

¿Cuál es la representación social que tienen las usuarias sobre la atención que otorgan las enfermeras obstetras de la Maternidad Atlacomulco?

JUSTIFICACIÓN

El Instituto de Salud del Estado de México brinda la atención en salud a la mujer y al menor de 2 años, mediante un nuevo modelo, con servicios continuos de atención y esencialmente por personal de enfermería especializado en atención obstétrica y perinatal, con enfoque intercultural, de género y derechos, basados en atención primaria para la salud y con evidencia científica (ISEM, 2013: 7). Donde se tiene la oportunidad de ofrecer a las mujeres de la zona un cuidado humano, cálido y personalizado de mujer a mujer.

La Maternidad Atlacomulco es el escenario de esta investigación, se establece en el 2010, como un nuevo modelo de atención, que influye en la generación de nuevas políticas de salud, por lo que este trabajo permitirá conocer la trascendencia y aceptación de las usuarias con relación a la imagen de la enfermera obstetra, lo que apoyará en las decisiones de expansión del modelo en otras latitudes.

También con esta investigación se interpretó la representación social que tienen las usuarias de los servicios de enfermería al recibir el cuidado hospitalario, en consecuencia a los resultados que permitieron y fundamentaron el actuar dentro de la práctica profesional de enfermería, así como reflejar la aplicabilidad del servicio de enfermería del modelo establecido en la maternidad, ya que al revelar la esencia de la atención se proyectaron los beneficios otorgados a las mujeres, con un modelo de atención de mujer a mujer, pues según Cárdenas (2005), en ciertos espacios, el que sea hombre o mujer quien atiende a los pacientes puede ser un elemento que disuade a utilizar los servicios médicos, aunado a que durante la etapa reproductiva existen características diferenciadas e inmersas en el cuidado y como esta unidad es atendida exclusivamente por personal de Enfermería, no obstante se desconoce cómo es percibida la actuación del profesional de enfermería desde la perspectiva de la usuaria, de ahí la trascendencia del estudio.

Por otra parte, al interpretar la percepción social de las usuarias, al expresar sus experiencias y vivencias de los servicios y la atención que le fue otorgada, propicia elementos para mostrar la competencia profesional de la enfermera obstetra del tipo cuidado especial de manera real, que genera bases para la toma de decisiones de las autoridades de salud para fundamentar la pertinencia y expansión de dichos servicios.

Así mismo estos resultados ofrecen conocimientos para una fundamentación científica de viabilidad de la práctica autónoma del profesional de enfermería, pues según Hernández (2010) al utilizar métodos de análisis cualitativos, éstos pueden mostrar el impacto social de determinadas decisiones, que identifica cambios necesarios en las funciones profesionales, razón importante para el desarrollo de la investigación.

En otro sentido el estudio genera bases para la elaboración de planes de estudio en la formación de enfermeras dentro del campo descrito, Tapp (2005), refiere que tanto los enfermeros clínicos, como administradores de enfermería y otros líderes del área de la salud, con su práctica aportan al cuerpo de conocimientos de la disciplina, éste como un indicador de importancia, el cual está relacionado con la manera de intervenir de los profesionales de la salud durante la atención a los usuarios, como es el caso de los profesionales de la enfermería en la maternidad en estudio.

No menos importante es la reducción del número de cesáreas innecesarias debido a este modelo de asistencia humanizada, la cual representa ahorros importantes en los costos hospitalarios y la expansión de éste como parte del primer nivel de atención en la asistencia de los partos de bajo riesgo, en aquellos lugares donde sea posible dejar a los Centros especiales en atención primaria de salud (CEAPS) sólo para la atención de aquellas gestantes que no alcancen a ser referidas oportunamente (ISEM, 2013: 79), razones más que importantes para desarrollar esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

- **Analizar las representaciones sociales que tienen las usuarias sobre la atención que otorgan las enfermeras obstetras de la Maternidad.**

Objetivo específico

- **Distinguir la percepción que tienen las usuarias de haber sido atendido su parto en la maternidad.**
- **Mostrar la percepción que tiene la gestante de la atención recibida por la enfermera con relación a otros profesionales.**
- **Relatar la apreciación que tiene la usuaria de la atención del parto de otras mujeres en la maternidad.**
- **Reflejar el significado que tiene para la gestante el haber sido atendido su parto por una mujer.**

PREGUNTAS CONDUCTORAS

- 1. ¿Qué percepción tienen las usuarias de la atención de su parto en la maternidad Atlacomulco?**
- 2. ¿Qué representación tiene la gestante de la atención recibida por una enfermera con relación a otros profesionales?**
- 3. ¿Cuál es la apreciación que tiene la paciente en la atención que recibieron otras mujeres en la maternidad?**
- 4. ¿Qué significado tiene para la gestante el haber sido atendido su parto por una mujer?**
- 5. ¿Se reconoce la autonomía profesional de las enfermeras durante la intervención que éstas brindan en la maternidad?**

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación con enfoque y tipo de estudio cualitativo, de nivel descriptivo; donde se abordó la realidad desde una perspectiva holística e intenta interpretarla, comprenderla y describir la experiencia humana en un ambiente natural, e identificar el fenómeno que es importante para la profesión (Hernández, 2010: 409). Como nos interesó la percepción de las usuarias que en su momento fueron atendidas en la institución, el estudio ocurrió en un ambiente cotidiano para las participantes (Hernández, 2010: 409).

Esta investigación se fundamenta con el objetivo de analizar las experiencias y vivencias de las usuarias sobre la atención otorgada por las enfermeras; con la teoría de representaciones sociales de Moscovici, como valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la sociología social, porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas (Araya, 2002: 9), que determina el marco metodológico. Al utilizar una teoría para fundamentar el fenómeno social, nos guía a discutir los estudios cualitativos, para la construcción social del conocimiento, por ende la teoría de representaciones sociales en esta investigación, se convierte en el eje conductor del análisis de la intervención del personal de enfermería.

El conocer e interpretar al grupo social, en la representación social nos posibilita una descripción de los hechos observados, con un conocimiento dirigido en resguardo de la creencia de lo aprendido de cada individuo, pues toda información, creencia, opinión y actitud relacionada con el objeto de estudio nos revela como él percibe su entorno social (Jean-Claude, 2001: 85).

Los actores sociales (participantes), fueron treinta y cuatro las cuales se seleccionaron, de acuerdo al siguiente criterio el cual fue el de haber recibido atención desde la etapa prenatal por las enfermeras de la maternidad de Atlacomulco, ser pacientes atendidas y captadas al regreso a la maternidad para la toma de tamiz del recién nacido, de esta manera se contactó a las pacientes.

El escenario de la investigación fue la maternidad Atlacomulco, para tal se solicitó en la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco (anexo uno), así como la Coordinación Normativa de Enseñanza, correspondiente del lugar para llevar la investigación de campo dentro de la maternidad, se nos asignó el espacio físico situado en el área de consulta externa como cubículo de la investigación.

A partir de los objetivos, se formularon las diferentes preguntas conductoras, las que nos llevaron a la construcción del instrumento (apéndice uno), constó de doce preguntas abiertas que nos permitieron obtener la información para evidenciar elementos que integran al campo de las representaciones sociales e investigar lo humano sin sacrificar su naturaleza.

En la construcción del instrumento para la colecta de datos, se integraron los aspectos sociodemográficos de las entrevistadas, los cuales son: edad, escolaridad, religión, estado civil y lugar de origen; éstos nos dieron conocimiento social del grupo a observar y con las preguntas, distinguimos las diferentes categorías para poder discutir con el referente: *Percepción de la atención del parto, diferencia de atención en otros hospitales, significado de atención y cuidados culturales*. Y como subcategorías: *diferencia en la atención de otros profesionales, atención del parto por una mujer, la apreciación del parto de otras mujeres, satisfacción de la atención, los significados son: humanización, responsabilidad y apoyo emocional*; también surgieron la siguientes subcategorías: *visibilidad del padre, rol positivo, derechos en la atención, prevención de maltrato, calidad en la atención y violencia*; que respondió a las representaciones sociales. Por otra parte para cotejar la comprensión del lenguaje se validó el instrumento aplicado a tres usuarias, posteriormente se efectuaron los ajustes adecuando el instrumento.

Para realizar el procedimiento de las entrevistas se presentó el gafete de la Universidad, se invitó a las usuarias a participar, se les explicó el objetivo de la investigación y que estas entrevistas serían grabadas (grabadora marca Sony), se les leyó el consentimiento informado y se les solicitó su autorización mediante la firma de este consentimiento (anexo dos); de esta manera se dio el cumplimiento

con el artículo 14 fracción V, del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, por lo tanto se tomó en cuenta las consideraciones éticas según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, capítulo I, artículo 13 Disposiciones Comunes, donde para cumplir con el anonimato y el sigilo y diferenciación de los sujetos de la investigación así como la preservación de su identidad, se referencio de acuerdo con un orden; con la letra E, seguido de un número arábigo utilizando este código en que cada entrevista.

En el análisis de datos obtenidos de las entrevistas, se transcribieron en su totalidad, posteriormente la codificación se efectuó, dando orden a la información de acuerdo con el referencial teórico. Como en toda información cualitativa su valor está en su contenido, por ello en el tratamiento de los datos se leyeron y releeron las entrevistas minuciosamente para poder identificar lo más relevante, como las ideas más importantes se identificaron por colores para la formulación de las categorías y subcategorías, esto nos ayudó para aglutinar las ideas que integrar las categorías según su aparición.

Se realizó el análisis de los datos según su contenido y se seleccionó lo más trascendente que respondió a las preguntas de investigación y objetivos planeados, mediante un marco interpretativo, según el método de las representaciones sociales, lo que nos permitió una mejor comprensión de cómo es visto el actuar de enfermería desde una percepción de la usuaria.

Se discutieron los resultados de este fenómeno con base en la teoría de las representaciones sociales; primero se conceptualizó la categoría y posteriormente se presenta el dato empírico para poder confrontarlo con el referente teórico, este fundamento posibilita plasmar el razonamiento lógico, producto de proceso de un análisis intelectual, en virtud las cuatro pre-categorías Independencia, Juicio Clínico, Responsabilidad y Toma de decisiones en donde se enuncia la Autonomía, además de que emerjan que también serán discutidas con el referencial teórico postulado por Moscovici.

Tal discusión se desarrolló con la percepción que las usuarias poseían del momento de su asistencia recibida y en todo el contexto del parto, así se propició una representación de la diversidad de estímulos recibidos durante su estancia en la Maternidad, se presenta en forma narrativa, por categorías y subcategoría, esto se detalla en el capítulo denominado presentación de resultado y su discusión; con esto se obtuvo el material necesario para la elaboración de esta tesis.

CAPITULO I
MARCO REFERENCIAL.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 PERFIL PROFESIONAL.

El perfil profesional se define como un conjunto de rasgos y capacidades que certificadas apropiadamente por quien tiene la competencia jurídica, para ello, permite que alguien sea reconocido por la sociedad como profesional, a quien se le pueden encomendar tareas, para las que se le supone está capacitado y competente (Hawes, 2005: 13). Otra definición es la de (Rosales, 2008: 3). Quien lo conceptualiza como un conjunto de cualidades y características que de acuerdo a los conocimientos, habilidades, aptitudes y valores, adquiere en su proceso de formación, para Parra-Chacón (en Rosales, 2008) la atención en salud requiere que sus profesionales desarrollen destrezas en el reconocimiento de problemas; en la recolección de datos, en la organización de su pensamiento y también habilidades en la toma de decisiones y en la relación con paciente y su comunidad.

Un profesional calificado puede desempeñarse en las competencias centrales de alguna profesión, con un grado de eficiencia razonable que se traduce (positivamente) en el cumplimiento de las tareas propias y tácticas de la profesión y (negativamente) en la evitación de errores que pudieran perjudicar a las personas o a las organizaciones.

El perfil profesional de enfermería tiene sus intervenciones aplicables a un proceso lógico y reflexivo para un desempeño competente de las situaciones de demanda en la aplicación razonada de un conocimiento técnico-científico y humanístico. Otro autor como González (citado en Sánchez, 2013), enumera diez criterios por medio de los cuales define a un profesionista:

1. El profesional es una persona que tiene una ocupación, con la cual está comprometido y es su principal fuente de ingreso.
2. Tiene una inclinación y una motivación especial por su carrera y la mantiene durante toda su vida.

3. Posee y domina, por medio de un proceso largo de educación, ciertos conocimientos y habilidades.
4. Intentarán siempre beneficiar a su cliente con el uso de sus conocimientos.
5. Posee un sentimiento y una inclinación específica por el servicio, por el cual utiliza sus facultades de experto.
6. Domina sus propios sentimientos hacia el cliente para cumplir con sus responsabilidades.
7. Se apega a una ética profesional basada en la autonomía profesional.
8. Los profesionales se agrupan en asociaciones cuyas funciones son: Proteger la autonomía de la profesión y desarrollar formas de autogobierno.
9. Son expertos en áreas específicas y concretas en las que fueron preparados y no por ello se les considera expertos en otras áreas.
10. Los profesionales no deben recurrir a procedimientos de reclamo para hacerse de una clientela; únicamente pueden anunciar sus servicios.

El profesional de enfermería dentro de su proceso de atención, cumple también con diferentes roles en las estructuras de las unidades hospitalarias de nuestro sistema de salud; como ser proveedor y gestor del cuidado, siendo este su objeto de estudio (UAEM, 2014: 29), porque la profesión de enfermería es una ciencia, una disciplina y un arte; definiéndola así como la disciplina constituida esencialmente por dos partes: un componente disciplinar y un componente profesional (UAEM, 2014), también como un educador de salud e investigador de la práctica; todo derivado del grado de conocimientos y de sus competencias que se adquieren según el grado de formación, así como la adquisición de valores éticos y de esta manera determinar también el grado de responsabilidad que debe de asumir, respondiendo a una calidad y calidez de los servicios que presta a la sociedad.

Esta colaboración está determinada por los roles profesionales que asumen su perspectiva dentro de la organización; que tienen como eje el proceso de enfermería, a través de las diferentes intervenciones generales y específicas que determinan el dominio de su actuar.

La enfermería al igual que otras profesiones ha experimentado cambios importantes en su formación; hoy en día se establece una causa indispensable para la recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las

diferentes etapas de la vida en el proceso salud- enfermedad, debido a su aportación como integrante del equipo interdisciplinario de salud.

1.2. AUTONOMÍA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1.2.1 Autonomía en enfermería.

La autonomía en el ejercicio profesional de enfermería, es toda libertad de hacer juicios clínicos y tomar decisiones dentro del ámbito o alcance de la práctica profesional (González, 2012: 05); para Tapp (2005), la autonomía en la práctica implica aplicar un cuerpo de conocimientos de la disciplina, como la toma de decisiones, habilidades para solucionar problemas, con autoridad y responsabilidad en cada intervención. Entendiendo otros conceptos la autonomía del ejercicio profesional implica libertad para hacer juicios clínicos y tomar decisiones dentro del ámbito o alcance de la práctica profesional (Cárdenas, 2005: 149).

En enfermería, se considera a quien actúa dentro del marco de la normatividad establecida libremente adoptada, es saber pensar y actuar por uno mismo con la capacidad y la corrección suficiente para no dejarse arrastrar por el ambiente externo o por las propias pasiones o prejuicios.

La autonomía tiene que entenderse como la independencia de cualquier vínculo en la esfera individual y requiere, en el orden social, ser salvaguardado, como requisito necesario para mantener la seguridad del ámbito social. Esto significa que los practicantes de una profesión tienen la capacidad para controlar sus actividades profesionales en el ambiente de trabajo; implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidad de los propios actos, así como autodeterminación y auto reglamentación.

La autonomía es la capacidad percibida para controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias. Wynia MK (Portocarrero, 2010: 6), refiere que por

autonomía profesional se entiende que la profesión establece y hace cumplir los estándares de calidad de la práctica.

La autonomía constituye la base del desarrollo de toda institución lo que implica la calidad o condición de ser independiente y auto dirigido, especialmente en la toma de decisiones, que permite a los profesionales de enfermería ejercer un propio criterio según la normatividad para desarrollar sus funciones.

Según antecedentes la autonomía se remota a Suecia en el año de 1985 con el inicio de programas piloto, donde se formaliza la figura de la enfermera prescriptora con un alto nivel de autonomía sustentada por la calidad de las intervenciones prestadas, basadas en estándares de calidad y fundamentados por el nivel académico representado en su formación académica (Fernández, 2008: s/p).

El desarrollo y fortalecimiento de la autonomía de enfermería se inició con la implementación y progreso de las intervenciones del cuidado, las cuales con el tiempo comenzaron a ser una oportunidad para proporcionar actividades integradoras, mediante la utilización de un fundamento científico. Esto no estuvo libre de polémica; es reconocida la profesión, alcanzando su autonomía en compromiso a las necesidades de la sociedad. La autonomía del profesional de enfermería es un componente esencial de la práctica con calidad (Camargo, 2010: 145), en la que se garantiza un cuidado de manera holística y el componente ético lo comprende la responsabilidad de implementar estrategias de autorregulación de la conducta y desarrollo profesional.

La identidad profesional es el resultado extraordinario de la interacción humana (Zamorano, 2008:170), es entonces que la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina y de su identidad profesional; como variables importantes que afecta la percepción de la enfermera con relación a su satisfacción en el trabajo (Zúñiga, 2009: 1), donde se distingue el diagnóstico de enfermería del diagnóstico médico y se constituye una pauta clara para el desarrollo de la práctica y los saberes de la enfermería (Cárdenas, 2005: 157).

Una profesión es autónoma cuando tiene la autoridad de regular su práctica, para así hacer específicas sus funciones y las responsabilidades, dándose esa identidad profesional que debemos de desarrollar el compromiso profesional y la credibilidad de nuestra profesión (Carrasco, 2012: 59), la autonomía mejorara el nivel profesional desde la formación, al otorgar un cuerpo de conocimientos propios, herramientas para el ejercicio independiente dentro y fuera de las instituciones de salud (Carrasco, 2012).

1.3 JUICIO CLÍNICO EN ENFERMERÍA

El juicio clínico en enfermería se refiere al pensamiento informado, que tiene un objetivo y está orientado a los resultados, lo que permite al profesional aplicar conocimientos reflejados en su actuar empleando habilidades y actitudes para las soluciones de diversas problemáticas (Alfaro, 2009: 7). Está regido por estándares profesionales, códigos éticos y leyes establecidas, durante el proceso, se identifican cuidadosamente de manera oportuna los problemas clave, las cuestiones y riesgos implicados, incluyendo a los pacientes, familias y cuidadores. Se basa en principios del proceso de enfermería, la solución de problemas y el método científico al aplicar la lógica, la intuición y creatividad y tiene que fundamentarse con conocimientos específicos, habilidades y experiencias, está dirigido por las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así como por las necesidades de las enfermeras de brindar cuidados competentes y poder ocuparse de los pacientes (Alfaro, 2009: 7).

Además del pensamiento crítico, que se refiere al pensamiento deliberado, informado, orientado a los resultados de cualquier situación, y con frecuencia se usa como sinónimo de razonamiento crítico, juicio clínico, proceso de enfermería, solución de problemas y toma de decisiones (Alfaro, 2012: 22). Se requiere de estrategias que obtengan el máximo potencial del factor humano para la solución de problemas.

El desarrollo del juicio clínico llega por medio de la experiencia clínica, requiere compromiso con el estudio de los problemas de salud más comunes, la búsqueda

de experiencias clínicas y estar preparadas para el entorno clínico. El utilizar el juicio clínico significa extraer conclusiones válidas y actuar apropiadamente de acuerdo con ellas, de tal manera que el juicio clínico en enfermería está guiado por leyes, códigos, protocolos así como de estándares de actuación

Lo que significa que la enfermera experta, al ejercer su juicio clínico será capaz de interpretar e intervenir, de acuerdo a su experiencia y conocimientos adquiridos en la práctica y deberán de constar de ciertas características:

- **Conocimiento en acción:** el conocer qué por el cómo hacer.
- **Razonamiento en transición:** el pensamiento está en la acción de manera continuada.
- **Práctica basada en respuestas:** respuestas flexibles que se producen por lo cambios y las necesidades de los pacientes.
- **Agudeza perceptual y habilidades de ver el contexto:** capacidad implícita de captar la capacidad y el ambiente.
- **El vínculo entre el razonamiento clínico y ético:** disposición hacia lo que es bueno y correcto.

El actuar del profesional de enfermería se centra desde una práctica enfermera ética, autónoma y competente, así como la protección de la seguridad del paciente.

1.4 RESPONSABILIDAD EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

En la práctica profesional de enfermería el papel que juega la enfermera dentro del Sector Salud es de suma importancia, ya que en contacto directo con el usuario sano o enfermo, las 24 horas del día que están bajo su custodia y su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, se dice como responsabilidad a todo valor que está en la conciencia de la persona, que permite actuar, reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos en el plano profesional y personal, de lo que hace y que requiere de un adiestramiento teórico práctico, previo, recibido en una institución creada con este fin, sino que también debe ampliarse a toda persona que labora permanentemente, en una actividad, y cuyo deber es responder por lo que hace, lo que se entiende implica responder por acciones y consecuencias según (Gamboa, 2015: 06).

Por lo tanto el profesional de enfermería debe rendir cuentas a:

- **Consigo misma:** Trabajando por su mejoramiento y progreso en cuanto a capacitación y actualización permanente para crecer y mantener su competencia profesional a fin de prestar servicios de calidad.
- **Sociedad y medio ambiente:** Proteger a la sociedad de las prácticas deshumanizadas, incompetentes y deshonestas que podrían poner en peligro la salud e integridad de la sociedad y entorno.
- **Los usuarios:** Brindando cuidados de enfermería integrales, seguras, oportunas, humanizadas y con equidad, integrando al individuo, familia y sociedad.
- **A su empleador:** Conociendo el contexto y organización del sector salud, así como a las bases legales y éticas que ordenan la prestación del servicio y el ejercicio profesional para actuar con concordancia.
- **A su profesión:** Dignificando la profesión con un comportamiento íntegro en todos los aspectos y momentos del ejercicio profesional.

La enfermera fortalece su actuar autónomo a medida que centra su responsabilidad en el cuidado del ser humano, ya que su misión de

responsabilidad ética y legal se articula como un servicio a la sociedad donde la moralidad y la ética están implícitas en el cuidado integral de todo individuo, según (Salcedo, 2008: 41), la ética y la enfermería tienen en común ser ciencias basadas en el desarrollo de una forma de pensamiento y tener un uso práctico; ambas cuentan con un sustento filosófico creado a partir de significados y juicios de valor sobre aspectos eminentemente humanos, como son: el ser, la vida, la salud, el bienestar, la enfermedad y la muerte.

1.5 INDEPENDENCIA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1.5.1 Antecedentes

La actividad del cuidado se representaba como conceptos cristianos de salud, enfermedad y de castigo, atribuyéndose los designios de Dios; las mujeres beneficiarias del conocimiento de los cuidados son objeto de persecución y represión por el poder de la iglesia. Estos hechos fomentaron una desvalorización social de la mujer cuidadora, el desarrollo científico y tecnológico proporcionó a la clase médica dominio y poder en su conocimiento. Con ello el médico determinó y ordenó la actividad de la enfermera; decidía su hacer y lo que debía saber. La enfermera cambia de prenda de la hegemonía del sexo a lo religioso, y de esta al poder-hombre médico, lo que impacta en su desarrollo como profesional (Torres; 2006: 112-9). A la enfermería se le arrebató la autonomía, convirtiéndola en colaboradora del médico.

En este contenido emerge enfermería como profesión, dependiente de la autoridad del saber médico. Con la importancia de su formación, una enfermera poseedora de conocimientos técnicos pero con desequilibrio laboral hombre-mujer (Torres, 2006: 112-19). Actualmente la enfermería con bases al método científico y técnicas de investigación, es en este momento producto de su historia de la formación profesional. Holmes y Gastaldo afirman que, ellas ejercen poder y que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas (Sanhueza, 2006: 117).

1.5.2 Identidad Profesional

El desarrollo y construcción sociocultural del rol social profesional y de su identidad como enfermera, es distinguida de otras disciplinas por tener un campo de acción propia, rigurosa y definido; en el cual las enfermeras son aptas para actuar, como en todas las profesiones. Holmes y Gastaldo (2002, 231-40), afirman que, *“de distintas maneras, las enfermeras ejercen poder y que son un grupo profesional muy poderoso, con gran influencia sobre los individuos y las poblaciones y que generan conocimiento e influyen en decisiones políticas”*.

Durante los últimos años se da una transformación ideológica en la profesión, donde enfermeros y enfermeras convencidos de su identidad han realizado aportes filosóficos y teóricos conformando un referente teórico sobre el rol de la profesión. Hoy en día en los servicios de enfermería se tiene la importancia social y económica de tomar decisiones con implicaciones económicas, ya que se utilizan recursos materiales y tecnológicos que suponen un costo para el sistema de salud, de ahí la importancia económica en sus decisiones.

Sin embargo en algunos países e instancias hospitalarias, aún persisten las relaciones de subordinación frente a la profesión médica, una escasa autonomía técnica y una falta de definición como disciplina con funciones independientes, aspectos que se relacionan con el desarrollo de la autoestima de la profesión (Almeida, 1989: 25).

1.5.3 Independencia profesional

El cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión la cual fundamenta mediante sus propias teorías, tecnología y conocimientos actualizados a partir de la comunicación y relación personal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia y la comunidad, en las distintas etapas de la vida, situaciones de salud y del entorno.

Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería (López, 2010: 25). Con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y los cuidados con el fin de desarrollar en lo posible las potencialidades individuales y colectivas. También son definidas las acciones independientes como aquellas en las que el personal es asumido exclusivamente por personal profesional, de esta manera el profesional se centra en realizar sus actividades de manera independiente.

De esta forma para poder llevar a cabo actividades de manera independiente es necesario que el profesional de enfermería cuente con los conocimientos necesarios para realizar prácticas fundamentadas bajo la utilización de un criterio y juicio clínico, en donde se justifique su actuar independiente, siendo partícipe de un equipo multidisciplinario.

1.5.4. Profesionalización de la enfermería

La profesionalización de enfermería ha ido consolidándose, donde cada país ha tenido sus procesos de profesionalización de acuerdo a las condiciones y desarrollo. Los programas de enfermería tienen el compromiso urgente de fortalecer la autonomía, la identidad, el estatus, el posicionamiento, la apropiación del cuerpo de conocimientos para consolidar y proyectar el desarrollo profesional de la profesión. Los programas pasaron del predominio médico a ser dirigidos por enfermeras, y los currículos estructurados según el Ser, Saber y Hacer de la profesión (cuerpo de conocimientos). La enfermería está madurando; comenzó el desarrollo de su cuerpo de conocimientos desde inicios del siglo pasado y su avance continuo (Vásquez, 2006: 80).

El proceso de profesionalización provoca el desarrollo teórico de enfermería, originando un marco conceptual propio que fundamente la identidad profesional y así disminuya la dependencia con otras profesiones de la salud. El estatus o prestigio social está determinado por la utilidad y el reconocimiento público otorgados por el campo profesional (Gómez, 2009: 12).

1.5.5. Toma de decisiones

La toma de decisiones se entiende como todo juicio o actividad de procesamiento de la información necesaria, que permite llegar a un fin satisfactorio (Obiols, 2009), o de la misma manera se debe entender como un proceso continuo de carácter cognitivo, emocional y social (Obiols, 2009: 7); ya sea que en el mundo laboral la toma de decisiones es una realidad profesional donde se apoya con procesos de decisiones profesionales que fundamenten esta toma de decisión así que en el personal de enfermería se caracteriza el proceso de decisión adquiriendo una capacidad de análisis para resolver sus problemas (Spagnol, 2005) en (Gómez, 2015: 45).

En toda intervención para la toma de decisiones se requiere de planteamientos teóricos que van fundamentando dicho proceso, teniendo indudablemente una complejidad no sólo de tipo cognitivo, sino de tipo emocional y social (Obiols, 2009: 5). De esta forma la dimensión cognitiva en la toma de decisiones desarrollada en el profesional de enfermería como una serie de competencias cognitivas las cuales se preparan para saber tomar decisiones.

1. El conocimiento de los demás: ha de desarrollar competencias interpersonales que le permitan conectar con aquellas personas que, en un momento determinado, le pueden ayudar en su proceso de decisión profesional.
2. Información adecuada sobre el problema a decidir: todas aquellas alternativas que es necesario tener en cuenta para tomar una decisión adecuada.
3. Habilidad para evaluar y organizar la información relevante: debe saber analizar de forma correcta y objetiva las diferentes alternativas que van a ser imprescindibles en la decisión.
4. Habilidad o eficacia para resolver problemas: tiene que estar en posesión de las competencias básicas para afrontar con éxito la toma de decisiones (Obiols, 2009: 14)

Las decisiones adecuadas implican la integración de lo racional, lo emocional y social, siendo difícil pensar que en algún problema o elección el profesional de enfermería no esté asociado con emociones y relaciones sociales, que se han de tomar en consideración con las emociones y las habilidades interpersonales (Obiols, 2009: 17).

1.6 ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MÉXICO

1.6. Antecedentes de la partería

Los aztecas eran de los pueblos más civilizados en la antigüedad, para ellos el nacimiento de un nuevo ser se encontraba únicamente en manos de las mujeres, las cuales vigilaban los embarazos y asistían los partos y puerperios. Esta responsabilidad recaía en la "Ticitl" como curadora del vientre (Gómez, 2011: 95).

La Ticitl mujer encargada de brindar cuidado a las mujeres durante el pre, trans y pos-parto; ejercía un verdadero matriarcado obstétrico y era tratada con veneración por los valiosos servicios que prestaba, especialmente desde el inicio del embarazo a través de cuidados y orientaciones. Actualmente la enfermería Perinatal realiza intervenciones en el ámbito de la salud como indicador significativo de desarrollo económico, social, y cultural.

1.6.1 Las Parteras en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Es hasta antes de 1950 se observó el surgimiento y desarrollo de la partería profesional en México. Esta carrera, creada en el siglo XIX por la profesión médica, como medio de eliminar a las parteras tradicionales y de acceder a las embarazadas, parturientas y puérperas. La relación entre médicos y parteras no estuvo nunca exenta de contradicciones, pero éstas se agudizaron a partir de la instauración de la ginecología como especialidad en México. A mediados del siglo XX, los médicos limitaron la manera creciente del campo de actividad hasta que la partería profesional fue eliminada (Carrillo, 2011: 6).

Parte de este proceso es el desempeño de las parteras en el nacimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Desde sus inicios, en 1943, el compromiso institucional que asume el personal de salud de la Seguridad Social se refleja en la salud de los mexicanos a sus casi 70 años de distancia (Pérez, 2012:9).

En el profesiograma del Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, el escalafón de Parteras se creó como una rama independiente de enfermería con dos categorías, la de Partera y de Jefe de Parteras. La primera con las actividades de atención parturientas, control administrativo y observancia de técnicas fijadas por la institución, en la cual quedó la atención del parto eutócico bajo su responsabilidad. La jefe de parteras, encargada de dirigir y colaborar con el personal de parteras, enfermeras y auxiliares de enfermería en la atención de parturientas además de labores técnico-administrativas inherentes a su cargo (Pérez, 2012: 9).

1.6.2 El ejercicio de la partería.

En la década de los años 40 la mayoría de las mujeres daban a luz en sus hogares, tanto en el medio rural como en el urbano, y como el nacimiento además de ser un acontecimiento biológico también es social, la persona que proporciona la ayuda en el momento del parto tiene un reconocimiento especial. Por otra parte, las ideas predominantes con relación a la asistencia de la mujer durante la gestación, parto y puerperio son de consenso general y tienen gran influencia sociocultural. La partera, hubo de ajustar la práctica libre que desarrollaba en la atención domiciliaria del parto, para desarrollar las funciones y actividades supeditadas a las exigencias y el desarrollo político social institucional (Pérez, 2012:10).

En 1944 que se inició la actividad asistencial del IMSS, las parteras ejercían libremente la profesión y la población las consideraba parte constitutiva del núcleo familiar, al igual que el médico de la familia de la clase media y de otros estratos

sociales más altos. Al promoverse entre la población la asistencia institucional del parto así como la práctica más conveniente, la partera en las maternidades mantuvo una imagen de seguridad para la población derechohabiente. Por otra parte, al quedar cautiva en las unidades médicas para la atención de los partos eutócicos cedió el paso al avance técnico científico de la Gineco-Obstetricia, lo que produjo un cambio en las funciones que había desempeñado y posteriormente pasaría a formar parte del equipo obstétrico institucional perdiendo su autonomía en el ejercicio de partera (Pérez, 2012: 10).

1.6.3 Educación para la enfermera obstétrica

Del 3 de noviembre al 14 de diciembre de 1954 se celebró el 4º. Seminario de Educación en Enfermería en México, en el que participaron países de América Latina. El objetivo de este seminario fue estudiar la situación real de los servicios de enfermería del país, para que la preparación del personal se basase en las necesidades existentes y para así conseguir el mejoramiento de los servicios de enfermería en toda la América Latina (Pérez, 2012: 11). La trascendencia de este evento fue la definición de las políticas de la formación de los recursos de enfermería y parteras. El presidente del Colegio Nacional de Médicos Cirujanos, dicta que la importancia de la actuación médica privada y funciones de enfermería y obstetricia en la asistencia de pacientes, donde destaca la posesión del mejor estado de salud que se puede alcanzar, se constituye a la par de uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, opiniones políticas y condiciones económicas y sociales y se afirmó también que los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos y no pueden hacer frente a estas responsabilidades, sino tomando las medidas sanitarias y sociales apropiadas. Para cumplir con esta declaración, se considera indispensable el bachillerato de ciencias biológicas, estudios de sociología y la carrera completa de enfermería y obstetricia (Pérez, 2012:10).

La carrera de Partera como fue concebida en el siglo XIX, se mantuvo hasta 1945. Los avances de la medicina y la tecnología utilizada para el diagnóstico y

tratamiento fueron propios del uso de los médicos y no de las parteras. El reconocimiento de las parteras fue en las comunidades donde realizaban la práctica y atención de los partos, pero también de los médicos que asistían con ellas a las clases en la universidad. Debido a la importancia de institucionalizar la atención del parto se redefinen las funciones de las parteras que habrían de ser aplicadas al final de los años 50s y principios de los 60s, en las maternidades del sector salud. Se afirma el papel secundario de la partera en suplencia de la ausencia del médico (Pérez, 2012:11). Seis años después, en 1960, se inició primer el congelamiento de plazas de las parteras; en segundo término, el cambio de sus funciones en las instituciones de salud; ya no les permitieron realizar la atención de los partos, sólo ayudaban al médico durante el evento obstétrico. Ante esa situación, a partir de 1961, se observó una baja en el registro de títulos de partera en la Dirección General de Profesiones. En función de los avances científicos y tecnológicos de la Obstetricia no se vieron reflejados en los planes de estudio de las parteras, los cuales conservaron casi la misma estructura desde 1912 hasta 1968.

La construcción de grandes hospitales fue la oportunidad de ingresar como enfermera dejando atrás la profesión de partera. Por otra parte, la mayoría de las escuelas que impartían la Carrera de Enfermera y la de Partera, en la Ciudad de México, cerraron su matrícula para la formación de parteras y dio lugar a la formación de Licenciados en Enfermería y Obstetricia, estos son los herederos del compromiso social del cuidado de la población materno infantil, en los diferentes ámbitos de trabajo (Pérez, 2012:11).

1.6.4 La enfermera obstetra en la actualidad

En 2005, se recupera el código laboral de Enfermera Obstetra (ISEM, 2013: 34). La formación del profesional de enfermería en el área Obstétrica, tiene como objetivo ser competente en los cuidados específicos y autónomos dentro de los servicios de salud en esta área; para la enfermería obstétrica se requiere de ofrecer un cuidado humanizado, esto es primordial, ya que permite la

interpretación de las necesidades de las usuarias en todas sus dimensiones y la toma de decisiones independientes para dispensar los cuidados de enfermería de alta calidad.

La enfermera obstetra, es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles. La enfermera obstetra, no solo atiende el parto con calidad técnica, sino realiza la doble función de acompañar estrechamente a la mujer durante todo el proceso (ISEM, 2013: 35).

Las competencias específicas de la enfermera obstetra, estas están dirigidas a un cuidado prenatal, el trabajo de parto y parto, el puerperio y el recién nacido; se incluye a su vez la atención de urgencias obstétricas y neonatales la competencia general en la comunicación, interculturalidad, administración y el control prenatal que otorga un cuidado holístico a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo, en la atención se proporciona mediante la vigilancia continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto atendiendo a las condiciones generales y obstétricas, previniendo la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad del binomio madre-hijo. Las enfermeras obstetras presentan un perfil integrado a un cuidado con calidad y calidez, respetando los derechos de las mujeres, siguiendo protocolos y procedimientos clínicos intrahospitalarios (ISEM, 2013: 3).

Además brinda el cuidado integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, mentales, emocionales, sociales y culturales de la puérpera y la familia; el cuidado al recién nacido proporcionando atención inmediata, mediata y tardía, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte.

Competencia en la Interculturalidad que se brinda en el cuidado obstétrico con un enfoque integral, la intercultural basada en un conocimiento de ciencias

sociales, como también la salud pública y la ética relacionada con la salud reproductiva, aplicando un modelo de información educación y comunicación, para que las personas logren una vida familiar saludable, embarazos planeados, una paternidad responsable y el auto cuidado de salud.

Competencia administrativa a la enfermera obstetra define un plan de acción y la forma de organizar los recursos que estén a su disposición y del ámbito de su capacidad, la competencia en las urgencias Gineco-obstétricas, donde se manejan situaciones críticas que representan amenazas serias para la vida de la mujer en cualquier etapa de su embarazo o el parto y puerperio, también en la competencia de atención en caso de urgencias neonatales donde se tratan situaciones críticas que representa amenazas serias para la vida del recién nacido.

El desempeño asistencial que proporciona la enfermera obstetra en cuidados profesionales aplica el proceso de atención de enfermería, con base en el respeto de su concepción holística, dignidad humana y diferencias culturales, enmarcados en los conceptos de la ética, la calidad y el enfoque de riesgo. De la misma manera la competencia en comunicación para informar y educar a la embarazada, así como a su familia sobre aspectos de autocuidado de su salud utilizando para ello habilidades de comunicación, interacción y negociación con grupos culturalmente diversos.

La formación de la enfermera obstetra es un medio para satisfacer las necesidades de las mujeres durante la gravidez, ha generado un renovado compromiso de no solo mejorar la calidad de la atención, sino además asegurar un nacimiento humanizado, que reconozca y respete sus opciones y preferencias durante el proceso de parto (ISEM, 2013: 34).

Los diferentes programas avalados por las instituciones de salud, que la enfermera obstetra orienta sus actividades asistenciales a brindar un cuidado integral y holístico en salud en forma precoz, continua, económica, humana y oportuna a la mujer en las diferentes etapas y periodos de su ciclo vital, reproductivo y el del recién nacido sano. La labor de la enfermera obstetra es participar dentro del equipo de salud para el mejoramiento de la calidad de vida

de la familia y la sociedad, mejorar la salud reproductiva de la mujer Mexicana, de su pareja, familia y comunidad; promoviendo ambientes y estilos de vida saludables en la mujer y familia, al prestar servicios en las áreas de gerencia de los servicios de salud, educación y de investigación.

Desde la perspectiva del profesional de enfermería obstétrica debe buscar a través de su formación científica, técnica, social y humanística mejorar la calidad de vida de la mujer en sus etapas y periodos del ciclo vital. Todo lo cual significa que el cuidado integral a la mujer no solo va dirigido a ella sino también con direccionamiento a nuestra sociedad.

1.6.5 Antecedentes de la enfermería perinatal en México

Es en 1978 cuando se funda la Asociación civil (GEN), grupo de estudios al nacimiento. En 1987 se diseña un proyecto de investigación operativo de orientación perinatal, Se toma la decisión de abrir el CIMIGen (Centro de investigación materno infantil del grupo de estudios al nacimiento), como una institución de asistencia no lucrativa, abierta a toda la población. Una de las estrategias para esta operación es preparar al personal profesional de Enfermería y Obstetricia egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México para la atención Materno Infantil. Es en 1997 donde se inicia la especialización en Enfermería Perinatal donde comparte sede con CIMIGen e INPer, en el cual el profesional de enfermería está capacitado en una evaluación efectiva de los factores de riesgo en la etapa reproductiva y perinatal (Tapia, 2012: 10) y refiere oportunamente los casos de alto riesgo al nivel subsecuente de atención, que sustenta en la semaforización, color verde indica Riesgo Bajo (rb); amarillo Riesgo Medio (rm) y; rojo Riesgo Alto (ra), es decir, en una escala ordinal.

A través del avance de la Especialización en Enfermería Materno perinatal, se ahondan temas relacionados con el cuidado de enfermería Materno perinatal y habilidades para que la enfermería pueda cumplir con las competencias propias

del cuidado materno perinatal, en los servicios tanto ambulatorios como hospitalarios donde se encuentra la madre y el perinato.

La mayoría de las causas de mortalidad materna son evitables y susceptibles de ser reducidas con medidas de promoción, prevención, manejo y control de los riesgos condicionantes a nivel biológico, psico-social y cultural, en la atención prenatal, parto, postparto y recién nacido. La Especialización en Enfermería Materno Perinatal se brinda como una respuesta a la necesidad sentida en el país y la región, como es contribuir a disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO II

2. REPRESENTACIONES SOCIALES

2.1.1 Antecedentes.

La Representación Social se entiende como un sistema de valores, ideas y prácticas con una función doble: que en primer lugar, establece un orden que permite a los individuos orientarse a sí mismo en su mundo material y social; y como dominarlo. En segundo lugar permite que se produzca la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedad los diversos aspectos de su mundo, su historia individual y de grupo. (Moscovici, 1973: 17).

El término de las representaciones sociales como se sabe fue desarrollado por Serge Moscovici a mediados del siglo XX en su estudio sobre la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa (Moscovici, 1979) citado por (Moscovici, 1961). Su propósito fue volver a definir los problemas y el marco conceptual de la psicología social a partir del fenómeno de la representación social. (Villaroel, 2007: 434-54).

La singularidad de las representaciones sociales plantea que el sentido común nos sirve para el intercambio de acciones diarias, estas se ordenan a partir de los patrones difundidos en una sociedad o cultura dada; esos patrones se reconstruyen por medio de la comunicación social intercambios entre un sujeto y grupo social.

El concepto de la teoría se refiere a formas de conocimiento social las cuales, en las personas se interpreta con la realidad cotidiana. De manera que las representaciones pueden ser: Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar los fenómenos y a los individuos que tienen que ver con las teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. (Jodelet, 1986: 407-73), citado en (Jodelet, 1984).

El problema a resolver, casi cuarenta años después, dice Moscovici (2012; 208) era como el conocimiento científico es convertir en conocimiento común o espontáneo, y tratar de entender y valorar el pensamiento ordinario que de esta perspectiva es visto como un resultado de amplios procesos de modernización (Villarroel, 2007: 434-54).

Dice (Jodelet, 1986: 457-78) *representar es sustituir, poner en lugar de... reproducir mentalmente una cosa, se trate de personas, objetos, eventos e ideas... representar es hacer presente en la mente*. La representación vendría a ser la sustitución cognoscitiva del objeto, sea este real, mítico o imaginario. La representación social descubre un nuevo ámbito de acción para la ciencia social contemporánea. En efecto abre la posibilidad conceptual de descubrir en el seno de las culturas actuales las visiones del mundo de la mujer y el hombre común, que si bien pueden ser no científicas, son en cualquier caso, formaciones cognoscitivas legítimas que tienen una función precisa en la orientación de los comportamientos y de la comunicación entre los individuos y los grupos (Villarroel, 2007: 434-54).

Durkheim definió al hecho social como algo enteramente diferente del fenómeno psicológico. La conciencia colectiva no pertenece al mismo orden de la conciencia individual, las que revisten los estados colectivos al refractarse en los individuos son realidades de otra especie. Se trata de representaciones de otra clase, resultados de la vida común que expresan la reflexión del colectivo respecto a los objetos que lo rodean. De ese proceso de reflexión colectivo emergen las concepciones religiosas, los mitos y las creencias las representaciones colectivas comunes a los individuos de una sociedad. (Durkheim, 1988: 56-68).

Representar una cosa, un estado, afirma (Moscovici, 1979: 39) no es simplemente desdoblamiento, repetirlo o reproducirlo, es reconstruirlo, retocarlo, cambiarle el texto. Cuando nos representamos no solamente reconstruimos de modo simbólico sino que esa representación tiene un significado para alguien. Sea para nosotros mismos o para otra persona. Ello hace surgir una dimensión de interpretación (Villarroel, 2007: 434-54).

2.1.2 Dimensiones en opinión, Moscovici

Se construye una representación social, con pensamientos cotidianos cuyos contenidos se construyen y reconstruye en hechos; las creencias son el componente de esas formas diversas según las culturas y los grupos sociales. Moscovici define como *la opinión pública, el corazón colectivo de un universo de opiniones*. Y se hace operativa cuando resulta de la necesidad de una colectividad para hacer familiar lo extraño e integrarlo, trasladando los contenidos de una ciencia o de un conjunto de ideas a la realidad inmediata en la cual se desenvuelven los actores sociales. (Moscovici, 1979: 45-48).

El mecanismo mediante el cual se elabora y se describe el funcionamiento de una representación se reconoce sobre el proceso de objetivación; es el proceso que permite hacer real un esquema conceptual, al construir un cuerpo de conocimiento en relación con un objeto de representación, donde el lenguaje y los conceptos científicos pasan al lenguaje corriente (Moscovici, 1979: 75-77).

En el estudio cuál tiene como objetivo el interpretar mediante las circunstancias a los grupos que se comunican, toman decisiones, se revelan con sus acciones, sus creencias, sus ideologías, como respuesta humana, emanan de las representaciones sociales, todo esto Moscovici citado en (Mora, 2002), refiere las dimensiones de la representación como universos de opinión, pueden ser analizadas con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud (Mora, 2002: 10).

Es importante percibir la coexistencia de las tres dimensiones: La información, que está relacionada con la organización de los conocimientos que el grupo posee al respecto de un objeto social; el campo de representación o imagen, que exprime una idea de organización de contenido; y la actitud, que exprime la orientación general, positiva o negativa frente al objeto representado. De esta forma, la organización de esas dimensiones ofrecen una visión general del contenido y del sentido del objeto representado (Moscovici, 1973).

- Lo que conoce: La información
- Lo que representa. El campo de representación.
- Y lo que significa. La actitud es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social.

2.1.3 Factores que originan una Representación Social

Según Moscovici, las representaciones nacen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, se deducen tres condiciones de emergencia:

La dispersión de la información, la información que se tiene nunca es suficiente y generalmente esta desorganizada; los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta para formar una idea o propósito de un objeto preciso son generalmente limitados y muchas veces abundantes.

Focalización, se representa cuando una persona a una colectividad se focaliza porque está involucrada en la interacción social como hechos que alteran las ideas y opiniones.

Presión a la inferencia, socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones; acerca de los hechos que están focalizados por el interés público. En la vida cotidiana, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del grupo social o de los miembros que lo integran, que sean capaces en todo momento que estén en situación de responder (Materán, 2008: 243-48).

2.1.4 Modelos en las Representaciones Sociales

Para Pérez (2004), sostiene que la teoría de las representaciones sociales trata de responder al punto de cómo los factores sociales y culturales establecen el estilo de pensar de los individuos. Al aprender de las representaciones sociales se abordan la relación entre una dinámica social y una dinámica psíquica, o sea, la interdependencia entre el contenido, la cultura, la sociedad y el funcionamiento mental de un individuo.

Para Farr (citado en Mora, 2002), para este autor, las representaciones sociales son: Sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio. No representan simplemente opiniones acerca de, imágenes de o actitudes hacia sino teorías o ramas del conocimiento con derechos propios para el descubrimiento y organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y practicas con una función doble: primero establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material, social y, dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedad los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Mora, 2002:7).

Para Abric (1996), señala que las representaciones sociales están conformadas por dos componentes. Por un lado los componentes cognitivos y por otro el componente social. Un componente cognitivo porque las personas o el grupo tienen un rol activo en la apropiación y en la reestructuración de la realidad. Por otra parte, las representaciones tienen un segundo componente, el social; relacionado al hecho de que las mismas son producidas y generadas de manera colectiva y en interacción social, y participan en la elaboración de una realidad que es común a un grupo social.

2.1.5. Dinámica de la Representación Social

Las representaciones permiten al individuo organizar, categorizar y comprender en sus esquemas los objetos de una realidad, pero además, comparten con los diferentes grupos ciertos códigos comunes en relación a ello.

La representación social es una valiosa herramienta dentro y fuera del ámbito de la sociología social, porque ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas (Araya, 2002: 9). Las representaciones son como el resultado de consecuencias acumuladas entre la ciencia y la filosofía. El aspecto central de las interacciones humanas y los hechos, como estados psicológicamente representados en cada uno de los partícipes (Moscovici, 2012: 40).

La comunicación social se basa en el intercambio alternativo de mensajes lingüísticos y no lingüísticos (gestos, imágenes, lenguaje corporal, etc.). En (Farr, 1983: 655), escribe una definición sumaria de las representaciones sociales, sistemas de valores, ideas y practicas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Las representaciones sociales deben ser vistas como una forma específica de entender y comunicar donde nos permite una descripción de los hechos observados, pero con un conocimiento de la creencia de lo aprendido. Se analiza la interpretación, entre las usuarias y los familiares, donde el personal de enfermería participa en este proceso de sus vidas. Siendo este un intercambio alternativo de experiencias que se transmite como información determinada a influir entre los demás es un intercambio de sentimientos; *porque cada persona tiene una forma de concebir el proceso de vida según García* (Reforma, 2013: 09).

La teoría tiene como esencia el sentido común, su comunicación y la construcción de la realidad cotidiana; son particulares de nuestra época principalmente por la cantidad de información, por su validez como modelo social, y la consecuencia del poder que estructuran las ideas en un esquema teórico intacto, se entiende como que el sentido común se atribuye como la definición más ampliada y precisa de las relaciones de intercambio social (Mora, 2002:24).

La observación en la vida cotidiana permite tener la habilidad metodológica bajo la perspectiva teórica, donde se puede analizar un gran tipo de fenómenos con percepción social y de mecanismos de comunicación. Las creencias y los mitos, los criterios son formas de pensamiento de influencia social como fenómenos, que dicho sea no son exclusivos de la psicología social y que ahora más que nunca se imponen como material de análisis de cualquier estudio social, (Moscovici, 1979: 176-77). Aparecen como fenómenos a los que se debe mirar detenidamente, fenómenos familiares de

prejuicios sociales o raciales, de estereotipos y de creencias (Moscovici, 1985: 34).

Dice Moscovici, citado en (Moscovici, 1979: 17-18), que la representación es un cuerpo organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social se integra a un grupo o en una relación cotidiana de intercambios liberan los poderes de la imaginación.

CAPÍTULO III

MARCO CONTEXTUAL.

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

3.1 POBLACIÓN

El estado de México se considera el estado más poblado de México, tiene un número aproximado de población de 16, 187,608 millones de habitantes, el 13.5% de la población en el país (INEGI, 2015: s/p); si bien en números absolutos ocupa uno de los primeros lugares del total de muertes maternas que ocurren en el país (INEGI, 2010: 119-992), su razón de Mortalidad Materna 45.5 x 100.00 Nacidos Vivos, ocupando el lugar 19 a nivel nacional (INEGI, 2010). En los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el procedimiento con más frecuencia a ser atendido, es el parto: en 2011, se atendieron en el estado un total de 119.555 (ISEM, 2013: 42).

Atlacomulco es un municipio que cuenta con un total de población de 100,675 teniendo entonces 53,337 mujeres en todo el municipio; y en etapa reproductiva 47,338 mujeres con edades de más de quince años (INEGI, 2015: s/p), visualizando esta situación en aras de salud pública; el Instituto de Salud del mismo estado (ISEM) establece la Maternidad como estrategia para enfrentar las deficiencias de capacidad y obstáculos a los accesos de servicios de salud en el área de obstetricia, de tal manera enfrentar la problemática en el Norte del Estado de México.

El municipio de Atlacomulco está ubicado en la zona noroeste del Estado, que limita al norte, con los municipios de Acambay y Temascalcingo; al noreste, con el municipio de San Andrés Timilpan; al este, con los municipios de San Bartolo Morelos y San Andrés Timilpan; al sur y oeste, con el municipio de Jocotitlán; al noroeste, con los municipios de Temascalcingo y El Oro. Tiene aproximadamente una distancia de 63 kilómetros, de la ciudad de Toluca, capital del Estado.

Los primeros habitantes de estas tierras del norte del estado, fueron los mazahuas que la nombraron “Ambaro” que en español significa "piedra colorada". Pero, al ser conquistados los Mazahuas por los Náhuatl, le cambiaron el

nombre a Atlacomulco, compuesto de “atlacomulli” que significa “en los pozos”. (Arias ,1997: 93).

En la actualidad se tiene presencia de grupos étnicos; se observa que en el Municipio su participación es del 14.47% de la población con condición de lengua indígena, teniendo ese registro hasta el año 2000 (Gobierno del Estado de México, 2011).

Su conformación en este municipio es de una población indígena de 17.78 %, de estos 94.4% son Mazahua, Otomí de 1.94% y Náhuatl 1.94%. (Gobierno del Estado de México, 2011: 89). De acuerdo con estudio reciente, el riesgo materno en los municipios indígenas y con elevado índice de marginación y aislamiento geográfico, social es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados (Conapo, 2006: 01). Los pueblos indígenas son los que presentan mayores índices de mortalidad y morbilidad; son los que tienen menores coberturas de servicios en el área de salud.

Para mejorar la salud materna e identificar y solucionar las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud, así como los obstáculos de acceso a los servicios de salud, dentro de las políticas del gobierno para disminuir esta problemática en el estado de México, se instituyó una estrategia para hacer frente a esta problemática de salud pública, estableciendo la maternidad en el área norte del estado, para ofrecer servicios de atención de enfermería en el área obstetra y perinatal otorgando una atención integradora a la paciente embarazada (Pelcastre, 2005: 377).

Atlacomulco presentó un cambio importante en cuanto a la actividad que realiza la población, ya que en la población económicamente activa se dedicaba a las actividades primarias como el comercio. Se refleja que en los últimos años, Atlacomulco se ha convertido en un referente de bienes y servicios a nivel regional (XII Censo, General de Población y Vivienda, 2010).

La relevancia de Atlacomulco está representada por la estructura de ciudades, en donde se determina un nivel de servicios de carácter regional, por lo que su ámbito de influencia se encuentra integrado por ocho Municipios. Estas

relaciones, son principalmente por el papel central que tiene Atlacomulco como centro regional, en el cual se prestan servicios educativos, de salud y administrativos a los Municipios circundantes; Atlacomulco, la afluencia que tiene es de los siguientes municipios, del sistema de ciudades de la Región del Valle Atlacomulco-Jilotepec, con los cuales, mantiene relaciones funcionales en el área de salud y económicas de intensidad variable, siendo las más directas, con los municipios de Ixtlahuaca y San Felipe del Progreso, siguiendo las establecidas con los municipios de Jocotitlán, Acambay y El Oro. Adicionalmente, se identifica un vínculo importante con los Municipios Morelos y Temascalcingo.

3.1.2 Salud y Asistencia en el Municipio de Atlacomulco

La preservación de la salud de los habitantes, es de gran interés para las instituciones federales, estatales, municipales y particulares, que dan servicio a quienes lo solicitan las 24 horas del día, los 365 días del año.

La atención a la salud que se realiza en el Municipio a través de siete instituciones oficiales (Cuaderno Estadístico Municipal, 2006).

- El Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM).
- La Cruz Roja Mexicana.
- El Instituto Nacional Indigenista (INI).
- El DIF municipal.

Las instituciones que prestan atención a la salud con mayor porcentaje a la población en el municipio son; el ISEM, IMSS, ISSSTE, ISSEMYM y la medicina particular. La cabecera municipal es la que cuenta con servicios completos de salud, además de clínicas y consultorios. Otras localidades sólo tienen centros de

salud para dar la atención del primer Nivel. (Plan Municipal de Desarrollo Urbano de Atlacomulco, Estado de México, 2004).

La Maternidad Atlacomulco forma parte de la red de Instituciones de Salud del Estado de México (ISEM). Al ser una institución pública de población abierta, está comprometida a otorgar atención a toda la población, cuenten con el seguro popular o no; es así como esta entidad ofrece atención las 24 horas durante los 365 días del año, haciéndolo de manera gratuita.

3.2 MODELO DE ATENCIÓN

3.2.1. Antecedentes del Modelo

Las enfermeras obstetras son elementos valiosos que proveen atención para el logro de los objetivos en salud nacional, al ofrecer el cuidado durante el embarazo, parto y postparto de las mujeres en nuestro país, de ahí disminuir la mortalidad materna y mejorar la atención obstétrica como prioridad nacional en materia de salud, ya que en el año 2000, México firmó la declaración milenio de las Naciones Unidas, la cual tenía como meta explícita, reducir la razón de mortalidad materna entre 1999 y 2015 (INSP).

A inicios del año 2005, se recupera el código de Enfermera Obstetra. Desde este año, se ha realizado una serie de estudios, donde se muestra el apoyo a los profesionales de enfermeras obstetras y parteras profesionales con una formación de 3 años, en el cuidado y atención del trabajo de parto y parto. En la estrategia de reducción de la Mortalidad Materna (2009), la Secretaría de Salud Mexicana, establece este modelo de atención no médico; donde la enfermera obstetra, no sólo atiende el parto con calidad técnica, sino que realiza la doble función de acompañar estrechamente a la mujer durante todo el proceso (ISEM, 2013: 35).

En México, la mortalidad materna ha descendido progresivamente desde hace varias décadas, sin embargo su reducción debe acelerarse: se estima que en 1990 la razón de mortalidad materna (RMM), ascendía a 89 por 100 mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y en 51.5 en 2010. A pesar de los

esfuerzos realizados, es un desafío alcanzar la meta de 22 muertes por cada 100,000 nacimientos para 2015 (ISEM: 2013; 7).

Dentro de las políticas se han intentado introducir una serie de estrategias para dar frente a esta problemática de salud pública y una de ellas es la introducción de prestadores de cuidados de la salud como parteras y enfermeras obstetras, los cuales han dado muestra de su capacidad para otorgar una atención integradora a la paciente embarazada, por la falta de personal capacitado para cumplir con las demandas de la población a nivel nacional, que otorgue atención oportuna, de alta calidad, empatía y acorde a las necesidades de las mujeres embarazadas, sigue siendo un verdadero reto para las instituciones que brindan estos servicios de salud en México.

Como antecedente de los partos y cesáreas atendidos en el ISEM, ocurren en los hospitales de segundo y tercer nivel; teniendo como dato que en el 2011, fueron atendidas el 44% del total de nacimientos registrados en ese año en el Estado de México. Por ende en agosto del 2006, da inicio de la gestión de la Jefa Estatal de Enfermería la cual, incorporar a enfermeras en los servicios de salud materna. Es la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, quien diseña este nuevo modelo de atención obstétrica, como Modelo Obstétrico de Enfermería (MOE), cuyo propósito es aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial de las licenciadas en Enfermería y Obstetricia y de las especialistas en Enfermería Perinatal (ISEM, 2013: 42).

3.1.3 Fundamentación del modelo

La atención materno infantil, según el objetivo del capítulo V, artículo 61 de la Ley General de Salud (2016); habla sobre la protección materno infantil y la promoción de la salud materna, que comprende el período del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto. La atención materna infantil tiene carácter prioritario y comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera; también la atención de transmisión de VIH/Sida y otras Infecciones de transmisión sexual, en mujeres embarazadas a fin de evitar la transmisión perinatal.
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento, desarrollo integral, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, atención prenatal, así como la prevención y detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, y en su caso atención, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz ampliado, y su salud visual.
- III. La revisión de retina y tamiz auditivo al prematuro.
- IV. La aplicación del tamiz oftalmológico neonatal, a la cuarta semana del nacimiento, para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera, y su tratamiento, en todos sus grados.
- V. La atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo y promoción de la integración y del bienestar familiar (Ley General de Salud, 2016: 20).

La salud de la mujer y, en particular los aspectos vinculados a la maternidad, se han abordado en varios foros internacionales. En 2002 y 2004, la Asamblea de la Salud aprobó resoluciones en materia de salud reproductiva. En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce que la morbilidad materna como prevenible, y establece una gama de determinaciones vinculada a la salud, al desarrollo de los derechos humanos y las libertades fundamentales (ISEM, 2013: 7).

El proceso fisiológico de la maternidad para la mayoría de las mujeres y familia es un momento especial en sus vidas, donde se espera una asistencia de calidad y humanizada, premisa que debería ser comprendida en todos los actos y actitudes del equipo multi-profesional, que este conformado por profesionales conscientes del papel que desempeña en ese proceso, al cuidado de la mujer durante la gestación y parto, de tal manera rescatar la singularidad de ese momento. La creación de un vínculo más profundo con la gestante, transfiriendo para ella confianza y tranquilidad durante la implementación de las nuevas estrategias para humanización del parto.

La Maternidad Atlacomulco está basada en la Enfermería Perinatal Profesional, especializada y de alta calidad, cuyo objetivo es el de proporcionar atención perinatal y en salud reproductiva de calidad, incluyendo todas las etapas del embarazo, el parto y el puerperio, así como la salud y bienestar del recién nacido (ISEM, 2013: 45). Todos los servicios de la Maternidad son proporcionados por enfermeras obstetras y perinatales, lo cual favorece una atención más cercana y personalizada de la mujer embarazada, desde las primeras consultas prenatales hasta las de revisión durante el puerperio, que facilitan un proceso de vinculación emocional entre las usuarias. Los servicios están divididos en dos grandes áreas. El área de consulta externa incluye los servicios de vigilancia prenatal, puerperio y clínica de lactancia materna, planificación familiar, estimulación temprana, psicoprofilaxis perinatal y medicina preventiva. Todos estos servicios son atendidos por enfermeras.

Para la atención de parto de bajo riesgo, la maternidad cuenta con los servicios de triage obstétrico, sala de trabajo de parto, sala de nacimiento y sala de recuperación. La Maternidad incluye además, aéreas de formación de enfermeras obstetras siendo sede del posgrado en enfermería perinatal.

3.1.4 Misión de la maternidad

Proporcionar atención de enfermería altamente profesional, de calidad y con alto sentido humanístico a la mujer, durante todo el proceso reproductivo, mediante la realización de acciones oportunas y asertivas de vigilancia prenatal que conduzcan hacia un embarazo saludable, un parto seguro, un puerperio sin complicaciones y un nacimiento y crianza óptimos, con la participación de la pareja y familia.

3.1.5 Visión de la maternidad

Consolidar el modelo de enfermería obstétrico como parte de la red materna en el ISEM, a través de la gestión e innovación del cuidado integral a las mujeres embarazadas, sustentado en evidencias como pilar de la investigación.

3.1.6 Objetivos de la maternidad

Contribuir en la atención de las mujeres embarazadas de bajo riesgo, en el control prenatal, embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

Contar con profesionales de enfermería con vastos conocimientos obstétricos, y capacidad para realizar acciones con alto grado de competencia en la atención centralizada de la mujer gestante, incluyendo la atención expedita en caso de urgencias. Apegada siempre a las evidencias científicas, al marco ético de la profesión, normatividad y programas institucionales.

3.1.7 Principales ventajas del modelo

Muestra el positivo rol del cuidado perinatal integral en un sistema público de salud. Valida a la enfermera obstétrica y perinatal como un recurso técnicamente calificado eficaz en la atención del parto.

Grafica la importancia del acompañamiento social y sus favorables repercusiones en la satisfacción de la madre y la familia. Con un enfoque de interculturalidad, destaca el modelo la incorporación de los conceptos propios de la cultura originaria predominante de la cultura Mazahua.

Promueve el uso eficiente de los recursos en la atención del parto de bajo riesgo la referencia oportuna a los hospitales municipales y generales de aquellos casos que presentan alguna condición de riesgo materno y/o perinatal. (ISEM, 2013: 47).

3.1.8 Red Apoyo de la Maternidad Atlacomulco

La Maternidad se encuentra en un área cercana al Hospital General del Municipio, y en caso de complicaciones, tiene disponibilidad inmediata de una ambulancia equipado para traslado. Cuenta con 42 enfermeras, de las cuales 22 son Enfermeras Perinatales y 20 son Licenciadas en Enfermería (ISEM, 2013: 47).

Todos son nacimientos de bajo riesgo. La atención es abierta, con el programa de cero rechazos y sin ningún costo para las usuarias. Beneficiando la atención con la referencia y contra-referencia de las pacientes con urgencia obstétrica grave.

Respecto a la infraestructura cuenta con las siguientes aéreas:

1. Vigilancia Prenatal.
2. Crecimiento y Desarrollo.
3. Salud Reproductiva.
4. Medicina Preventiva.
5. Triage Obstétrico.
6. Sala de Trabajo de parto.
7. Sala de Nacimiento.
8. Recuperación.
9. CEYE.
10. Cunero de Transición y Albergue.

Este modelo ha cambiado el paradigma de la atención hospitalaria habitual del parto en las Instituciones Públicas de Salud del Estado de México. El modelo que se inicia con el propósito de reducir muertes maternas, hoy es un centro de asistencia humanizada del nacimiento, en un contexto de reconocimiento y respeto a los derechos de las usuarias y de la cultura local (ISEM, 2013: 78).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y RESULTADOS.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN.

La maternidad estudiada es hasta este momento la plataforma que hoy nos muestra el actuar de la enfermería obstetra y perinatologa, de esta manera reflejar el significado que tiene para la población de la forma en que fue atendida en esta institución. Para tal efecto se desarrollo está investigación, fundamentada como referente en la teoría de las representaciones sociales de Moscovici; convirtiéndose en el eje conductor para el análisis y discusión, así obtener las representaciones sociales de este grupo social, donde se relataron las experiencias de las usuarias en relación con el actuar de las enfermeras, abordando su realidad en un ambiente natural, e identificando el fenómeno desconocido.

Con los aspectos socio-demográficos de las participantes, se ha identificaron a las usuarias dentro de su entorno social, respecto a los siguientes aspectos: edad, escolaridad, situación conyugal y su tipo de gestación. Para la recolección de los datos se entrevistaron a treinta y cuatro usuarias, esta colecta se realizó en un periodo de tres meses, todas las entrevistadas nos relataron haber llevado su atención prenatal en la institución, la mayoría de las usuarias participantes tenían 21 a 35 años de edad, veintinueve de ellas con una escolaridad de nivel medio y medio superior y superior, la situación conyugal se identificó que 31 de las usuarias eran casadas y tres solteras, otro aspecto identificado fue el tipo de gestación resultando 19 primíparas y 15 múltiparas, este parámetro posibilito el diferenciar la atención que las enfermeras de la maternidad tienen en relación con otros profesionales. La dimensión de las representaciones sociales, en este campo nos da una visión general de las características de los actores sociales que participaron (tabla 1).

Tabla 1. ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LAS PARTICIPACIONES EN LA INVESTIGACIÓN.

Número 34.

CATEGORÍA	VARIABLE	TOTAL
GRUPO ETARIO		
EDAD	16 a 20 años	8
	21 a 35 años	28
	36 a 42 años	1
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	Nivel medio	14
	Nivel medio superior	15
	Nivel Superior	5
ESTADO CIVIL		
SITUACIÓN CONYUGAL	Casada	31
	Soltera	3
TIPO DE GESTACIÓN		
GESTACIÓN	Primigesta	19
	Multigesta	15

Fuente: Entrevistas de la investigación.

Los resultados se presentan de acuerdo a las siguientes categorías: *Percepción de la atención del parto, diferencia de atención en otros hospitales, significado de atención y cuidados culturales.* Y como subcategorías: *diferencia en la atención de otros profesionales, atención del parto por una mujer, la apreciación del parto de otras mujeres, satisfacción de la atención, significado de humanización, significado de responsabilidad, significado de apoyo emocional, visibilidad del padre, rol positivo, derechos en la atención, prevención de maltrato, calidad en la atención y violencia.*

4.1 CATEGORÍA: PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN.

La atención en el parto se ha transformado en un acontecimiento fundamentado en un modelo hegemónico, que deja de lado la atención con elementos de un entorno socio-cultural (ISEM, 2013: 20). Sin embargo en la maternidad se ha rescatado el modelo donde las gestantes reciben una atención sanitaria óptima, basada en un conjunto de servicios y diagnósticos terapéuticos (ISEM, 2013: 26). Es ahí donde la percepción de la atención del parto es uno de los aspectos que las usuarias proyectan según su representación social, que forman el conocimiento social con visión práctica, que permite la construcción de una realidad común de un conjunto social (Guarenschi, 2013: 162). En la construcción de esta realidad, las pacientes señalan, la atención recibida durante el parto de parte de las enfermeras de la siguiente manera:

Cómo me atendieron, - yo les digo mi experiencia - ellas les tienen mucha paciencia (...) a uno como mujer le hacen caso a uno, están al pendiente (E-13).

El trato es muy bueno intentan que todo sea natural, son muy cálidas son muy cercanas (...) como si fuesen tu familia, la mamá o la hermana, se preocupan mucho por tu comodidad (E-12).

Me atendieron bien, como es la primera vez, uno entra - así nerviosa con miedo -, pero después se va dando cuenta de que la atienden bien, no estuve sola, te están preguntando las licenciadas, con esto, esta uno bien, sí te sientes cómoda (E-14).

Por lo relatado se muestra una atención óptima con elementos del entorno socio-cultural, que integran un conjunto de servicios e intervenciones que se encaminan hacia la satisfacción de las necesidades de las usuarias, inherentes al rol de la enfermería obstétrica, que posibilita satisfacer las necesidades con seguridad, comodidad y bienestar (Carrascal, 2015: 340), así construyendo una realidad común de las experiencias de vida, que reflejan el actuar de las enfermeras obstetras de manera cálida, cómoda y de buen trato durante la atención recibida.

4.1.2 Subcategoría: Diferencia en la atención entre profesionales.

La OMS ha señalado la necesidad de ofrecer una atención calificada y un cuidado adecuado e integral durante el embarazo, parto, posparto y periodo posnatal, estimándose que el embarazo y parto deben convertirse en procesos de calidez (Parada, 2015: 137), de forma integral en la atención del sistema público de salud, durante esta investigación uno de los aspectos que se identificaron fue la diferencia existente entre la atención de las enfermeras de la maternidad y otros profesionales de salud adscritos a otras instituciones del sector, donde las usuarias relataron sus experiencias de los servicios recibidos, de la siguiente manera:

Fue mucho mejor aquí, o sea, yo en este hospital tuve una experiencia diferente a la que había tenido con los médicos, aquí no me dijeron váyase a caminar o le falta esto, o lo otro, las enfermeras estuvieron todo el tiempo al pendiente de mi... (E-7).

Pues que aquí en la maternidad te atienden puras mujeres, ellas no te gritan, no te lastiman... (E-15).

Ya había pasado esa experiencia y no me salí del hospital igual me mandaron a caminar, pero yo me quede ahí adentro cada que sentía los dolores me acercaba a los médicos, a veces si me hacían caso, a veces no (E-7).

Para mí fue muy bueno [en la maternidad] porque nunca me dejaron de revisar y cambiando de turno la siguiente enfermera siguió revisándome y en otros hospitales solo me dieron a mis hijos - y ya te puedes ir -, ni me explicaron nada, en la maternidad al contrario no te dan de alta (E-32).

En las expresiones anteriores se reflejan una intervención profesional humanística de la enfermera, esto congruente con lo señalado por (Parada 2015: 144) al mencionar que la salud de la madre y su recién nacido se ha mantenido en el tiempo como un evento de alto impacto social, el cual incluye la humanización en la atención como elemento relevante que requiere una relación de la enfermera, madre y recién nacido (Parada, 2015: 144). De la misma manera el sentido

común es de fundamental importancia porque a través de este el actor social hace su propia definición de la situación, esto no solo se atribuye al significado o a la acción sino la relevancia de la acción de acuerdo con su historia de vida Minayo en (Guarenschi, 2013: 80), es percepción de la paciente que marca la diferencia existente entre un profesional y otro, por una parte la enfermera en su intervención representa un el cuidado humanizado, dando relevancia al aspecto educativo y en con otros profesionales el desapego en el trato ofrecido.

4.1.3 Subcategoría: Atención del parto por una mujer.

Uno de los significados que emergen como parte de la representación de ser atendido el parto de una mujer por otra mujer, siendo esa mujer una profesional de enfermería, es reflejado como confianza, en el ámbito personal de la relación enfermera paciente (Álvarez, 2014: 95), este aspecto se ve reflejado por la gestante de la siguiente forma:

Con más confianza porque son mujeres, porque con los hombres me da temor (E-8)

Me agrado mucho que fueran en primero lugar mujeres, por que como tal entre mujeres nos entendemos, nos sentimos hasta con más confianza de decir lo que sentimos (E-5).

Sin embargo las usuarias muestran una diferencia entre la confianza que les representa al ser atendida por personal del mismo género y la incomodidad como una alteración de su bienestar, al ser atendidas por un hombre, ya que la atención obstétrica en el modelo institucionalizado provoca incomodidad, entre lo natural y lo cultural (Camacaro, 2015: 114), trayendo también consigo la pérdida de la autonomía y la capacidad de decidir, provocando un impacto negativo en las usuarias, manifestado de la siguiente manera:

Estuve en el hospital me atendió un médico y me hizo sentir muy incómoda porque era hombre, entonces dije cómo, - un médico me va a estar revisando - y, cuando llegue aquí en la maternidad me revisaron las

licenciadas, fue muy diferente como una experiencia más agradable con más confianza más que nada (E-13).

Me sentí cómoda pues porque fueron puras mujeres, porque a igual a mí ni me gusta eso de los hombres, hace cuatro años que tuve a mi hija me atendieron en el hospital y pues me sentí incomoda porque fueron hombres los que me atendieron (E-31).

Al obtener la percepción de las usuarias de los servicios de la maternidad, en ellas expresan sus vivencias, porque las representaciones sociales se manifiestan en palabras, sentimientos y conductas; por tanto pueden y deben ser analizadas a partir de la comprensión de las estructuras y de los comportamientos sociales Minayo en (Guarenschi, 2013: 90). Debido a que al interpretar la percepción de las usuarias, ellas expresaron sus experiencias y vivencias, donde la confianza fue el detonador y, considerando que la confianza es un valor intangible que influye en situaciones de crisis (Viñarás, 2013: 59), es el género entre quien solicita la atención obstétrica por un lado y quien propicia por otro, conlleva a un comportamiento de intimidad entre mujeres, así como un valor en situación de crisis, donde la atención de parto por una mujer representa confianza.

Como el significado reflejado de la atención es confianza, esta se describen como una relación de ayuda que permite conocer y a su vez tener autocontrol (Hernández, 2015: 86), la confianza que inspiró la enfermera a la paciente durante su atención del parto, generó el marco para expresar y compartir las experiencias vividas, exteriorizadas de la siguiente manera:

Lo vez en las citas como te van atendiendo ya vas creando esa confianza relajada (E-9).

Pues porque lo regular todos los que atienden los partos son médicos y pues vi que eran enfermeras y pues dije vamos a probar, es un buen servicio y que hayan sido una mujer, pues muy bien, porque hubo más confianza es como más comodidad fue algo que tuvo importancia para mí (E-21).

Pues me dieron toda la confianza de poder sentirme libre, de decir cómo me sienta porque a veces no sabes ni como expresar lo que sientes, pues tú piensas qué van a decir de ti, no esta vez aquí fue diferente las enfermeras me

dieron toda la confianza y me dijeron hánblanos, grítanos o tocamos el timbre como tú quieras, me sentí muy segura y tranquila durante el parto (E-31).

Las representaciones sociales son juicios de valor que los individuos poseen, sobre lo real, teniendo una dinámica propia Minayo en (Guarenschi, 2013: 76), la intervención de la enfermera durante la etapa gestacional, generó un clima donde las usuarias tienen la libertad de expresar sentimientos tanto positivos como negativos relacionados con la etapa que están viviendo, de igual manera permite la expresión de inquietudes y temores propios de toda mujer próxima a ser madre.

4.1.4 Subcategoría: La apreciación del parto de otras mujeres.

La teoría de representaciones sociales dice que existe una parte importante que permite construir explicaciones de las condiciones sociales representadas, o sea la comprensión del mundo se da a partir de un conjunto de experiencias personales y de otros precesores o sucesores de experiencias relatadas Sousa en (Guarenschi, 2013: 79), esta concepción dice ser la forma subjetiva del fenómeno, donde se refleja la apreciación que se tiene de otros en la misma circunstancia, esto es llamado en representaciones sociales la parte muda la cual se revela al cuestionar la apreciación que tiene la usuaria de la atención del parto de otras mujeres en la maternidad, lo que es develado de la siguiente forma:

Ellas debieron de haber sentido lo mismo que yo, confianza porque fueron puras mujeres (E-8).

Pues de cierta manera si les gusto porque si ellas hubieran comentado algo, lo hubiera sabido, porque entre mujeres nos comentamos esas cosas (E-26).

El analizar la apreciación que tiene la usuaria de la atención del parto de otras mujeres que estuvieron en la misma institución, se refleja la representación del fenómeno investigado, que revela las condiciones estructurales a través, de un portavoz, ya que las representaciones sociales en su parte muda se retratan y reflejan la realidad según determinado segmento de la sociedad presentes como elementos, tanto de nominación o de resistencia de las contradicciones y

conflictos Sousa en (Guarenschi, 2013: 91). Sí en la representación social de un grupo predeterminado, en su parte muda nos refleja la percepción del portavoz, en este sentido los hallazgos relacionados con la atención, están reflejando agrado y confianza durante esta etapa.

4.1.5 Subcategoría: Satisfacción de la atención.

La satisfacción en los usuarios debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de los servicios de salud y una medida de la calidad de sus intervenciones (Hernández, 2015: 82). El planificar la atención de enfermería dirigida a la mujer embarazada y su familia durante todo el proceso gestacional, se torna imprescindible, las evidencias de sus prácticas (Hernández, 2015: 82), cabe mencionar que parte del objetivo de esta maternidad es ofrecer la satisfacción de las usuarias en el cuidado perinatal integral, esto es reflejado de la manera siguiente:

Fueron muy atentas conmigo, fue una buena atención desde que vine la primera vez a mi consulta (E-19).

Vi toda la atención desde que empecé a llevar mi control aquí y me gusto la atención que me dieron E-1).

Aquí en cuanto entra al hospital las enfermeras están al pendiente de uno, eso es lo que a mí me gusto - que no me dejaron sola - con todo el trato que me dieron me hicieron sentir bien (E-7).

Por lo expresado, refleja la satisfacción de las usuarias, en consonancia, las representaciones sociales distinguen la experiencia vivida como un esquema de experiencias para el sujeto, con significados fundados por acciones humanas Sousa en (Guarenschi, 2013: 79), la interacción surgida entre la gestante y la enfermera, es percibida como una buena atención y un trato agradable, lo que se convierte en parte fundamental para el cuidado de la gestante, generando en ella satisfacción de la atención, propiciando el logro del objetivo organizacional en la maternidad.

4.2 CATEGORÍA: DIFERENCIA DE ATENCIÓN ENTRE HOSPITALES.

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades sociales en el campo de la salud, las transiciones demográficas, económicas y sociales han profundizado las diferencias entre estos servicios (Salud Pública, 2013: 5), esta diferencia es expresada por las usuarias ante la búsqueda de atención obstétrica entre las diversas instituciones, dicho de esta forma:

Yo me estaba atendiendo en el hospital urbano y ahí me dijeron no todavía no es tiempo, entonces, no sabía qué hacer, me dijeron ve a la maternidad a ver que te dicen, si fui y me atendieron con mucha calma (E-10).

En el hospital como que no me hacían mucho caso, como que me dejaban ahí sola en la cama (...) pues que pase el tiempo, me dejaron con los dolores muy fuertes en la cintura y en el vientre ya que ni siquiera me permitían caminar (...) yo gritaba, ni siquiera me daban un vaso de agua, solo me decían - señora no grite - fue donde sentí la muerte por los mismo de los dolores y que no me atendían (E-13).

En comparación con otros hospitales allá te dicen – no señora, todavía le falta-salgase y póngase a caminar-, o a ver qué hace- porque todavía no -; para mí aquí fue muy diferente (E-32).

Pues la diferencias es que allá no la tratan a uno bien, en el momento, ellos pasan y pasan, hasta que se acuerdan que uno está ahí y aquí es diferente, aquí entra uno en cuanto y las enfermeras están al pendiente, eso es lo que a mí me gusto que no me dejaron sola (E-7).

Esta desigualdad presentada en las instituciones ante la manera de brindar la atención obstétrica, obliga a los usuarios a recurrir a servicios insuficientes, que con frecuencia ofrecen una atención obstétrica de mala calidad (Salud Pública, 2013: 6), donde no siempre cumplen con los protocolos establecidos para este tipo necesidades de la población, dejando un antecedente que marca una representación, consistente en que lo subjetivo de la experiencia vivida y su función, construyen un esquema de experiencias con significados, instituidos por

acciones humanas Sousa en (Guarenschi, 2013: 79), de tal manera que esas acciones humanas que la maternidad aplica en la intervención de las enfermeras, marcan la diferencia en el servicio, con ello sus significados son valorados como una atención diferente en sentido positivo o satisfactorio.

4.3 CATEGORÍA: SIGNIFICADO DE LA ATENCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad de atención, la cual forma parte de las políticas públicas, como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (Hernández, 2015: 81), un parto debe desarrollarse en las mejores condiciones de intimidad, respeto, delicadeza y libertad para dar a luz en un ambiente que resulte más cómodo para la madre. Es relevante señalar que el parto debe atenderse en un medio que facilite el reconocimiento de complicaciones maternas o perinatales (ISEM, 2013: 46). Este aspecto es descrito por las usuarias de esta forma:

Fue mi primera experiencia que tuve y lo que significó para mí de la atención que me dieron las enfermeras fue como si estuviera en mi casa, con personas de confianza (E-27).

En lo antes expresado, se refleja el significado de la reproducción de una percepción retenida del recuerdo, que expresa la realidad Sousa en (Guarenschi, 2013: 73-4), en el cual la gestante y la enfermera comparten un torrente de emociones que despiertan a raíz de la experiencia que conlleva el significado de una atención, de confianza y aún más importante, en un entorno de familiaridad, donde la gestante tiene la libertad de desenvolverse.

4.3.1 Subcategoría: Humanización.

La humanización implica favorecer al trinomio madre-hijo-padre, donde se aplica en el ejercicio de su autonomía, para mostrar la utilización de toda atención necesaria para su beneficio con principios éticos (Parada, 2015: 138); en este sentido, la enfermería es una de las profesiones que tiene mayor acercamiento al

paciente y a su familia durante su intervención, al desarrollar una función esencial de ser partícipe y promotora de un clima de humanización, donde se respete la decisión de la mujer, especialmente durante el parto, así cumplir con la responsabilidad ética y de protección al derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte, al respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (Parada, 2015: 139), es en ese sentido se refleja la calidez humana de la enfermera, tal como lo expresan las usuarias:

Bueno, a mí en lo personal me agrado muchísimo, ya que siempre que veníamos a consulta o alguna revisión, fueron muy amables, bueno yo siento que son muy humanas, ponen en tu lugar (E-5).

Aquí llegue cuando tenía dolores todavía no eran muy fuertes y como venimos de lejos, ya no me quisieron regresar a donde yo vivo y me dieron albergue, me dormí, ya como a las tres de la mañana me empezaron a dar los dolores más fuertes las enfermeras fueron responsables conmigo (E-8).

Que no pierdan el sentido humano que las caracteriza, que sigan conservando su humanidad que muestran con nosotras, creo que es lo que nos beneficia para poder sentirnos en conexión con ellas (E-5).

En las representaciones sociales como un modo individual del conocimiento, tiene como construir las conductas y la comunicación entre los individuos de una sociedad, para poder hacer intercambios comunicacionales de conocimiento común entre individuos (Perozo, 2014: 149) de tal forma que, con el significado de las usuarias de la intervención de la enfermera, además sugieren que conserven ese humanismo, que distinguen la humanización del cuidado de la atención para el trinomio madre-recién nacido-padre.

4.3.2 Subcategoría: Responsabilidad.

Se entiende como la responsabilidad profesional, el desarrollar su rol, de acuerdo con parámetros; el asumir una obligación (Sánchez, 2015: 99), el hecho de responder por sus actos, frente a los demás, así también manifestar que la buena práctica de la profesión consiste en la aceptación de estos nuevos principios y valores del ejercicio. La responsabilidad en la atención de las gestantes, se refleja

por un juicio de valor que las enfermeras poseen en la atención, confiriendo seguridad en su actuar, para con las usuarias es manifestado de la siguiente forma:

Me trataron muy bien, me gustó mucho porque en cuanto llegue me preguntaron cómo me sentía, las enfermeras me revisaron, nunca me dijeron - espérese luego la atendemos -, estuvieron conmigo todo el tiempo, nunca me dejaron sola, ellas son responsables con lo que hacen (E-7).

Aquí llegue cuando tenía dolores todavía no eran muy fuertes y como venimos de lejos, ya no me quisieron regresar a donde yo vivo y me dieron albergue, me dormí, ya como a las tres de la mañana me empezaron a dar los dolores más fuertes, las enfermeras fueron responsables conmigo (E-8).

Pues me sentí con mucha confianza, más que nada agradecida con ellas, por su responsabilidad con nosotras es muy diferente y muy bonito, como una experiencia más agradable, con más confianza más que nada (E-13).

En los relatos anteriores se proyecta la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras. Las ideas en las representaciones sociales forman juicios de valor que los individuos dotados por la voluntad poseen, por tanto las concepciones sobre lo real tienen una dinámica propia de indudable importancia Sousa en (Guarenschi, 2013: 76), por ello las necesidades de las gestantes según sus juicios de valor, conllevan esa responsabilidad de las enfermeras a satisfacer necesidades con humanización y seguridad, según lo relatado, el significado de la responsabilidad, en perspectiva de las representaciones sociales, es juicio de valor el cual se proyecta como responsabilidad de parte de la enfermera hacia la gestante, convirtiéndose en un aspecto positivo.

4.3.3 Subcategoría: Apoyo emocional.

El apoyo emocional es la capacidad de poder ofrecer soporte emocional necesario para percibir la situación en otra persona, expresándose cognitiva y emocionalmente de modo adecuado (Gómez, 2012: 304), al ofrecer los cuidados de enfermería se presenta la oportunidad para que el profesional de enfermería se comunique con el usuaria, evaluando el estado físico y psicológico,

identificando posibles ansiedades y temores, para planificar los cuidados y brindar una atención individualizada (Carrascal, 2015: 340), lo cual se manifiesta en los siguientes relatos:

Aquí en la maternidad la enfermeras trataban de tranquilizarte, ellas me decían que estuvieras tranquila -estamos contigo- me dijeron, me dieron toda la confianza de poder sentirme libre de decir cómo me sienta, porque a veces no sabes ni como expresar lo que sientes, fue diferente ellas te dan apoyo emocional, me sentí muy segura y tranquila durante el parto (E-31).

Mostraron cariño, me trataron y me hablaron bien y apoyaron más, porque son mujeres, pues nos da más confianza (E-15).

Las usuarias exteriorizan con palabras y sentimientos lo que representa para ellas de la atención recibida de las enfermeras: manifestada por muestras de cariño, seguridad y tranquilidad; resultado de un apoyo integral, a partir de comportamientos sociales y de interacción con la enfermera. Según las representaciones sociales construyen a una relación de empatía donde el paciente pueda hablar conversar de cosas íntimas y así supuestamente revelar el trauma causal de su situación Spink en (Guarenschi, 2013: 111), en ese sentido, es esa empatía que la enfermera de la maternidad cultiva ampliamente en la atención integral ofrecida.

4.3.4 Subcategoría: calidad en la atención.

El resultado de las experiencias vividas por las usuarias en relación a su atención en la maternidad, es comparada con atención en otros hospitales, donde la diferencia es reflejada como una atención en la maternidad, porque al cuestionar a las usuarias en relación al tipo de atención recibida aflora la concepción de la calidad, como una garantía de asistencia en la atención, bajo los estándares internacionales como una protección de los riesgos inherentes al sistema de salud (Moreno, 2013: 7), reflejan el reconocimiento de la sociedad para las enfermeras, esto relatado por las usuarias de la siguiente forma:

Hasta que yo llegué aquí me di cuenta de lo que es [el parto], pues uno no sabe, hasta que lo experimenta y lo siente. Las enfermeras en cuanto me vieron me revisaron, me pasaron al cuarto (...) nunca me dejaron sola y ya que se acercó el momento de dar a luz, me llevaron a el área de expulsión, me atendieron cuatro o cinco enfermeras pero todas con la atención muy buena todo el tiempo me platicaban (E-7).

Recomendaría a otras mujeres que vengan, les diría que no tendrían que estar como en otros hospitales esperando que las atiendan los médicos, con las enfermeras aprecian la llegada de tu hijo, porque también ellas te hacen ver, que se debe apreciar la llega de tu hijo, esperarlo con ansías y que te lo entreguen, te hablan tan bonito, que te digan este es tu hijo, tu hermoso regalo, tómalo en tus brazos, toda esa experiencia se tiene aquí en la maternidad (E-11).

En lo expresado denota una forma de atención, que distingue lo percibido por la experiencia de la gestante que alcanza criterios importantes hacia una buena actitud, así como la información que se brinda respecto a su estado de salud (Martínez, 2015: 99), esa buena actitud es la percepción que obtuvieron los pacientes del servicio recibido, esto llevado a las representaciones sociales y en las ideas de Souza (2013) clarifica que al reproducir una percepción, esta es retenida en el recuerdo que permite expresar la realidad, que explica y justifica la experiencia Sousa en (Guarenschi, 2013: 74), de donde esa realidad proyecta la calidad de la atención ofrecida o recibida.

4.4 CATEGORÍA: CUIDADOS CULTURALES.

Los cuidados culturales son actos de prestación de cuidado de ayuda y apoyo, culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrado en las necesidades de salud o bienestar del usuario (Raile, 2014: 413), es la enfermería que se orienta al cuidado respetando las diferentes creencias, prácticas y valores culturales, con el fin de proporcionar un cuidado congruente y sensible, esto es reflejado en los relatos:

Bueno, es que además como uno es ignorante y uno no sabe por ejemplo cuando me dijeron de la vasectomía yo les dije que no, es que varios en el

pueblo cometan que pierdes la fuerza y ya no puedes hacer nada, pues uno con la ignorancia no sabe, se deja guiar, por eso yo pregunte aquí con las enfermeras, pues es distinto y eso nos da confianza (E-17).

Pues, aquí en primera te dejan que pase tú esposo para el parto y pues te atienden bien las enfermeras, ellas te checan y si necesitas algo te ayudan, eso es bueno para nos otras (E-27).

Por lo antes dicho, el cuidado profesional que se da en los diferentes contextos culturales del entorno, las enfermeras influyen en gran manera, haciendo una construcción de los diferentes escenarios educativos para sensibilizar a los usuarios dentro de un marco de cuidados referentes con la cultura, se proveen cuidados con los valores, creencias y prácticas culturales (Moye, 2011: 46). Posibilitando la libertad de desenvolverse en la realidad actual donde se rompen paradigmas creados culturalmente en su demanda, ante sus necesidades de atención dentro de las instituciones de salud, ya que la enfermería debe ser coherente con los valores, creencias, prácticas y modos de vida de cada persona, reflejando una asistencia con el conocimiento social que se comparte ante una visión, en la construcción de realidades comunes de las diferentes culturas (Guarenschi, 2013: 162), que distingue un cuidado cultura de enfermería, más útil e integral; que se tiene presente en su actuar, expresión y actitud al significado de un cuidado.

4.4.1 Subcategoría: Visibilidad del Padre.

El facilitar el acompañamiento en el proceso de parto, se captan los sentimientos del vivir una experiencia diferente, bajo un modelo obstétrico donde no solamente se concibe a la mujer, si no se integra el trinomio, de tal manera que los padres se transforman en actores sociales o protagonistas importantes, buscando su visibilidad en la etapa de parto como proceso natural (Parada, 2015: 144), distinguiendo así la importancia de la participación activa del padre en el proceso reproductivo, expresando de esta manera por las gestantes y sus compañeros:

Fue una buena experiencia porque tuve la oportunidad de ver nacer a mi hijo y pues las enfermeras también te dicen cómo puedes ayudar a tu esposa, si desde que llegamos siempre hubo buen trato, hacia nosotros (E-20).

Pues sí, porque luego se pone una a pensar; - pues lo que me gusto es que mi esposo estuviera conmigo - (E-6).

Yo digo que sí les gusto [la participación del padre en el parto], porque se veían contentas y se les veía en sus caras, también las de sus esposos, se veían bien, pues yo digo que, eso es importante para la pareja (E-2).

Pues, aquí en primera te dejan que pase tú esposo para el parto y pues te atienden bien las enfermeras, ellas te checan y si necesitas algo te ayudan (E-27).

La apreciación de los participantes y sus acompañantes que manifiestan el valor de la atención recibida, como una buena experiencia de apoyo y ayuda, de esta manera, se destaca la importancia del acompañamiento y sus repercusiones en la satisfacción de los usuarios en el servicio recibido, propiciado por el modelo de atención que posee la maternidad, donde la pareja tiene un rol activo durante esta atención que no es característico en otras instituciones del sistema de salud, esa experiencia que proyecta la visibilidad del padre, es producto de un juicio de valor, ya que en las representaciones sociales, se forman juicios de valor que los individuos dotados de voluntad poseen, teniendo una dinámica propia de indudable importancia sobre lo real Sousa en (Guarenschi, 2013: 76). El modelo de atención de la maternidad favorece esa visibilidad de acompañamiento del padre en consecuencia de una gran importancia real.

4.4.2 Subcategoría: Rol positivo.

El rol positivo de la atención perinatal integral, es la valoración positiva en la cual un individuo logra percibir el lado positivo de una experiencia estresante (Moscoso; 2012:119), donde una atención diferente es representada como una experiencia del apoyo y valoración del acto del parto, debido a la presencia y

participación activa del padre durante el parto; lo cual se denota de la manera siguiente:

Para mí fue algo que me motivo, que estuviera conmigo mi esposo, pues me dio mucha fuerza para mi parto (E-5).

Nació mi hija y le dijeron a mi esposo que tenía que cortar el cordón, pues sentimos muy bonito, porque mi esposo dice que vio y se dio cuenta de cómo sufren las mujeres y que ellos como hombres deben tratar bien a las mujeres (E-26).

La experiencia vivida por la pareja, debido a la colaboración activa, apoyo y concientización del rol de padre durante la participación en el control prenatal y proceso reproductivo, deja una presentación mental en los actores. Ya que una representación siempre significa algo para alguien, para uno mismo o para otra persona (Rodríguez, 2015: 916), en este caso el significado de su integración a la atención integral por parte de los usuarios de esta maternidad, no se limita al apoyo emocional, si no a la concientización y rol que como hombre debe asumir en la relación de pareja.

4.4.3 Subcategoría: Derechos en la atención.

Lamentablemente en la historia de nuestro país, al medicalizarse la obstetricia se separa a la mujer de una participación en pareja en el proceso del su parto, debido a las restricciones hospitalarias, sin embargo es en donde la mujer debe tener el derecho de atención con un papel protagónico durante el desarrollo del trabajo de parto y posparto; es decir, de acuerdo con las normas vigentes y los principios bioéticos, la mujer ejerza su autonomía y se debe tener en cuenta, su dignidad como persona y sus derechos (Parada, 2015: 135), además es reconocido que los padres a quienes se les permite el contacto con su hijo al nacer, demuestran seguridad y mayor comodidad para ejercer su papel por lo tanto, se debe dar a los padres el lugar que les corresponde al lado de su hijo, así

satisfacer una atención personalizada que es manifestada por los usuarios de la siguiente forma:

Pues a mi esposo le gusto porque estuvo conmigo en el parto; él decía que tenía nervios, no le gusta ver la sangre, pero le dijo la enfermera - va hacer el nacimiento de su hija - entonces se quedó y me apretaba la mano -, que este tu compañero y que las enfermeras te estén atendiendo bien, el parto se te pasa sin dolor (E-9).

Pues aquí pueden pasar los papas - pues, yo pase - y si es bueno porque tuve la oportunidad de ver nacer a mi hijo (E-24)

Estas vivencias señalan la apreciación de una atención diferente, donde el acompañamiento, se convierte en un derecho para la gestante y el padre, que caracteriza el modelo de atención con ello los usuarios reconocen como un derecho a la salud con sentido humano, rompiendo las barreras y el desafío que tienen los sistemas de salud actuales. Porque las vivencias de todo grupo social y sus expresiones, marca el sentido de ellos ante las instituciones Sousa en (Guarenschi, 2013: 90). De esta manera se cumple con las políticas que en materia de salud establece el ISEM; señalando que la enfermera obstetra tiene con las gestantes al atender el parto, como una doble función, de acompañar estrechamente a la mujer durante todo el proceso (ISEM, 2013: 35), siendo posibilitado que la maternidad convirtió esta acción como la obtención de un derecho.

4.4.4 Subcategoría: Prevención del maltrato.

El maltrato, se define como toda acción, omisión o trato negligente no accidental, que prive de los derechos y del bienestar, que amenace o interfiera en el desarrollo físico, psicológico y social (Vega; 2013: 08), uno de los aspectos identificados que enmarcan la competencia profesional de la enfermera, es de defensora proactiva del paciente, esto reflejado claramente en su integridad como persona, proyectándose en las palabras de esta manera:

Las enfermeras me dieron platicas de no maltrato, de no dejar que nadie me discrimine por ser indígena, o alguien que quiera maltratarme emocionalmente (E-32).

Esta declaración de orientación hacia los derechos universales de los individuos ponen de manifiesto, que la enfermera se convierte en defensora de la integridad de las mujeres, apoyando el cumplimiento en lo determinado por el consejo de derechos humanos de las Naciones Unidas, que reconoce la integridad social y de salud de la mujer, estando vinculada al desarrollo de los derechos humanos y las libertades fundamentales (ISEM, 2013: 7), de tal manera incorpora los conceptos propios de la cultura de origen de quien atiende, este planteamiento se establece en función de las representaciones sociales, las que ayudan a interpretar nuestra relación con el mundo y con los otros, orientan, organizan las conductas y la comunicación social (Rodríguez, 2015: 914), estas conductas se encuentran integradas a la intervención de enfermería en la maternidad en estudio.

4.4.5 Subcategoría: Violencia.

La violencia se define como un trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, de humillación o cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica (Gaceta E.M, 2015: 11), sin embargo las normas médicas exigen que la gestante sea sometida a procedimientos y tratamientos de rutina, las cuales se confrontan con las necesidades fisiológicas y psicosociales de ellas, manifestado por las usuarias de la siguiente forma:

En el otro hospital no me atendían yo gritando con el dolor y nada de que me atendían solo me decían - señora ya no grite - (E-13).

En mi parto anterior me regañaron porque yo ya tenía tres hijos, ellos me decían que ya eran muchos, que si me sentía que tenía mucho dinero para tener más hijos (E-32).

Lo que se representa nos refleja un significado de algún problema, o comportamiento social contradictorio a los aspectos éticos que rigen a las instituciones salud de públicas, cuando se expresa el trato negativo o deshumanizado que se recibe en hospitales donde en algún momento han solicitado atención obstétrica las pacientes. En contraparte la profesional enfermería que tiene el mayor acercamiento a la gestante y su familia durante todo el proceso del embarazo y parto según los resultados obtenidos y, asume por convicción profesional, el ser partícipe y promotora de un clima de humanización, en donde se respete la decisión de la mujer, mediante un trato positivo lo que lleva a la transformación social, esto debe generarse bajo un clima relajado, para las gestantes y dejar que la mujer sea la dueña de su parto (Parada, 2015: 139), además de permitir que manifieste su autonomía en la atención. Pero para ello son las representaciones sociales, que nos ayudan a tratar la mirada o el modo de ver con sentido común, como el conocimiento de una transformación social Spink en (Guarenschi, 2013: 97), ese debe ser uno de los postulados de todo trabajador del área de la salud sin embargo llegamos a cuestionar: ¿Cuántos de los hospitales y clínicas permiten a la madre expresar sus deseos a la hora del trabajo de parto o parto?

CONSIDERACIONES FINALES.

Al analizar los hallazgos mediante la teoría de representaciones sociales y, organizarlos en torno a un núcleo central, esos elementos dieron la representación en una perspectiva de abordaje estructural, haciendo una asociación de ideas donde lo más representativo para las usuarias fue: **confianza, humanización, responsabilidad y apoyo emocional** que las enfermeras, durante la atención de parto, reflejando una característica peculiar como “una representación en la memoria”, donde representar es hacer presente en la mente, que invariablemente fue validado por la actuación de las enfermeras, como un elemento técnicamente calificado y eficaz para la atención del parto.

La representación social que las usuarias reflejaron en relación a la atención recibida por las enfermeras obstetras dentro de la maternidad, fue generada a partir de la atención de su parto, teniendo un significado de **confianza**, proyectada por la responsabilidad de estas, manifestando que recibieron un trato humanizado, donde las pacientes se sintieron confiadas en la atención, debido a la autonomía reflejada en el actuar profesional de las enfermeras, ya que mediante la capacitación en las técnicas de psicoprofilaxis ofrecidas por las estas, les lleva a la seguridad y tranquilidad de las usuarias durante su parto, además de ayudar a desarrollar un apego temprano de su hijo; dándose un valor social marcado.

Esta investigación reflejo también que el modelo de enfermería obstétrica y perinatal de la maternidad en estudio, tiene como objetivo el disminuir los niveles de muertes maternas, esto se ha conseguido mediante el servicio profesional de las enfermeras debido a su alto profesionalismo, porque la dinámica de esta maternidad está fundamentada en el cuidado personalizado y continuo, manteniendo una actividad constante del personal, que no solo está capacitado, si no comprometido con la atención de calidad.

Por otra parte este modelo de atención rompe el paradigma de la profesión de enfermería, por ofrecer la atención de manera exclusiva con personal de esta disciplina, donde las competencias profesionales son reflejadas ampliamente, ya que las enfermeras de la maternidad están cambiando el concepto de atención de

parto. Porque el personal que labora en la institución, pareciera que tuviese como propósito que - toda mujer que acude a esta unidad, se lleve una experiencia de satisfacción-, respetando sus creencias y costumbres en la atención del parto de acuerdo a su cultura,

Otro de los resultados importantes de esta investigación, fue la perspectiva de los padres, debido a la participación activa durante la etapa y, no solo en la educación para la reproducción, si no durante el embarazo y parto de sus mujeres; considerándolo esta práctica como una buena experiencia del ser padre, esta experiencia lo que distingue a la maternidad de los servicios ofrecidos en otros hospitales, convirtiéndose en un espacio de investigación propicio por explorar.

En relación a los aspectos de educación en el autocuidado integral de las gestantes, la maternidad tiene la consulta prenatal, donde se refiere a la gestante a áreas de servicios educativos en el ámbito del cuidado prenatal, al recibir los educación para la reproducción, la gestante junto a su pareja o familia es capacitada para el nacimiento de bebe, es ahí donde la embarazada es facultada en su autonomía, para la elección del tipo de parto que desea tener, otro distintivo de atención que perciben las usuarias como altamente satisfactorio para las parejas.

Socialmente la enfermera tiene un reconocimiento representando como **apoyo emocional** por el hecho que el personal de enfermería, ha modificado el modo de actuar, orientándose hacia una comunicación en condiciones de amabilidad, acompañamiento y seguridad para las gestantes.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Alfaro-Lefevre, Rosalinda (2009) Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería 4ta. Edición. El sevier Masson. Barcelona, España.

Almeida, MC P, (1989); Rocha. Juan S.Y.O. Saber da enfermagem en sua dimensão prática. 2 ed. Cortez. Pág. 25. Sao Paulo, Brasil.

Álvarez- Avello, JM, (2014). "Fidelidad a la confianza". Cuadernos de Bioética, núm. Enero-Abril, 93-97. 2014XXV93-97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87530575008>. Fecha de consulta: 6 de marzo de 2016.

Aranzabal Agudo M (2014), Canadell Villaret D, en nombre del Grupo de Cooperación de la AEPap. Salud en el mundo y objetivos del milenio. Rev. Pedíatra Aten Primaria.16:199-203.

Araya Umaña Sandra (2002), Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Consultado en julio 2014. Disponible en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/cuaderno127.pdf>.

Arias-Flores, Marisol, (1997). Monografía Municipal de Atlacomulco; Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México Estado de México. Edit. Instituto mexiquense de cultura, México.

Báez-Hernández, (2009), Nava Navarro J, Ramos-Cedeño V, Leticia Medina-López, Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, Revista Aquichan, No. Vol. 9.

Bruceb, Goldstein E. (2010). Sensación y percepción, Edit. Cengage 8º ed. Madrid, España.

Camacaro, Marbella, (2015), Ramírez, Mariangel; Herrera, Mercedes; Lanza, Lisete; "Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica". Utopía y Praxis Latinoamericana, núm. Enero-Marzo, pp. 113-120. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>. Fecha de consulta: 8 de septiembre de 2016.

Camargo B, Itza Leiliana (2010), Caro, Clara Virginia. El papel autónomo de enfermería en las consultas. **Avances en Enfermería**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 143-150, june 2010. ISSN 2346-0261. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15664/18166> >. Fecha de acceso: 18 oct. 2015.

Cárdenas-Becerril, L, (2005). La Profesionalización de Enfermería en México, Un Análisis desde la Sociología de las Profesiones. Edit. Pomares, Cd. De México.

Carrascal- Gloria, (2015), Montenegro Ramírez, Juan David. "Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos". Enfermería Global, núm. Octubre-Sin mes, pp. 340-350. Enfermería Global 201514340-350. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841636015>. Fecha de consulta: 15 de abril de 2016.

Carrasco Acosta (2012), María del Carmen; Márquez Garrido, Manuel; Arenas Fernández, José. Antropología-enfermería y perspectiva de género. **Cultura de los cuidados**, [S.l.], n. 18, p. 52-59, jun. 2012. ISSN 16996003. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2005-n18-antropologia-enfermeria-y-perspectiva-de-genero>>. Fecha de acceso: 27 oct. 2014
doi:<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2005.18.09>.

Carrillo Ana M^a. (2011); Nacimiento y Muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. Consultado en octubre 2014. Disponible en:<http://www.mendeley.com/research/nacimiento-y-muerte-deuna-profesion->

las-parteras-tituladas-en-mexico/ Tomado el 10/10/2011 AM Carrillo in Dynamis Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam (1999). Nacimiento y muerte de una profesión – Dialnet).

XII Censo, General de Población y Vivienda, (2010). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/>

Contreras Méndez, Inelda Maria, (2016), Romero Massa, Elizabeth; Moncada Serrano, Anny. "RELACIÓN ENTRE CUIDADO HUMANIZADO POR ENFERMERIA CON LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES". Revista Hacia la Promoción de la Salud, núm. Enero-Junio, pp. 26-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309146733003>. Fecha de consulta: 20 de septiembre de 2016.

CONAPO (2006). Índice absoluto de marginación 2000-2010. México. Consultado en octubre 2014. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_Absoluto_de_Marginacion_2000_2010.

Cuaderno Estadístico Municipal de Atlacomulco, (2006); México. Edición 2006 Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem06/info/mex/m014/mapas.pdf>

Durkheim, E. (1988). Las reglas del método sociológico. Capítulo primero. Ed. Alianza, Madrid.

Farr, R. (1983). Las representaciones sociales. En: S. Moscovici. Psicología social. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Paidós. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/34106/33945.

Fernández Pérez Jorge A, (2008). El mundo de las profesiones en el siglo XXI: perspectivas y enfoques. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Gaceta del gobierno del Estado de México, (2004). Modificación del plan municipal de desarrollo urbano de Atlacomulco, Estado de México. Consultado en octubre 2014. Disponible en: http://seduv.edomexico.gob.mx/planes_municipales/atlacomulco/P.M.D.UA.pdf.

Gaceta del gobierno del Estado de México, (2000). Estudio de factibilidad para el impulso como polo de desarrollo del Centro de Población de Atlacomulco, y XII Censo, General de Población y Vivienda. México.

Gaceta del Gobierno; (2015). Periódico oficial del gobierno del estado libre y soberano de México. Registro DGC NUM. 001 1021, características 113282801. No. 116. 20 paginas. Estado de México.

Gamboa Montejano Claudia (2015), Valdés Robledo Sandra. Responsabilidad de los profesionales de la salud. Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Instrumentos Internacionales, Jurisprudencia (Primera parte), Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Ciudad de México. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-79-15.pdf>.

García, Sandra, (2013). Impulsan modelo rural de parteras. Reforma: 8-18. Consultado en noviembre 2014. Disponible en: http://issuu.com/asgar57/docs/reforma_martes.

Gobierno del Estado de México, (2011). Plan de Desarrollo 2011-2017. Región II Atlacomulco. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: http://portal2.edomex.gob.mx/copladem/programas/regionales/groups/public/documents/edomex_archivo/copladem_pdf_rii_atlacomulco.pdf

Gobierno del Estado de México y Ayuntamiento de Atlacomulco, (2006). Cuaderno Estadístico Municipal, Atlacomulco, México.

Gómez-Zapiain, Javier, (2012), Gómez-Lope, Julen; Ortiz, María José. "Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego". *Anales de Psicología*, núm. Sin mes, pp. 303-312. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723161032>. Fecha de consulta: 16 de julio de 2016.

Gómez C, (2009), Munar C. Albores de la enfermería profesional en Colombia. *Temperamentvm*; 9: 1-12. Disponible en <http://www.index-f.com!temperamentum> (fecha de acceso: julio de 2009).

Gómez Torres, Danelia, (2011), García Reza, Cleotilde; López Ocampo, Catalina Ofelia. "TICITL: SER Y HACER. PERSONAJES DIVINOS ANTECESORES DE LA ENFERMERÍA PERINATAL MEXICANA". *Texto & Contexto Enfermagem*, núm. Sin mes, pp. 94-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163012>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2015.

Gómez-Torres, Danelia, (2015), Madeira Alves, Fábio José; Frederico Ferreira, Maria Manuela; Martinez, Maria Dolores;. "Autoridad de Gerentes de Enfermería en la Solución de Conflictos: Una Mirada Humanista". *Referência - Revista de Enfermagem*, núm. Octubre-Diciembre, pp. 41-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388243209004>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2016.

González Carrillo Eliazar (2012), Arras Ana María, Moriel Corral Leticia. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio. *Tecnología Chihuahua*. Vol. VI, No. 1. Enero- abril 2012. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en:

file:///C:/Users/JUAN/Desktop/La_profesionalizacion_en_enfermeria_hacia_una_estrategia_de_cambio.pdf.

Guarenschi, Pedrinho A. (2013), Minayo, Sousa, Maria Celia, Spink, Mary Jane, "Textos de Representações Sociais"; Editoriais Vozes, 14 edições, 259. Brasil.

Hawes, B. Gustavo, (2005), Corcalán V. Oscar. Construcción de un perfil profesional. Proyecto Mecesus Tal 0101, Documento de Trabajo. Instituto de Investigación y Desarrollo Educacional. Universidad de Talca. Enero 2005. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: http://www.iide.cl/medios/iide/publicaciones/revistas/Construccion_de_un_Perfil_Profesional.pdf

Hernández AM (2015), Vásquez ML. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Rev. Univ. Salud; 17(1):80-96.

Hernández, Sampieri Roberto, (2010), Fernández Collado Carlos. Metodología de la Investigación. Edit. Mc Graw Hill. 5ª ed. Cd. de México.

Holmes D, Gastaldo D. (2002); nursing as jeans of governmentality. Citado por: Lerch V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las Enfermeras? Rev. Bras. Enfermagen 1994; 47 (2): 231-240). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000200008&script=sci_artt_ext.

Instituto de Salud del Estado de México, (2013). La maternidad de Atlacomulco: Modelo de Atención de la mujer y del menor de 2 años basado en atención primaria de la salud Estado de México. México: Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS, Editorial Kaleidoscopio (2002); México.

Jean-Claude Abric., (2001). *Prácticas sociales y representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea*. Edit. Coyoacán. México.

Jodelet, D. (1986 [1984]). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En: S. Moscovici. *Psicología social*. Vol. II. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Ley General de Salud. [En línea]. México. 2012. Consultado: enero 2015. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf.

Ley general de salud cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, (2014), Secretaria de Servicios Parlamentarios Última Reforma DOF 04/06/2014. Pág. 20 de 241. Consultado enero 2016. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf

López Ocampo Catalina Ofelia, (2010). *Facultad de Enfermería y Obstetricia, un recorrido por su historia*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

Martínez de los Santos, Silvia, (2015) Gómez Hernández, Francisca; Lara Gallegos, María Elena. "Percepción y cumplimiento del trato digno como indicador de calidad en la atención de enfermería en derechohabientes de una institución de salud". *Horizonte Sanitario*, núm. Septiembre-Diciembre, pp. 96-100. 20151496-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844966004>. Fecha de consulta: 21 de junio de 2016.

Materán Angie, (2008); *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*, *Geo enseñanza*, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 243-248, Universidad de los Andes, Venezuela
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>

Mora, Martín (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: <http://Blues.aub.es/athenea/num2/Mora.pdf>

Moreno Monsiváis, María Guadalupe, (2013). "CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN". Ciencia y Enfermería, núm. pp. 7-9. 2013197-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441812001>. Fecha de consulta: 21 de junio de 2016.

Moscoso, Manolete S. (2012); Lengacher, Cecile A.; Knapp, Melissa. "Estructura factorial del inventario multicultural de la depresión, estado-rasgo: Rol de las emociones positivas en la depresión". Persona, núm. Enero-Diciembre, pp. 115-136. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259006>. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2016.

Moscovici Serge, (2012), Representações Sociais, Investigações em psicologia social, 9ª ed. Edit. Vóces. Brasil.

Moscovici, Serge, (1979) El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul, Buenos Aires, Argentina.

Moscovici Serge, (1985). Psicología social, influencia y cambio de actitudes individuos y grupos. Edit. Paidós, España; 76.

Moscovici, Serge, (1973). Prólogo. En C. Herzlich, salud y enfermedad: un Análisis psicológico social. Londres, Inglaterra.

Moye Elizalde, Manuel Jesús (2011), Zesati Pereyra, Gina Isabel; Islas Salinas, Patricia. "Una propuesta educativa en enfermería transcultural: el caso de la cultura menonita". *Enfermería Universitaria*, núm. Julio-Septiembre, pp. 43-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358742113006> ISSN 1665-7063. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2016.

Obiols Soler, Meritxell, (2009), Álvarez González, Manuel. "El proceso de toma de decisiones profesionales a través del coaching". *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, num. Septiembre-Sin mes, pp. 877-900.

Parada Rico, Doris Amparo, (2015); Olivares, Paola Esther. "Humanización del cuidado durante el encuentro madre-recién nacido: una responsabilidad ética del equipo de salud". *Revista Colombiana de Bioética*, núm. Enero-Junio, pp. 134-147. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189242405010>. Fecha de consulta: 24 de abril de 2016.

Pelcastre Blanca, (2005), Villegas Norma, De León Verónica, Díaz Agustín, Ortega Doris, Santillana Manuel, Mejía Juana de los Ángeles. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí. México. Consultado en noviembre 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400002>

Pérez-Loredo S. (2006). *Las parteras en el Norte del País; un relato, una historia de vida*. México. Consultado en Octubre 2014. Disponible en: <http://dro.World.org/S0080-62345889860500023949402/pdf-0034>

Pérez. A (2004). *Los jóvenes y el trabajo. Un estudio sobre representaciones sociales*. Consultado en septiembre 2014. Disponible en <http://www.oei.es/valores2/monografia/monografia04/reflexion03.htm> [Consulta: octubre 28 de 2008].

Pérez, Cabrera, Iñiga, (2012), Castañeda-Godínez. *Historia de la enfermería antecedentes históricos de las parteras en México*. 2012. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

Pérez, Cabrera, Iñiga, (2006), Castañeda-Godínez. Libro electrónico de la ENEO 1907 – 2006. México. ENEO-UNAM. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com.es/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

Pérez, Cabrera, Iñiga, (2006), Castañeda-Godínez. Libro electrónico de la ENEO 1907 – 2006. México. ENEO-UNAM, 2006. Capítulo IV, página 25. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico...

Plan Municipal de Desarrollo Urbano de Atlacomulco, Estado de México (2004). Disponible en: http://seduv.edomexico.gob.mx/planes_municipales/atlacomulco/P.M.D.UA.pdf

Raile Martha, (2014). Métodos y teorías de enfermería, 8ta. Edición. El sevier Masson. Barcelona, España.

Reforma, (2013). (Periódico), marzo, 2013; Cd. De México. Pág. 9.

Perozo Fernández, María Laura, (2014). "Representaciones sociales en consumidores de drogas". Tesis Psicológica, núm. Enero-Junio, pp. 146-155. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139031679012>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2016.

Rodríguez-Reyes, (2010), Esperanza Rosalba; Márquez-González, Horacio; Castañeda-Casale, Graciela. "Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, núm. pp. 237-242. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745508002>. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2016.

Rodríguez-Zoya, Leonardo Gabriel, (2015), Rodríguez-Zoya, Paula Gabriela. "El doble vínculo entre representaciones sociales y comunicación social". Palabra Clave, núm. Septiembre-Sin mes, pp. 905-937. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64941029012>. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2016.

Rosales, Reyes Sol Ángel, (2008), Valverde Grandal Orietta. La formación para la investigación en el perfil de carreras de Estomatología de Universidades Latinoamericanas. Rev. Cubana Estomatol, vol. 45, n. 3-4 Accesado 14/01/13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072008000300007. ISSN 1561-297x.

Salud Pública de México, (2013); Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. "Universalidad de los servicios de salud en México", núm. Sin mes. 201355E3-E64. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625593003>. Fecha de consulta: 22 de junio de 2016.

Sánchez, Xalapa-Equez José Francisco, (2013). Instituto de Investigación y Estudios Superiores de la Ciencia Administrativas, Propuesta del perfil de egreso del Licenciado en Administración de empresas de la Universidad Veracruzana, desde la perspectiva del mercado laboral: El caso del sistema de enseñanza abierta (2013). Consultado en octubre 2014. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31031/1/josefranciscosanchez.pdf>.

Sánchez Vázquez, María José, (2015), Blas Lahitte, Héctor; Ortiz Oria, Vicente;. "BIOÉTICA Y SALUD MENTAL: REFLEXIONES SOBRE LA AFECCIÓN Y LA RESPONSABILIDAD EN LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE". Revista Latinoamericana de Bioética, núm. Julio-Diciembre, pp. 96-107. [Fecha de

consulta: 13 de septiembre de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127040727008>> ISSN 1657-4702

Salcedo Álvarez Arturo (2008), Alba Leonel Adela, Zarza Arizmendi María Dolores. La enseñanza de la ética en enfermería como un coadyuvante en la calidad del cuidado. Revista CONAMED, vol. 13, Octubre-Diciembre. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Disponible en: <file:///C:/Users/JUAN/Desktop/Dialnet-LaEnsenanzaDeLaEticaEnEnfermeriaComoUnCoadyuvanteE-3626646.pdf>.

Sanhueza A, Olivia; (2006), Torres A, Alexandra. "Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería". Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XXIV núm. Septiembre-Sin mes, pp. 112-119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402011>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2014.

Salud Pública de México, (2013). Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. "Universalidad de los servicios de salud en México", núm. Sin mes. 201355E3-E64. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625593003>. Fecha de consulta: 22 de junio de 2015.

Tapia Martínez, Hugo; (2012), Jiménez Mendoza, Araceli; Pérez Cabrera, Iñiga. "Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México". Enfermería Universitaria, núm. Julio-Septiembre, pp. 7-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733501002>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2016.

Tapp Dianne, (2005), Stansfield Katherine, Stewart Janice. La autonomía en la práctica de la enfermería. Bogotá. Volumen II. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150112>

Torres A, Sanhuesa O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Invest. Educ. Enferm. (24)2: 112-119. vol.24, n.2, pp.112-119. ISSN 0120-530 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200012.

Universidad Autónoma del Estado de México (2014). Marco Referencial de la Profesión de Enfermería, Toluca, UAEM.

Vásquez ML. (2006). Desarrollo conceptual de la enfermería: evolución, tendencias y desafíos. Avances de Enfermería; XXIV (1).74-80.

Viñarás Abad, Mónica; (2013). "Estrategias de comunicación para generar confianza". Comunicación y Hombre, núm. Noviembre-, pp. 58-73. *Disponible en:* <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129429455004>. *Fecha de consulta: 6 de marzo de 2016.*

Vega Rodríguez, María Teresa; (2013); Moro Gutiérrez, Lourdes. "La representación social de los malos tratos infantiles en la familia: Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato". Psychosocial Intervention, núm. Sin mes, pp. 7-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179826044009>. Fecha de consulta: 30 de abril de 2016.

Villarroel Gladys, (2007). Las representaciones sociales una nueva relación entre el individuo y la sociedad; E. 434 FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 17 - Nº 49 - MAYO - AGOSTO - 2007 - 434-454. Consultado en septiembre 2014. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20778/2/articulo9.pdf>.

Villarroel, Gladys, Angie, Materán, (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa Geo enseñanza, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 243-248, Universidad de los Andes Venezuela.

Consultado en septiembre 2014. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>.

Zamorano Pabón, Ingrid Carolina;(2008). "Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional". Investigación y Educación en Enfermería, Vol. XXVI num. Septiembre, pp. 168-171. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215278017>. Fecha de consulta: 26 de octubre de 2014.

Zúñiga Careaga Yolanda (2009), Paravic Klijn Tatiana. El género en el desarrollo de la enfermería. Rev. Cubana Enfermería. [Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Oct 26]; 25(1-2): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100009&lng=es.

APÉNDICE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
GUÍA DE ENTREVISTA



**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN DE ENFERMERAS
EN UNA MATERNIDAD MEXICANA.**

No. DE ENTREVISTA _____

FECHA DE ENTREVISTA _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

Hable sobre la atención de las enfermeras en la maternidad.

1.- ¿Cómo fue la atención que recibió? ¿Por qué?

Me puede dar un ejemplo.

2.- ¿Cómo se sintió usted al ser atendida por enfermeras? ¿Por qué?

Para las Mujeres que no son primíparas.

3.- ¿Usted ya fue atendida por otros profesionales durante algún parto? ¿Cómo fue la atención?

4.- ¿Qué diferencia encuentra usted entre la atención de las enfermeras y la de otros profesionales?

5.- Me puede decir ¿Cuáles fueron las diferencias buenas y malas?

Pedir que hable de las diferencias, si son buenas o malas.

6.- ¿Qué destacaría de la atención de las enfermeras?

7.- ¿Qué atención le gusto más? ¿Por qué?

Mencione un ejemplo

8.- ¿Qué fue lo bueno y lo malo de la atención?

Explique porque

Lo que percibió en relación a las otras mujeres.

9.- ¿Usted cree que ellas gustaron de ser atendidas por enfermeras?

10.- ¿Por qué cree usted que ellas puedan creer que fueron bien atendidas?"

11.- En su próximo parto, si usted puede escoger, ¿Por cuál de los profesionales le gustaría ser atendida?
¿Por qué?

12.- ¿Usted recomienda la atención de las enfermeras para otras mujeres?

ANEXOS.

Atlacomulco de Fabela, México,
a 02 de Septiembre de 2014,
Oficio No. 217B20012 / 3269 / 2014,
Enseñanza, Investigación y Calidad.

M.A.S. S. María Juana Gloria Toxqui Tlachino
Directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia
Universidad Autónoma del Estado de México
P r e s e n t e

En atención a su oficio No. 2355/2014, me permito informar a Usted que no existe inconveniente para que la P. L. E. Gabriela Téllez Rojas y la P. L. E. Miriam de Jesús Contreras, lleven a cabo el proyecto de investigación "Representación social de la competencia profesional de la enfermera en un nuevo modelo de atención", en la Clínica de Especialidades "Maternidad Atlacomulco".

Por lo anterior, solicito atentamente entregar en la Coordinación Normativa de Enseñanza de esta Jurisdicción a mi cargo protocolo de investigación en medio impreso y electrónico, así como informar de los resultados obtenidos en dicho proyecto.

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Lizette Verónica Barrera Fournier
Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco

C.C.- Clínica de Especialidades "Maternidad Atlacomulco"
C.C.- Coordinación de Enseñanza, Investigación y Calidad Jurisdiccional
DRA LVIII / DRA MMS / ric

SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO POPULAR
JURISDICCIÓN SANITARIA ATLA-COMULCO

OFICIO DE ACEPTACIÓN.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO LIBRE INFORMADO

Usted está siendo invitada a participar en este estudio de investigación titulada: **REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LAS USUARIAS SOBRE LA ATENCIÓN DE ENFERMERAS EN UNA MATERNIDAD MEXICANA.** Que tiene como objetivo; **Analizar la representación social que tiene la usuaria de la competencia profesional por las enfermeras obstetras de la Maternidad.** Los beneficios para la profesión de Enfermería son: **Mostar la importancia del hospital y del trabajo de la enfermera, lo cual dará la posible expansión a otros espacios, así como influir en las decisiones para la creación de hospitales del mismo tipo en el estado.** Su participación en esta investigación consistirá en; **responder una serie de preguntas de una entrevista, que será gravada.** Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación, si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. No tiene riesgo su participación, la publicación de los datos se realizarán con o sin nombre como usted prefiera.

Usted recibirá una copia de este consentimiento, que cuenta con el teléfono, e- mail y dirección del investigador pudiendo aclarar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora y en cualquier momento.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entendiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del investigador

Gabriela Téllez Rojas. e- mail: gabrielatellezrojas@hotmail.com Teléfono: (722)104 11 31
Ángel María Garibay sin número, localidad Mavoro, municipio de Jocotitán, Estado de México.

Dirección