XXII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

Madrid, 2001

Asociación Española
de Enfermería Docente

XXII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

Formación enfermera y mercado de trabajo

Asociación Española
de Enfermería Docente

Madrid, 2001

Asociación Española de Enfermería Docente

ISBN: 84-699-8466-7

Depósito legal: M. 45.227-2002

Imprime: Gráficas Arias Montano, S.A.
C/ Puerto Neveros, s/n
28935 Móstoles (Madrid)

PRESIDENCIA DE LAS JORNADAS:

Dña. Esperanza Cachón Rodríguez.
Presidenta de la AEED

COMITÉ ORGANIZADOR

D. Epifanio Fernández Collado.
***Coordinador**. Director del Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. Madrid.*
D. Ángel Bartolomé Sanz.
Director de Enfermería. Hospital del Aire. Madrid.
D. Julio Astudillo Rodríguez.
Secretario Técnico de la Jefatura de Enfermería. Hospital del Aire. Madrid.
Dña. Concepción Carreras Manchado.
Directora de Enfermería Area 11 Atención Primaria. Madrid.
Dña. Natividad Comes Gorriz.
Directora de Enfermería Hospital 12 de Octubre. Madrid.
Dña. Cristina Cuevas.
Directora de Enfermería. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
Dña. Clara Mariscal Aspuru.
Directora de Enfermería. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
Dña. Elena Martín Robledo.
Directora de Enfermería. Área 10 Atención Primaria. Madrid.
Dña. Margalida Miró Bonet.
Vocal de la AEED. Profesora E.U.E. Universidad Islas Baleares.
D. Alfredo Moreno Alegre.
Director de Enfermería. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Dña. Francisca Navazo.
Directora de Enfermería. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.
D. Francisco Javier Pérez Rivera.
Vocal de la AEED. Profesor E.U.E. Universidad de León.
D. Matías Salinero.
Director de Enfermería. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
Dña. Purificación González Villanueva.
Secretaria de la AEED. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad Europea-CEES. Madrid.

Secretaría técnica y organizativa

Dña. Purificación González Villanueva.
Secretaria d ela AEED. Profesora del Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. madrid.
Dña. Pilar Arranz García.
Profesora del Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. Madrid.

Tesorería de las jornadas

D. Javier Bernet Toledano.
Tesorero de la AEED.

Logística

Dña. Elisa Agudo Gisbert y D. Manuel Moreno Preciado.
Profesores del Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. Madrid.

COMITÉ CIENTÍFICO

Dña. Mercedes Martínez Marcos.
Responsable. *Profesora Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. Madrid.*
Dña. Beatriz Avila Vivar.
Profesora Departamento de Enfermería Universidad Europea-CEES. Madrid.
Dña. Carmen Baragaño Morales.
Vocal de la AEED.
Dña. Consuelo Bermejo pablos.
Coordinadora de Formación Continuada.
Hospital Clínico Universitario de San Carlos. Madrid.
D. Javier Bernet Toledano.
Tesorero de la AEED. Profesor E.U.E. Virgen del Rocío. Sevilla.
Dña. Esperanza Bosque Ruiz.
Formación Continuada. Hospital 12 de Octubre de Madrid.
Dña. Flor Díaz-Cano Espinosa.
Subdirectora de Enfermería. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
Dña. Francisca García López.
Subdirectora de Enfermería Área 10 de A. Primaria. Insalud. Madrid.
Dña. Constanza García Viejo.
Coordinadora de Formación Continuada. Hospital Puerta de Hierro.
D. J. Luis González Pascual.
Área 11 de Atención Primaria Insalud. Madrid.
Dña. Inmaculada López Martín.
Profesora Depto. de Enfermería U. Europea-CEES. Madrid.
Dña. Pilar Mori Vara.
Coordinadora de Formación Continuada. Hospital Militar del Aire. Madrid.
D. Luis Torres León.
Supervisor de Área de Docencia e Investigación. Hospital Ramón y Cajal.
Dña. Carmen Castillo.
Formación continuada. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

XXII SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE

Objetivos

1. **Analizar** las diferentes demandas de formación para el desempeño de la profesión enfermera en los Servicios Regionales de Salud.

2. **Establecer** el marco de encuentro del mundo laboral de prestación de servicios enfermeros deseables (a juicio de los participantes), en relación a los perfiles formativos de la Universidad.

3. **Definir** las aportaciones de la formación continua en el ámbito del mercado de trabajo al desarrollo del pensamiento enfermero y los contenidos básicos sobre los que elaborar una línea de trabajo que refleje la toma de posición de la Asociación Española de Enfermería Docente, respecto a la excelencia en los cuidados de enfermería.

ÍNDICE

Día 28 de marzo

Págs.

Conferencia Inaugural

El conocimiento enfermero en el contexto de la ciencia. *Juana M.ª Hernández Conesa* 21

Panel de Debate 1. La Formación Continua. La capacitación para el puesto y la construcción del conocimiento.

¿Cómo integrar las necesidades formativas de los profesionales y de las organizaciones en el avance del conocimiento. *Teresa Argüello López* 35

Formación enfermera y mercado de trabajo. *Nuria Cuxart Ainaud* 39

Día 29 de marzo

Panel de Debate 2. Universidad y Mercado de Trabajo 49

Formación enfermera y mercado de trabajo. *Celia Nespral Gaztelumendi* 51

Panel de Debate 3. Certezas e incertidumbres en la Formación Continua 59

Certezas e incertidumbres en la Formación Continua. *Ana Isabel Díaz Cuasante* 61

¿La formación continua se orienta hacia la enfermedad y/o hacia la persona. *Elena Martín Robledo* 67

Págs.

Panel de Debate 4. Experiencias innovadoras en la Formación Continua 73

Experiencias innovadoras en la Formación Continua. *Amelia Mendoza Edroso* 75

Formación continuada en el Área 11 de Atención Primaria. *Milagros Beamud Lagos* 83

Experiencias innovadoras en la Formación Continua (financiación de la Formación Continua en una institución privada). *Flor Díaz-Cano y Lourdes Prieto* 93

Día 30 de marzo

Panel de Debate 5. El futuro en la formación 103

El futuro en la formación: líneas de post-grado y especialización. *Rosamaría Alberdi Castell* 105

Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los Centros de Atención Primaria del Instituto Catalán de Salud. *Monserrat Teixedor Freixa* 115

Panel de Debate 6. La formación universitaria de la enfermera: futuro 143

Expectativas del segundo y tercer ciclo enfermero. *Loreto Maciá Soler* 145

La formación universitaria de la enfermera: Futuro. Expectativas del segundo y tercer ciclo enfermero. *Esperanza Cachón Rodríguez* 159

La formación universitaria de la enfermera: Futuro. «Expectativas de Segundo y Tercer Ciclo. *Elena de Lorenzo Urien, Begoña Ruiz de Alegría, Salomé Basurto Hoyelos, Mertxe Martínez de Albéniz, Isabel Fernández de Gamboa y Alberto Santo Tomás* 159

Conferencia de clausura 169

La excelencia profesional. *Rafael Lletget Aguilar* 171

Págs.

COMUNICACIONES

Formación continuada en Osakidetza: Un puente entre clínicos y docentes. *Pilar Pérez de Eulate Berraondo y Alberto Santo Tomás Pajarrón* 181

Formación continuada: Talleres de prevención y curación de úlceras por presión. *Cristiana Quiralte Castañeda y Rosa María Martínez Prieto* 185

La formación continuada en España. *Laura Martínez de Celis, Sara García López, M.ª Elena Fernández Martínez y Francisco Javier Pérez Rivera* 191

Identificación de necesidades de formación en Unidades de Gestión de Cuidados. *José Carlos Habas Pérez* 199

Alumnos de tercer curso: futuro inmediato. *María Teresa Villar Varela* 201

La influencia del patrón biomédico en la formación del alumnado. Una elección condicionada. *Susana Limia Redondo y Carmen Venturini Medina* 205

Estrategias para la formación enfermera ante las nuevas demandas de salud. *Ana María Fernández Ferreiro* 207

Necesidad de formación para enfermería. *Antonia Pades Jiménez, Miguel Bennasar Veny, Mireia Barredo Maya, Rosamaría Alberdi Castell y Margarita Miró Bonet* 209

Programa de orientación al personal de nuevo ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. *M. J. Simón García, A. L. Blesa Malpica, J. J. López Cid, M. A. Calvo Gautier y E. M. Antón Pleite* 211

¡Qué difícil es incorporarse al mundo laboral! *Blanca Bretones Chorro, Ana I. Chicharro Luna y Alicia I. Martín* 227

El conocimiento teórico como soporte en la práctica clínica. *L. Moreno Pérez, C. García González, M. J. González Moreno, C. Álvarez Leiva, J. Parrilla Saldaña, E. Valderrama Franco y M. A. García Carpintero* 231

Papel de la Enfermería en la formación de auxiliares de Enfermería. *Marco Antonio Ramos Delgado y Francisco M. Moral Moreno* 245

Programa de implantación del proceso enfermero en un hospital. *Cristóbal Corral Leal, Manuel Jiménez Ruiz, M.ª Victoria Requena Toro e Isabel M.ª Ávila Rodríguez* 249

Págs.

Estudiantes de Enfermería: Motivaciones, actitudes y expectativas. *Milagros Gil Heredia, Ramón Camaño Puig y Amparo Benevent Garcés* 253

El perfil profesional del profesor universitario. *José Antonio Vera Pérez, María Lourdes Cantero González, M.ª José Martínez García, José Luis Molino Contreras, Ana Moratilla Márquez y José M. Montesinos Martínez* 265

Formadores internos: Desarrollo de las capacidades docentes de los profesionales. *Pilar Darriba Rodríguez, Luis Arantón Areosa, Ángeles Rodeño Abelleira, Consuelo Carballal Balsa, Mónica Rodríguez Varela y Roberto Díaz Meyer* 275

El abordaje multiprofesional como enriquecimiento en el desarrollo académico de la Enfermería superior. *Ángela María Ortega Galán y Piedras Albas Gómez Beltrán* 272

Enseñanza de la problematización: Una propuesta metodológica, reflexiva y crítica para la educación a distancia en Enfermería. *José M.ª Rumbo Prieto, Luis Arantón Areosa, Pilar Darriba Rodríguez, Lourdes Martínez Moar, Teresa Rumbo Prieto y Paulina Eguren Llera* 279

La licenciatura en Enfermería en los últimos diez años. *Sara García López, Laura Martínez de Celis, M.ª Elena Fernández Martínez, M.ª Aurora Martínez Borrego y Francisco Javier Pérez Rivera* 283

La formación enfermera y los hábitos de salud de los estudiantes de Enfermería. *Pilar Juaristi y Sara Domínguez* 291

La formación coordinada atención primaria-atención especializada: Una experiencia práctica. *Dolores Morales Rodríguez y Mercedes Contreras García* 293

Presencia de revistas y boletines españoles de Enfermería en Internet. *C. González Guitián, M. J. Pichel Guerrero y M. Sobrido Prieto* 295

Necesidad de un nuevo enfoque en la evaluación de la formación continuada. *Raquel Buisán Pelay, P. del Pozo Herranz y M. Corral Bocos* 301

Reanimación cardiopulmonar básica en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES). *Anna Escayola Maranges* 305

Análisis histórico de la intencionalidad propedéutica en la Enfermería. *Paloma Moral de Calatrava* 315

Las enfermeras y los grupos de apoyo comunitarios. *Angustias González Rodríguez y M.ª Isabel Mariscal Crespo* 329

Págs.

La actuación de Enfermería en niños discapacitados deficientes y/o minusválidos en escuelas de Primaria estatales. *Silvia Marín González, Joaquín Munuera Moreno y Esperanza María Sánchez Vigara* 333

Implantación de la aplicación informática de cuidados. Formación para el cambio. *Tomás Sebastián Viana y Mercedes Cañas Gil* 339

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería como coordinadora de calidad de cuidados. *R. Buisán Pelay, R. del Pozo Herranz y M. Corral Bocos* 345

Innovación de un perfil curricular en Enfermería en relación con la demanda social y su incremento en ésta. *Antonio Boluda Aparicio, Andrés López Gázpez y Fuensanta Murcia Nicolás* 349

Equipo de Enfermería versus enfermera/auxiliar de Enfermería. *M.ª Elena Fernández Martínez, M.ª Aurora Rodríguez Borrego, M.ª Encina Castro González, José Manuel de Luis González, Ana López Alonso y Francisco Javier Pérez Rivera* 353

POSTERS

La formación continua en Enfermería a través de Internet. *Caridad Ropero Mengibar* 361

Implantación de un programa informático para la asignación de plazas en las prácticas de Enfermería. *Montserrat Vila Gangolells, Anna Escayola Maranges, y Pilar Reig Torremorell* 363

Paradoja entre la formación real de las enfermeras y la realidad percibida. *Carmen Vives Relats, Virtudes Rodero Sánchez y Sagrario Acebedo Urdiales* 369

Formación de la Enfermería desde la Enfermería. Un nuevo proyecto en nuestra actividad asistencial. *Fernanda Jiménez Moreno, Margarita Lubiano Angulo, Rosa Notario Tomás, Gea van Daalen y Pilar Vázquez Chena* 373

Recursos enfermeros en Internet: Una nueva forma de entender la Enfermería. *Carmen Victoria Sobrín Valbuena y Ana M.ª Vega Fernández* 375

Una exploración de la importancia concedida al humor como rasgo, en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Begoña Carbelo Baquero y Ena Barroso Pérez* 377

La formación continuada en las Sesiones de la AEED. *Laura Martínez de Celis, Sara García López, M.ª Elena Fernández Martínez y Francisco Javier Pérez Rivera* 379

Págs.

Programa de formación para profesionales de nueva incoporación. *Pilar Mercadal Pallicer, M.ª Luz Capote Toledo y M.ª Isabel Zaldívar Laguía* 381

Necesidades del profesional de Enfermería para dar una formación práctica adecuada. *Fernando Luján Rodríguez, Domingo Palacios Ceña y María de la Loma Segarra Cañamares* 385

Experiencia de un grupo de apoyo para presentaciones científicas. *Carmen Valverde Sánchez, Isabel Miguel Montoya, María Isabel Zaldívar Laguía, Rafael Crespo Sevilla y Consuelo Bermejo Pablos* 387

Si después de tanta actividad eres capaz de formarte..., enhorabuena. *Ana López Alonso, Margarita Brugos Flórez, M.ª Aurora Rodríguez Borrego, M.ª Fernández Martínez, M.ª Encina Castro González y Manuel Ángel Martínez Argüelles* 389

¿Qué quieren nuestros estudiantes? *Elena Fariñas Portalo, Josefina Mena Boldo, Ana Martín Gómez y Javier Garrido Santiago* 393

Programa de prácticas en nuestra residencia de ancianos. *Carmen Pérez Blasco, Pilar Calafell Vert y Begoña Llano de la Peña* 395

Educación de un paciente diabético con pie de riesgo. *Francisco Alonso Tajes, O. Álvarez-Calderón Iglesias, M. C. González Martín, J. Janeiro Arocas, M. J. Pichel Guerrero y C. Rosende Bautista* 397

Interacción de Enfermería con el paciente dentro de la formación en comunicación. *Isabel María Pérez Ruiz y M.ª José Muñoz París* 399

Plantillas de evaluación informatizadas para la simulación de casos prácticos. *Pedro A. Villanueva Jané y Nuria París López* 403

Formación continuada de las enfermeras de atención primaria. *Jorge L. Gómez González, Ana García Laborda, Carlos Rodríguez Rodríguez, Francisco Megias Lizancos, Beatriz Carrasco Fernández y José M.ª García Santamaría* 409

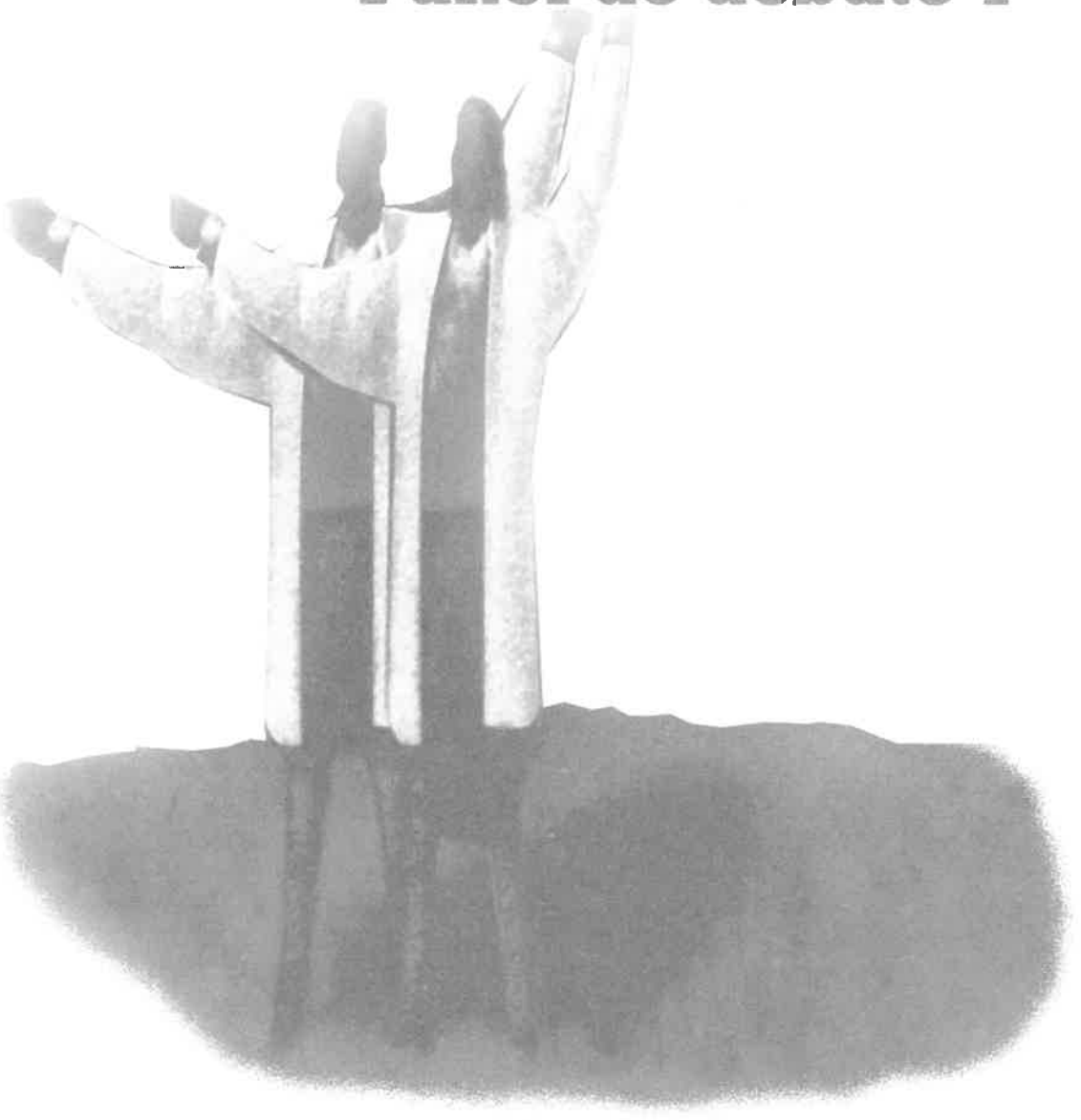
Interacción del paciente dentro de la formación en comunicación en enfermería. *Isabel María Pérez Ruiz, M.ª José Muñoz París, Aurora Padilla Molina, Eva Alcalde Góngora y Gabriel Aguilera Manrique* 413

Necesidades formativas, ¿de quién? *Pilar Darriba Rodríguez, Remedios Hernández Adeba, Ángeles Rodeño Abelleira, Margarita Quintián Méndez, José Verde Santiago y M.ª Fe Sarille López* 415

Día 28 de marzo

Conferencia Inaugural

Panel de debate 1



Conferencia Inaugural

Juana Hernández Conesa

El conocimiento enfermero en el contexto de la ciencia

Juana M.ª Hernández Conesa(*)

(*) Catedrática de Escuela Universitaria. Departamento de Enfermería. Miembro del Grupo de Investigación EYPSE. Universidad de Murcia

El tradicional uso académico del agradecimiento, cobra especial sentido en una fecha como la de hoy ya que, sin duda, entre las instituciones que han contribuido de forma decisiva a mi formación se encuentra la Asociación Española de Enfermería Docente. De este modo, mi gratitud a la misma va mucho más lejos del necesario reconocimiento a las sucesivas Presidentas, Juntas Directivas y a todos los Socios. En este momento me corresponde agradecerle a su actual Presidenta D.ª Esperanza Cachón Rodríguez y a los miembros que componen la Junta Directiva, el que hayan pensado en mi persona para desarrollar un tema tan interesante y controvertido como el enunciado en el Programa a modo de Conferencia Inaugural de estas Vigésimo Segundas Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.

La importancia del tema a la hora de determinar el camino y los modos con los que recorrer la construcción de la Enfermería como disciplina científica, me condujeron al inevitable entusiasmo por el mismo, pero su complejidad me llevó, rápidamente, a encontrarme con la omnipresente humildad del investigador, que sabe que sólo alcanza a vislumbrar lo que viene determinado por sus conocimientos y su capacidad intelectual...

De este modo, la amplitud y las múltiples perspectivas de análisis me han conducido a tomar conciencia de que aún quedan temas y cuestiones por resolver, y que precisan de un estudio más detallado que sobrepasa los límites e intenciones de esta intervención.

Si el conocimiento no nace *ex nibilo,* el investigador no se forma en solitario, por lo que todas las afirmaciones que se van a verter hoy aquí han sido previamente analizadas en el seno del Grupo de Investigación EYPSE de la Universidad de Murcia, dirigido por el Prof. Dr. Manuel Esteban Albert, quien durante más de una década ha mostrado su talante universitario y su generosidad intelectual al facilitar el desarrollo de este tipo de líneas de investigación ligadas al estatus científico de la Enfermería. Él mismo, en 1992, en el seno de esta Asociación, fue invitado para disertar acerca de «La construcción de las disciplinas científicas» (1) de tal forma que esta conferencia puede considerarse como la continuidad de la que fue pronunciada por mi maestro, sin que ello suponga que el atractivo que tuvo la primera deba estar presente en ésta, dado que las capacidades de la conferenciante para procurar el entusiasmo, son más limitadas.

El Grupo de Investigación EYPSE se caracteriza por la comunicación continua de las investigaciones que realiza, de tal forma que participa activamente en la docencia de diversas universidades españolas que han decidido, siguiendo la estela de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante, implantar como título propio el Segundo Ciclo en Enfermería. Tal es el entusiasmo del Grupo de Investigación por la comunicación de sus investigaciones y por la refutación de las mismas, convencidos de que es el único camino para la construcción científica de la Enfermería, que no sólo nos limitamos a impartir dicha docencia, sino que participamos en proyectos nacionales e internacionales tanto de investigación como de enseñanza, publicando nuestros hallazgos, de forma que puedan tener una difusión al alcance de los interesados por la Historia y la Teoría de la Enfermería, y que, entre otros, comparto con la Prof. Moral de Calatrava, en esta sección —Atenea— del Equipo de investigación.

Como hemos afirmado este grupo de investigación parte de una clara idea universitaria clásica, en la que la *lectio,* la *disputatio* y la *refutatio* son los instrumentos propedeúticos (2) de cualquier disciplina científica y, por ende, la Enfermería debe incorporar a lo que de ahora en adelante denominaremos su *alter ego.*

Con esta intervención desde el Grupo de Investigación EYPSE tratamos de analizar y hacer emerger lo que podríamos denominar este alter ego de la disciplina enfermera;

---

(1) Manuel Esteban Albert: «La Construcción de una Disciplina», en *XII Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.,* Sevilla, 1992, pp. 113-117.

(2) La propedéutica, consiste, según María Moliner, en el conjunto de conocimientos preparatorios para el estudio de cierta ciencia. Asimismo, se aplica a lo que sirve de preparación para comenzar el estudio o aprendizaje de algo. En el contexto de ésta conferencia hemos de entenderlo como la asunción de los presupuestos universitarios por parte de la disciplina enfermera y los miembros que la componen.

entendiendo ese «otro yo» como el conjunto de saberes y conocimientos que existen para todos y cada uno de los quehaceres y formas de pensamiento que el hombre ha desarrollado a lo largo de los tiempos, como consecuencia de su naturaleza racional, su capacidad de abstracción y creación.

Es por ello, que partimos de esta premisa universal, a la luz de la Historia comparada de las Ciencias para asimos al hecho de que las actividades de los hombres ligadas a los Cuidados Humanos no son una entelequia tanto en su dimensión *de facto* como en su dimensión filosófica. No obstante, en la dimensión ligada al mundo de las ideas y al conocimiento científico, como una forma de conocer el mundo y por tanto como una forma de construir conocimientos, es donde enmarcamos el *alter ego* de la Enfermería que debemos aprehender.

Hemos de hacer notar para el propósito de esta disertación, que las llamadas *disciplinas maduras* han superado la dimensión de facto y se han instalado en la dimensión conceptual sin que ello haya supuesto, en modo alguno, un perjuicio en sus intereses relativos a la intervención y al control del campo de estudio de la naturaleza que, al delimitarlo, han hecho propio (3).

En estas disciplinas la incorporación intencional de los saberes de facto al saber conceptual —o conocimiento— lo han llevado a cabo a través de reflexiones en el orden del pensamiento sobre sus propios quehaceres y partiendo de la consideración de que los fenómenos de la *physis* tentan causas naturales por las que explicar el origen y la estructura de su ámbito de intervención; de este modo el *logos* se sitúa ahora en el núcleo de la comprensión racional como criterio para explicar su realidad.

Según lo antedicho, para consolidar el saber que se había establecido *de facto* en conocimiento explicativo del *logos,* el hombre asume los postulados de la filosofía clásica incorporándolos paulatinamente a los saberes empíricos; con este proceso comienza una interesante y reveladora revolución en tanto que su ulterior desarrollo convertirá en científicas aquellas actividades que estaban imbuidas dentro del pensamiento prefilosófico.

Estos saberes, una vez instalados en el mundo de la que consideraban necesaria e imperiosa explicación empírico-racional, sufren una transformación en las fuentes de obtención del conocimiento y en las herramientas elaboradas para una correcta aprehensión del mismo, que combinadas con la razón, le llevan a obtener un conocimiento cada vez más próximo a la verdad o a algún tipo de certezas. De este modo, se fueron transformando los saberes episódicos en conocimiento acumulativo, receptivo este

(3) THOMAS S. KUHN: *La Estructura de las Revoluciones científicas,* México, Fondo de Cultura Económica, 1975 (1.ª ed. inglesa, 1962).

último a la *refutatio* como forma de continuidad en la búsqueda constante hacia nuevos conocimientos que procuren, a su vez, la resolución de problemas.

La pedagogía de la Universidad medieval, que como ya hemos señalado utilizaba la *lectio,* la d*isputatio* y la *refutatio* como materias comunes para todas las facultades, ya que son consideradas herramientas intelectuales fundamentales para el desarrollo del conocimiento, tuvo como principales consecuencias el otorgar a la Gramática y a la Dialéctica un papel propedeútico (4) ya que eran consideradas disciplinas indispensables para la comprensión de los textos y el razonamiento propio de la sliogistica aristotélica.

Este proceso de enseñanza-aprendizaje, es tomado como consustancial para el desarrollo científico posterior, ya que exige el conocimiento profundo de las autoridades cuyas afirmaciones son «puestas en duda» tras la introducción del movimiento humanista en la educación universitaria, convirtiéndose el *Studia Humanitatis* en uno de los más importantes agentes del progreso de la Ciencia y el Conocimiento en la época Moderna.

Hemos de hacer notar que el contexto científico enfermero de hoy día, presenta rasgos semejantes a los hallados en la filosofía Patrística, anterior al movimiento escolástico propio de la pedagogía universitaria, en donde el paradigma de la *autoritas* se caracteriza por la oposición a la critica de las fuentes, de tal forma que la actitud de la comunidad científica está muy próxima a la irrefutabilidad (5) de las afirmaciones vertidas, sin que apenas sean sometidas a la prueba de contrastación de la argumentación documental. Esta actitud sitúa a la disciplina enfermera, en un estado anterior al del nacimiento de la Universidad como elemento catalizador del contexto de la Ciencia, que presenta como consecuencias la aceptación acrítica en el subconsciente científico, y la actitud de obediencia en el contexto profesional.

El proceso de abstracción explicativa de las disciplinas maduras, se inicia alrededor del siglo v a. C., sin embargo su ubicación reglada acontece en la Universidad como producto de la maduración científica y cultural europea entre los siglos XII y XIII, sien-

(4) Ibid., pp. 3.

(5) Léase el Prefacio del libro de *Notas sobre Enfermería* escrito por FLORENCE NIGHTINGALE, en donde podemos observar su clara intencionalidad hacia la cientificidad de la Enfermeria: «Cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, el conocimiento de la Enfermería, en otras palabras, el arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad o recuperándose de ella. Se le reconoce como el conocimiento que todo el mundo debe tener distinto del conocimiento médico, propio solamente de una profesión...» En este prefacio queda claramente explicitados los contenidos de la Enfermería como conocimiento común, distinto del conocimiento científico sólo atribuible al conocimiento médico. También se puede observar que en todo el libro no existe una referencia a los avances científicos del momento, de los que Nightingale hace un trabajo de divulgación, sin citar fuentes.

do esta institución según Rábade Obradó (6) la que tiene la posibilidad de controlar el «oficio de Intelectual».

La dicotomía entre los oficios manuales y el oficio de intelectual, así como su reconocimiento social, no es cuestión baladí en el tema que nos ocupa. De hecho, ya los filósofos atenienses de los siglos V y IV a. C. establecían una distinción entre las funciones de la explicación teórica y el saber práctico, es decir la separación de bienes y cosas necesarias para la vida y la reflexión racional acerca de su actividad práctica y la naturaleza de las cosas.

Esta distinción entre conocimiento teórico y práctico, ha llegado a considerarse tradicionalmente como una distinción entre «un conocimiento superior» y «un conocimiento inferior», de tal forma que la actividad práctica se encuentra ligada al servicio que se desempeña por algún fin superior, siendo esta concepción del mundo un importante obstáculo epistémico en el debate acerca de la construcción científica-disciplinar de la Enfermería. Aquel conocimiento que se dirige a organizar actividades que favorezcan, promuevan e invoquen un fin superior, como es el caso de los Cuidados de Enfermería, son actividades humanas que se transforman, perviven y desaparecen en función de las necesidades sociales, modos y estilos de vida. Los cuidados proporcionados por los enfermeros, es una de esas actividades que dada su demanda social han logrado sobrevivir a los distintos avatares históricos, sin embargo, al participar de las características propias de los oficios manuales, goza de una sorprendente capacidad de adaptación al medio que es, precisamente, el elemento que le confiere su continuidad histórica. Sin embargo, este elemento de adaptabilidad, en si mismo, constituye una franca barrera de acceso hacia «el oficio de intelectual», ya que durante la Edad Media y buena parte de la Edad Moderna, se puso al servicio de un fin religioso y, en su época más reciente, al servicio de un oficio intelectual, el biomédico, promoviendo el plan terapéutico de otros profesionales.

Por lo antedicho, se hace necesario resaltar que no todo el saber de los Cuidados Humanos, de donde devienen los posteriormente denominados Cuidados de Enfermería, asumen la transformación del saber de facto en conocimiento explicativo; esta apostilla pone de relieve al menos dos de los elementos que nos permiten situar el conocimiento enfermero en el contexto de la Ciencia, a saber: el histórico y el científico-filosófico. Sin duda, estos evidentes obstáculos epistémicos nos deben consolidar en una decidida intencionalidad propedeútica, pues la herramientas de la filosofía de la Ciencia no son ni exclusivas de un grupo humano ni de algunas disciplinas científicas, y la

(6) Véase la *Historia de la Universidad Europea,* editada por Hilde de Ridder- Syrnoens, en el vol. 1: «Las Universidades en la Edad Media», editado en nuestro país por el Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 1994.

Historia Comparada de las Ciencias nos permite descubrir los modos en los que las disciplinas científicas se han construido a lo largo de la historia, por lo que podemos evitar sus errores, de forma que acortemos las fases precisas para llegar a ser una «disciplina madura» en el sentido kuhnniano.

Sin embargo, el actual estado de estructuración de los conocimientos enfermeros genera una sensación de *horror vacai* que se deriva, al menos en parte, de la ausencia de la Enfermería en el movimiento humanista que caracterizó a los primeros siglos de la Edad Moderna. Durante esta época, los rasgos sobresalientes de la actividad científica eran por una lado el deseo de conocer la experiencia humana, y de otro la traducción de este conocimiento a la forma verbal y matemática, ya que éstas eran consideradas como la principal tarea de la «revolución científica» del momento. Esta revolución contenta las dimensiones de la extensión sustantiva, a través del conocimiento directo de las autoridades, la profundización empírica, como forma de reconocer el valor que merece el pensamiento individual y critico, la reforma metodológica, y la sistematización conceptual de los resultados de la investigación científica y erudita y su comunicación a través de la enseñanza. Todas estas actitudes científicas y/o académicas, se transformaron en conocimiento científico que, cada vez, pudo ser más seguro ya que los investigadores podían ahora poner a prueba de forma constante el cuerpo de conocimientos del que disponían, abandonando «la autoridad» como forma segura del acercamiento a la mejor explicación científica de las causas de los fenómenos.

Así pues, otro debate que no podemos obviar para contextualizar el conocimiento enfermero en el seno de la Ciencia, son las diferencias de actitud y motivación entre el investigador que busca una nueva ley natural y el investigador que persigue objetivos utilitarios de la Ciencia.

A no ser que tan sólo estemos hablando de una mera habilidad manual, en Ciencia debe existir conocimiento previo antes de poder aplicarlo, ya que de lo contrario tan sólo se trataría de un saber práctico de principio a fin, de tal modo que no podría ser denominado, con propiedad, conocimiento científico. En Ciencia, aún en las disciplinas fácticas que tienen como objetivo la modificación de la realidad que perciben, las explicaciones científicas se caracterizan no por la descripción de lo que observan, sino que intentan explicarlas con términos que no son de observación. Por ello, en el ámbito universitario, que no es más que una institución ligada al conocimiento científico, y por lo tanto al conocimiento de características abstractas, de afortunadas penetraciones mentales, la incorporación del *logos* les proporciona una dimensión social diferente y superior, v.g.: «artes liberales» ejercidas por los hombres libres en oposición a los oficios, ejercidos en el seno de los gremios y de las órdenes religiosas.

El Patrón de la Universidad, Tomás de Aquino (7), que como neoaristotélico retoma la dicotomía mano-cerebro en su comentario a Boecio titulado *De Trinitate,* escrito entre los años 1255 y 1259, diferencia entre las «artes liberales» y las «artes serviles», de modo que *«ni la demanda de personas con preparación profesional o educación general ni las demandas ni motivos gubernamentales, eclesiásticos, sociales y económicos son los factores primarios, constitutivos o realmente fundamentales y determinantes subyacentes al origen y naturaleza de las universidades como comun/dades totalmente nuevas y sedes de enseñanza y estudio. ¡Todo lo contrario! En substancia, el estímulo para la emergencia y crecimiento de las universidades fue el interés humanístico y científico, el deseo de aprender y de conocer, el amor scendi»* (8).

Así pues, respecto a la introducción de las disciplinas fácticas en el seno de la Universidad, se necesitó no sólo de la incorporación del logos como elemento teorético por el cual dar forma a sus explicaciones científicas causales, sino que fue preciso que asumieran el papel propedeútico de las disciplinas especulativas para llegar a ser consideradas dignas de formar parte de las exigencias intelectuales universitarias. De forma que el sentir universitario se conforma de acuerdo con estas premisas que constituyen la génesis, a través de lo que podríamos denominar «ritos de paso», de la impronta que dejan de por vida respecto a actitudes y simbolos que caracterizan a la institución de la enseñanza superior.

Desde esta disertación, se considera imprescindible la asunción de los postulados universitarios antedichos para incorporar el *alter ego* de la Enfermería. En una primera aproximación, que se nos presenta hoy en día como necesaria e inexcusable a la hora y en el momento de justificar su inserción y continuidad en la Universidad, asumir este papel especulativo, podría hacernos sentir, de nuevo, el *horror vacui* señalado anteriormente; sin embargo, los postulados de la filosofía poseen tales dimensiones que son capaces, ya que así lo han hecho en otras ocasiones con disciplinas más recientes que la Enfermería, de dotar a ésta del estatuto científico necesario, de forma que el «oficio de intelectual» es la dimensión que hace llegar el *alter ego* de la Enfermería, de modo que con él y de acuerdo a la Historia Comparada de las Ciencias, el estatuto social de esta disciplina se verá situado en su justa dimensión.

(7) Opus cit., pp. 95 y ss.

(8) GRUNDMANN, Ursprung (nota 6), 36, 39, tomado de WALTER RÜEGG, «Temas», en HILDE DE RIDDER-SYRNOENS: *Historia de la Universidad en Europa* (trad. M.ª Sol de Mora Charles), Universidad de País Vasco, Bilbao, 1995 (la ed. inglesa, 1992).

Esta exigencia ineludible de la incorporación del *logos* a lo podríamos denominar «Enfermerología» (9) o Ciencia de la Enfermería, pasa por asumir las herramientas intelectuales de la Ciencia, que no son otras sino el Conocimiento acumulativo y el Método científico.

Ya en la Edad Moderna, se observa un primer intento de establecer la cooperación, y no el enfrentamiento, entre las destrezas manuales y las destrezas intelectuales. De este modo, y como consecuencia de las refutaciones bidireccionales de racionalistas y empiristas hacia el método de aprehensión del conocimiento de cada corriente, surge la cooperación entre estas dos formas de acercarse a la realidad a través de los conceptos, de tal forma que hoy en día el Método científico es tan sólo un modo de tratar problemas intelectuales que, consecuentemente, puede y debe utilizarse en todos los campos del conocimiento.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los investigadores por concebir al Método científico como una forma universal de acercamiento a los fenómenos y problemas de investigación de todas las disciplinas científicas, la Enfermería no ha incorporado esta forma de acercamiento a los problemas de un modo paradigmático, dada su trayectoria de «oficio manual» ajeno a la Universidad y a la Revolución científica del siglo XVII.

El Método científico tiene la peculiaridad de haber incorporado el andamiaje filosófico, de tal forma que la mayoría de los hechos que explica están más allá de la experiencia y la intuición, pues las teorías que elabora deben partir de hipótesis, que en las ciencias factuales, deberán ser sometidas a contrastación empírica; de tal forma que en el Método científico necesariamente debe existir, y existe, una cooperación entre mano y cerebro.

La dicotomía que ha vivido, y vive, la disciplina enfermera no es más que una consecuencia histórica de su ubicación exclusiva y excluyente en los oficios manuales cuyo continente intelectual, a lo sumo, era la Biblia (10). Es por ello que esta reflexión, le-

(9) Entiéndase como el compendio de lo que podría denominarse el *corpus* doctrinal enfermero o la doctrina enfermera. Hemos de tener en cuenta que mediante la semántica nos aproximamos a los problemas relativos, al significado de los términos y enunciados científicos. De este modo el Grupo EYPSE, con esta nueva aportación está intentando acuñar semánticamente algo que por derecho histórico le corresponde dotar de contenido del *logos* a la Enfermería. Entendemos que con este término se resume la intencionalidad propedéutica que la legitima como disciplina universitaria. Ya que la «Enfermerología» conlleva en su significado el «oficio de intelectual».

(10) La Biblia tiene un contenido de verdad revelada frente a la Ciencia, que nos hablaría de certezas demostradas o demostrables. La verdad revelada utiliza el procedimiento de la invocación frente a la actitud científica que hace uso de la indagación. Esta dicotomía es de especial importancia a la hora y en el momento de explicarnos la situación científico-académica de la Enfermería.

jos de producir una algarabía de voces encontradas sin sustento teórico, debe procurar una reacción contraria, es decir, de reflexión retrospectiva y prospectiva, de modo que nos permita hallar los elementos ausentes durante siglos e incorporarlos *de facto.* La gran paradoja de nuestro tiempo es que estando incorporados de derecho, por ser una titulación de carácter universitario, no ha finalizado el proceso evolutivo necesario para entender lo que le acontece, y superar el reto de procurarse la naturaleza universitaria secular que le debe ser propia.

Así pues, si el objetivo de la Ciencia es la construcción de imágenes teoréticas de la realidad, en busca de estructuras que sean verdades en sistema, más que verdades en si mismas, podríamos afirmar que, en cierto sentido, la Ciencia es monista, es decir se enfrenta con todos los campos del conocimiento con un solo Método. Sin embargo, la investigación científica requiere de técnicas de contrastación específicamente construidas para cada disciplina, de tal forma que en este sentido la Ciencia es pluralista.

Aquí se hallaría otra dimensión del *alter ego* de todas las disciplinas científicas, y por tanto también debería serlo de la Enfermería, ya que partiendo de su objeto de estudio y del cuerpo de conocimiento disponible, las técnicas de contrastación son las que permiten a los investigadores de cada disciplina, un acercamiento cada vez más preciso a certezas. Estas técnicas suelen cambiar de forma más rápida que el Método General de la Ciencia, y no siempre las tácticas que una disciplina usa para la resolución de sus problemas es utilizable por otra disciplina científica, pero todas tienen la peculiaridad de ser a la vez productores de conocimiento científico y producto de la Ciencia. Las técnicas de contrastación de hipótesis son la consecuencia del avance científico de las disciplinas, de tal forma que en ellas se contiene parte del cuerpo de conocimientos de esa disciplina. Por lo tanto, aquellos saberes o ramas del conocimiento que tan sólo proporcionen datos «en bruto» y que no utilicen el Método científico no pueden calificarse de científicas.

En este sentido, la Enfermería suele calificar al Proceso de Intervención (11) como el Método científico de la disciplina enfermera, confundiendo, a la luz de lo antedicho, las técnicas de contrastación propias e identificativas de cada disciplina, con el Método científico General, cuando tan sólo se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica, sin la capacidad de proporcionar una explicación o predicción de los fenómenos observados por la carencia de hipótesis derivadas, a su vez, de un cuerpo de conocimientos disponible.

Como todos sabemos, las hipótesis son tan sólo intentos especulativos, más o menos afortunados, de explicar y resolver el problema científico planteado, por lo que el

(11) Véase *Fundamentos de la Enfermería: «*Teoría y Método», de HERNÁNDEZ CONESA Y ESTEBAN ALBERT, editado por McGraw-Hill Interamericana en 1999.

investigador no sólo ha observado hechos que han llamado su atención y se ha atrevido a aventurar alguna conjetura, sino que ha sometido sus hipótesis a una rigurosa contrastación, las ha fundamentado en teorías científicas que, a su vez, le permite insertarlas en un sistema explicativo universal.

De todo ello, se deriva que los fenómenos que estudia cada disciplina, son aprehendidos, y no dados o consensuados como el actual metaparadigma enfermero, conformado por los fenómenos de Persona, Entorno, Salud y Rol Profesional. Es decir, el investigador científico es capaz de descubrir fenómenos nuevos, o estudiar los ya conocidos desde postulados teoréticos innovadores, y no precisa de un acuerdo entre los componentes de la comunidad científica para ello.

En estas disciplinas, los colegas del investigador se limitan a determinar el grado en el que están fundamentadas las hipótesis, la pertinencia de las técnicas de contrastación establecidas y la adecuación del diseño de investigación seleccionado, pero no ponen en duda la pertinencia del fenómeno elegido por el investigador, ya que éste deviene de la Teoría seleccionada, de forma que las disciplinas científicas no limitan ni los fenómenos de investigación, ni la perspectiva desde la cual los van a analizar.

La incorporación del *logos* a la Enfermería nos obligaría, necesariamente, a revisar algunas cuestiones que, con el tiempo, se han convertido en dogmas; tal es el caso de los cuatro fenómenos del metaparadigma enfermero, ya que estos cuatro fenómenos, a la luz de la filosofía de la Ciencia y entre otros análisis que se podrían hacer, limita, sin duda, no sólo el campo de estudio sino la explicación propia. Si a esto añadimos que trabajamos con modelos potenciales, es decir, modelos teoréticos «adaptados» de otras disciplinas, que inevitablemente incumplen la misión de la relación entre las aplicaciones intencionales y el núcleo estructural, nos encontramos, efectivamente, con una disciplina que presenta claras dificultades para explicarse desde la estructura de las teorías científicas, lo que también conlleva a serias dificultades en la intervención clínica especifica.

Tras presentar, de forma somera, la situación de la Enfermería en el contexto de las «ciencias maduras», y en la que se ha podido observar una idea propia de la *scientia* romana, que se caracterizaba por la cuidadosa descripción de los fenómenos, por una intencionalidad utilitaria de la ciencia y una ausencia de la especulación, nos instalamos, en sentido kuhnniano, dentro de una etapa que se caracteriza, paradójicamente, por una actitud científica de los investigadores con ausencia de explicaciones científicas propias.

Esta aparente contradicción es, sin embargo, importante de resaltar ya que debe conducirnos a las «preguntas efectivas», que son aquellas que, partiendo de la incorporación del juicio critico, descubren fenómenos, relaciones entre los fenómenos y delimitan el objeto de estudio, tarea que, hoy en día, dado el proceso de maduración de la titulación en la universidad, resulta imperiosa, prioritaria e ineludible.

Trataremos de emitir nuestras ideas, a modo de conclusiones, sobre la presente disertación parafraseando a Bunge: *«La adopción universal de una actitud científica* —por parte de los enfermeras— *puede hacemos más sabios: nos haría más cautos, en la recepción de información en la adquisición de creencias y en la formalación de previsiones; nos haría más exigentes con la contrastación de nuestras opiniones y por tanto más tolerantes con las de los otros; nos haría más dispuestos a inquirir libremente acerca de las nuevas posibilidades y a eliminar mitos consagrados que sólo son mitos; robustecería nuestra confianza en la experiencia guiada por la razón, y nuestra confianza en la razón contrastada por la experiencia; (...) nos daría una visión del mundo eternamente joven, basada en teorías contrastadas, en vez de estarlo en la tradición, que rebuye tenazmente todo contraste con los hechos»* (12).

BIBLIOGRAFÍA

BUNGE, M.: *El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones.* Buenos Aires: Paidós, 1979.

— *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía* (2.ª ed.), Barcelona: Ariel, 1985.

HERNÁNDEZ CONESA, J. M., y ESTEBAN ALBERT, M.: *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método.* Madrid McGraw-Hill/Interamericana, 2000.

HERNÁNDEZ CONESA, J. M.: *Historia de la Enfermería, un análisis histórico de los cuidados de Enfermería.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1995.

— *La construcción de la Enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos.* Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 1996.

KUHN, T. S.: *La estructura de las revoluciones científicas.* México: FCE, 1971.

NAGEL, E.: *La estructura de la ciencia. Problemas de la lógica de la investigación científica.* Barcelona: Paidós, 1981.

REALE, G., y A. DARÍO: *Historia del Pensamiento Filosófico y científico.* Barcelona: Herder, 2001.

HILDE DE RIDDER-SYMOENS (ed): *Historia de la Universidad en Europa.* Servicio de Editorial Universidad del País Vasco: Bilbao, 1994.

(12) MARIO BUNGE: *La investigación científica: Su estrategia y su filosofía* (trad. Manuel Sacristán). Barcelona, Ariel, 1985 (2.ª edición revisada y ampliada de la inglesa de 1963), p. 51.

Panel de Debate 1

La Formación Continua. La capacitación para el puesto y la construcción del conocimiento

Teresa Argüello López

M.ª Teresa Moreno Casbas

Nuria Cuxart Ainaud

¿Cómo integrar las necesidades formativas de los profesionales y de las organizaciones en el avance del conocimiento?

Teresa Argüello López(*)

(*) Coordinadora de Formación Continuada. Hospital La Paz. Madrid.

Yo supongo que son muchas y variadas las respuestas que se pueden dar a esta cuestión y, en este sentido, el propósito de mi intervención es presentarles y compartir con ustedes una forma de integrar las necesidades formativas a través del desarrollo por competencias.

Mi exposición se centrará en analizar qué es un perfil de competencias y porqué pueden ser de utilidad tanto para el desarrollo de la organización como el de los profesionales, así como el papel que debe jugar la formación continua en este proceso de integración de necesidades.

Todo esto lo iremos viendo a través de los tres puntos en que he dividido esta exposición.

INTRODUCCIÓN

Como todos sabemos, una condición indispensable, aunque no suficiente, para alcanzar un destino es establecer dónde queremos ir.

Nuestro destino, tanto el de las organizaciones como el de los profesionales que las componemos, no es otro que seguir desarrollando una cultura de servicio público, entendida esta cultura como la necesidad de servir al ciudadano y buscar nuevas fórmu-

las para satisfacer sus necesidades y demandas orientadas a incrementar el bienestar y la calidad de vida.

Y es este proceso constante de indagación y búsqueda de soluciones, lo que nos lleva a la construcción del conocimiento, entendiendo el conocimiento como: «El conjunto de información desarrollada en el contexto de una experiencia y transformada a su vez en otra experiencia para la acción.»

Este concepto, como podrán apreciar, no es un concepto abstracto sino un concepto de inmediata aplicación laboral (Diccionario Webster). Se trata no sólo de generar conocimiento, sobre todo se trata de utilizarlo, ya que la verdadera naturaleza del conocimiento está en su movilidad, su necesidad de seguir circulando para seguir permaneciendo.

Para que esto sea posible son necesarias dos condiciones:

— La primera, que la organización disponga de una estructura formal para que se pueda dar un proceso de intercambio de conocimiento, ya que este proceso no puede desarrollarse por sí mismo.

— La segunda está en relación con la necesidad de una cultura de aprendizaje en la organización para estar abiertos a las nuevas formas de hacer y de desaprendizaje para saber olvidar formulas obsoletas de hacer.

Estas dos condiciones que acabamos de comentar están íntimamente ligadas al hecho de que en la actualidad las organizaciones sanitarias se encuentran sometidas a una serie de procesos de adaptación y cambio, en los que sin duda, los recursos humanos son los elementos claves para lograr la adecuación entre la demanda de los usuarios y la calidad del servicio que se presta.

Para que las organizaciones puedan gestionar con eficacia es esencial que éstas conozcan su capital humano, ya que sólo de está manera podrán ponerse en marcha acciones dirigidas a desarrollar y potenciar las organizaciones a través de sus miembros. Pero, ¿cómo identificar a los miembros de la organización que tienen o tendrán éxito?

La definición de los perfiles de competencias nos darán los puntos de referencia con los que tanto las personas como las organizaciones han de contar para establecer una ruta adecuada al destino que queremos alcanzar.

DESARROLLO POR COMPETENCIAS

Como se trata de dar una visión eminentemente práctica, sólo haré una breve referencia de cómo surge este término.

El término competencia aparece hace más de veinte años para dar cuerpo a la idea de que ni los resultados escolares ni las puntuaciones obtenidas en los tests de inteligencia y aptitudes predicen el éxito profesional.

En los últimos 10 años empezamos a ver este término de forma cada vez más presente en el ámbito de la gestión de recursos humanos, esto se debe a que diferentes investigaciones en diferentes paises ponen de manifiesto que: determinados conocimientos, habilidades y cualidades de la persona están relacionados con el éxito que estas tienen en el desempeño de sus puestos de trabajo.

Y si las personas que componen la organización desempeñan con éxito su trabajo, parece lógico pensar que la organización también lo tendrá.

La definición de competencia es el primer paso para entender qué es un perfil de competencias y para qué nos puede resultar útil.

Se suele denominar competencias al repertorio de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada.

Se define la «competencia» al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para desempeñar con éxito un determinado puesto de trabajo.

Un perfil de competencias es el conjunto de competencias necesarias que garantizan el éxito en el desempeño de un determinado puesto de trabajo.

Representan el trazo de unión entre las características individuales y cualidades requeridas para el puesto de trabajo.

¿Para que es útil un perfil de competencias?

Una vez que la organización tiene definidos los perfiles de competencias de los puestos o familias de puestos de la organización, podemos estar en disposición de comprobar el nivel de adecuación de las personas a su perfil de puesto y de está manera establecer los procesos de formación y desarrollo que sean necesarios.

Nos ayudará a identificar:

— Qué deben saber los profesionales para desempeñar un determinado puesto de trabajo. QUÉ NECESITAN CONOCER.

— Cómo podemos completar la formación de las enfermeras/os para asumir situaciones más complejas. QUÉ NECESITAN CONOCER.

— Por donde se orientan las tendencias de nuestra profesión para aportar el conocimiento que debemos incorporar a medio plazo. QUÉ DEBEREMOS CONOCER EN UN FUTURO CERCANO.

Desde esta perspectiva creo que trabajar con perfiles de competencias puede ser de gran utilidad. El desarrollo de nuestras competencias ha de alinearse con las necesidades de la organización y ponerse a su servicio, que no es otro que ponerse al servicio de los ciudadanos.

PAPEL DE LA FORMACIÓN CONTINUA

1. Desde este enfoque la formación debe jugar un papel orientado a evaluar, identificar y desarrollar, permanentemente, los conocimientos, habilidades y actitudes que los profesionales necesitan para desempeñar con éxito su puesto de trabajo dentro de la organización, teniendo en cuenta que las nuevas demandas de la población deben conducir a nuevas ofertas en materia de aprendizaje.

   Además de los contenidos tradicionales, también aspectos como la creatividad, la autoconfianza, el pensamiento crítico, la empatía y el espíritu de equipo, constituyen competencias que debemos desarrollar.

2. Los que nos dedicamos a este apasionante mundo de la formación sabemos que los esfuerzos que realizamos en materia de aprendizaje sólo resultan fructíferos cuando la persona siente el deseo y la necesidad de aprender para mejorar profesional y personalmente. Este puede ser un sentimiento intrínseco de los profesionales pero las organizaciones deben promoverlo para que los profesionales puedan percibir que sus esfuerzos de desarrollo contribuyen a aumentar el capital de conocimiento de la organización.

3. Las organizaciones deben facilitar los medios necesarios y orientar los esfuerzos de una forma clara y explicita, entendiendo la formación continua como un elemento estratégico sin el cual difícilmente podrán dar una respuesta satisfactoria a la población.

4. La formación continua en las organizaciones debe someterse a reglas de eficiencia y rentabilidad. Y para esto es necesario que sigamos profundizando en la forma de evaluar el impacto de la formación tanto en los profesionales como en la organización

Dar con la respuesta adecuada a cómo integrar las necesidades formativas de los profesionales y de las organizaciones es fundamental, si no queremos que la formación continua se convierta en un batiburrillo de actividades desconexas.

Creo que el mayor desafío está en acertar con las competencias a desarrollar; o sea, en conocer bien nuestras necesidades y aplicar las soluciones más efectivas.

Formación enfermera y mercado de trabajo

Nuria Cuxart Ainaud(*)

(*) Directora de Enfermería. Fundació Privada Hospital de Mollet

En primer lugar, agradecer de todo corazón a la Junta de la Asociación Española de Enfermería Docente la invitación a compartir con ustedes este espacio. Siempre constituye un lujo ser invitada a un foro de estas características y un excelente ejercicio que, aunque gozoso, no menos comprometido. Aunque, desde luego la disciplina y la profesión que compartimos es común, no así la actividad laboral y, esta circunstancia hace que, cuando «vengo a l'AEED», sienta un cierto vértigo que ni los ya muchos años de socia ni mi pequeñísima contribución a una de sus anteriores juntas directivas, han conseguido minimizarla. De todos modos pienso, y así lo manifesto siempre que tengo oportunidad, que este ejercicio debería ser más frecuente entre los enfermeros y enfermeras y muy especialmente a quienes nos dedicamos a la gestión de los servicios enfermeros.

Una segunda consideración que creo debería hacer se refiere al planteamiento de este trabajo. Ante otras posibilidades más generales, he optado por un enfoque muy personal a partir de la experiencia adquirida en un proyecto de dirección de unos servicios enfermeros que abordan cambios fundamentales en su concepción de lo que significa el compromiso profesional.

La tercera consideración es que, releyendo mi intervención una y otra vez, casi tengo la tentación de titularla «entre otras». Esta expresión aparece o se sobrentiende durante todo el trabajo pero sólo es el resultado de la dificultad que entraña, resumir en

un espacio corto de tiempo los trazos fundamentales de la formación para el puesto en un proyecto de estas características.

Hechas estas premisas, el trabajo que les voy a presentar y de acuerdo con los objetivos de estas sesiones pretende:

1. Describir brevemente el proyecto de estos servicios enfermeros.
2. Dar a conocer las características generales del análisis realizado para el planteamiento formativo.
3. Poner a su consideración los trazos fundamentales del diseño formativo para la capacitación de sus protagonistas.

Para cumplir con el primero de los propósitos permítame sólo un par de minutos para intentar resumir en qué consiste el proyecto al cual, desde hace seis años, estamos comprometidas.

El Hospital de Mollet es el único hospital general de la ciudad de Mollet del Vallès. Pertenece a la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), dispone de 165 camas, 20 de ellas de asistencia sociosanitaria, acoge una unidad de asistencia nefrológica y tiene integradas algunas de las especialidades del Centro de Atención Primaria, así como su Servicio Ordinario de Urgencias. Gestiona también el Centro de Atención Primaria de Salud Mental y su población de derecho es cerca de 80.0000 habitantes, pertenecientes a seis municipios.

En 1995, después de un proceso de reflexión y análisis complejo, sus servicios enfermeros iniciaron un recorrido con el propósito de abordar cambios fundamentales en su manera de trabajar a partir de la decisión de adoptar un modelo conceptual enfermero. Con:

Un objetivo: cambiar de orientación en base a la adopción del modelo, la aplicación de una metodología científica a la práctica enfermera, mediante el consenso sobre lo que hacemos, cómo lo hacemos, de qué nos servimos y qué pretendemos y

Una meta «visible»: el diseño, elaboración y posterior implantación de una nueva documentación enfermera, entendido *siempre* como «el tangible» resultante de este proceso de reflexión y, por lo tanto, de otro modo de trabajar. Y también,

Una curiosidad: intentar responder la pregunta: ¿Qué es lo que esconde tantas dificultades el concepto «cuidar»?

Pretendíamos que fuera concebido como un instrumento marco e integrador que permitiera la unión coherente y ajustada de los diferentes planes y proyectos en marcha y en realidad lo que ha significado es un proceso que, efectivamente, nos ha proporcionado y nos proporciona es aquello que lo empaña todo, que lo une, que le pro-

porciona un «sentido común», lo que, en cada actividad, estrategia o decisión, constituye el «denominador común».

Sabíamos que iniciábamos un camino largo, lento y complejo a pesar de la voluntad, perseverancia y determinación de muchas enfermeras interesadas y motivadas para llevarlo a cabo y sabíamos también que, otras experiencias de este tipo nos indicaban que, con demasiada frecuencia, un análisis ligero de la situación, pero sobre todo poca atención en la estrategia, esfuerzos muy valiosos pierden parte de su eficacia porque no inciden debidamente en los problemas.

Suponía ineludiblemente un cambio cultural; en definitiva, un obligado ejercicio de transparencia y contraste entre los diferentes estamentos profesionales, disciplinas, roles directivos, niveles jerárquicos, provocando, con ello, la necesidad de una organización interprofesional orientada a la persona, por encima de la organización tradicional hospitalaria.

Todas las experiencias que hay descritas en este sentido y numerosa bibliografía coincide en afirmar, que procesos de estas características provocan, entre otras, crisis de identidad profesional.

Nos enfrentamos con la realidad de ver contrastadas nuestras prácticas profesionales, confirmando que no eran iguales, haciéndose bien patente la variabilidad de las mismas y, en consecuencia, la necesidad de evaluar convenientemente —entre diferentes alternativas de actuación—, aquellas que por consenso profesional debíamos adoptar y lograr, no sólo la mayor efectividad posible, sino una obligada eficiencia para utilizar eficazmente los recursos disponibles.

Esta situación provocó, rápidamente, precisamente una conciencia de la variabilidad que usualmente las enfermeras no cuestionamos al estar fuertemente incorporadas a nuestras rutinas y hábitos.

La enfermera se encuentra en su práctica asistencial con situaciones que la llevan a una continua revisión de sus conocimientos, ya que debe tener capacidad para resolver problemas, establecer prioridades y asumir la responsabilidad de la prestación de cuidados.

Ejercita estas capacidades interrelacionando, por un lado, conocimientos, habilidades y actitudes que posee y, por el otro, el entorno laboral (estructural, humano y organizativo) en el que se desenvuelve. De la repetición de las situaciones que entraña la práctica asistencial, la enfermera obtiene un claro beneficio que habitualmente denominamos «experiencia». Ésta complementa la formación de base, permite una continua evolución profesional y personal y proporciona a la enfermera la seguridad necesaria para ello.

Pero si alguna cosa genera el cambio es inseguridad. Este sentimiento afecta ampliamente y se experimenta y refleja en todo. Inseguridad en lo material y en lo anímico, en el qué, en el cómo y en el dónde. Inseguridad en el ejercicio profesional que se manifiesta en forma de dudas e incertidumbres sobre lo que uno sabe y en cómo lo aplica, sintiéndose a veces cuestionado en todo y por todo y generándose en consecuencia un sentimiento de amenaza.

Frente a esta inseguridad personal cada cual responde como sus defensas le permiten. No obstante, no todas las reacciones, individuales o colectivas, tienen una única expresión. Suele manifestarse como negación —a lo que le acostumbra a suceder la rebeldía—, la reivindicación o la justificación y la externalización de las culpas reforzada por la evidencia de que siempre es posible encontrar algo que no funciona y puede justificar la crítica.

La segunda gran reacción que acontece ante «la amenaza» de cambio, es la del sentimiento de desinformación, abriéndose un complejo proceso ante el que todo cuanto se sabe o se dice es insuficiente o excesivo, válido o superfluo, pero que nunca es indiferente. Los circuitos informales se multiplican, la rumorología aumenta y proliferan las deducciones y las interpretaciones.

Y es que la enfermera se encuentra, se enfrenta, a otros problemas. Lo que hasta ahora marcaba su dinámica de trabajo (los problemas de colaboración) o lo que constituía más o menos carga de trabajo (actividades de suplencia) pasan a compaginarse con los problemas de independencia identificados a través de los diagnósticos enfermeros.

Esto provoca una serie de situaciones no resueltas que la enfermera debe afrontar y que, bien por no entender —al menos hasta hace poco—, de su área de competencia o por falta de consenso en los equipos de trabajo, genera una reacción de insatisfacción y de frustación.

Ante este sentimiento, la enfermera puede responder:

- No haciendo nada y renunciar al propio razonamiento, adoptando el comportamiento grupal, aunque íntimamente no esté de acuerdo con él.
- Intentando mantener su código ético a espaldas del resto del grupo.
- Buscar áreas asistenciales en las que no deba compartir criterios de actuación.

Pero es indudable, también, que el pacto, la negociación, el consenso, acostumbran a culminar las crisis y, en algunos aspectos, se pueden observar sustantivos avances hacia posiciones de aceptación del cambio y hacia la comprensión del enriquecimiento, surgiendo liderazgos nuevos y potentes.

Hasta aquí parte de todos los problemas. Y, a partir de aquí, como «demonio» resolverlos.

Y es que, en el ámbito de la profesión enfermera, es más frecuente encontrar fórmulas y procedimientos de trabajo propios de un modelo biologista en el cual las enfermeras desarrollan su rol profesional basándose en un modelo bio-médico, a través de actividades destinadas a dar soporte al diagnóstico y al tratamiento de la patología y de cuidados dirigidos exclusivamente a la enfermedad y rigurosamente estandarizados, es decir, donde la individualización de dichos cuidados es escasa.

Tampoco acaban de concretarse objetivos que vayan en la línea de mejorar la calidad de vida de las personas cuando entran en contacto con el sistema sanitario y que se pueden asumir desde diferentes dimensiones del propio cuidar.

Un cuidadoso análisis de necesidades, de todo tipo, organizativas, económicas, estructurales y, des de luego formativas, caracterizaron la primera etapa. En líneas muy generales, la situación de las enfermeras y de los servicios enfermeros protagonistas de este proyecto podrían resumirse —recuerden «entre otras»— de la manera siguiente:

- La enfermera, frecuentemente no dispone de la necesaria seguridad en sus conocimientos para el ejercicio autónomo y muestra dificultades en concretar su aportación en el marco de un nuevo modelo.
- Las deficiencias en la preparación científica y los conocimientos no siempre actualizados conllevan un refugio en el rol de colaboración, siempre más fácil de manejar.
- La poca sinceridad en la autoevaluación de conocimientos y de fuerzas. El miedo a lo desconocido, el temor a no entender, frecuentemente hace «caer en la trampa» del victimismo o de la perpetuidad de dudas, conflictos, situaciones no resueltas muy difícil de romper.

Pero como ya no se discute que no basta con desear que las cosas sean de una determinada manera sino que se han de crear las condiciones para que, además, sean posibles, se planteó un proyecto formativo teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

a) El desarrollo de aventuras de estas características requieren de estructuras facilitadoras. Toda la organización debe cambiar y tantas veces como sea necesario para facilitar el trabajo de los y las profesionales y, por supuesto debe contar con la participación de un número importante del colectivo profesional. Si hablamos de interiorización o de adopción, sólo es posible llevarlo a cabo a través del consenso y de ir avanzando a medida, al ritmo, que cada profesional precise. Es necesario mucha conciencia en las decisiones propias y las de los demás y una buena dosis de responsabilidad, individual y colectiva, respecto a las consecuencias las decisiones tomadas.

b) La reflexión sobre si la necesidad del cambio es aquello que genera demanda de formación o son las oportunidades formativas las que nos colocan en situación de visualizar el cambio.

Cuando una organización reflexiona sobre su razón de ser, puede llegar a situarse en el contexto y la visión correcta de si misma. A partir de esta visión, podrá definir sus objetivos y estrategias y es entonces cuando podrá ver con más claridad su futuro. Así mismo, y desde el punto de vista metodológico, esta formación no puede estar «desenganchada del terreno». En realidad, cuesta encontrar algo más formativo que la reflexión sobre lo que uno hace.

c) La consideración de que los objetivos, conocidos y difundidos adecuadamente, son elementos esenciales en cualquier proceso de cambio y que la claridad en su formulación y el nivel de conocimientos que sobre ellos tienen las personas implicadas, constituyen a la piedra angular para una buena consecución de un cambio planificado. Por esta razón se entendió necesario el diseño de un proceso de evaluación, asegurándose de este modo, el nivel de progresión del proyecto.

d) El antiguo paradigma enseñanza-aprendizaje planteaba un proceso en el que los conocimientos eran vertidos desde alguien que disponía de ellos en cantidad hacia alguien que no tenía los suficientes. Ahora sabemos que este paradigma no funciona. El conocimiento es algo que se construye sobre la base del conocimiento previo. Y sabemos también que sigue un modelo de red en cuya conformación cada individuo participa activamente en estrecho contacto con la realidad o el mundo exterior.

   Aprender a partir de problemas significa hacerlo a partir de la realidad y estimular a la persona que aprende a que construya su propio conocimiento en continuo contacto con el contexto. Todo ello sabemos que es difícil de evaluar, pero existe la certeza que aprender en base a problemas conlleva la creación de un/una profesional más capaz de establecer relaciones entre lo que le ocurre a la persona objeto de nuestros cuidados y su realidad y, como parece lógico, mejor orientado para entender su perfil competencial como alguien que debe, sobre todo, resolver problemas de otros.

e) La formación enfermera es un ámbito de actividades que no constituye un fin por sí mismo si no que pretende la mejora de la actuación de las enfermeras y los enfermeros al servicio de las necesidades de la persona. Lo que pretende, en definitiva, es contribuir a la mejor actuación profesional para conseguir los mejores resultados.

   Si este objetivo se pierde es fácil que sus actividades tiendan hacia el lujo académico alejándose de dar respuesta a las necesidades reales. Es necesario pues, utilizar como estrategia el desarrollo de las capacidades para la toma de decisiones adecuadas, potenciando su competencia para llegar a un diagnóstico enfermero correcto. Deben ser capaces de inferir, de la situación a la que se

enfrentan y de la información que recogen, lo relevante para elaborar constructos coherentes y exactos.

Esta tarea interpretativa del conflicto de la realidad, que en su conjunto denominamos identificación y solución de problemas, requiere de fenómenos cognoscitivos que denominamos razonamiento y juicio, los que adecuadamente desarrollados y utilizados, son los que le permiten a las enfermeras tomar las decisiones más convenientes.

Así, en base a estas premisas, se planteó un proceso planificado y participativo, ni secuencial ni «por pasos» y una metodología que propiciara un enfoque muy interactivo, mediante un proceso «de ir y venir» permanente donde los diversos componentes del esquema de planificación se alimentaran mutuamente.

Para ello, la estrategia formativa se planteó del modo siguiente:

a) La elección del soporte docente se hizo con criterios de:

- Globalidad: vinculado a un grupo consolidado de enfermeras docentes.
- Realismo: con un diseño de un mapa teórico muy bien dibujado y unas etapas de aplicabilidad enmarcadas dentro de lo posible.
- Interactividad: a través de aquellas acciones que la evaluación indicara.

Aquí una mención especial, que hago siempre y seguiré haciendo, a los esfuerzos realizados por diversas enfermeras y enfermeros en el estudio y consolidación de marcos teóricos para la prestación de cuidados, métodos de trabajo propios, lenguaje enfermero específico, etc., pero fundamentalmente al trabajo, producción escrita y «ejercicio profesional excelente» de las profesoras Carmen Fernández Ferrín, M.ª Teresa Luis y M.ª Victoria Navarro, que nos han proporcionado, básicamente, tres cosas fundamentales: claridad en los conceptos, facilidad en su operatividad y la seguridad que proporciona cuando la docencia y la asistencia se unen en un proyecto común.

b) Convertir la amenaza que se siente ante el cambio en una oportunidad para nuestro desarrollo Con un valor: la autoestima; y con una herramienta: la comunicación. Un concepto y un medio que, en definitiva, hace cierto, por encima de otros valores, aquella evidencia de que el conocimiento está en la relación.

Aquí, otra mención especial que también hago siempre y seguiré haciendo siempre, a las aportaciones de la profesoras Rosamaría Alberdi alrededor del desarrollo profesional, Pilar Antón en todo lo que se refiere al campo de la ética, Rosa Mata Poch en todos los aspectos formativos relacionados con la comunicación y de la profesora Rosa Blasco Santamaría por la implicación, el contraste y el apoyo incondicional a un proyecto que tuvo la suerte de que quiso hacer suyo.

c) Fomentar la curiosidad: la curiosidad, entendida como la necesidad de seguir, extender o desarrollar el interés que exige un cambio en la vida profesional y una curiosidad que actúe centrando el objeto de atención y dándole dirección al cambio.

d) Considerando las necesidades de aquellos y aquellas que aprenden en relación a:

- Su compromiso personal respecto al cambio.
- La larga duración del proceso que requierá de experiencias educativas múltiples.
- La oportunidad de reforzar la conceptualización que da soporte a aquello que es práctico.
- La conveniencia de analizar conjuntamente los elementos nuevos que serán introducidos por el cambio profesional.

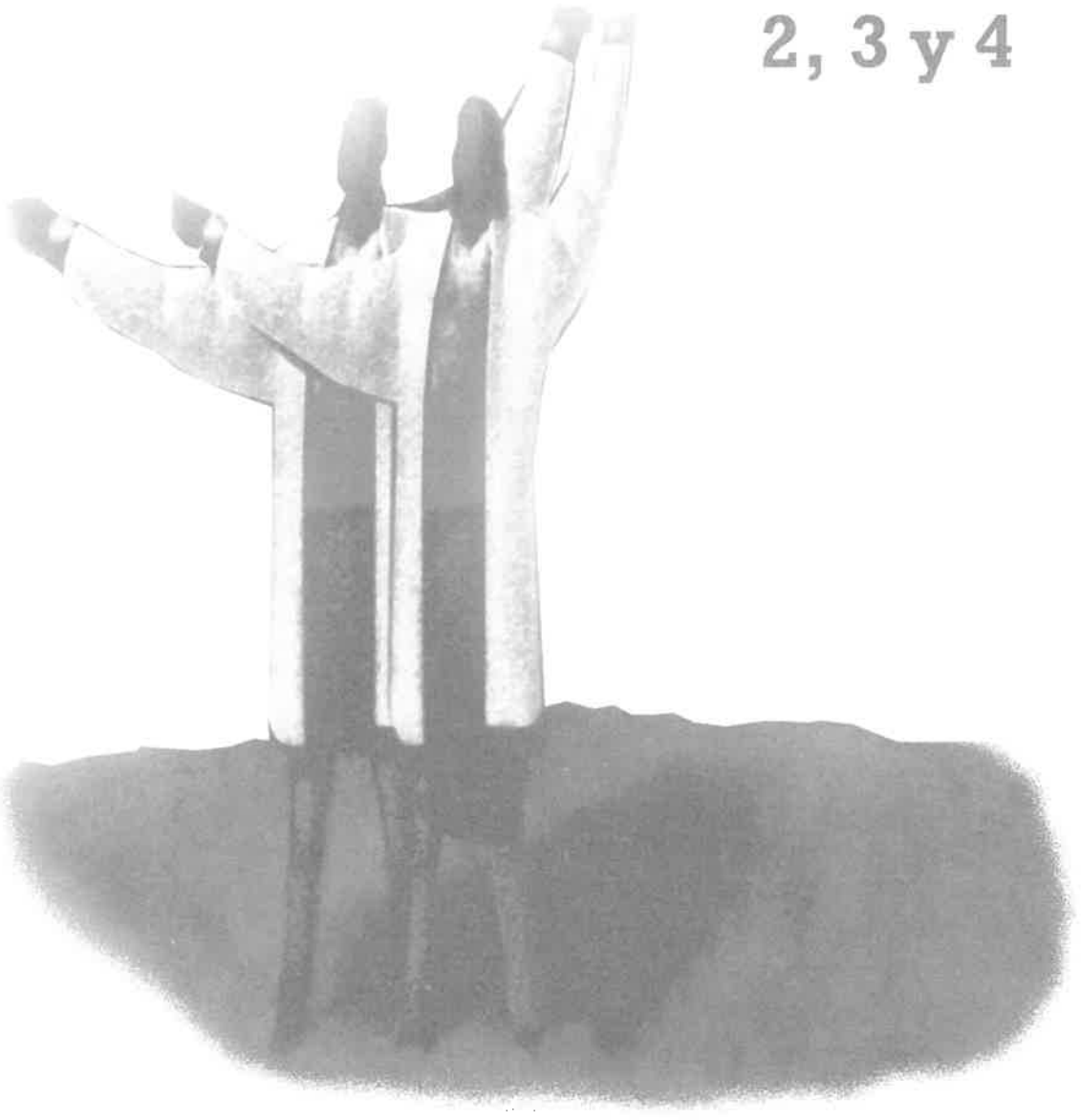
Y hasta aquí los trazos fundamentales de este proyecto formativo. Para otra oportunidad, espero que pronto, la operativa del desarrollo de la formación de unas enfermeras que abordan cambios fundamentales en su manera de trabajar y en su concepción de lo que significa el compromiso profesional, a partir de la decisión de adoptar un modelo conceptual enfermero.

Para finalizar, dos deseos. En palabras de Russell: «Tengamos el valor de aceptar con resignación las cosas que no se pueden cambiar, tengamos suficiente obstinación para cambiar las que se pueden cambiar y tengamos la inteligencia indispensable para no confundir las unas con las otras.» El segundo deseo: unas felices sesiones.

Muchas gracias.

Día 29 de marzo

Paneles de debate
2, 3 y 4



Panel de Debate 2

Universidad y Mercado de Trabajo

Celia Nespral Gaztelumendi

J. Manuel Giménez Pemán

M. Luisa Tejeira

Formación enfermera y mercado de trabajo

Celia Nespral Gaztelumendi(*)

(*) E.U.E. Casa de Salud «Valdecilla». Santander.

Cuando Esperanza Cachón, la Presidenta de la AEDD, me propuso que participara en este Mesa Redonda, el tema a tratar, así como el general de estas Jornadas, me pareció interesante y oportuno.

De interés, porque surge siempre que se habla de la formación, universitaria o profesional y porque en la enfermería está presente en todos los foros, reuniones y conversaciones, en especial en los que coinciden profesionales asistenciales y docentes.

Oportuno, porque este puede ser un momento adecuado para hacer un análisis en este sentido de la formación enfermera, ahora que las directrices sobre los nuevos planes de estudio han sido aceptadas y reconocidas por la Unión Europea y éstos están empezando a asentarse y deberán ser el instrumento a utilizar durante los próximos años para formar a l@s enfermer@s.

Cuando inicié la preparación de mi intervención en esta Mesa Redonda, el título de la misma «Formación Enfermera y Mercado de Trabajo», me pareció gráfico y descriptivo de mi contribución a ella. Sin embargo, en algún momento de su desarrollo me planteé cambiarlo, tenía la sensación de que «mercado de trabajo» definía restrictivamente las posibilidades de desarrollo profesional que tiene la enfermería, también que era un término que en nuestro colectivo se utilizaba poco. Finalmente decidí dejarlo, porque podría ser adecuado en este contexto si, como supongo, los otros dos partici-

pantes en esta mesa presentarán una perspectiva del mercado de trabajo no sólo actual, sino futura, de los nuevos yacimientos de empleo para l@s enfermer@s. Esto coincidirá mucho más con lo que entiendo que es el mercado de trabajo de la enfermería, que tiene más que ver con las necesidades en materia de salud de la población que con la cobertura de las mismas, tal y como se realiza en este momento por el sistema sanitario y social.

Me gustaría que mi intervención fuera enriquecedora para todos ustedes, pero no resulta fácil decir cosas interesantes que, aunque no sean novedosas, induzcan, al menos, al análisis y a la reflexión críticos y creativos y nos ayuden a encontrar respuestas, soluciones y consensos, siempre provisionales y mejorables, para continuar desarrollando nuestra profesión.

Por otra parte, también me asaltaron dudas y preguntas de este tipo:

—¿Mi postura no tenderá a ser autocomplaciente, a tratar de justificar a toda costa que la formación que se está impartiendo responde a las necesidades profesionales y sociales?

—¿La perspectiva desde la que yo veo la enfermería no estará muy sesgada por mi dedicación a la docencia?

Mi vida profesional ha estado centrada en la docencia en los últimos 12 años, aunque mi extenso currículum, extenso sólo porque hace muchos años que soy enfermera, no es exclusivamente docente. He sido enfermera asistencial, todavía unos cuantos años más que docente. Sin embargo, también sé que cuando se tiene una actividad profesional tan absorbente y que requiere tanta dedicación como la nuestra, sea cual sea el ámbito en el que se desarrolle, una tiene tendencia a ver y analizar las cosas desde la faceta desde la que las vive cotidianamente y, debido a esto, puedo no tener el distanciamiento necesario para ser objetiva en el tema que trato de abordar.

Además, yo siempre digo —así lo pienso—, que la enfermería es, entre otras muchas cosas, una militancia, en la que, durante los últimos años, me ha tocado defender la formación. Y abrirse camino en la Universidad, al menos en algunas, es complicado, por múltiples motivos, entre los que voy a recordar alguno que me parece importante:

- Somos muy nuevos en la Universidad. La formación enfermera se incluyó entre las universitarias hace menos de 25 años, pero la mayoría de las Escuelas llevamos mucho menos tiempo integradas y hemos partido de situaciones muy diversas. Por otra parte, cada Universidad tiene características específicas que hacen que la posición que ocupan las Escuelas en cada una de ellas sea muy diferente en este momento.
- La mayoría de las áreas de conocimiento que existen y muchas de las titulaciones que se imparten, son muy antiguas y están asentadas y reconocidas, de tal

modo que nadie pone en duda que deban estar en ella, lo que no ocurre con la nuestra.

- Con las disciplinas afines o más cercanas, en especial la medicina, con la que los puntos de confluencia podían ser mayores, tampoco solemos encontrar apoyo y reconocimiento, sino puntos de conflicto, en muchos casos generados por las diferencias sustanciales en la organización y estructura de nuestros estudios, en otros, o además, por razones que todos tenemos presentes y que tienen que ver con la aceptación de los cambios que se están produciendo en nuestra profesión.
- Finalmente, y no por ello menos importante, a las limitaciones anteriores se suma la carencia del 2.º y 3.er ciclos. Esto no hace más que potenciar las condiciones de inferioridad y desigualdad, no sólo en la Universidad sino también en el mercado de trabajo. La construcción de la disciplina enfermera hace imprescindible una mayor formación y el desarrollo de la investigación, pero también la participación e implicación, en igualdad de condiciones, en la gestión de las instituciones y en la toma de decisiones de todo tipo.

Sin embargo, no soy yo quien puede solucionar mis temores ni dar respuesta a mis preguntas. Sólo ustedes podrán decir si mi reflexión ha sido sesgada y autocomplaciente o ha contribuido, en alguna medida, a aportar algo al tema que nos reúne. En todo caso, sé que mi visión nunca podrá ser completa y que su participación en el debate y la que, cada vez de forma más frecuente, se hace desde todos los ámbitos profesionales, son necesarias para ampliar y completar la perspectiva.

¿LA FORMACIÓN PREGRADO PREPARA PROFESIONALES QUE RESPONDEN AL MERCADO DE TRABAJO?

Voy a entrar en materia haciéndome la pregunta que se supone que debo contestar en esta intervención y que subyace en el título de esta mesa: ¿La formación pregrado prepara profesionales que responden al mercado de trabajo?

La respuesta no es fácil y, en todo caso, será una respuesta personal en la que estoy segura que coincidiré con muchos de ustedes y divergiré con otros.

Si se me pidiera una contestación breve y maniquea, diría que no, que la formación enfermera que se está impartiendo en las Escuelas de Enfermería no responde al mercado de trabajo, a las posibilidades de trabajo y de desarrollo profesional que tienen la mayoría de l@s enfermer@s que finalizan sus estudios.

Sin embargo, habría respondido afirmativamente, aunque con matizaciones, si esta pregunta me la hubieran hecho hace 25 años. En ese momento no había grandes di-

vergencias entre el técnico que se formaba en las Escuelas de ATS y las tareas y técnicas delegadas que tenían que desarrollar en los hospitales en los que iba a trabajar. Sin embargo, de ahí mis restricciones, eso no quería decir que todos los que se formaban estuvieran capacitados para desempeñar un trabajo en cualquier hospital, entre otras razones porque la formación era muy desigual y respondía, prioritariamente, a las características del hospital del que dependía la Escuela.

Como ejemplo de ello tengo mi propia experiencia. Yo estudié en la Escuela en la que ahora soy docente, en la «Casa de Salud Valdecilla». Mi formación, práctica en su mayoría, en la que realizábamos todas las tareas de una enfermera de entonces, porque en el hospital había sólo unas pocas en algún servicio especial, constó de alrededor de 7000 horas, durante los 365 días de tres años completos. Sin embargo, a pesar de la amplitud de las prácticas y de los años transcurridos, guardo un nítido recuerdo de mis sensaciones y percepciones durante los primeros días que trabajé, como A.T.S. y cobrando, en otro hospital diferente e innovador en aquél tiempo. Creo que mi inseguridad, miedo, angustia y todo lo que se pueda añadir, no difieren mucho de lo que sienten l@s enfermer@s recién graduados que empiezan a trabajar en este momento.

¿QUÉ ES LO QUE HA OCURRIDO EN POCO MÁS DE DOS DÉCADAS EN LA FORMACIÓN ENFERMERA?

Como todos ustedes saben, la formación enfermera ha vivido una transformación profunda e innovadora en las dos últimas décadas.

Hace 25 años l@s A.T.S. nos movilizábamos para conseguir la integración de los estudios en la Universidad, y no sólo para mejorar la formación, también para prestar un mejor servicio a la sociedad y estar preparados para los cambios que se avecinaban en la atención sanitaria.

La formación hasta entonces respondía a las necesidades de la profesión dominante y de la atención especializada que estaba en pleno desarrollo. Era una formación técnica, sin excesiva complejidad, basada en el modelo biomédico, con pocos contenidos teóricos y muchas horas de prácticas, que capacitaba para ser meros auxiliares de los médicos y ejecutores de técnicas, en unos hospitales poco complejos y tecnificados.

La integración de los estudios en la universidad, el cambio de denominación de la titulación y las directrices de los planes de estudios de 1977 dieron un vuelco a la formación enfermera, que se consolidó con la reforma de 1990.

Estas transformaciones no ocurrieron porque sí, no fueron debidas a intereses de l@s docentes, ni de quienes participaron en la elaboración de las directrices generales.

En todo caso éstos fueron receptivos y tuvieron visión de futuro, porque respondieron, incluso se adelantaron, a los planteamientos de atención a la salud que se estaban haciendo en ese momento, al proponer una formación que permitiera capacitar a l@ enfermer@s para dar una respuesta eficiente y adecuada a esas nuevas necesidades.

La adaptación de la educación a las nuevas exigencias de nuestro tiempo no afectó sólo a la enfermería, sino a todas las instituciones de enseñanza superior y al conjunto de la sociedad. También durante este periodo todo el contexto de la Universidad sufre su propia crisis que se manifiesta en cambios importantes, como la LRU, y en la constante pregunta que se hace sobre los intereses a los que debe responder, no sólo la docencia, también la investigación; además de plantearse que la formación que se imparte es excesivamente teórica y no prepara para el mercado laboral.

Sin embargo, la formación enfermera recorre el camino a la inversa, pasa de ser eminentemente práctica a ampliar los contenidos teóricos que fundamenten esa práctica, porque una disciplina debe comenzar su construcción desde el conocimiento y ese es el paso que debe dar un oficio para convertirse en una profesión.

Recordemos, también, que las funciones de la Universidad están siempre en discusión y análisis en todas las disciplinas y campos del saber, aunque existe consenso en que debe ocuparse de descubrir, transmitir, aplicar conservar, criticar y desarrollar el saber, también de transmitir valores. Todo ello desde la formación para el aprendizaje más allá de la simple adquisición de conocimientos y en un proceso acelerado de ampliación, para hacer frente a nuevos retos y demandas, desde la perspectiva de un servicio público. Tampoco hay que olvidar su papel de crítica y motor de la sociedad, de una sociedad sujeta a continuos cambios.

El Libro Blanco sobre la Educación y la Formación de la Comisión Europea de 12-11-97 precisó que los nuevos objetivos que ha de tener la educación deben ceñirse a: «El desarrollo de la capacidad de empleo a través de las competencias necesarias para promover, a lo largo de la vida, la creatividad, la flexibilidad, la capacidad de adaptación y la habilidad para aprender y resolver problemas.»

Tal y como se recoge en Enfermería en Acción: «La modificación de la práctica de la enfermería, especialmente el cambio fundamental que requiere de la profesión el impulso de salud para todos, hace necesario modificar la formación en enfermería de una manera fundamental y proactiva. Las nuevas enfermeras de cada país necesitan un modo de pensar diferente, un enfoque distinto de su labor profesional y un rol ampliado» (OMS, 1993, p. 71).

Durante estas dos últimas décadas la formación enfermera ha iniciado, e intenta desarrollar, el camino de la construcción disciplinar en el sentido y con la orientación que se recoge en todos los documentos e informes de la OMS, en lo que se considera

imprescindible su participación e implicación en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones.

Ello ha supuesto un cambio, no sólo de contexto y contenidos, sino también en lo ideológico y conceptual y lo metodológico:

— Orientando la profesión y sus fines como un servicio a los individuos, familias, grupos y población en función de sus necesidades.

— Construyendo y desarrollando una disciplina independiente y específica, con un cuerpo de conocimientos propio que capacite a los profesionales para ser autónomos y responsables de los cuidados que prestan.

— Desarrollando la formación con una perspectiva científica basada en el conocimiento del proceso salud-enfermedad, de los determinantes de la salud, de la persona como ser biopsicosocial, de las necesidades de salud y de los servicios necesarios para satisfacerlas.

— Favoreciendo la adquisición de los conocimientos, actitudes, valores, habilidades y destrezas de forma activa, participativa y autodirigida; centrada menos en el conocimiento teórico y concreto, que se queda pronto obsoleto, y más en la búsqueda y análisis de la información, la resolución de problemas, el pensamiento crítico, la flexibilidad de las interpretaciones y la búsqueda de soluciones a los problemas cambiantes y complejos de la sociedad actual, desde la perspectiva de las necesidades y demandas de la población en el medio comunitario.

Sin embargo no está todo hecho, no podemos olvidar que la formación pregrado no es más que el pilar que dota de los conceptos ideológicos, del método y de algunas de las herramientas necesarias para la vida profesional, pero que es en ésta donde deben desarrollarse, probarse, aplicarse y adaptarse, para continuar apoyando sobre él lo que vayamos construyendo a lo largo de toda la vida.

Además, el camino está lleno de dificultades y divergencias que, entre todos, deberemos ir desbrozando para encontrar estrategias consensuadas, racionales y con visión de futuro que nos permitan seguir desarrollando la disciplina. Estaremos construyendo en el aire si continuamos con la dicotomía actual entre la formación que reciben los alumnos y la práctica profesional con la que se encuentran, tendremos que buscar soluciones y alternativas para que disminuya, a lo inevitable, el choque de las dos culturas, la educativa y la sanitaria:

— La formación pregrado que pretendemos que adquieran los alumnos es demasiado extensa y no cabe en tres años, a pesar de las 3900-4600 horas. Además, no puede ser generalista y polivalente y, al mismo tiempo, especializada. Es im-

prescindible conseguir el desarrollo de todas las especialidades para poder ser especialista, y de la licenciatura y doctorado para profundizar en el conocimiento disciplinar y en la investigación conceptual y aplicada.

— No se puede pedir a un recién graduado que se incorpore de forma inmediata al ejercicio profesional, mucho menos en áreas de cuidados especializadas, y que asuma competencias y responsabilidades como si fuera un experto; además de que es imposible, es un descrédito para los profesionales con experiencia. Por eso la carrera profesional es indispensable.

— La integración teórico-práctica es complicada y difícil, no se puede enseñar un método sistemático y científico para desarrollar las funciones y competencias enfermeras, si no se aprende a aplicarlo en la práctica. Pero la mayoría de las enfermer@s continúa desarrollando tareas y técnicas delegadas, con una orientación biomédica, sin método, con poca autonomía y sin asumir su responsabilidad en los cuidados de salud de las personas con las que trabajan. Para que esto se modifique será necesario mejorar, reorientar y planificar adecuadamente la formación postgrado y continuada.

— Las nuevas generaciones de profesionales trabajan mayoritariamente de forma temporal, con lo que su influencia en la evolución de la práctica es mínima. Para favorecer el cambio de una cultura tan arraigada será necesario llevar a cabo estrategias para desarrollar actitudes y habilidades de aceptación y adaptación a situaciones de cambio y crisis, de estímulo y motivación, etc., con los profesionales más estabilizados, para que puedan sumarse a los nuevos proyectos con interés y actitud positiva.

— Por último, la vinculación docente-asistencial continua siendo problemática y las experiencias positivas escasas y aisladas. Será necesario proponer otro marco legal que permita recoger y facilitar las características y peculiaridad de la formación y la práctica enfermera.

No pretendo finalizar mi intervención con una nota pesimista, al contrario. Estoy convencida de que este es un camino sin retorno; que cada vez hay más profesionales que se suman a recorrerlo, que las necesidades de salud que tienen las personas, las familias y los grupos de la comunidad están ahí y que si queremos permanecer como profesión tendremos que darles una solución y adelantarnos a cubrirlas, porque, de lo contrario, alguien lo hará y no será como nosotros pensamos que debe hacerse.

Pero todo esto tendremos que continuar demostrándolo: a nuestros propios compañeros que se resisten a incorporarse; a la sociedad, la administración, el sistema sanitario y social que, todavía, no saben que podemos hacerlo, que lo hacemos bien y con menos coste.

Cada vez son más los estudios publicados que demuestran que la asunción de más competencias por l@s enfermer@s, tanto en la atención especializada como en la primaria, es coste-efectivo y aumenta la satisfacción de los pacientes. También aquí, tendremos que demostrarlo.

Creo que debemos felicitarnos por estar donde estamos, no debemos ser impacientes, ni desanimarnos porque el camino se hace lentamente y es largo, nunca se acaba. Pero se avanza más rápidamente si tod@s, docentes, asistenciales y gestores, nos implicamos y colaboramos para conseguirlo y para que se plasme en nuevas expectativas de la sociedad, respecto a la contribución de la enfermería en la mejora de la salud y calidad de vida. Esto será lo que va a permitirle desarrollar el papel ampliado que deberá tener en los nuevos mercados de trabajo que ya están ahí, esperando, y que tiene la obligación de crear para dar respuesta a las necesidades de salud antiguas y emergentes.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERDI CASTELL, R. M.: «Las estructuras de los estudios de Enfermería», en *XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED. 20 años de formación enfermera.* Cádiz: AEED, 1992: 255-69.

BENAVENT GARCÉS, A.: «Formación para cuidar: expectativas, resultados y propuestas», en *XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED. 20 años de formación enfermera.* Cádiz: AEED, 1992:41-51.

BLASCO SANTAMARÍA, R.: «Las estructuras de los estudios de Enfermería», en *XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED. 20 años de formación enfermera.* Cádiz: AEED, 1992: 271-87.

BRICALL, J. M.: *Universidad 2 mil.* Madrid: CRUE, 2000.

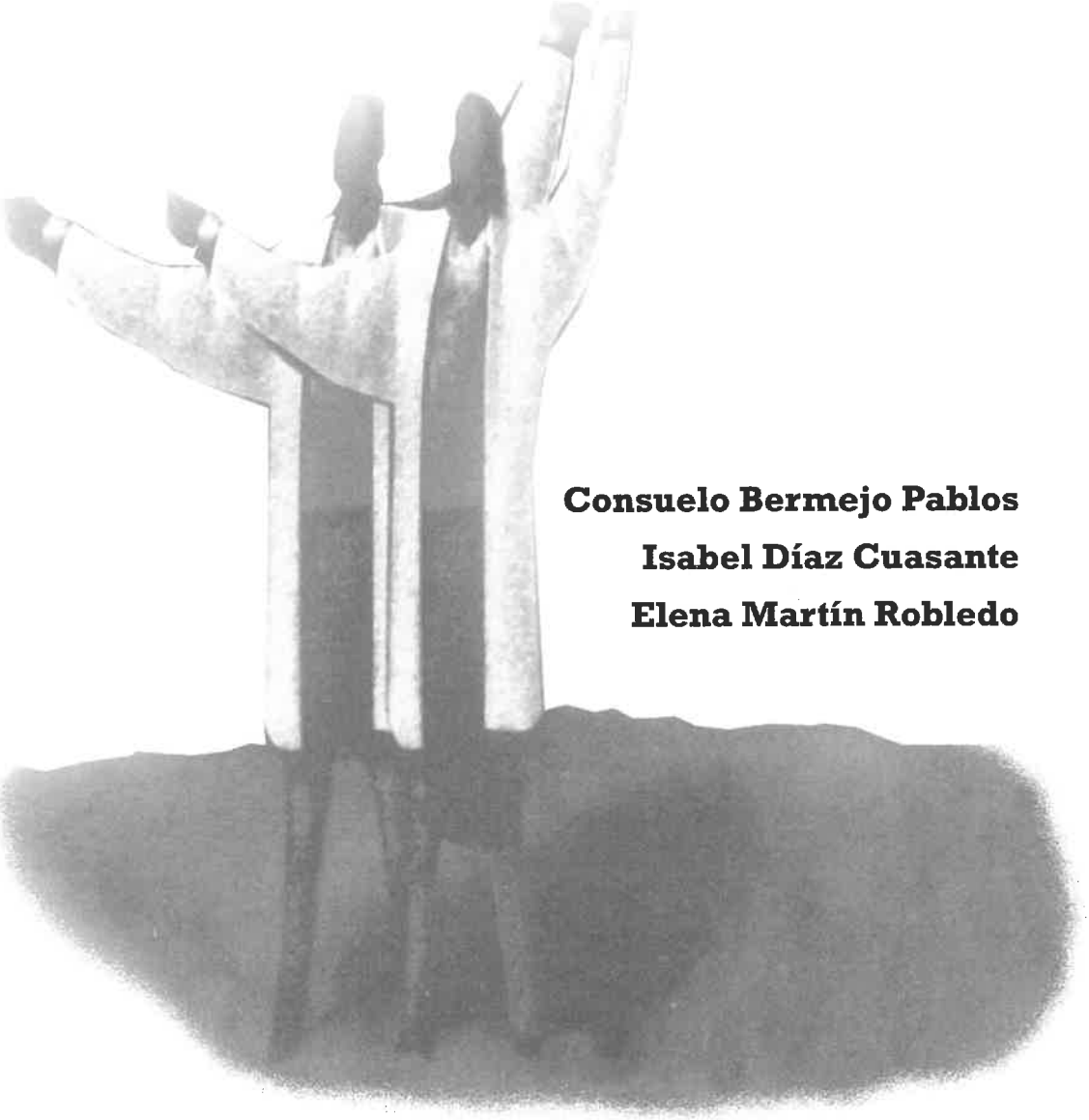
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Enfermería en Acción.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

— «La Enfermería más allá del año 2000». Serie de *Informes Técnicos,* 842. Ginebra: OMS, 1994.

— «El ejercicio de la Enfermería». Serie de *Informes Técnicos,* 860. Ginebra: OMS, 1996.

Panel de Debate 3

Certezas e incertidumbres en la formación continua



Consuelo Bermejo Pablos

Isabel Díaz Cuasante

Elena Martín Robledo

Certezas e incetidumbres en la Formación Continua

Ana Isabel Díaz Cuasante(*)

(*) Supervisora Unidad Hospital U. Clínica de Hierro.

INTRODUCCIÓN

La Sanidad Pública y por lo tanto, su personal están viviendo cambios y necesitan adaptarse a las nuevas demandas y necesidades de la población.

El ciudadano expone cada día con más claridad, sus derechos como usuario; reclama servicios sanitarios eficaces, modernos, cómodos con buenos servicios hosteleros y atendidos con calor humano.

Si pensamos prestar servicios de calidad, debemos dar a los RR.HH. la importancia que realmente tienen y este reconocimiento se basa en el desarrollo de programas formativos, específicos, pensados y orientados a las necesidades de los equipos.

«La formación que sigue un profesional después de finalizar su foramción inicial o cualquier formación de especialización con el fin de matener y mejorar su competencia profesional»

O.M.S. DEFINICIÓN FORMACIÓN CONTINUA

Ventajas

— Facilita la identidad profesional.

— Actualiza las competencias.

— Asegura la adaptación de la capacidad profesional a los desarrollos tecnológicos y contenidos de los puestos de trabajo.

— Debe integrarse en acciones planificadas, organizadas bien gestionadas, coherentes con los criterios generales de los centros de trabajo.

— Evaluadas para que sepamos en impacto en el desarrollo de la formación y la mejora de la asistencia.

— Mejorar la gestión para que se compartan valores como eficacia, eficiencia, transparencia y respeto a los principios éticos.

CARACTERÍSTICAS DE LA FORAMACIÓN CONTINUA

Estos valores mejoran la política de RR.HH. y optimizan los presupuestos. Así que el dinero que se invierte en formación deja de considerarse un gasto y es una inversión de futuro.

— Desarrollo una cultura de implicación del propio profesional en su proceso de autoformación.

LÍNEAS A CONSEGUIR EN LA FORMACIÓN CONTINUA

— Potenciar la formación como soporte de la gestión.

1. Identificación de las necesidades

Se tienen en cuenta los objetivos de la Dirección y las necesidades formativas de los profesionales.

2. Plan de formación

Para que resulte eficaz y eficiente, la formación debe estar descentralizada, implicándose el Equipo de Dirección y los profesionales de Enfermería.

Un plan de formación, debe tener como objetivo solucionar las necesidades formativas detectadas en los profesionales.

MODALIDADES DE ACCIONES FORMATIVAS

1. Formación de iniciación

Acciones de Formación dirigidas al personal de nueva incorporación con el objetivo de adaptarse a la organización, así como, a las exigencias de su entorno laboral.

2. Formación general

Acciones de Formación con el objetivo de conseguir un desarrollo personal y profesional en todos los niveles y ámbitos.

3. Formación de servicio

Para actualizar los conocimientos, habilidades técnicas y científicas del personal en servicio o unidades concretas.

4. Formación de promoción

Dirigidas a profesionales con el objetivo de dotarles de la formación específica e instrumentos en las áreas susceptibles a promocionar (gestión, dirección, docencia, etc...).

5. Formación para la gestión

Dirigidas al Equipo de Dirección para dotar de instrumentos respecto a las situaciones de los nuevos escenarios del sistema sanitario (Unidades Funcionales, Institutos y Fundaciones).

6. Formación general

1. Desarrollar líneas de investigación en Enfermería
2. Cursos de metodología:
   - — En investigación.
   - — Cuidados estandarizados e individualizados.

3. Formación para el desarrollo y aplicación de las nuevas tecnologías (Plan de Renovación Tecnología del INSALUD):

— Telemedicina.

— Teleradiología.

— Continuidad de los cuidados enfermeros

4. Fomentar las consultas docentes entre los profesionales de las áreas A. Primaria/A.Especializada.

OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN

«El resultado que se espera de los sujetos en formación al finalizar ésta». Pineda 1995.

1. De conocimientos

— Profesionales, de la propia organización y de su entorno social.

«A estos objetivos de conocimientos los denominamos saber».

2. De habilidades

— Cognitivas, comunicativas, manuales y técnicas.

«A estos objetivos de habilidades los denominamos saber».

3. De actitudes

— Hacia el trabajo y el aprendizaje, hacia la organización, hacia los otros y hacia sí mismo.

«A estos objetivos de actitudes los denominamos compromiso personal».

CONTENIDOS DE LA FORMACION

«Los contenidos de la formación en función de las necesidades formativas y de los objetivos derivados de ella». Pineda 1995.

1. Conocimientos de la propia organización

Son los contenidos referidos al conocimiento de la filosofía, la estructura, el sistema, etc... de la organización.

Es decir, los contenidos que proporcionan conocimiento de todos aquellos aspectos que permiten al empleado identificarse con la compañía y dan sentido a su trabajo.

2. Conocimientos profesionales

Son los contenidos que proporcionan los conocimientos necesarios para realizar las tareas que integran cada puesto de trabajo.

3. Formación personal

Integra todos los conocimientos que están más allá de las técnicas y preparan a la persona, considerándola como miembro de una comunidad laboral y social.

RELACIÓN DE LOS CONTENIDOS CON LOS OBJETIVOS

contenidos de la formación

1. Vinculados al saber.
2. Vinculados al saber hacer.
3. Vinculados a las actitudes.

CONCLUSIONES

La formación continua como instrumento de mejora, que contempla a la persona como una totalida. Desde un enfoque integral que hace que la formación en la organización, no sea sólo de tipo profesional, sino también educativa que es altamente enriquecedora para el individuo.

¿La formación continua se orienta hacia la enfermedad y/o hacia la persona?

Elena Martín Robledo(*)

(*) Directora de Enfermería del Área 10. A. P.

Ningún buen profesional duda de que la constante incorporación de conocimientos es esencial si se quiere prestar unos cuidados enfermeros actualizados, profesionales y, en definitiva, de calidad.

Pero, ¿qué tipo de conocimientos se precisan cuando se desarrolla el trabajo enfermero en el medio extrahospitalario?

Intentaré dar respuesta con una breve introducción sobre cuál es el perfil de la enfermera comunitaria.

El ámbito de actuación de la enfermera comunitaria, es el nivel primario de salud, lo que implica:

— Prestar cuidados no sólo a la población con alteraciones de la salud, sino a personas sanas sobre las que hay que actuar con intervenciones de promoción y prevención que eviten el desequilibrio del binomio salud-enfermedad.

— Prestar cuidados integrales y continuos al individuo y/o familia. Para ello requerirá una formación generalista que le permita planificar los cuidados ante problemas relacionados con el envejecimiento de la población, la cronicidad de los procesos patológicos y el tipo de cuidados que éstas requieren, la composición del grupo familiar, y cómo éste se ve afectado ante las necesidades de cuidados de alguno de sus miembros.

— Prestar cuidados no sólo en el Centro de Salud, sino en el domicilio, colegio, centro cívico, necesitando, por tanto, conocer cómo estas estructuras influyen en el cuidado de la salud.

— Prestar cuidados a grupos determinados de personas, lo que la obliga, si además esto tiene lugar en el sistema público, a tener conocimientos sobre gestión de cuidados, si quiere que su atención cumpla las necesarias garantías de eficiencia.

— Prestar cuidados desde el conocimiento y aplicación de un modelo enfermero que permita identificar la singularidad, exclusividad y necesidad de la profesión enfermera.

Estas peculiaridades sobre el desempeño de trabajo de la enfermera comunitaria, nos pueden orientar sobre cuáles son sus necesidades de formación.

A continuación me gustaría describir cuál es la situación real sobre el tema que nos ocupa, desde sus tres actores principales:

1. El INSALUD.
2. Los gestores enfermeros.
3. Los profesionales.

1. INSALUD

La planificación y desarrollo de la formación continua, se estructura institucionalmente en las áreas sanitarias en el año 95 a partir de un reglamento que recoge tanto su composición como sus funciones.

Concretaré algunos contenidos que, a mi modo de ver son discriminatorios con los profesionales enfermeros.

— «La C.F.I. es un órgano consultivo de la G.A.P. con quien se relaciona a través del Consejo de Dirección y de la Dirección Médica de la misma.»

— «La presidencia de la C.F.I. corresponde al Director Médico de la G.A.P. o a un Coordinador de E.A.P. que tenga entre sus funciones las de gestionar la formación en la G.A.P.»

— «Los vocales serán designados de la forma siguiente:

- De tres a seis responsables de formación de los E.A.P., elegidos por el Consejo de Dirección (médico).
- Un enfermero de EAP, elegido por el Consejo de Dirección.

- El Coordinador de la Unidad docente (médico).
- Un técnico de salud de la GAP (médico).

Como ven el protagonismo de los profesionales enfermeros es casi inexistente.

Quedaría por preguntar a quién competa si estas instrucciones dan a entender que quien las elabora ignora las necesidades de formación de aquellos estamentos no médicos. En cualquier caso, si puedo decir, por propia experiencia que quien las lee, sufre un gran sentimiento de frustración.

— De igual forma las plantillas orgánicas permiten la incorporación de Técnicos de Salud, entre cuyas funciones está la planificación y organización de la formación de los profesionales. Ni que decir tiene que el profesional que se asigna a este puesto de trabajo es un médico. Obviamente esto obliga a las Direcciones de Enfermería a utilizar distintas estrategias para poder contar con un enfermero experto que nos apoye en las funciones de docencia e investigación enfermera. La ausencia de reconocimiento de esta figura da lugar además a desigualdades entre las áreas, tanto en su propia existencia al tener que justificarla de forma explícita, como a las retribuciones que son distintas según se esté contratado en uno u otra área.

— Otro aspecto importante a destacar es la partida presupuestaria que el INSALUD asigna para la formación continuada, insuficiente en todos los casos, lo que obliga a utilizar otras fuentes de financiación.

— De igual forma es discriminatoria la presupuestación de hora docente, estando ésta definida no en función del docente sino del discente. Es decir que un titulado superior cobra menos cuando imparte un curso a titulados medios que a titulados superiores y viceversa, un titulado medio percibe más retribución si la docencia la realiza a titulados superiores que a titulados medios.

— Para terminar las dificultades institucionales, me gustaría comentar otro aspecto que tiene que ver con la política de personal, así vemos que, existen unos baremos de contratación, cese, traslado, etc., a partir de los cuales, cualquier acceso a un puesto de trabajo específico no va ligado a un perfil determinado, sino que se accede por PUNTOS, es decir, antigüedad y cursos realizados al margen de que éstos tengan o no relación con el trabajo que se va a desempeñar.

Estas han sido algunas de las dificultades con las que nos encontramos debido a la normativa vigente.

No obstante, para no dar impresión de excesivo pesimismo, les comentaré que en el Área 10, la C.F.I. no sigue en sentido estricto las directrices del INSALUD en cuanto a su composición, pues consta de igual número de enfermeras que de médicos.

En el área 10 también contamos entre los miembros del Staff de la Gerencia con un enfermero, entre cuyas funciones está, no sólo la operativización del plan de formación, sino la de asesorar a los enfermeros en proyectos de investigación.

Pero en definitiva, estas acciones concretas están siempre sujetas a voluntades de terceros.

A continuación describiré el papel que en mi opinión juegan

2. LOS GESTORES ENFERMEROS

Las direcciones de enfermería tienen la responsabilidad de gestionar los cuidados que las enfermeras van a proveer a la población, a través de una oferta de servicios definida.

En el área 10 de A.P., una vez establecida esta oferta de servicios, y a partir de una detección de necesidades entre los enfermeros, se estableció hace cuatro años un plan de formación que describo a continuación:

Cursos años 97-98-99-00		
CURSO	EDICIÓN	N.º PLAZAS ENFERMERAS
Valoración, DdE y tratamiento sobre problemas de:		
Autoconcepto	3	45
Sexualidad	4	68
Duelo	4	78
Cuidador	1	19
Atención Domiciliaria	2	48
Taller de Relajación	3	36
Modelo Orem	3	80

Con este plan de formación hemos pretendido que la actuación enfermera, basada en el modelo de Orem, se centre en resolver los problemas de autocuidado de las personas, en función de las capacidades que éstas tengan para afrontarlos.

De igual forma, la Dirección de Enfermería lidera sesiones enfermeras, con periodicidad mensual, en la que se presentan casos clínicos con el fin de intercambiar experiencias y conocimientos en el proceso de prestar cuidados. Estas sesiones se vienen realizando desde el año 98 con una media de asistencia de 30 enfermeros.

Hasta aquí he descrito cuál debe ser el liderazgo de la Dirección en lo que respecta a la formación y ahora me gustaría exponer a mi juicio cual debe ser la responsabilidad de

3. LOS PROFESIONALES

Sin aparentar catastrofismo, y dado el foro donde nos encontramos, espero no herir susceptibilidades si afirmo que los enfermeros tenemos poco hábito de estudio. Ello hace que se exija un compromiso institucional para la formación, pero se reconoce menos el compromiso en la autoformación que amplíe los conocimientos necesarios, que garanticen que el cuidado que se presta es el mejor en términos de eficacia y eficiencia.

Quisiera destacar además que, a pesar de los años transcurridos, la necesidad de formación va ligada a adquirir habilidades y conocimientos derivados del diagnóstico y tratamiento médico y de aquellas otras intervenciones, técnicas, que como bien indica el término, cualquier persona adiestrada convenientemente puede realizar. ¿Esto se debe a que se sigue dando el mayor valor a la técnica en detrimento de lo específico enfermero?

¿Será que la enfermera no conoce qué es aquello específico, que su profesión aporta a la sociedad y por tanto es su valor intrínseco?

A pesar de desconocer las respuestas, si quisiera insistir en que los enfermeros tenemos la obligación de enseñar, es decir hacer docencia, con aquellos otros colectivos del sistema sanitario para que conozcan ese valor.

Ello requiere una autoestima profesional que sólo se consigue con el convencimiento de la necesidad de la ENFERMERÍA.

Me gustaría terminar con una frase de Suzanne Kerouac: «La formación invita y conduce a los estudiantes/profesionales, a comprender la misión social específica de la disciplina enfermera, la utilidad del servicio que la profesión presta a la sociedad y la importancia que este servicio reviste para la sociedad.»

Panel de Debate 4

Experiencias innovadoras en la Formación Continua

Amelia Mendoza Edroso
Milagros Beamud Lagos
Flor Díaz-Cano Espinosa

Experiencias innovadoras en la Formación Continua

Amelia Mendoza Edroso(*)

(*) Hospital Universitario «12 de Octubre»

En el Hospital «12 de Octubre», Formación Continuada de Enfermería se constituyó como Servicio en el año 1980. Desde el principio ha dependido orgánica y funcionalmente de la Dirección de Enfermería.

La formación continua o permanente, siempre ha sido considerada en el Hospital como una herramienta que debe utilizarse para *Adecuar las personas al puesto de trabajo que desempeñan.* Trata, por ello, de responder:

- A las demandas de los profesionales.
- A las demandas Institucionales.
- A las demandas de los usuarios.

Teniendo en cuenta los avances tecnológicos, las nuevas herramientas de trabajo que van apareciendo, la complejidad del mundo hospitalario, los cambios sociales, el papel cada vez más activo de la población a la que se atiende, etc., la F.C. debe dar respuesta a estas demandas, tratando de incidir sobre:

- La adquisición y/o actualización de conocimientos «saber».
- La actualización y/o aprendizaje de técnicas y desarrollo de habilidades «saber hacer».
- Adecuación y/o cambio de actitudes «saber ser» o «saber estar».

En su evolución, el equipo ha ido cambiando en número y composición, pero las grandes líneas de trabajo han sido:

- Apoyo a la formación pre-grado.
- Apoyo a la formación en Servicio.
- Orientación al personal de nueva incorporación.
- Organización de actividades formativas de carácter General o Institucional.

Estas líneas de acción responden a las necesidades de formación en la División de Enfermería, que se han detectado mediante:

- Objetivos planteados por la Dirección de Enfermería.
- Indicadores de Calidad.
- Indicaciones de las personas con cargos de responsabilidad.
- Encuestas de opinión dirigidas a los profesionales.
- Creación de Comisiones y Subcomisiones por Áreas afines de trabajo.
- Etc.

Una vez conocida la demanda formativa y establecidas las prioridades correspondientes, se conforma una cartera de servicios de formación, que dé respuesta a la misma.

En un principio, al no existir financiación por parte del INSALUD, son los profesionales del propio Hospital quienes dirigían e impartían las actividades formativas (al ser un Hospital con todas las especialidades médicas y quirúrgicas), cubrían satisfactoriamente las necesidades de tipo técnico y actitudinal, además de transmitir su gran experiencia y conocimiento en cuidados enfermeros. Cuando ya existió financiación, acudimos también a la contratación de empresas externas que ofrecían experiencias renovadoras, y que además suponían un acicate, dada la cualificación y prestigio de las mismas. Desde esas fechas y hasta este momento, profesionales, tanto internos como externos, y empresas cualificadas son contratados para llevar a cabo las actividades formativas.

Al comienzo de los 90 se introduce el concepto de Área de Atención Especializada; ello conlleva una integración de los CEP en el Hospital a todos los efectos, incluida la formación.

A partir del año 1994 se contempla la necesidad de formación para las Divisiones Medica y de Gestión; un profesional del Área de Gestión, asume la organización de actividades formativas dirigidas a las mismas. La financiación recibida del INSALUD ha de repartirse entre las tres Divisiones.

En el año 1996, y como refuerzo al modelo de actuación, en el que el centro de nuestra actividad individual y colectiva debe ser el paciente, cliente o usuario, se inician acciones conjuntas para todas las Divisiones dirigidas a mejorar: las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios, así como fomentar el trabajo en equipo; La participación en este tipo de actividades (Bioética, Comunicación, Calidad, etc.) sigue siendo mayoritariamente de la División de Enfermería.

En el año 1997, y como consecuencia de las Instrucciones emitidas por la Dirección General de Recursos Humanos del INSALUD, se crean las figuras de Coordinadores de F.C.. En nuestro Hospital, es nombrado un Coordinador Médico de Formación, y la coordinación de enfermería recae sobre la, hasta ese momento, Supervisora del Servicio de F.C.

En 1999, y a propuesta de la Dirección Gerencia de nuestra Área, la Coordinadora de Enfermería, pasa a asumir la coordinación de F.C. de todo el Área 11 de Atención Especializada. La dependencia orgánica sigue siendo de la Dirección de Enfermería, y funcionalmente, al asumir la coordinación de todos los colectivos, pasamos a depender de la Comisión de Dirección, sin que ello reste dedicación a la División de Enfermería. Hay que resaltar no obstante, que la enfermería no había tenido hasta ese momento —al menos en nuestro Hospital— la responsabilidad de asumir la formación de toda la empresa.

Este cambio supuso un estímulo para nuestro equipo: demostrar que éramos capaces de asumir esta responsabilidad. Asimismo, nos encontramos con una serie de cambios:

- Un enorme aumento en la plantilla: el colectivo atendido por nosotros hasta ese momento era de 3.250 personas, pasando a ser de 7.092.
- Un temor: perder parte de autonomía o independencia, y quedar por tanto diluidos en el nuevo proyecto.
- Un desconocimiento: en cuanto a las necesidades de formación de las Áreas Médica y de Gestión.
- Recelos, diferenciados, en las tres Divisiones.

Para afrontar la nueva situación:

- Recibimos el refuerzo de un Auxiliar Administrativo, con lo que la Unidad de F.C. del Área 11 de Atención Especializada queda compuesta por:
  - — Una Coordinadora (Enfermera).
  - — Dos Enfermeros.
  - — Dos Auxiliares Administrativos.
- Se mantienen reuniones con la Unidad de Calidad y con los responsables de la División de Enfermería, y se inician reuniones con los responsables de las Divi-

siones Médica y de Gestión, con el fin de conocer y, en su caso, constatar las necesidades de formación de sus respectivas Divisiones.

- Se elabora un Proyecto de Formación para todo el Área 11 de Atención Especializada.

Nuestro Proyecto de Formación se presenta a la Comisión de Dirección, enmarcado por la misión de: *Mejorar la coordinación, planificación y organización de todos los programas de Formación Continuada del Área, incrementando también la eficiencia de los recursos que a ello se destinan.*

Los objetivos generales planteados para este fin:

- Detectar necesidades y demandas de formación de cada una de las categorías profesionales del Área, así como aquellas que puedan ser de interés común, fomentando el concepto de prestación de servicio que mejore la calidad integral de la atención prestada a los ciudadanos y el desarrollo de los profesionales.
- Proponer todas aquellas acciones que se consideren apropiadas para la mejora de los programas de formación, considerando en sus propuestas las líneas directrices del INSALUD en esta materia, así como todas aquellas propuestas que puedan surgir de los profesionales, comisiones y grupos de trabajo.
- Promover la satisfacción en el trabajo por medio del aumento de la eficacia, crecimiento y desarrollo profesional y personal.
- Planificar, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de los programas de formación aprobados por la Comisión de Dirección para cada ejercicio.
- Aportar el apoyo metodológico a las iniciativas de formación.

Para la consecución de los mismos, mantenemos el concepto de que la formación Continuada, es una herramienta para el desarrollo global de los profesionales del Área 11 de Atención Especializada, constituyendo un proceso dinámico, no sólo dirigido al área cognitiva, sino también al área de las actividades y al área afectiva.

Para cubrir las necesidades formativas de la plantilla del Área 11 de Atención Especializada, se elabora una Cartera de Servicios que dirigimos hacia dos grupos distintos:

1. Área asistencial o Clínica

2. Área Técnica y de soporte

Para en cada uno de ellos:

- Identificar las necesidades y demandas formativas de cada una de las categorías profesionales.

- Adecuar la oferta asistencial a las necesidades de cobertura sanitaria de la población atendida, preparando a los profesionales para dar una respuesta de calidad a los nuevos modelos de organización: Hospitales de Día o de Corta Estancia, Programas de Atención Domiciliaria, etc.
- Reciclar a los profesionales para que sean capaces de adaptarse a los continuos cambios científicos y tecnológicos .
- Incidir sobre los indicadores de calidad, de modo que los programas formativos ayuden a conseguir una mejora continua.
- Realizar programas de formación en servicio, que proporcionen el soporte metodológico y logístico necesario para llevar a cabo las acciones formativas destinadas a cubrir las necesidades y/o demandas detectadas en cada caso.
- Organizar, coordinar y evaluar diferentes acciones de carácter institucional o general que inciden en grupos concretos o en la totalidad de los profesionales.
- Desarrollar los programas derivados de la formación práctica básica de las diferentes categorías profesionales.
- Implementar el programa de orientación al personal de nueva incorporación.
- Informar a todos los Servicios de la oferta de actividades extrahospitalarias de formación que se reciban en la Unidad.
- Coordinar la información y conexión con programas formativos extrahospitalarios que puedan dar cabida a profesionales del Área (Escuela Nacional e Sanidad, Centros de Salud Pública, Fondo de Investigaciones Sanitarias. Etc.).

Las acciones se programan con un enfoque de participación pluridisciplinar, dando prioridad en esta fase inicial a las siguientes líneas de acción:

- Comunicación y Calidad de vida profesional.
- Calidad Asistencial y de Gestión.
- Prevención de Riesgos Laborales y de la Infección.
- Ética Asistencial.
- Liderazgo de Jefes de Servicio, Supervisión y Mandos Intermedios.
- Informática.

Para la División de Enfermería, además de las acciones dirigidas para todos los profesionales, hemos dado soporte con aquellas acciones encaminadas a cubrir los objetivos de la Dirección de Enfermería; entre otras:

- Reciclar en actividades incluidas en protocolos concretos (RCP, UPP, Drenajes, Ventilación Mecánica, etc.)
- Profundizar en la Metodología de Cuidados enfermeros.
- Actualizar en cuidados a pacientes con una patología y/o características concretas (Diabéticos, Dolor en postoperados, Enfermos críticos, ostomizados, etc.)
- Coordinación y unificar criterios de actuación con los compañeros profesionales de Atención Primaria del Área 11 (Elaboración de protocolos y procedimientos comunes, altas de enfermería, etc.)
- Actualizar a grupos concretos de profesionales para el desarrollo de su actividad (Fisioterapeutas, Matronas, Técnicos, Auxiliares de Enfermería, etc.)

En cuanto al desarrollo de programas de formación de pregrado, cabe destacar, que nuestra Área Especializada está siempre abierta a la formación básica, por suponer un reciclaje continuo de nuestros profesionales, además de crear una cantera de calidad para las futuras contrataciones. Nuestra Unidad interviene a la hora de:

- Mantener relaciones con las diferentes Instituciones que demandan llevar a cabo la formación práctica de sus alumnos en los diferentes Centros de nuestra Área.
- Realizar un seguimiento por grupos de alumnos (Institutos, Escuelas, Servicios), a través de reuniones periódicas. con los tutores de los diferentes Ciclos Formativos y Diplomaturas y con los supervisores de las diferentes Unidades o Servicios.
- Evaluar anualmente los resultados, derivados tanto de los objetivos del alumnado como de las expectativas de nuestra Institución.

A modo de resumen, y en el transcurso del año 2000, se llevaron a cabo:

- 110 Acciones Formativas.
- Con un total de 1.723 horas docentes.
- A las que asistieron 2.262 alumnos.

Observar que la formación reglada, ha llegado aproximadamente a un tercio de la plantilla, repartiéndose entre las diferentes categorías profesionales del siguiente modo:

- Grupo A: 145.
- Grupo B: 1.111.
- Grupo C: 119.
- Grupo D: 727.
- Grupo E: 160.

Para ello, hemos contado con un presupuesto total, de aproximadamente, 19 millones; destacando que 19 acciones se han realizado sin financiación.

- 602 alumnos de Enfermería, Fisioterapia y distintos Ciclos Formativos de Formación Profesional, han realizado su Formación Práctica de Pregrado en nuestro Área.

Como reflexiones:

— Los recelos existentes en las tres Divisiones se han disipado. Las enfermeras no han perdido autonomía, dedicándoles la misma atención. La División de Gestión se siente atendida, y se ha creado una buena comunicación, que ayuda a conocer sus demandas y necesidades. La División Médica participa poco de la formación general, pero cada vez se acercan más a plantear sus demandas. Las tres Divisiones aceptan nuestra Unidad.

— Hemos ayudado a reforzar el concepto de globalidad que mantenga presente que el centro de nuestro trabajo es el enfermo.

— Por nuestro despacho han pasado profesionales de todas las categorías

— Hemos aprendido mucho de todos, y sobre todo a conocer el Área de Especializada en su conjunto.

— Estamos satisfechos de nuestro trabajo en estos dos años.

— Nuestro trabajo ha sido reconocido por los Directores de nuestra Área y por el propio INSALUD.

— Tenemos el convencimiento de que la Formación es un proceso dinámico, y que las Unidades que lo gestionan, han de ser flexibles y saber adaptarse para dar respuesta ante los cambios que se sucedan.

Formación continuada en el Área 11 de Atención Primaria

Milagros Beamud Lagos(*)

(*) Técnico de la Unidad de Formación e Investigación.
Área 11 de Atención Primaria

Las mejoras en el estado de salud de la población son unos de los elementos que constituyen un indicador de desarrollo social, en el que los servicios sanitarios son un sector que contribuye e influye en el bienestar y mejorar de la salud. Con este concepto de mejorar la salud y la calidad de vida de la población, los países y responsables de las políticas sanitarias se han enfrentado a diversos dilemas que han estimulado a introducir reformas estructurales en la Sanidad. Los sistemas sanitarios necesitan estar:

- Basados en valores: equidad, solidaridad.
- Orientados a la salud: promoción y prevención pilares básicos de la sociedad.
- Enfocados a la calidad.
- Basados en una financiación apropiada.
- Orientados a la Atención Primaria.

En estas reformas sanitarias uno los pilares considerados básicos ha sido el desarrollo de la Formación o lo que se ha denominado la reorientación de los recursos humanos, lo que convierte a los recursos humanos en un factor critico. La calidad de la asistencia, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud deben ser parte integrante de la formación.

Las empresas de servicios del sector público entre las que podemos considerar las del Sector Sanitario, tienen entre otras responsabilidades la de capacitar y mejorar los recursos humanos de la empresa ya que constituyen el principal valor de la misma. En el sector sanitario se producen continuos avances en el conocimiento científico y grandes cambios sociales, que hacen necesario que los profesionales se adapten a esta realidad cambiante. La formación posibilita el aumento de los conocimientos, la actualización de los mismos, el desarrollo de habilidades, y la mejora de las actitudes y aptitudes profesionales.

La formación continuada lleva consigo el intento de perfeccionamiento en el desempeño del puesto de trabajo; tiene como objetivo la capacitación profesional, que posibilite llenar el vacío entre las posibilidades actuales y el avance en los fundamentos científicos de la práctica profesional que han ido evolucionando con la investigación. También posibilita el desarrollo personal y el progreso profesional.

Con todos estos principios y después de años realizando la formación continuada a los profesionales del área, en el año 2000 se elabora el *Documento Marco de Formación.*

DOCUMENTO MARCO DE FORMACIÓN CONTINUADA

La misión fundamental de la Formación es la capacitación profesional, pero también es absolutamente necesaria para posibilitar que los cambios, los proyectos y las ideas lleguen a suceder. Una forma innovadora de articular la formación es alrededor de la idea de desarrollar los valores finales y operativos de la empresa.

Los valores esenciales a desarrollar o a sustentar han de ser:

- Calidad.
- Creatividad
- Trabajo en equipo: aumenta la eficiencia y mejora la calidad de vida en el trabajo. Se basa en las habilidades de comunicación interpersonal.
- Honestidad.
- Amabilidad con el cliente: la persona es portadora de valores propios y de su proyecto vital único que debe ser tenida en cuenta en los espacios clínicos.
- Autoeficacia: creencia en la propia capacidad para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y las habilidades necesarias para afrontar demandas situacionales.
- Cultura de la responsabilidad individual de todos y entre todos.

Los conocimientos y habilidades a desarrollar para poder materializar el perfil profesional ideal en Atención Primaria están en consonancia con las características de ésta:

- Atención Integral: enfoque en el que la persona es considerada como un ser biopsico-social.
- Formación generalista: capacidad apara abordar en un primer momento o inicialmente la diversidad de problemas que los individuos presentan.
- Atención clínica efectiva y eficiente. Responsabilidad de los profesionales de adquirir los conocimientos y habilidades, así como demostrar las actitudes que posibiliten conocer el problema del paciente.
- Sustentar el trabajo en el método científico, lo que implica la utilización sistemática de un método de trabajo.
- Atención integrada: se debe realizar actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.
- Atención a la familia: la familia es el primer sistema de pertenencia del individuo, que influye en sus conductas, en su aprendizaje, y constituye un recurso fundamental en el cuidado y en la resolución de problemas.
- Atención a la Comunidad: la intervención comunitaria y compromiso de salud para la comunidad en la que se trabaja es otra característica del trabajo en Atención Primaria.
- Trabajo en Equipo, pues la atención se presta en el seno de un equipo multidisciplinar
- Utilización de recursos mediante criterios costo-efectividad.
- Comunicación interpersonal.
- Amabilidad con el cliente. Cualidades humanas que favorezcan las relaciones.
- Gestor clínico de recursos con responsabilidad social.

Los programas de Formación deben incluir diferentes tipos de adiestramientos, además a la hora de la planificación de las actividades han de plantearse como un proceso continuado a medio plazo, más que como una serie de episodios intermitentes y aislados, con la finalidad de que se garantice que los conocimientos y las aptitudes se aumenten en acciones formativas sucesivas. Si no se realiza una planificación de este tipo, las actividades de formación de los profesionales quedan desequilibradas lo que da lugar a un tratamiento ineficiente de los recursos. Este tipo de argumentación es la que nos ha decido establecer líneas Formativas que se desarrollan a lo largo del tiempo y niveles de aprendizaje dentro de cada una de las líneas.

La Formación se enmarca en el *Modelo de Formación de Alto Impacto,* es un proceso de seis fases que ha sido diseñado para proporcionar una formación eficaz encaminada a la consecución de objetivos, en la 1 fase se identifica las necesidades de formación, 2 fase se diseña el enfoque de la formación, 3 fase se elabora las herramientas del aprendizaje, 4 fase se aplica las técnicas de formación, 5 fase se mide y evalúa los resultados y en la 6 y última fase se realiza el seguimiento de consolidación de la formación.

Las líneas de formación definidas son las siguientes:

- *Línea Clínica:*
- *Metodología de Cuidados Enfermeros:*
- *Educación para la Salud (EpS):*
- *Línea de Gestión de Usuarios:*
- *Línea de Calidad:*
- *Línea de Gestión:*
- *Metodología de Investigación:*

En el documento se definen los *Objetivos de la Formación Continuada:*

— Objetivo general:

Conseguir una mejora continuada en los servicios en salud que prestamos a la población de referencia a través de al mejora de la competencia profesional.

— Objetivos específicos:

- Mantener actualizados los conocimientos y las habilidades de los profesionales del Área.
- Favorecer el conocimiento de los cambios científicos y sociales que tengan repercusión en nuestra actividad como organización sanitaria.
- Impulsar y desarrollar el trabajo dirigido a ampliar el conocimiento científico.
- Favorecer los intercambios y experiencias en materia de formación continuada.

Se establece un sistema de organización para asegurar la participación de los profesionales del área, creándose las siguientes comisiones:

- *Comisión de Formación del Equipo:*

Es una estructura clave en al organización de la F.C, con participación de todos los estamentos del EAP.

Las funciones de la comisión son:

— Definir el plan de Formación Continuada, en consonancia con los objetivos del Equipo.

— Detectar las necesidades de formación de los diferentes miembros del equipo

— Establecer criterios de selección y participación de los profesionales en las actividades del Equipo y del Área

— Intervenir en la discusión de la asignación del presupuesto para Formación con criterios de equidad

— Implicar a los profesionales del EAP en la FC.

— Evaluar el impacto de la FC en relación con los objetivos del equipo. Seguimiento de indicadores tanto de la propia Unidad, como de aquellos que valoren el conjunto del Área. La evaluación requiere la elaboración de una Memoria Docente.

Dentro de la Comisión de Formación debe haber un responsable de Formación único en cada Unidad.

- *Comisión de Formación de Distrito:*

La Comisión de Distrito es una estructura organizativa intermedia que posibilita la representatividad y participación de Equipos y Unidades de Apoyo que comparten características similares relacionadas con el ámbito geográfico y social en el que se ubican. Está justificada por tener el Área 11 una gran dispersión y un gran número de profesionales

Funciones:

— Analizar las Necesidades Formativas del Distrito.

— Identificar problemas en Formación Continuada.

— Relacionar las diferentes Comisiones de Formación, promoviendo la realización de actividades conjuntas.

— Analizar los indicadores de Evaluación de la FC.

— Sugerir acciones formativas.

- *Comisión de Formación de Área.*

Este es un órgano de representación, que tendrá capacidad para tomar iniciativas y diseñar grandes líneas que luego se traducirán en diversas acciones formativas.

Sus funciones son:

— Definir el Plan de Formación del Área

— Identificar necesidades de Formación del Área.

— Proponer sistemas de evaluación de la FC.

— Participar en la Gestión del presupuesto de FC: Definición de criterios para un gasto eficiente en relación con las líneas que se tienen por prioritarias.

— Detectar problemas en la FC del Área.

• *Unidad de Formación e Investigación:*

Son los responsables de plasmar en acciones concretas las líneas formativas realizando el *Plan de Formación del Área.* Este plan es un documento escrito de gestión en el cual se especifican los objetivos a conseguir, las actividades a realizar y los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo.

Para ello se realiza una detección de las necesidades formativas anualmente, se elaboran los objetivos de la formación y se lleva a cabo unas acciones formativas. Realizando un calendario semestralmente, donde se especifica los objetivos, docentes y fechas de la ejecución.

En documento se establece los criterios de *Evaluación:*

— *Evaluación de proceso:*

Se medirá la forma en la que se han llevado a cabo las acciones formativas, el proceso de comunicación y selección de inscritos, y la satisfacción de los discentes.

— *Evaluación del resultado:*

La evaluación del resultado debe comprender los siguientes aspectos:

— Aprendizaje.

— Utilidad/utilización.

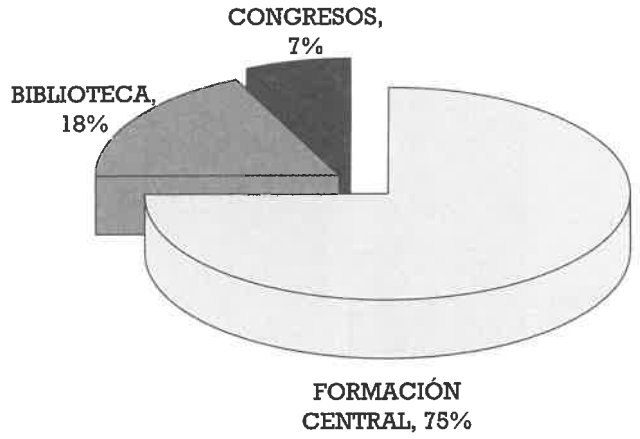
— Mejora del servicio.

— Mejora en «salud».

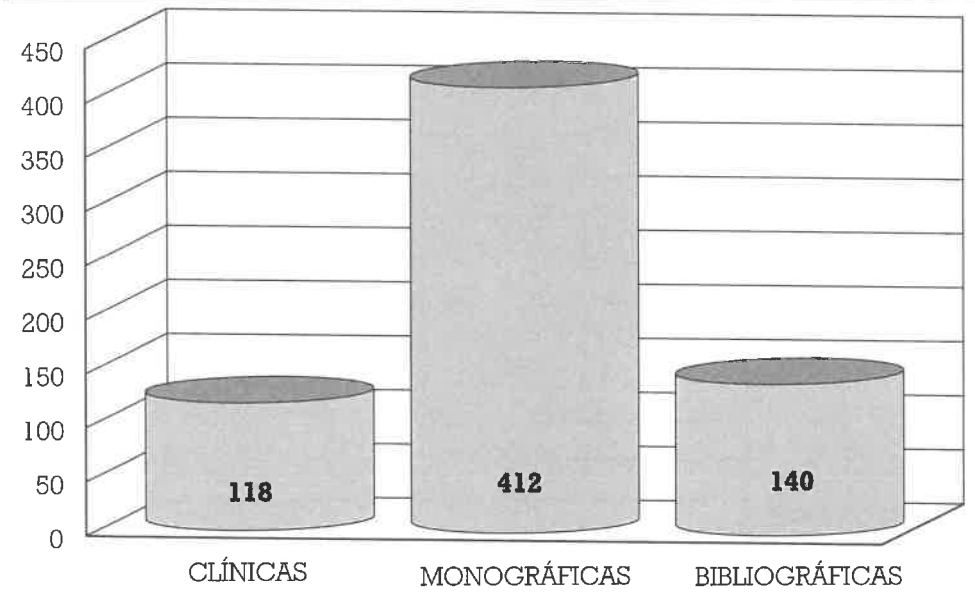
— Coste económico.

Evaluación de la formación en enfermería en el año 2000:

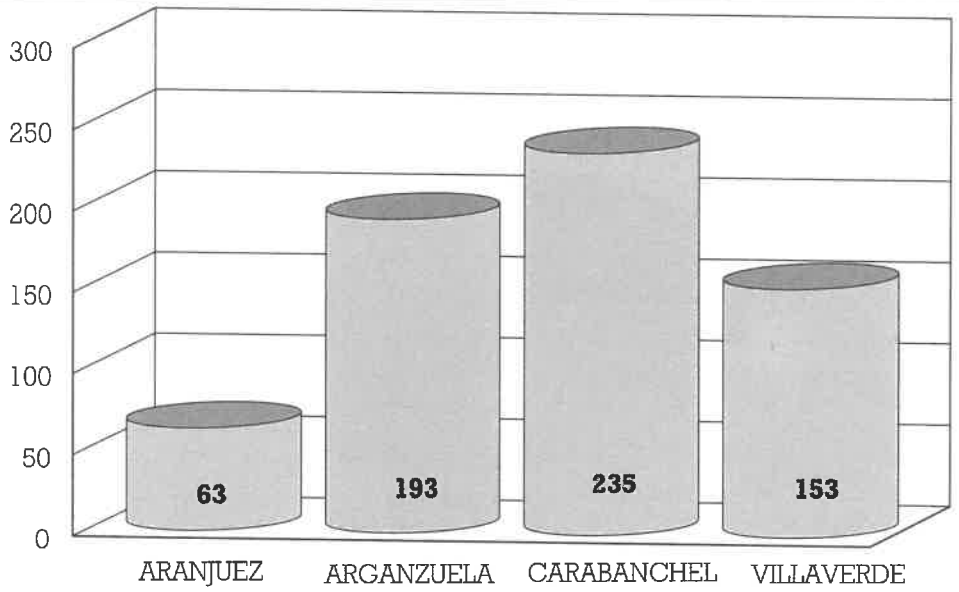
Distribución del presupuesto de formación continuada



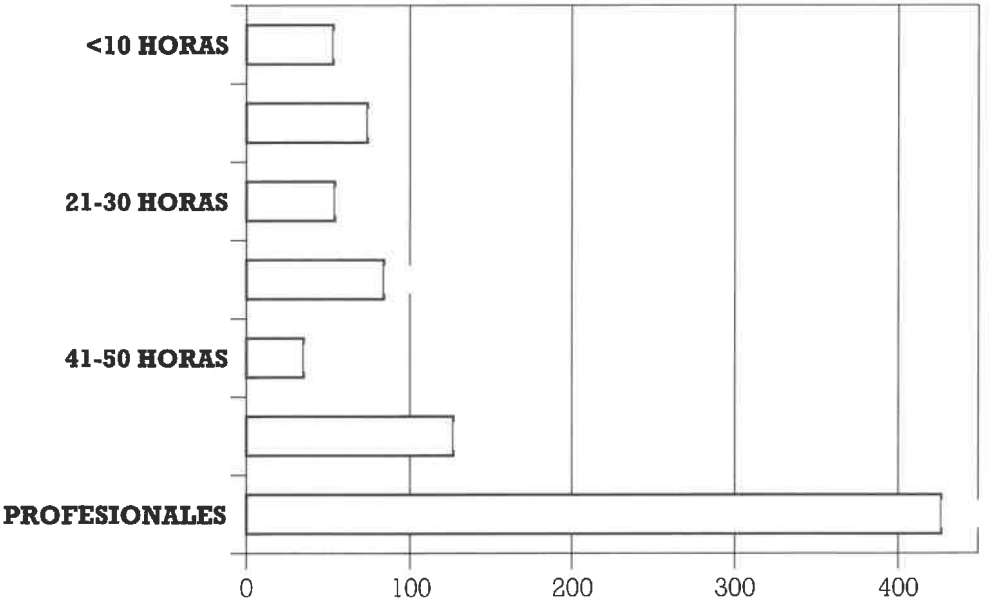
Sesiones de enfermería realizadas en los Equipos del Área en el año 2000



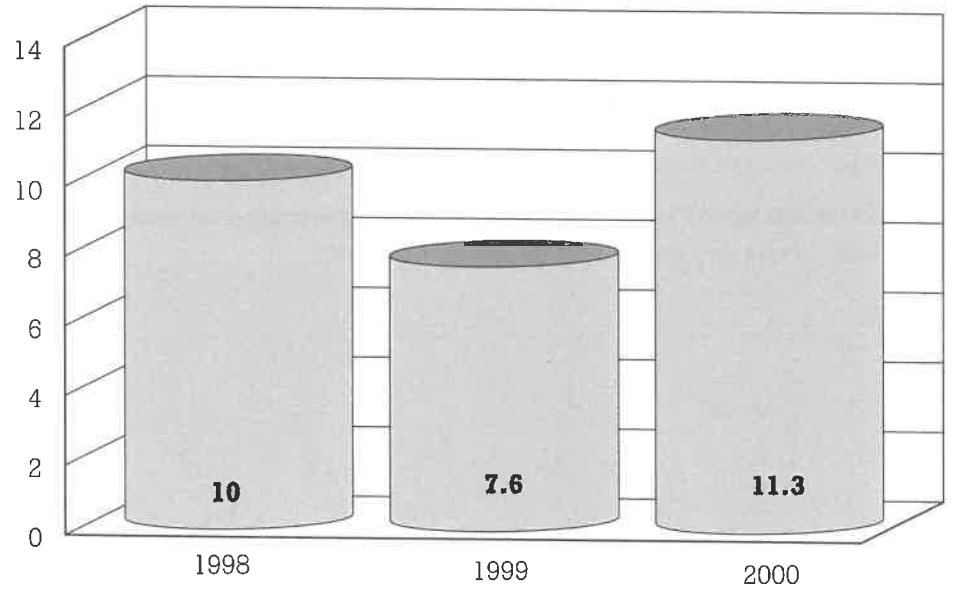
El número de sesiones por cada uno de los distritos del Área en el año 2000



Distribución de la Formación Continuada en enfermería por número de profesionales y horas de formación en el año 2000



Evolución de las horas de formación en activo



Para terminar podemos decir que el *Documento Marco de Formación Continuada* nos da la posibilidad de organizar, sistematizar y evaluar la formación continuada.

Resaltando que el documento es el trabajo y esfuerzo de los distintos profesionales que han estado en la Unidad de Formación e Investigación desde su formación.

BIBLIOGRAFÍA

BADER, G. E., y BLOOM Ae.: *Cómo lograr que los resultados de la formación perduren.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1994.

CHANG, R. Y.: *Cómo crear programas de formación de alto impacto.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1994.

LÓPEZ CAMPOS, J.: «Formación para el cambio de las administraciones», Revista *ROL de Enfermería,* 1996; 210: 12-17.

PINEAULT, R., y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias.* Barcelona: Masson, 1990.

SANTOS GUERRA, M. A.; PRADOS TORRES, J. D.; FERNÁNDEZ SIERRA, J.; MARTIN RUIZ, M. V., y ANGULO RASCO, F.: *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: El arte de mejorar a través del conocimiento.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1996.

SPARHAWK, S.: *Cómo identificar las necesidades de Formación.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1994.

WADE, P. A.: *Cómo elaborar herramientas de aprendizaje de alto impacto.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1995.

WILSON, J. B.: *Cómo aplicar técnicas de Formación que garanticen el éxito.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1994.

— *Cómo diseñar un Programa de Formación que impacte los resultados.* Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1995.

Experiencias innovadoras en la Formación Continua (financiación de la formación continua en una institución privada)

Flor Díaz-Cano(*) y Lourdes Prieto(**)

(*) Subdirectora de Enfermería. (**) Supervisora de Docencia.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid

HISTORIA F. J. D.

En primer lugar gracias a la organización por permitirme compartir con ustedes nuestras experiencias, en este caso sobre el tema que nos ocupa: la *FORMACIÓN CONTINUA* en Enfermería, centrándolo en la *financiación*, desde la perspectiva de una institución privada: la *FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ.*

Haciendo un poco de historia: en 1935 D. Carlos Jiménez Díaz crea el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas; en el año 1955 se inaugura la Clínica de la Concepción en su actual ubicación con dos sectores, uno público y otro privado. El sector público financiado a través de un concierto con el INSALUD; el otro sector se destina a la medicina privada, que actualmente se ha ampliado a través de contratos con aseguradoras, empresas y asociaciones profesionales.

En 1962 se crea la Escuela de Enfermería y en el 63 se fusionan el Instituto y la Clínica de la Concepción y así nace la *Fundación Jiménez Díaz,* una institución sanitaria privada regida por un Patronato rector y dedicada a la asistencia, docencia e investigación.

En la actualidad cuenta con 591 camas y de la Dirección de Enfermería dependen 1037 personas de los distintos estamentos.

FORMACIÓN

Al ser la F. J. D. eminentemente docente, la formación postgrado ha sido siempre una prioridad para las distintas Jefaturas (en su día) y Direcciones de Enfermería, incluso cuando la figura de responsable docente no existía, ya se organizaban planes de formación. La *financiación* ha sido el escollo con el que siempre nos hemos encontrado; al ser una entidad privada no hemos tenido referente para disponer de fondos. Desde principios de los 80 se solicitan ayudas a INEM; a partir de esta fecha puede decirse que todos los años la Enfermería de la F. J. D. ha contado con planes formativos que en algunas ocasiones han sido financiados por la propia Dirección Gerencia.

En 1992 la Dirección de la F. J. D., crea la *COMISIÓN MIXTA de Formación Continua,* formada por un representante de cada una de las Direcciones y por representantes del Comité de Empresa.

Una vez constituida la comisión se acuerda que cada Dirección deberá remitir su Plan de Formación, para ser estudiado y valorado por la citada comisión.

Composición: Presidente (elegido por todos los miembros de la comisión).
Representantes de los distintas Direcciones.
Representantes de los trabajadores (Sindicatos).
Secretaria para la tramitación de la solicitud y seguimiento.

Competencias: Aprobación de los planes de formación presentados por las Direcciones.
Vigilancia del cumplimiento de lo estipulado por FORCEM para estos planes (a partir del 93).

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN CONTINUA (FORCEM). «BOE», 10 DE MARZO DE 1993

En *diciembre del año 1992* se firma un *Acuerdo Nacional sobre Formación Continua* de los trabajadores ocupados, entre las Organizaciones Empresariales y Sindicales, con el fin de conseguir la adaptación profesional permanente a la innovación tecnológica.

El proceso de concertación desemboca en un *Acuerdo Tripartito* entre el Gobierno y las organizaciones anteriormente citadas, con vigencia de marzo de 1993 a 31 de diciembre de 1996. Posteriormente se firmó un segundo acuerdo para el período 1996-2000.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Podrán participar en las acciones objeto de ayudas todos los trabajadores asalariados cualesquiera que sean las funciones que desempeñen a excepción de los pertenecien-

tes a las *Administraciones públicas* («BOE», marzo de 1995). En la convocatoria de *1998* se da opción *a estos trabajadores* a participar en los *planes intersectoriales* con un límite máximo de un 10% del total de participantes de cada plan.

Las *INICIATIVAS DE FORMACIÓN* para las cuales se podrán obtener ayudas serán las siguientes:

- PLANES DE FORMACIÓN DE LAS EMPRESAS, presentados por empresas de 100 o más trabajadores.
- PLANES AGRUPADOS, dirigidos a dos o más empresas que en conjunto ocupen al menos 200 trabajadores.
- PLANES INTERSECTORIALES.
- PLANES INDIVIDUALES DE FORMACIÓN.

En el año 1993 la Dirección de F. J. D. decide acogerse a estas ayudas y presenta un Plan de Empresa.

- ESTRUCTURA, en líneas generales, de la solicitud:

REQUISITOS →	del solicitante del Plan de Formación.
CRITERIOS GENERALES DE PRIORIDAD →	de Comisiones Paritarias y Territoriales Comisión de Calidad Esfuerzo inversor.
FINANCIACIÓN →	cumplir requisitos y criterios y respetar los límites de referencia en lo referente a participantes, horas y costes de cada acción formativa.

Los REQUISITOS para la presentación de solicitudes:

Han ido cambiando en los distintos Acuerdos; vamos a referirnos al II Acuerdo firmado en el 96. El último, III firmado en diciembre de 2000, al día de la fecha, no ha salido la convocatoria en el «BOE».

Del solicitante:

a) En los Planes de Empresa el solicitante será la empresa.

b) En los Planes Agrupados será solicitante la empresa, entidad u organización que con personalidad jurídica represente al conjunto de empresas que hayan comprometido su participación y/o a los colectivos que conformen el plan.

Del plan de formación:

a) Los planes de formación deberán especificar los siguientes extremos.

1. *Objetivos* del plan de Formación y de las acciones a desarrollar.
2. *Contenido* del Plan de Formación y de las acciones a desarrollar
3. *Colectivo destinatario* y número de participantes por categorías o grupos profesionales, situación laboral y régimen de afiliación a la seguridad social.
4. *Calendario de ejecución.*
5. *Coste estimado de las acciones formativas.*
6. *Costes* que supongan un *esfuerzo inversor* aplicado al plan.
7. Estimación del montante anual de la *cuota de formación profesional* a ingresar por la empresa o empresas (0,7 por 100 de la base reguladora de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) para los trabajadores que coticen por este concepto.
8. *Plantilla total* de la empresa o empresas participantes.
9. *Lugar de impartición* de las aciones formativas.

b) Una misma acción formativa no podrá estar incluida en más de un Plan de Formación presentado por un mismo solicitante y que afecte a los mismos destinatarios.

c) Con carácter general, las *acciones formativas,* tanto individuales como de grupo, tendrán una *duración mínima de 20 horas por participante.* Los planes que incluyan acciones de duración inferior a lo indicado o *superior a 270 horas* de formación por participante, acompañarán *memoria detallada que fundamente su necesidad.*

d) No serán financiables las acciones que por su finalidad o contenido se aparten de la definición de Formación Continua que establece el II A.N-F.C. En especial no serán financiables acciones tales como jornadas, ferias, congresos etc.

e) *El Plan de Empresa* será sometido a *información de la Representación Legal de los Trabajadores,* conforme el artículo 1 5.a) del II A.N.F.C.

f) La participación en un *plan agrupado* será *comunicada a la Representación Legal de los Trabajadores,* conforme el artículo 1 6.b) del II A.N.F.C.

CRITERIOS GENERALES DE PRIORIDAD

Se tendrán en cuenta con carácter preferente los planes que tengan las siguientes características:

a) Contemplar la participación de las *mujeres* en las acciones de formación.
b) Contemplar la participación de trabajadores *mayores de 45 años.*
c) Contemplar la participación de *trabajadores no cualificados.*

Siempre en función de su proporción en la plantilla de la Empresa.

- Existen otros *CRITERIOS* como:
  - — *Prioridad de las comisiones paritarias sectoriales y territoriales.* El ámbito sanitario no figura en el apartado sectorial, si en el territorial que recoge el ámbito sanitario privado que es al que nos hemos acogido (Comisión paritaria territorial de Madrid).
  - — *Criterios de Calidad.*
  - — *Criterios de esfuerzo inversor para la Formación Continuada* por parte de la Empresa.
  - — *Grado de ejecución* en convocatorias anteriores.
  - — Resultados *comprobados* en procesos de *verificación.*

FINANCIACIÓN

El coste de las acciones formativas no puede sobrepasar las 3.000 ptas. por hora y participante o una media de 1.500 ptas. por hora y participante, del conjunto del plan presentado La financiación de los planes se fija, según FORCEM, de acuerdo a:

- Plantilla de los Planes de Empresa o Agrupados.
- Valoración técnica del plan de formación.

La cantidad concedida puede ser la totalidad o un porcentaje del coste total. En nuestro caso hemos presentado solicitud a FORCEM desde el año 93 a 99; se han aprobado todos a excepción del año 1996 que fue denegado por defecto de forma. La ayuda concedida nunca ha alcanzado la totalidad de lo solicitado, ha sido el 75% del importe de las acciones formativas, la Dirección Gerencia ha financiado el resto, además del esfuerzo inversor exigido en infraestructura y horas del personal participante en las acciones formativas

PROGRAMA DOCENTE DE ENFERMERÍA

En el año 1998 se crea en la Dirección de Enfermería una Subdirección de Calidad, Docencia e Investigación y una Supervisora de Docencia con el fin de dar soporte formativo para desarrollar los temas asistenciales y organizativos.

En ese momento eran *Objetivos* prioritarios para la Dirección de Enfermería:

- Manual de Organización Interna.
- Manual de Procedimientos.
- Protocolizar cuidados.
- Sentar las bases para iniciar la investigación en Enfermería.

Por otra parte se conocían las necesidades de formación del personal, relacionadas con el desempeño, a través de la *matriz de flexibilidad* y una *encuesta* en la que expresaban los temas que eran de interés para los profesionales.

De esta forma tratamos de crear acciones formativas que contemplaran los *Objetivos* de la Dirección, las necesidades de formación detectadas, los deseos de los propios profesionales y todo esto compatible con las exigencias de la *FORCEM.*

- *De acuerdo a la estructura del formato, cada acción formativa consta de:*
  - — Denominación.
  - — Modalidad.
  - — Horas de acción formativa (teóricas y practicas).
  - — Objetivo.
  - — Contenido (descripción de cada uno de los módulos que componen la acción formativa).
  - — Metodología.
  - — Resultados esperables de la acción formativa (para la empresa y para los trabajadores).
  - — Criterios para la selección de los participantes.
  - — Describir los colectivos participantes en la acción formativa.
  - — Perfil profesional de los participantes.
  - — Medios previstos (número de formadores, material didáctico y medios audiovisuales).
  - — Lugar de desarrollo de acciones formativas.
  - — Evaluación de la acción formativa.
  - — Calendario de ejecución.
  - — Tipo de certificación prevista.

PRESENTACIÓN DE LAS ACCIONES FORMATIVAS A LA COMISIÓN MIXTA INTERNA

Cuando se publica en el «BOE» la convocatoria de FORCEM el presidente convoca a la Comisión para que los representantes de las distintas direcciones presenten sus pla-

nes formativos, normalmente los representantes sindicales presentan alguna objeción, en ese caso se hacen las modificaciones pertinentes, puesto que necesariamente los planes han de contar con su aprobación (conforme al artículo 15.a del II A.N.F.C.), y se vuelve a reunir la comisión para la aprobación definitiva

El siguiente paso es *rellenar todos los impresos* para presentar a FORCEM, por parte de la secretaria; es una labor exhaustiva, pues hay que tener muy en cuenta todos los requisitos antes enunciados para que se acepte el plan y se concedan las ayudas.

En este tema, por razones obvias, la Dirección más interesada es la de Enfermería por lo cual a partir del año 1998 asumimos, la supervisora de docencia, la secretaria a pesar de la carga de trabajo tan tremenda que supone.

Finalmente el Plan se pasa a firmar al Gerente y al presidente del Comité de Empresa.

Una vez en marcha el plan formativo hay que *cumplir con exactitud el programa* porque FORCEM puede pedir información e incluso enviar una inspección para comprobar el cumplimiento del plan formativo de acuerdo al calendario marcado.

- *Al finalizar cada curso:*
  - — Hay que *enviar el listado* de los participantes.
  - — *Archivar:*
    - Fotocopias de los diplomas con firma de «recibí».
    - Temarios.
    - Firmas diarias de asistencia.
    - Evaluación del curso por parte de los alumnos.

Toda esta documentación ha de estar disponible por si en cualquier momento la solicita FORCEM.

Si no se cumplen los requisitos o se suspende alguna de las acciones formativas habrá que reintegrar el importe correspondiente con intereses.

Este sistema de financiación tiene lógicamente VENTAJAS e INCONVENIENTES:

VENTAJAS

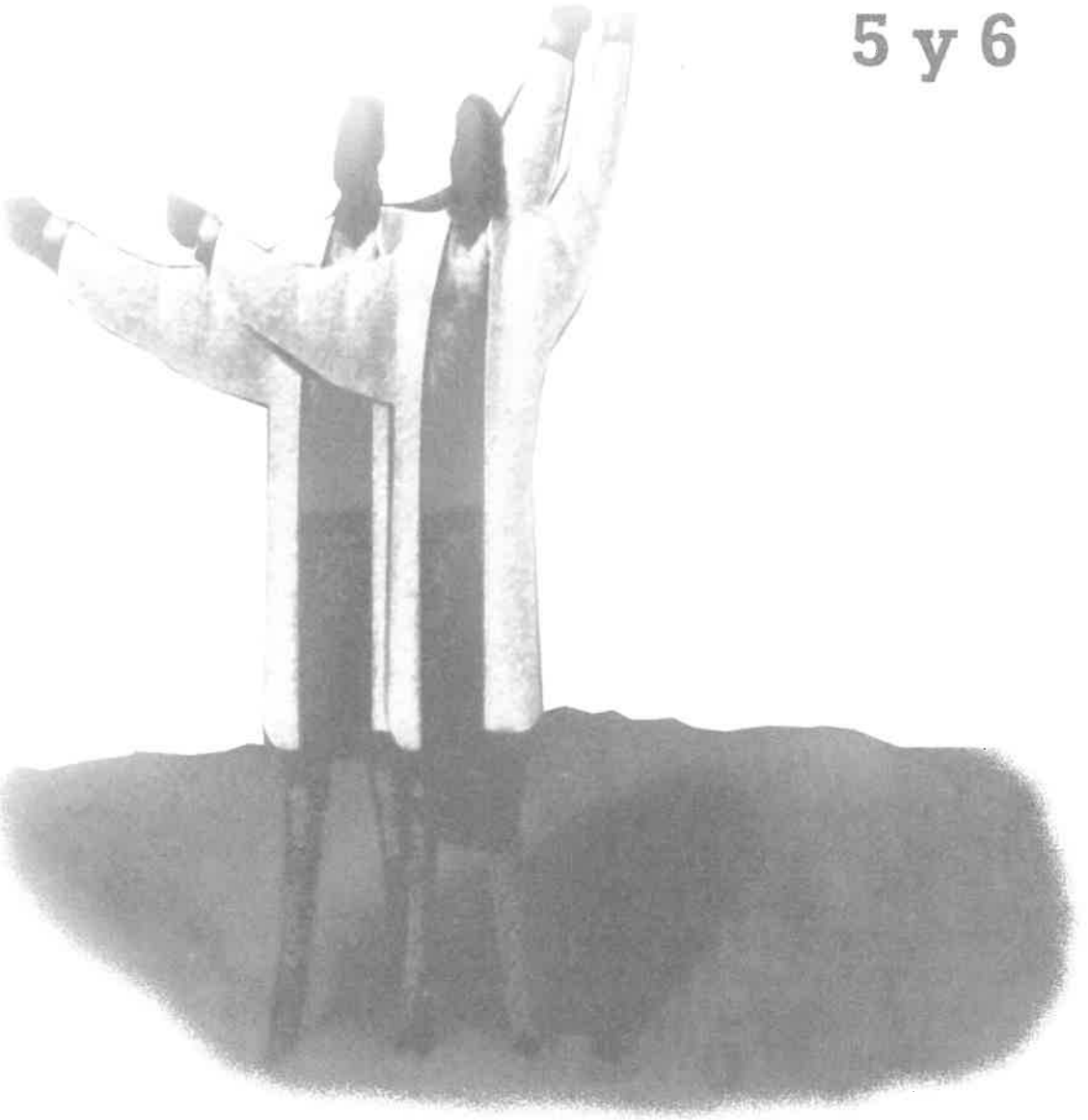
Posibilidad de organizar un plan docente ambicioso y/o ajustado a las necesidades sin miedo al presupuesto.

INCONVENIENTES

- Muchísimo trabajo burocrático.
- Compromiso de finalización en la fecha señalada como límite.
- Estar pendiente de la publicación en el «BOE» de la convocatoria, que no suele coincidir de un año a otro.
- Cumplir ciertos requisitos, que «a priori» son complicados, como:
  - Porcentaje de mujeres.
  - Porcentaje de mayores de 45 años.
  - Porcentaje de no cualificados.
- Poner en marcha el Plan, por razones de fechas, y que no se conceda la financiación por parte de FORCEM.

Día 30 de marzo

Paneles de debate
5 y 6



Panel de Debate 5

El futuro en la formación

Rosamaría Alberdi Castell
Montserrat Teixedor Freixa
Rafael Lletget Aguilar

El futuro en la formación: líneas de post-grado y especialización

Rosamaría Alberdi Castell(*)

(*) Profesora Titular del Departamento de Enfermería. Universidad Islas Baleares.

INTRODUCCIÓN

Como saben, cuando uno se enfrenta a la tarea de realizar un trabajo como significa la intervención en una mesa redonda, varias cuestiones lo condicionan.

La primera es el objetivo planteado por quien hace el encargo, en este caso la AEED, que ha querido dedicar este panel a tratar sobre «El futuro de la formación», centrándolo en las «líneas de post-grado y especialización».

La segunda es la composición del grupo que va a abordar el tema y la distribución de contenidos que hace quien modera, de acuerdo a la experiencia, capacitación o responsabilidad profesional de los distintos participantes.

Pero aunque esto es lo más destacable, otras cuestiones condicionan también el contenido y el enfoque del trabajo que se elabora. En el caso concreto de esta intervención, el primer condicionante «interno» (podríamos decir), que ha sufrido ha sido la constatación de que a partir de cierto momento de la historia personal (momento seguramente relacionado con la eda,d pero no sólo con eso...), tres o cuatro temas se han convertido en clave y aparecen —de un modo u otro— hables de lo que hables. Así, pues, seguramente repetiré también hoy, algunas cosas que vengo diciendo desde hace tiempo pero que considero que no sólo no han perdido su ac-

tualidad si no que siguen siendo piedras de toque para poder avanzar profesionalmente.

Y, por último, en la orientación y forma definitiva que ha adoptado este trabajo, ha influido de forma fundamental el «ánimo», o sea la ilusión, el interés y las prioridades, con que lo he realizado.

En este sentido, el de mi «ánimo» en este momento de vida profesional, dos cuestiones lo definen. Una es la «radicalidad» y la otra es lo que podríamos llamar el «realismo práctico».

A veces, estos dos intereses —sobre todo si no hay mucho tiempo— pueden aparecer como contrapuestos pero en realidad no lo son y voy a tratar de demostrárselo. Así, la «radicalidad», en el sentido primero del término, me lleva a buscar los motivos profundos, el valor moral último que mueve los actos o las concepciones filosóficas o científicas que están en la base de los modos de trabajar; o sea me lleva a «teorizar».

Y mi deseo de «realismo práctico», me conduce a plantear propuestas que —de ser aceptadas— puedan transformarse rápidamente en acciones útiles para conseguir lo deseado.

Del resultado de todos estos condicionantes, ha surgido esta intervención que tiene dos objetivos. Uno «teórico»:

1. Ofrecer mis reflexiones sobre los objetivos que debe cumplir la formación de post-grado y especializada, para conseguir los elementos que aseguran el desarrollo profesional.

Y otro «práctico»:

2. Plantear algunos elementos que deben definir el modelo de formación de post-grado adecuado para el conjunto de la profesión y para los profesionales.

Y el objetivo «práctico».

Pasemos, sin más preámbulos, a cumplir el primero de ellos en el apartado que he denominado.

LA FORMACIÓN DE POST-GRADO COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

Para realizar esta parte de mi intervención he tomado como base los cinco elementos del desarrollo profesional, o sea, aquellas cuestiones que son indispensables para

que toda profesión se afiance y progrese y en los que vengo profundizando desde hace tiempo.

Recordaré muy brevemente la definición de cada uno de ellos y a partir de ahí iré justificando cómo la formación de post-grado contribuye a su consolidación y/o ampliación.

Empezaré por el primero de dichos elementos: el bien intrínseco, o sea, aquello que la profesión proporciona de forma única a la sociedad y que constituye un servicio indispensable para su mantenimiento.

Aunque lo he hecho en multitud de ocasiones, no me resisto a utilizar una imagen para explicar de forma más completa este concepto. En la diapositiva he representado con una flecha la mirada enfermera, que al observar al conjunto de la sociedad —representada por el círculo— a través del filtro de la disciplina enfermera (constituida por conocimientos, habilidades y principios éticos) destaca una porción formada por las situaciones y problemas que las enfermeras pueden ayudar a resolver.

De este modo, la esencia de la aportación profesional es la «mirada enfermera», dirigida desde el bien intrínseco o como dicen algunas otras autoras, desde el centro de interés de la disciplina,

De esa percepción única, se deriva la evidencia de la necesidad de una provisión de cuidados que es la forma en que se concreta la aportación profesional.

La formación de post-grado aporta a ese elemento básico del desarrollo de toda profesión que es el bien intrínseco, una cuestión clave:

1. *Hace más clara la identificación del ámbito de competencia y del servicio enfermero yo que*
    - *Amplía lo compresión de la comunidad y de los clientes.* El pre-grado da las bases para entender el mundo desde la perspectiva del cuidado. La formación de post-grado da los instrumentos para identificar más claramente el ámbito de competencia que se deriva de esa perspectiva y por tanto, del servicio que puede prestarse.
    - *Capacita para demostrar que eso* (esa porción de las necesidades y problemas de la comunidad que identificamos con la perspectiva del cuidado) *es relevante* en relación a la salud y al bienestar de la población tanto como lo es la tecnología aplicada a la curación o al diagnóstico de la enfermedad.

El segundo elemento del desarrollo profesional es el «discurso profesional» que he definido como *el conjunto de significados que nombran las parcelos de responsabilidad de una profesión, las identifican y diferencian de todos las demás.*

Consta de dos partes: *las bases teóricas* que sostienen la manera específica de nombrar y actuar sobre la realidad y las *denominaciones propias,* o sea el lenguaje profesional formado por las taxonomías que se utilizan y el conjunto de términos que se emplean para identificar la actuación y comunicarse profesionalmente.

En relación a las bases conceptuales, la formación de post-grado

1. *Profundiza y amplía las bases teóricas* que justifican la actuación profesional y, de acuerdo con Meleis y Price (en Kerouc, 1996), *precisa cuáles son las más deseables* para una práctica enfermera de vanguardia.
2. Al aumentar el conocimiento de las diversas disciplinas y de sus interrelaciones, hace posible *analizar rigurosamente las teorías y modelos enfermeros, destacar sus aportaciones y carencias y estar en disposición de adaptarlos o de diseñar nuevas propuestas.*

   Y, por último,

3. El conocimiento profundo de las diversas perspectivas conceptuales, *asegura el pensamiento crítico y el diseño creativo del cuidado,* ya que constituye un desafío permanente a la práctica asistencial cotidiana y obliga a la revisión constante de sus reglas y principios.

En cuanto al lenguaje profesional, que como he recordado, es el segundo componente del «discurso profesional», la formación básica permite utilizarlo mientras que la formación de post-grado y especializada, debe capacitar para *construirlo:*

- Adaptándolo a las diversas situaciones y entornos.
- Validándolo.
- Difundiéndolo de forma rigurosa y eficaz.

El «trabajo excelente», que es el tercer elemento indispensable del desarrollo profesional, lo he definido como aquél que cumple dos condiciones: soluciona problemas de los clientes y hace evidente la contribución profesional al bienestar individual y social.

Respecto a la capacidad para solucionar problemas, la aportación que hace la formación de post-grado puede concretarse del siguiente modo:

1. *Amplía y define con mayor precisión el ámbito de responsabilidad enfermero* ya que proporciona herramientas para nombrar de forma más específica el conjunto de situaciones que el servicio enfermero contribuye a solucionar.
2. *Dota de un mayor abanico de prescripción* a los profesionales ya que pueden utilizar, sin apartarse de los valores propios de la disciplina, instrumentos cuyo

aprendizaje tiene difícil cabida en el curriculum básico (digitopuntura, presoterapia, técnicas de relajación y visualización, etc.).

En relación a hacer visible la aportación enfermera, la formación de postgrado *dota de orientación cuidadora* (promoción de la salud, fomento del auto-cuidado, prestación de cuidados, prevención de la enfermedad...) *a instrumentos que, como tales, son «inánimes».*

Además, si la enfermera está capacitada para ver un mayor número de situaciones que puede resolver y contribuye eficazmente a su resolución, la consecuencia *es que se aumenta la cantidad de prestaciones enfermeras y se amplía la percepción* que los y las usuarias tienen *de la contribución profesional.*

Al empezar a tratar sobre la aportación fundamental que la formación de post-grado puede y debe hacer al cuarto elemento del desarrollo profesional, recordaré que lo denomino el «control del mercado» y que está formado por dos componentes. Estos son:

- El poder de influir en la oferta y la demanda del servicio que se ofrece.
- El tener un elevado control de la organización de su trabajo y del entorno en el que éste se desarrolla y, sobre todo, de los términos de la relación con sus clientes.

En relación al primero de los dos componentes, el poder de influir en la oferta y la demanda del servicio, la formación de post-grado capacita más adecuadamente para *concretar el servicio que se ofrece* en forma de prestaciones específicas, o sea en forma de «cartera de servicios».

Una «cartera de servicios enfermeros» formada por aquello que of recen las enfermeras de una Unidad, Centro o Servicio concreto, de acuerdo al objetivo último de la profesión (el bien intrínseco) y formulada en discurso enfermero. o sea en aquel que destaca la actuación profesional y la singulariza porque esta elaborado desde el paradigma enfermero.

Como he dicho, otro de los aspectos fundamentales del desarrollo profesional es controlar la relación con los clientes. En este sentido, la formación de post-grado puede colaborar eficazmente en *la implantación del lenguaje y los métodos que permitan emitir juicios clínicos sostenibles respecto al inicio y al fin de la relación con los clientes,* de acuerdo a la perspectiva de los cuidados.

Dicho de otra forma, la formación de post-grado debe capacitar para formular y responder de forma rigurosa y consecuente, a las dos preguntas que abren y cierran el «contrato» entre el enfermero y su cliente:

- ¿Qué problemas o situaciones de este paciente puede ayudar a resolver o a mejorar en mi calidad de enfermera ?
- ¿Cómo se han «resuelto» (y digo esta palabra entre comillas, confiando en que ustedes entiendan que encierra tantos significados como personas cuidamos...) los problemas que los enfermeros somos capaces de resolver?

Formulando y contestando estas dos preguntas, no sólo se consigue que cada relación de cuidado sea específica y única sino que se asegura que su inicio y su fin (el «ingreso y el alta», por decirlo con las palabras habituales), se prescriba desde la perspectiva profesional.

Para terminar este repaso, trataré sobre la aportación que la formación de post-grado realiza al quinto elemento del desarrollo profesional que es la «capacidad de unión y representación». Es decir, el hecho de que la profesión esté organizada y cuente con líderes y representantes.

De forma general, la aportación de la formación de post-grado a la capacidad de organización de la profesión, puede concretarse en dos puntos:

1. *Aumenta la trascendencia social de la profesión* ya que capacita para explicar con mayor claridad la aportación, haciéndolo a través de los lenguajes que se entienden: que pueden ser escuchados y que por eso son eficaces. Me refiero al de la economía descarnada, al de la eficiencia, al de la calidad, etc.
2. Capacita para *asumir el reto de dotar al conjunto del sistema de la orientación adecuada:*
   - Basada en las necesidades y problemas de los usuarios y usuarias y
   - Cuyos principales instrumentos son el diagnóstico y el tratamiento médico y la prestación de cuidados pero también la promoción de la salud y el fomento del autocuidado y la responsabilización.

Y específicamente, la formación de post-grado puede facilitar a los lideres y representantes profesionales, dos cuestiones:

1. *Una visión más amplia del sistema sanitario y educativo* y del papel que puede desempeñar en ellos el colectivo.
2. *Una mejor dotación de instrumentos personales y grupales,* que aumenta su capacidad de negociación y pacto.

Por último, sin duda, la formación de post-grado permitirá que las enfermeras reivindiquen, de forma eficaz, *un sistema de promoción profesional* basado en la posibi-

lidad de desempeñar correctamente mayores responsabilidades en la gestión y la planificación de los servicios sanitarios, *pero también en la capacidad de resolver situaciones de cuidado cada vez más complejas.*

Hasta aquí creo haber cumplido con el primer objetivo planteado, ofreciendoles mis reflexiones respecto a la utilidad de la formación de post-grado para el desarrollo de la profesión enfermera.

A partir del mismo, pasaré ahora, muy rápidamente, a intentar cumplir el segundo —el «práctico»— en el apartado que he denominado

PROPUESTAS PARA UN MODELO DE FORMACIÓN DE POST-GRADO

Naturalmente, para poder hacer propuestas de futuro y aún para valorar adecuadamente el presente, es necesario hacer memoria y recordar el pasado.

Por eso al iniciar este apartado, pasaré revista muy brevemente a cuáles han sido —y son aún— los trazos identificadores de las ofertas de formación de post-grado con que hemos contado las enfermeras en España.

Empezaré por la especialización. Como ustedes. bien saben, en una primera etapa —la correspondiente a ATS—, la formación especializada tuvo como característica definitoria el estar estructurada de acuerdo al modelo biomédico. Así, los ámbitos de profundización y especialización se definían de acuerdo a diagnósticos médicos (Urología, Pediatría, Psiquiatría) o a áreas instrumentales o de trabajo concretas (Urgencias, Laboratorio, Radiología).

Naturalmente, el contenido de dicha formación no estaba orientado al desarrollo disciplinar enfermero ni a potenciar el rol autónomo. Mal se podía pedir esto a la formación especializada sino se daba tampoco en la formación básica.

La llegada de la diplomatura de Enfermería, supone un gran parón de las especialidades ya que se suprimen las existentes en ATS pero se tarda diez años en aprobarse las que podrán cursar los enfermeros y aún es necesario esperar años más para que se inicie la puesta en marcha efectiva de la primera de ellas: la de Matrona.

Otros dos años más y en 1997 se inicia la formación de los especialistas en Salud Mental.

De este modo, veinticuatro años después de la integración de la formación de pregrado en la Universidad, no sólo hemos implantado sólo dos de las siete aprobadas, sino que también está en crisis tanto el modelo conceptual que las inspiró como la forma concreta que se utilizó para su desarrollo.

Voy a explicarme con más claridad. Fui y sigo siendo una ferviente defensora de un modelo de especialización para las enfermeras que cumpla estrictamente tres condiciones. La primera es que su eje de articulación y por tanto su justificación y orientación, sea el bien intrínseco de la Enfermería, o sea la prestación de cuidados.

La segunda condición es que se organice de acuerdo al modelo que hemos dado en llamar EIR (Enfermeras internas y residentes), en el que la «carga» de la formación —o sea, el coste material y humano— se reparte entre la persona que se forma y el sistema sanitario que promueve su capacitación.

Con este sistema, el enfermero que se está especializando es reconocido como un profesional que aporta su trabajo al mismo tiempo que se forma.

La última de las condiciones es que el establecimiento de una especialidad tenga como paso previo la definición dentro del sistema sanitario de un ámbito de responsabilidad específico y su consiguiente reconocimiento. Por decirlo en palabras sencillas, la puesta en marcha de una especialidad, debe ir precedida de la definición de una serie de puestos dentro el sistema a los que sólo se podrá acceder si se posee el título de especialista y que serán retribuidos en consonancia.

Estas tres condiciones se cumplieron perfectamente con la especialidad de Matronas pero la puesta en macha de la especialidad de Salud Mental significó un grave quiebro del modelo ya que si bien, sigue cumpliendo con los requisitos de adecuada orientación y de desarrollarse a través del modelo EIR, ha perdido la última pero fundamental condición de tener definidos dentro del sistema de salud unos ámbitos de competencia específicos y reconocidos económicamente.

Haber consentido la pérdida de esta condición es consentir que siga prevaleciendo la idea de que la enfermera sirve para todo. Idea que no tiene nada que ver con la deseable formación generalista que debe obtenerse en el pre-grado sino que lo que hace es tanto ahondar en la imagen estereotipada que considera que el trabajo que realizan los enfermeros es poco complejo (es fácil, es «natural»...) como perpetuar la «invisibilización» de la aportación enfermera.

Ello es así porque en una sociedad muy alejada de los valores renacentistas y que ha sacralizado la especialización, quien sirve para todo, en realidad no sirve para nada.

A mi modo de ver, y ¡ojalá en el coloquio alguien pueda darme argumentos para que cambie de opinión!, la puesta en marcha de una especialidad que no cumple esa condición básica de tener definido un campo de responsabilidad determinado, pone en evidencia dos cuestiones:

- La falta de capacidad del colectivo para valorarse y demostrar la necesidad de su aportación en ámbitos específicos.

- La grave confusión o puede que la dejación de responsabilidades en el ejercicio del liderazgo por parte de nuestros representantes profesionales.

En cuanto a la formación de post-grado que no proporciona titulo de especialista, uno de sus principales objetivos —en ese primer momento de vacío en el que transcurrieron los primeros años desde la puesta en marcha del plan de estudios universitario, fue precisamente sustituir la ausencia de especializaciones.

Posteriormente, la oferta de formación de post-grado se ha ido articulando en torno a tres ejes:

- La formación en aspectos específicos de la disciplina enfermera que exigen mayor grado de profundización del que puede conseguirse en la formación básica.
- La capacitación en la utilización de los instrumentos diversos (desde la estadística a la educación para la salud, pasando por la informática y los diagnósticos enfermeros) que sirven para trabajar a las enfermeras.

La profundización en la confluencia disciplinar, o sea, en aquellos ámbitos que como las medicinas paralelas o el análisis transaccional, por poner dos ejemplos, permiten trabajar más adecuadamente en las «intersecciones» (en los bordes de las zonas de atención donde confluye la mirada de varias disciplinas) y ampliar el abanico de prescripción enfermero.

A mi modo de ver, cualquier oferta de post-grado que no pueda incluirse de forma clara, en ninguno de estos apartados debe ser mirada con lupa a la hora de embarcarse en el viaje siempre costoso que significa la formación post-básica.

Hasta aquí el contenido de mi intervención, en la que creo haber cumplido los dos objetivos planeados al principio.

Para terminar, sólo deseo dejarles dos ideas.

Les decía al principio de esta charla que a partir de cierto momento de la vida, tres o cuatro temas se convierten en claves y aparecen de forma reiterada sea cual sea el trabajo que desarrollas.

Un ejemplo de ello es la primera de las ideas que deseo enfatizar.

A pesar de las deficiencias del sistema de formación de post-grado que poseemos —que en ocasiones no cubre nuestras expectativas y también en muchas ocasiones no está pensado para conseguir un mayor desarrollo profesional sino en conseguir dinero, por ejemplo—, los enfermeros somos el colectivo sanitario que más actividades de formación realiza.

A mi modo de ver, el empeño que se ha venido demostrando en la adquisición de conocimientos y habilidades, ha dado fruto. Efectivamente, creo que el conjunto del colectivo ha mejorado sensiblemente su nivel de conocimiento disciplinar y científico.

Pero si esto constituye una verdad fácilmente comprobable, no me parece menos cierto el hecho de que ni los usuarios, ni los enfermeros —ni las empresas sanitarias en las que trabajan— obtienen el rendimiento que podría esperarse de dicho nivel.

Creo, y podemos discutir esta afirmación si lo desean en el coloquio, que la principal causa de ello es que muchas enfermeras aún no han dado el paso minúsculo y a la vez gigantesco que va entre «ser capaz» y «creerse capaz» y que conduce a «parecer capaz». Paso que sólo depende del propio convencimiento tanto de la trascendencia de la aportación que se realiza como de la capacitación para realizarla.

En este sentido, considero y ahí va la última de las ideas que quería comentarles, que la formación de post-grado puede y debe colaborar eficazmente a que cada vez sea mayor el número de enfermeras que hayan dado ese paso o sea, que estén convencidas del poder de los cuidados.

Pero eso sólo será así si las propuestas de formación de post-grado cumplen estrictamente los objetivos que se han formulado al principio o, dicho de otro modo, si pueden insertarse en un modelo de desarrollo profesional explícito, sustentado y compartido.

Solamente de este modo, la formación de post-grado será un instrumento eficaz para convertir el presente en futuro deseable.

Muchas gracias por su atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERDI, Rosamaría: «Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX» *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería,* 1999, 5 y 6 [63-74].

KÉROUCC, Suzanne: *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson; 1996.

WOLF, B. B.: *Nursing identity: the nursing-medicine realtionship* (1989) en KÉROUCC, op. citada.

Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los Centros de Atención Primaria del Instituto Catalán de Salud*

Montserrat Teixedor Freixa(*)

(*) Directora E.U.E. Santa Madrona de la Fundación «La Caixa»

LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA, UN RETO PARA LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES, DOCENTES Y GESTORAS

Introducción

El Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados, en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson, en los Centros de Atención Primaria de Cataluña es fruto de la colaboración entre la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona y la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud.

La EUI Santa Madrona y el Instituto Catalán de la Salud, con el propósito de incidir en la mejora cualitativa de las instituciones sanitarias a través de la consecución del objetivo de la excelencia de la calidad de los cuidados, y con la voluntad de contribuir al proceso de profesionalización de la enfermera, propusieron el desarrollo de un proyec-

* Conferencia pronunciada en el marco de la *XXII Sesión de trabajo de la AEED: Formación enfermera y mercado de trabajo,* organizadas por la Asociación Española de Enfermería Docente, Madrid, marzo de 2001.

to de formación que garantizara la capacitación de los profesionales de enfermería que debían actuar como líderes, para asegurar así la consecución del rol autónomo y un ejercicio profesional de calidad. El proyecto pretendía posibilitar la implantación del proceso de cuidados en el marco de un modelo conceptual de enfermería en todos los Centros de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud. Se trataba de implicar a los responsables y de formar profesionales de enfermería con el fin de que actuaran como referentes institucionales en los centros de salud, con la suficiente capacidad para promover y liderar el cambio.

En concreto, se propuso desarrollar una práctica enfermera inspirada en la concepción de Virginia Henderson. Se eligió este modelo porque es un modelo extendido, conocido por la inmensa mayoría de enfermeras y asumido por un importante número de centros universitarios. El Instituto Catalán de la Salud lo había adoptado en sus centros y la EUI Santa Madrona lo había impulsado decididamente hace más de una década. Contar con un modelo conceptual permite explicitar el sistema de valores y clarificar sus elementos fundamentales y los presupuestos que lo sostienen. Adoptar un modelo conceptual es un factor de profesionalización que permite visiones compartidas a partir de una consideración global y única de la persona. En suma, la utilización del proceso de cuidados permite identificar los problemas y sus causas, planificar los cuidados y evaluarlos con la persona, favoreciendo siempre la mejora de la calidad de los cuidados; la adopción de un modelo propicia también una mejor organización de los cuidados, su personalización y el aumento de la satisfacción de profesionales y usuarios.

Metodología

Identificado el proyecto que se quería desarrollar, se procedió al diseño de un plan estratégico para la ejecución del cambio. Este plan contemplaba un proyecto de formación y un proyecto de implantación. La metodología utilizada para el desarrollo del proyecto de formación fue la que se detalla en los siguientes puntos.

ANÁLISIS DE LOS PUNTOS FUERTES QUE PODÍAN IMPULSAR Y FAVORECER EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Este análisis evidenció una serie de elementos que favorecían la realización del proyecto:

- Un número importante de Áreas Básicas de Salud habían empezado a incorporar en su práctica profesional el proceso de cuidados dentro del marco del modelo conceptual de Virginia Henderson a partir de las directrices marcadas por el Instituto ICS desde su Aula Abierta.

- Un gran número de enfermeras había estado en contacto con el modelo a lo largo de su formación, de modo que la mayoría ya estaba capacitada para asumir un proyecto de estas características.
- Se habían realizado experiencias piloto en algunos centros que evidenciaban la importancia de continuar avanzando en esta línea de trabajo.
- Se había iniciado la dinamización de grupos para el diseño y la estandarización de los diagnósticos de enfermería.
- Otro factor especialmente valioso era poder contar con la EUI Santa Madrona para el diseño y la realización del proyecto de formación, así como para el seguimiento y la evaluación posteriores. La EUI Santa Madrona se ha caracterizado desde su creación por impulsar y apoyar la profesionalización de la enfermería (1). Desde el año 1990, el proyecto pedagógico de la Escuela se centra en el rol de la enfermera (2), en la formación de mandos que tengan capacidad de incidir en la mejora cualitativa de las instituciones, en la excelencia de los cuidados y en la potenciación del papel profesional de la enfermera. Por otra parte, desde el punto de vista académico, la Escuela tiene completamente asumida una filosofía humanista y una visión compartida de la educación y de los cuidados por parte de todo su profesorado (3). Asimismo, la conjunción entre la teoría y la práctica ha sido prioritaria para este centro: desde 1989 se han desarrollado intervenciones formativas, destinadas a los profesionales que tutelan las prácticas de los alumnos (4), para garantizar una visión compartida y una buena conduc-

(1) También en la última década, por medio de la participación de la Dra. Lise Riopelle, profesional de relevancia internacional, se han promovido intervenciones de formación continua y de reciclaje con la clara intención de sensibilizar y capacitar para asumir el rol autónomo. Además, experiencias piloto como la del actual proyecto se habían llevado a cabo en la EUI Santa Madrona en 1992, conjuntamente con el Área de Gestión 8 del Instituto Catalán de la Salud.

(2) La EUI Santa Madrona de la Fundación «La Caixa» activa el rol de la enfermera desde 1990 en el programa «Máster en Administración y Gestión en Enfermería» y, desde 1992, en la formación de Diplomado en Enfermería.

(3) Desde el año 1992 el currículum de la EUI Santa Madrona actúa sobre cuatro hilos conductores (el rol de la enfermera; la persona y su entorno; compromiso profesional y personal; y relación de ayuda-relación educativa), que han resultado esenciales para garantizar la formación de enfermeras.

(4) La formación del personal de enfermería —que colabora de forma práctica en la consecución de los objetivos del alumnado y también en las nuevas concepciones y teorías de enfermería— facilita el desarrollo del rol autónomo y la armonización de la formación. En este contexto, los centros de formación universitaria han de jugar un papel importante. La EUI Santa Madrona, por su parte, ha desarrollado, desde 1990, varias intervenciones formativas, entre las que destacan las dirigidas a profundizar y desarrollar el rol autónomo en la práctica profe-

ción del proceso de enseñanza/aprendizaje, y se han impulsado y dirigido seis investigaciones centradas en el rol autónomo y en la implantación del proceso de cuidados dentro del marco de un modelo conceptual.

- Otra variable esencial estriba en el hecho de que el instituto Catalán de la Salud (5) asumiera la iniciativa del proyecto. Este compromiso, que ha sido aceptado en el marco de un convenio con la EUI Santa Madrona de la Fundación «La Caixa», implica a las direcciones de ambas instituciones y se extiende a las directoras de enfermería de DAP, al profesorado de la Escuela y, en definitiva, a los profesionales identificados como agentes de cambio que, al garantizar el desarrollo de competencias de todas las enfermeras, aseguran el apoyo a las estrategias necesarias para la generalización del proyecto a todas las ABS (6).
- Finalmente, pero no menos importante, debemos señalar el compromiso y la ayuda de la Fundación «La Caixa», que se ha hecho especialmente evidente con la concesión de 298 becas para la capacitación de las directoras de enfermería de los agentes de cambio hasta la consecución de los objetivos del proyecto de formación.

ANÁLISIS DE LOS PUNTOS DÉBILES QUE PODÍAN DIFICULTAR EL PROYECTO

- La dificultad de concebir, interiorizar y activar un proyecto que supone un cambio de segundo nivel.
- La priorización de proyectos más instrumentales y menos comprometidos.
- La tendencia natural a reaccionar defensivamente frente a las innovaciones.
- El hecho de no poder contar con registros de enfermería debidamente cumplimentados, ya que no se habían utilizado hasta el momento.
- Planes de intervención más atentos a las intervenciones delegadas que a las propias, y poco preocupados por la obtención de resultados.
- La existencia de sistemas de trabajo muy burocratizados.

sional, y las orientadas a estudiar la aplicación del proceso de cuidados y de los diagnósticos de enfermería; también han sido fundamentales la enseñanza al usuario, la relación de ayuda y las sesiones formativas para mandos sobre las estrategias para la implantación del proceso de cuidados basado en un modelo conceptual.

(5) Estos compromisos fueron asumidos formalmente mediante la firma del convenio entre la EUI Santa Madrona y el ICS.

(6) Estas siglas corresponden a *Área Básica de Salud.*

- La falta de formación y de interiorización del rol autónomo de algunos profesionales.
- Problemas en la identificación de los diagnósticos de enfermería.
- Las dificultades, inherentes a un proyecto de esta complejidad, para sensibilizar al personal en relación con los puntos débiles y para que proponga actuaciones que conduzcan a la mejora de las prácticas.
- Las dificultades para motivar y canalizar las energías del personal hacia los objetivos previstos.
- La no finalización de la reforma de los Centros de Atención Primaria.
- Las experiencias anteriores que no tuvieron éxito.
- La falta de recursos para motivar al personal que consigue buenos resultados.
- Apoyo técnico insuficiente para conducir un proyecto de esa magnitud.
- Incomprensión por parte de otros profesionales.

Un proyecto de esa dimensión requería la implicación de todos los profesionales involucrados para afrontar el incremento de trabajo. También se necesitaba la comprensión del resto de profesionales que, con su colaboración, debían hacer posible la continuidad de la asistencia y de la docencia a lo largo del proyecto.

ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN DEL PROYECTO EN LAS ORGANIZACIONES

Un proyecto que pretendía dar respuesta al proyecto institucional tenía como acción prioritaria incidir en la mejora cualitativa de los cuidados y en la capacidad de intervención autónoma de la enfermera. Consistía también en garantizar que las enfermeras de atención primaria asumieran el rol autónomo y se consolidara su proceso de profesionalización. Un aspecto clave era conseguir superar el reto de aumentar la salud y mejorar la asistencia, la comunicación y la calidad de vida de nuestros usuarios. Otra repercusión que se buscaba era la optimización cuantitativa y cualitativa de los recursos de los centros, adecuándolos a las necesidades de la comunidad.

El proyecto ha permitido que ambas instituciones, la EUI Santa Madrona y el Instituto Catalán de la Salud, sigan avanzando en su voluntad de promover el trabajo en equipo y la cooperación y la reagrupación de gestores, docentes y asistenciales en torno a una política de cuidados unificada.

En este sentido, una alianza entre docencia y asistencia garantizaba un acercamiento a una filosofía compartida de cuidados y suponía para la Escuela un mejor seguimiento y socialización de los alumnos.

ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN EN CATALUÑA

Nuestro proyecto quería dar respuesta a las nuevas orientaciones del sistema sanitario marcadas por el Plan de Salud, orientaciones que se centran en la salud, calidad y bienestar de los ciudadanos.

La capacitación de los profesionales de enfermería debía facilitar una mejor respuesta para hacer frente a las tendencias epidemiológicas y a los cambios sociales y culturales de nuestra sociedad. También se pretendía mejorar la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de todos los implicados, gestores, usuarios y profesionales.

La capacitación, el compromiso, la visión compartida de todos los responsables de atención primaria y la potenciación de 268 agentes de cambio avalaba la generalización del proyecto a todas las enfermeras de atención primaria y tenía como correlato una mejora de la asistencia, del seguimiento y de la orientación de los alumnos de enfermería.

ETAPAS DEL PROYECTO

A) Negociación del convenio para la realización del proyecto

El 19 de octubre de 1998 se firma el convenio de colaboración entre el Instituto Catalán de la Salud y la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación «La Caixa», adscrita a la Universidad de Barcelona. Ello hace posible que el proyecto de profesionalización de las enfermeras de atención primaria sea asumido como proyecto institucional.

B) Diseño del proyecto de formación

El diseño del proyecto de formación integra diferentes etapas:

1. Identificación del proyecto institucional.
2. Prospección y análisis de las diferentes necesidades.
3. Implicación de los actores.
4. Diseño del plan de formación.
5. Desarrollo del plan de formación.
6. Evaluación del plan de formación.
7. Recomendaciones para la generalización de la experiencia.

1. Identificación del proyecto institucional. Prospección y análisis de las diferentes necesidades

Para el desarrollo del proyecto de formación se partió de la propuesta de M. Teixidor (1998) que integraba el análisis del contexto con una detección de necesidades que permitieron elaborar las acciones de formación y del proyecto de implantación.

En esta fase del proyecto, se obtuvo el consenso utilizando un sistema de expertos formado, en un primer momento, por la responsable de la dirección y diseño del proyecto de formación, M. Teixidor; la responsable del proyecto de implantación, C. Esteve; la jefe de estudios, Concepción Ferrer; y el asesor pedagógico de la Escuela, Esteve Pont, quien aportó una ayuda inestimable actuando como consejero de la directora a lo largo del proyecto de formación. Los instrumentos que utilizaron fueron la propuesta de M. Teixidor y L. Riopelle, el proyecto del Aula Abierta del ICS, y los currículos de formación y del Máster de Administración y Gestión en Enfermería de la Escuela.

2. Implicación de los actores

Las intervenciones de sensibilización e implicación de los actores requirieron sesiones de información, motivación y participación en los diferentes niveles de toma de decisiones de ambas instituciones. En ellas se acabó de perfilar el proceso que se debía seguir, sus límites, las estrategias necesarias y la composición de los grupos de trabajo; se procedió, asimismo, a una revisión de las prácticas identificadas como no adecuadas.

2.1. Sensibilización e implicación de los profesores, tutores y las responsables de enfermería de DAP

En una segunda etapa, se obtuvo el compromiso, a través de sucesivos consensos, de las distintas partes implicadas y se incorporaron, en calidad de expertas, las profesoras A. Gil, D. Martínez, E. Monjo, L. Prats, T. Serra y M. Torroja.

Los compromisos que adquirieron los profesores que debían actuar como tutores fueron:

- Prestar apoyo tutorial durante el curso de formación.
- Facilitar los materiales didácticos para el seguimiento del curso.
- Dirigir las sesiones tutoriales de los grupos y orientar a los profesionales en las sesiones individuales.
- Asesorar a los profesionales participantes a lo largo de su proceso de aprendizaje.
- Evaluar la consecución de los objetivos del proyecto.

Paralelamente, la responsable del proyecto de implantación, C. Esteve, dinamizó a las directoras de enfermería de DAP (7) a fin de conseguir su compromiso en el desarrollo de las estrategias necesarias para la implantación del proyecto y para facilitar la realización del curso a los profesionales seleccionados. Sin la implicación de estas 30 profesionales, no se hubiera podido llevar a término un proyecto global como el que hoy presentamos.

Las personas responsables de enfermería asumieron la responsabilidad (8) de:

- Seleccionar a los profesionales que reunieran el perfil propuesto.
- Explicar a los profesionales seleccionados los compromisos que adquirían al aceptar la responsabilidad de actuar como agentes de cambio.
- Designar a los profesionales seleccionados como referentes institucionales para el desarrollo del proyecto y brindarles apoyo en sus iniciativas.
- Facilitar las condiciones (tiempo, material, bibliografías obligatorias, etc.) para garantizar la buena marcha del proyecto.
- Cuidar de que todos los profesionales de los centros aceptaran el proyecto.
- Asumir el proyecto hasta su consolidación.

2.2. Identificación, selección, sensibilización e implicación de los agentes de cambio

Los profesionales seleccionados como agentes de cambio eran los protagonistas principales de este proyecto, puesto que no sólo lo debían liderar, sino que, conjuntamente con las enfermeras, debían también materializarlo. Era fundamental disponer de personas abiertas al cambio, motivadas para imbuirse en un proyecto de innovación. Los requisitos, por tanto, eran ser personal estable de las ABS, condición indispensable para garantizar la continuidad en el desarrollo del proyecto, y acreditar conocimientos y experiencia en la aplicación del proceso de cuidados y los diagnósticos de enfermería en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson. Estos profesionales, en una primera fase, se comprometían a:

- Asistir a todas las intervenciones formativas y tutoriales que se desarrollaran en torno al proyecto.

(7) División de Atención Primaria.

(8) Estos compromisos fueron asumidos formalmente por medio de la firma del convenio entre la E.U.E. Santa Madrona y el Instituto Catalán de la Salud (ICS).

- Profundizar en el estudio de los documentos indicados de las bibliografías obligatorias y en la aplicación de los conocimientos adquiridos, de modo que se asegurara la progresión del aprendizaje.
- Entregar los trabajos encargados por los profesores y tutores del curso en los plazos previstos.
- Participar de manera activa en las diferentes intervenciones formativas y tutoriales.

Una vez finalizado su proceso de aprendizaje, el compromiso se extendía, en una segunda fase, a:

- Actuar como agentes de cambio en su área de responsabilidad.
- Cuidar de que los conocimientos adquiridos se transmitieran a los profesionales de su área de responsabilidad.
- Efectuar el seguimiento del proyecto hasta su consolidación.

3. Diseño del plan de formación

A partir del análisis del contexto y de la adhesión al proyecto de todos los profesionales implicados, se consensuaron la finalidad, objetivos, contenidos y estrategias educativas para el desarrollo del programa de formación, que se estructuró en dos módulos de formación presenciales: formación en la acción y sesiones tutoriales; y talleres de análisis de casos y seminarios de sensibilización para la evaluación, para compartir los proyectos de implantación y para conseguir una visión común.

La finalidad prioritaria de este proyecto era capacitar a los agentes de cambio para la activación y la implantación del proceso de cuidados y de los diagnósticos de enfermería en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson. Otros objetivos del proyecto de formación eran:

- Desarrollar las habilidades inherentes al rol de la enfermera en los diferentes ámbitos comunitarios.
- Sensibilizarse para enfocar de modo humanístico los cuidados de enfermería.
- Situar el papel y la responsabilidad de la dirección de enfermería en la creación de un modelo de cuidados de enfermería.
- Preparar agentes de cambio para implantar el proceso de cuidados basado en un modelo conceptual de cuidados de enfermería.

4. Desarrollo del Plan de Formación

4.1. Primera fase

Los objetivos generales del primer módulo «La práctica enfermera en el ámbito comunitario: Integración del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson» tenían como eje los siguientes aspectos:

- Comprender las dimensiones del rol de la enfermera en el ámbito comunitario.
- Tomar conciencia de la importancia de desarrollar una aproximación humanista en la práctica enfermera.
- Analizar los datos recogidos con el concurso de un instrumento que refleje el modelo conceptual de Virginia Henderson.
- Planificar las intervenciones a partir de los problemas identificados: plan de intervención.
- Aplicar el proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson.

La profesora del curso fue Lise Riopelle, con la colaboración de los profesores de la Escuela C. Ferrer, A. Gil, D. Martínez, E. Monjo, L. Prats, T. Serra, M. Teixidor y M. Torroja, que actuaron como tutores en la realización de los casos ficticios y reales que se debían desarrollar para la evaluación del curso. Ello supuso una notable implicación del equipo de formación y la dinamización en esa primera etapa de 45 sesiones tutoriales individuales y cinco grupales.

Finalizada la primera fase, la evaluación diagnóstica reveló algunas dificultades asociadas al proceso de cuidados, en concreto a la etapa de análisis de los datos. Por otro lado, era fundamental garantizar la consolidación de saberes, habilidades, actitudes y la adhesión a una práctica reflexiva, guiada por los valores humanistas y éticos que comporta el hecho cuidar de alguien (Teixidor, 1997). Esta situación justificó la realización de unos talleres para analizar casos (9) que requerían un trabajo personal previo a la sesión. Se trataba, pues, de consolidar la línea de estudios de casos, creando un es-

(9) Los casos que se estudiaban habían sido realizados para su evaluación por los profesionales de atención primaria implicados en el proyecto; el criterio de selección se basó en su interés y en la excelencia en su realización. Las actividades fueron promovidas por la EUI Santa Madrona con la participación de la autora del caso y de la profesora de la Escuela que había tutelado a la alumna. En la segunda etapa se realizaron 45 tutorías individuales y 18 talleres para analizar y validar los casos. Estos casos se han editado con la intención de facilitar una herramienta pedagógica a los agentes de cambio y para posibilitar la extensión del proyecto.

pacio que permitiera que quienes debían actuar de agentes de cambio institucional se entrenaran en el análisis de la práctica y en la dinamización de sesiones clínicas.

4.2. II Programa de Formación

Segunda fase

Un proyecto que pretende formar a los máximos responsables de los centros y a los agentes de cambio ha de prever intervenciones formativas que faciliten la comprensión de los diferentes retos planteados en los procesos de cambio. El curso «La gestión del cambio en las organizaciones» tenía como misión capacitar para esa comprensión, para la definición del cambio planificado y para la identificación de las tensiones que provoca, ayudando, simultáneamente, a conocer estrategias para su gestión, evaluación y consolidación. Se trataba, también, de examinar las estrategias de implantación del proceso de cuidados en el marco de una concepción enfermera y de diseñar un plan estratégico y una de intervención para la realización de un cambio planificado que permitiera la asunción y generalización del proyecto a todas las Áreas Básicas del Instituto Catalán de la Salud de Cataluña. La profesora de estos módulos fue Montserrat Teixidor.

El planteamiento pedagógico de los módulos perseguía insertar el proceso de cambio planificado en el marco de la evolución social, económica, política, cultural y profesional de nuestra realidad. Se pretendía incidir particularmente en el ámbito de las actitudes, a fin de que los participantes comprendieran la importancia de poder disponer de profesionales comprometidos, con capacidad para implicar y acompañar al personal de enfermería, y conscientes de les fuerzas restrictivas a las que se deberán enfrentar para dar una respuesta adecuada a los retos de nuestro tiempo.

A lo largo de las sesiones se llevaron a término ejercicios, talleres, casos, lecturas y debates. Como trabajo final del programa de formación, los participantes, a partir de una propuesta metodológica de la profesora, tuvieron que analizar la realidad de su contexto y diseñar un plan estratégico y de intervención para gestionar un cambio planificado en los centros (10).

Esta acción condujo a la realización de una serie de tutorías individualizadas y de los seminarios finales para la presentación de los proyectos de implantación.

(10) Esta estrategia educativa estaba dirigida a fomentar la comprensión de la realidad sobre la que debían actuar y a conseguir una visión compartida entre la directora de enfermería de DAP y sus agentes de cambio, así como el compromiso entre todos los implicados. Los resultados obtenidos manifiestan claramente la importancia del liderazgo de las responsables de enfermería desde la perspectiva institucional y la necesidad de promover el liderazgo de los mandos intermedios y de las enfermeras.

4.3. III Programa de Formación

Tercera fase

Se llevó a cabo una Jornada, bajo el nombre de «Presentación de resultados de la evaluación del *Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson»,* en la cual participó la Dra. Riopelle, que impartió la conferencia «El rol de la enfermera en la comunidad». La profesora Teixidor coordinó la sesión evaluativa y la Sra. Esteve recordó los objetivos propios del Instituto Catalán de la Salud y la necesidad de continuar progresando en la línea de trabajo escogida. Los objetivos prioritarios de estos actos académicos eran la integración y la continuidad del proyecto; la Jornada pretendía, también, ser un elemento de motivación y un instrumento de evaluación.

4.4. IV Programa de Formación

Cuarta Fase

Los tres seminarios finales permitieron que los diferentes grupos de trabajo presentaran al resto de compañeros los proyectos realizados en cada DAP. Ello potenciaba, desde el punto de vista pedagógico, una nueva experiencia de aprendizaje, así como una síntesis final del proceso de formación (11).

4.5. V Estrategias pedagógicas

El planteamiento de la formación buscaba incidir en el desarrollo de actitudes, la profundización de conocimientos y la adquisición de habilidades partiendo de las experiencias de los participantes, del trabajo bibliográfico, de esquemas de trabajo, de la presentación, diseño y análisis de casos, de la discusión en grupo y de la realización de un plan de intervención en la realidad.

El modelo pedagógico tenía por objeto incidir tanto en el conocimiento (saber) como en las habilidades (saber hacer) y, sobre todo, en las actitudes y valores (saber estar).

---

(11) En ese seminario se analizaron los diferentes aspectos metodológicos propuestos para la implantación del proceso de cuidados. Posteriormente, el grupo de participantes seleccionó los cuatro proyectos que en su opinión merecían figurar, en la sesión de presentación pública del proyecto, como ejemplo de realizaciones interesantes. Para proceder a la selección, la dirección del curso propuso unos criterios de valoración que incidían en el cumplimiento de la metodología utilizada. Hay que resaltar, sin embargo, que el conjunto de proyectos presentado llegó a unos muy satisfactorios niveles de suficiencia y que se traslucía en todos ellos un trabajo y un esfuerzo merecedores de reconocimiento público.

4.6. VI Desarrollo del proceso de formación

Las intervenciones formativas y tutoriales tuvieron lugar en la Escuela Santa Madrona, y el seminario general en Centro Cultural de la Fundación «La Caixa». El criterio de selección del profesorado y de los tutores consistió en dar prioridad a aquellos profesionales que, por su prestigio, experiencia y valía demostrada, pudieran desarrollar las competencias adecuadas. Finalmente, el calendario propuesto pretendía conciliar la disponibilidad del profesorado con las necesidades de los centros de salud.

En los cursos participaron las 30 directoras de enfermería de DAP y las 268 enfermeras identificadas como agentes de cambio. Su desarrollo manifestó un alto grado de implicación de profesoras, tutoras y profesionales. Las sesiones combinaron las clases magistrales con los grupos de discusión y prácticas, sin olvidar el trabajo individual, el estudio de casos y las lecturas.

En las primeras sesiones se contó con el concurso de un observador que evaluaba la continuidad de la secuencia y su incidencia en las actitudes de los alumnos.

Las sesiones tutoriales permitieron la descripción y resolución de 230 casos clínicos, de los que 44 fueron presentados en las sesiones, validados por los profesionales y profesores implicados en el proyecto y editados posteriormente.

Los profesionales de los talleres para el análisis de casos fueron seleccionados en virtud de su capacidad, implicación y por el interés de los casos que habían presentado para la evaluación del curso.

Los participantes tuvieron la posibilidad de asistir a sesiones de tutorías individuales y en grupo para contrastar dudas y profundizar en los conocimientos.

Los programas de formación han hecho posible, asimismo, que actualmente dispongamos de 32 proyectos estratégicos para la implantación del proceso de cuidados en todas las Áreas Básicas de Salud de Cataluña.

Este proceso de formación, como todas las acciones previstas en el convenio entre la EUI Santa Madrona de la Fundación «La Caixa» y el Instituto Catalán de la Salud, estuvo sometido al control y seguimiento previstos en el convenio entre ambas instituciones.

4.5. VII Programa de continuidad

Con el fin de proporcionar un espacio de formación continua destinado a los agentes de cambio, la EUI Santa Madrona de la Fundación «La Caixa» ofreció su aula abierta para el análisis de casos clínicos con la intención de que los citados agentes dispusieran de un lugar para intercambiar experiencias con los compañeros de otros centros, profesores y otros profesionales de enfermería interesados en esos temas.

4.6. VIII Evaluación del Programa de Formación

La evaluación formativa y sumativa se realizó a través de la resolución de casos prácticos, las discusiones en clase, los trabajos en grupo y los ejercicios de aplicación. Además, se ha realizado en equipo un proyecto para la gestión de un cambio planificado en las áreas de trabajo. Un trabajo de estas característica permite afirmar que el resultado final ha conseguido una alta calidad.

En cuanto a la evaluación final del proyecto, presentamos a continuación los resultados del cuestionario que han contestado los participantes, completado con los comentarios de la evaluación del grupo realizada en una sesión plenaria de la Jornada a la que nos hemos referido en el punto B-4-III, de los que se desprenden algunos aspectos útiles para la evaluación y extensión del proyecto. Para conseguir una mejor interpretación de los datos, durante la sesión se presentaron y comentaron los resultados del cuestionario. La evaluación puso de relieve que:

- La preparación y el cumplimiento del programa han merecido, en todos los casos una calificación alta en todos los cursos.
- La claridad expositiva del profesorado y la actualización de los contenidos han obtenido una alta calificación.
- Se observa que todos los profesores y tutores se han comunicado muy bien con los participantes. También los profesores han expresado un alto grado de satisfacción por el interés y la participación de los asistentes.
- Respecto a la metodología y los materiales, los resultados han sido también satisfactorios. Pero se apunta que se debería poder contar con los casos editados para que puedan ser utilizados en los centros de salud.
- La evaluación ha evidenciado que todos los cursos eran de interés y aplicables al proyecto.
- En relación con la evaluación final del programa de formación, los resultados del cuestionario demuestran un alto grado de satisfacción del programa en relación con el proyecto.

En vista de los resultados obtenidos a través del cuestionario y después de la reunión de evaluación con los participantes, se concluye que el proceso seguido ha sido adecuado.

---

(12) La Jornada "Presentación de los resultados de la evaluación del *Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco conceptual de Virginia Henderson»* se celebró en el Centro Cultural de la Fundación «La Caixa».

4.7. VIII-I Evaluación del programa de formación. Aspectos evidenciados por la evaluación pedagógica

A fin de dar a conocer los resultados obtenidos, y para poder comprenderlos e interpretarlos mejor, éstos fueron presentados al conjunto de participantes en un seminario de evaluación y refuerzo. El seminario se benefició de la participación de la Dra. Riopelle, que impartió una conferencia sobre el rol de la enfermera en la comunidad. La profesora Teixidor coordinó la sesión evaluativa y la Sra. Esteve recordó los objetivos institucionales del Instituto Catalán de la Salud y la necesidad de continuar avanzando en esa línea de trabajo.

La sesión puso de manifiesto muchas cuestiones interesantes y particularmente valiosas para la evaluación y extensión del proyecto. En general, las manifestaciones de los participantes dejan entrever un considerable conocimiento del modelo de Virginia Henderson, así como el hecho de que las intervenciones formativas han alcanzado un notable valor. Se puede concluir que la formación ha activado muchos conocimientos que permanecían en estado latente y ha permitido integrar el modelo y reafirmar a los profesionales en una visión humanista de los cuidados. Igualmente, parece que es una opinión generalizada considerar más fácil interiorizar el modelo que trasladar su aplicación a unos registros. También se observa mayor facilidad en la aplicación de las intervenciones que en la conceptualización de los diagnósticos. En algunas respuestas se apunta, acertadamente a nuestro parecer, la importancia de disponer de un mismo lenguaje. Esa es una cuestión básica para estructurar y profundizar en nuestra área de conocimiento. También se aprecia una cierta preocupación por el riesgo que comporta la toma de decisiones, lo que propicia, a nuestro entender, la necesidad de establecer algunos protocolos estándar, avanzar en la reflexión sobre la acción y preservar los valores cualitativos e intuitivos de los cuidados.

Podemos afirmar, pues, que los participantes han integrado, en general, la noción de agentes de cambio como facilitadores de prácticas humanistas innovadoras. La formación, en todas sus modalidades, es considerada como un instrumento indispensable.

Por otro lado, el grupo manifiesta una clara voluntad de cooperación y entendimiento con otros profesionales sanitarios, así como la necesidad de que la aportación de la enfermería se haga más visible. Algunas personas indican que la comodidad de estar instalados en un rol conocido y aceptado per todos es la principal fuente de resistencia al cambio. Se detecta también como elemento fundamental el papel de la administración, tanto desde el punto de vista de la dotación de recursos de todo tipo como desde la vertiente para facilitar e incentivar el cambio.

Finalmente, parece que, para algunos participantes, la filosofía humanista es una actitud muy compartida; lo difícil es animar al personal para que adopte el modelo. No

obstante, la mayoría de los agentes de cambio proclama su voluntad e interés para enfrentarse al cambio desde actitudes de respeto y compromiso profesional. He de decir que, como responsable del proyecto de formación, me siento no sólo satisfecha, sino también orgullosa, de las intervenciones de todos los participantes en el seminario general.

5. Análisis de los resultados de los proyectos de implantación presentados. Teixidor, M., Pont, E. (2000)

Respecto al análisis de la situación actual y de las fuerzas restrictivas y motrices, hay que señalar que los equipos de cada DAP han identificado una situación caracterizada en general por:

- Unos niveles de formación muy variados.
- Un grado de motivación de los profesionales de enfermería heterogéneo.
- Una tendencia acusada a no registrar, en el sentido expresado en el modelo, la propia actividad de enfermería y los resultados obtenidos.
- Un cierto desencanto por la ausencia de perspectivas profesionales motivadoras.
- Una cierta resistencia a involucrarse en el nuevo modelo por parte de algunos profesionales de enfermería, cargos directivos y otros miembros del equipo multidisciplinar.
- Un notable grado de burocratización que se expresa en la descoordinación de las agendas y en los déficit estructurales.
- Un incremento de la presión asistencial, agravado por la presencia de plantillas insuficientes y, en algunos casos, poco consolidadas (inestables); excesivo movimiento del personal de enfermería.
- La necesidad de garantizar responsables de enfermería de DAP allí donde esta plaza no esté cubierta.
- En algunos casos, se aprecia la ausencia de un modelo de enfermería, así como la preponderancia del modelo biomédico en las actuaciones de enfermería.
- A veces se reclama la conveniencia de introducir las tecnologías de la información y la comunicación como soporte de la tarea asistencial.
- Un temor en cuanto al apoyo que la administración otorgará al proyecto de cambio y a su continuidad.
- Una actitud generalizada de las enfermeras en el sentido de orientar su actuación profesional hacia el paciente y la salud.

En relación con el apartado anterior, se aprecia que, a pesar de que existen ciertas resistencias, un grupo importante de enfermeras ve la necesidad de adoptar el proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual, de homogeneizar el lenguaje y de unificar criterios de actuación. En muchos casos, se valora muy positivamente el hecho de que el ICS haya impulsado, conjuntamente con la EUI Santa Madrona de la Fundación «La Caixa», este proyecto y que se haya involucrado en él a los directores de DAP y a los responsables de enfermería. Se constata, además, el esfuerzo realizado para acercar al ámbito domiciliario los cuidados de enfermería en el marco de un modelo conceptual. Finalmente, se evidencia un nivel técnico adecuado y un buen conocimiento del entorno por parte de enfermeras, así como satisfacción por contar con responsables de enfermería, con profesionales preparados y con el empuje de los agentes de cambio; se considera también como algo muy acertado el hecho de poder contar con la hoja de valoración adaptada al modelo y a los diagnósticos de enfermería estandarizados.

En cuanto a los diagnósticos de situación, se agrupan en torno a los siguientes problemas y escenarios:

- Falta una interiorización del modelo conceptual y del proceso de cuidados.
- Preparación insuficiente para asumir el proceso de cuidados y el modelo conceptual per parte de algunos profesionales.
- Infraestructuras y recursos inadecuados o insuficientes en algunos casos.
- No generalización de la metodología científica.
- Inseguridad ante el cambio por parte de algunos profesionales a causa de la falta de formación, información e interiorización del rol autónomo.
- En algunas ocasiones, ausencia de hábitos de registro en relación con el núcleo de actividades independientes.
- Organización de la asistencia sanitaria alrededor de la atención médica.
- En algún caso, dificultad para trabajar en equipo.
- A veces, insuficiente implicación de la dirección.
- Disociación entre teoría y práctica.
- Resistencias de algunos profesionales al cambio.
- Ausencia, en un área concreta, de una estructura de gestión al más alto nivel de enfermería.
- Poca investigación en enfermería.
- En algunas áreas, falta de activación del proceso de cuidados en el marco de un modelo conceptual en todos los ámbitos de actuación.

- Necesidad de reorganizar las agendas de enfermería con vistas a obtener espacios para desarrollar junto al usuario el nuevo modelo.
- En algunos casos, incertidumbre respecto al cambio motivada por la falta de información
- Falta de apoyo para avanzar en el proyecto

A la luz de las fuerzas restrictivas e impulsoras y de los diagnósticos de situación, los objetivos que proponen los agentes de cambio son, como es lógico, coherentes con la situación definida. A título de ejemplo, citaremos los siguientes:

- Dar a conocer el proyecto a todos los implicados (directores de DAP, miembros del equipo multidisciplinar, enfermeras).
- Establecer reuniones con los responsables de DAP y sesiones informativas para comunicar el proyecto y obtener la participación de todos los implicados.
- Conseguir el apoyo e implicación explícitos de los directores de DAP y de todos los profesionales del equipo interdisciplinar y multidisciplinar.
- Activar los diagnósticos de enfermería en la atención domiciliaria.
- Lograr una buena interiorización del rol autónomo de los profesionales de enfermería y su activación en la práctica cotidiana.
- Capacitar a todos los mandos intermedios y profesionales de enfermería en el proceso de cuidados, el modelo conceptual y los diagnósticos de enfermería.
- Mejorar los registros de enfermería en lo que se refiere a la recogida de datos de la persona, identificación de diagnósticos, planificación de intervenciones y resultados obtenidos.
- En algunos casos concretos, mejorar la comunicación y el trabajo en equipo.
- Utilizar planes de cuidados estandarizados e informatizarlos.
- Conseguir que el proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual sea utilizado como metodología de trabajo habitual por todas las enfermeras en todos los ámbitos de actuación.
- Establecer sesiones clínicas para analizar casos y promover la participación activa de los equipos.
- Incrementar la atención domiciliaria.
- En algún caso específico, definir el perfil profesional de enfermería.
- Integrar la valoración del cuidador principal en el plan de intervención.

- Obtener tiempo para las actividades propias.
- Mejorar la atención a los usuarios.
- Motivar a los profesionales para que continúen profundizando en el modelo.
- Potenciar el enfoque humanístico de los cuidados.
- Reconocer la labor realizada.
- Adaptar las agendas a fin de poder activar el modelo y lograr una mejor atención a los usuarios.
- Redistribuir las actividades de enfermería para posibilitar el cambio.
- Contar con recursos materiales para desarrollar el proyecto.
- Lograr que un número importante de enfermeras participe en trabajos de investigación.
- Promover el proyecto entre las enfermeras.
- Constituir grupos de trabajo para avanzar en la definición de protocolos.
- Unificar criterios y registros y establecer criterios de calidad.
- Crear sistemas de incentivación y promoción profesional.
- Nombrar a las directoras de enfermería de DAP en aquellas áreas en que haya vacantes.
- Difundir el proyecto y sus resultados.
- Diseñar un plan de márqueting para dar a conocer las aportaciones de enfermería a la comunidad.
- Conocer la carga de trabajo de cada ABS.

Las acciones que deben llevarse a cabo son, con frecuencia, intervenciones de motivación a través de la formación, de la incentivación y de la comunicación. Las acciones que se apuntan son:

- Formación por medio de cursos, dinamización de talleres, sesiones de análisis de casos, asistencia al aula abierta de la EUI Santa Madrona y tutorías de seguimiento.
- Informatización del plan de cuidados y de la hoja de valoración de los datos del cliente adaptada al modelo.
- Trabajo con los equipos de otras DAP.
- Sesiones tutorizadas para analizar casos

- Presentación de casos realizados en la práctica cotidiana.
- Reuniones con los responsables de DAP y sesiones informativas y participativas en todas las ABS.
- Identificación de espacios físicos para las sesiones.
- Elaboración y presentación del proyecto al equipo directivo de la DAP y a los equipos multidisciplinares.
- Realización de los planes de intervención utilizando el proceso de cuidados en las ATDOM (13) y en las consultas de diabéticos.
- Informatización de los diagnósticos.
- Utilización del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual como metodología de trabajo habitual de todas las enfermeras.

La evaluación se planteó a los responsables y agentes de cambio como un instrumento que fuera al mismo tiempo referente cuantitativo y cualitativo. Por ello, se pedía que se establecieran indicadores en términos de resultados que se deberían conseguir en un período de tiempo determinado y, a la vez, instrumentos para hacerlo posible. Algunos ejemplos de indicadores de evaluación son:

- Activación y registro de los diagnósticos de enfermería en la visita domiciliaria en un plazo determinado.
- Compromiso de los miembros del equipo multidisciplinar en el sentido de adherirse al proyecto en un plazo establecido.
- Obtención del apoyo público del proyecto por el director de la DAP.
- Determinación del número de sesiones clínicas realizadas a final de año.
- Identificación del número de casos presentados y consensuados en las sesiones clínicas.
- Asistencia y participación de los profesionales en las sesiones clínicas y en el aula abierta.
- Número de planes de intervención realizados utilizando el proceso de cuidados en el marco del modelo.
- Aumento de la satisfacción de los usuarios y profesionales.

(13) Atención domiciliaria.

- Mayor actividad y calidad de los cuidados a domicilio.
- Agendas de enfermería adaptadas a las necesidades de los usuarios.
- Número de enfermeras capacitadas en función del proyecto formativo establecido.
- Número de persones atendidas en el programa ATDOM usando el nuevo modelo.
- Valoración de intervenciones y resultados conseguidos y registrados.

Como instrumentos se proponen, entre otros, las auditorías, los cuestionarios, la observación, el registro de asistencias, la revisión de las agendas, el registro de actividades realizadas, las entrevistas, las encuestas de satisfacción a los usuarios, profesionales y responsables. Finalmente, los indicados para realizar la labor de impulsar y llevar a cabo el proyecto son los responsables de DAP, las adjuntas de enfermería, los profesionales identificados como agentes de cambio, los equipos directivos de EAP y las enfermeras especialmente motivadas.

Conviene precisar que los aspectos apuntados son un resumen del conjunto de aportaciones de los responsables de DAP y de los agentes de cambio y que, en todo caso, la expresión de esas ideas no tiene por qué ser compartida por todos. Es importante, sin embargo, manifestarlas, puesto que son elementos que pueden actuar como motores u obstáculo de los cambios que se quieren introducir. Asimismo, los responsables del proyecto deseamos felicitar a todos los participantes por el esfuerzo crítico y constructivo que han puesto de manifiesto a lo largo de todo el proceso.

Una vez evaluado el curso y analizados todos los problemas y propuestas de acción presentadas, se establecieron las recomendaciones que se explicitan en el siguiente punto.

6. Recomendaciones del proyecto de formación

- Antes de iniciar un proyecto de formación que implique la planificación de un cambio, es fundamental visualizar la situación de la organización y del entorno a través del análisis de los elementos favorables y de sus límites, así como de la repercusión del proyecto en la institución.
- Conviene identificar y activar un proyecto de intervención para el cambio despertando la motivación y buscando la participación de todos los implicados y afectados por él.
- Es necesario decidir los comportamientos que deberán seguirse con la ayuda de escenarios que permitan sintetizar la evolución del centro y de su entorno.
- En una primera fase, se deben prever estrategias de información, comunicación, motivación y participación activa de los agentes de cambio; posterior-

mente, esas estrategias deben hacerse extensivas a todos los profesionales del centro. Es imprescindible reconocer los esfuerzos realizados en el seno del proyecto.

- Es importante activar, en una primera fase, las estrategias de implantación en una unidad piloto o programa.
- Se ha de procurar que los nuevos aprendizajes se apliquen en el contexto laboral; conviene, asimismo, retomar la teoría para fundamentar las prácticas.
- Es menester facilitar y potenciar los procesos de formación permanente de los profesionales, así como prever un apoyo técnico para los agentes de cambio cuando haya finalizado el proyecto de formación.
- Se considera muy importante la utilización del análisis de casos como estrategia pedagógica. En este sentido, es interesante recordar que «el proyecto de formación ha de centrarse en un enfoque que se interesa por la adquisición de procesos y de aptitudes intelectuales, como el análisis, la identificación y resolución de problemas, la toma de decisiones, el juicio y el pensamiento crítico, y por el dominio de procesos de intervención. En suma, un enfoque centrado en los principios fundamentales de los cuidados de enfermería y en el desarrollo de las actitudes, creencias y valores que las sustenten» (Teixidor, 1999).
- Se ha de prever qué intervenciones formativas y no formativas deberán realizarse para asegurar la buena marcha del proyecto (Pont, 1997).
- Es fundamental que un proyecto de estas características sea liderado por la directora de enfermería, porque en ella recae la responsabilidad de promover la filosofía de cuidados y de preservar los valores profesionales, procurando que la gestión de cuidados se base en el servicio a la persona, la salud, los cuidados y el entorno (Teixidor, 1997).
- Es imprescindible potenciar la figura del agente de cambio para garantizar la implantación, el seguimiento, la consolidación del proyecto y una buena sensibilización, acompañamiento y asesoramiento de los profesionales. Hay, por lo tanto, que capacitarle para la asunción de las nuevas competencias y para la gestión del cambio y los factores o elementos que se le resistan.
- La formación ha de despertar actitudes de compromiso con el rol autónomo de la enfermería y de reflexión acerca de la práctica profesional (M. Teixidor y E. Pont, 2000).
- Es importante seguir profundizando en el modelo, el proceso de cuidados y los diagnósticos de enfermería, con lo que, al mismo tiempo, se clarificarán progresivamente los valores implícitos del modelo (M. Teixidor y E. Pont, 2000).

- El proyecto de formación ha de sustentarse en la filosofía de cuidados de la institución y del centro de formación, y ha de fomentar una visión compartida entre todos los participantes.
- Es esencial disponer de instrumentos adaptados al modelo y haber identificado la terminología que se usará para la conceptualización de los diagnósticos. También hay que dotar a los centros de trabajo del material bibliográfico necesario que los formadores hayan recomendado.
- Es muy importante que la dirección identifique y reconozca públicamente a los agentes de cambio y que les conceda todo su apoyo.
- Es imprescindible adoptar una estrategia de comunicación buscando la participación y el consenso entre todos los implicados.
- Conviene insistir en un hecho que se nos antoja crucial: el rol de la enfermera en la era de la salud debe dirigirse hacia la mejora de la calidad de los cuidados; para ello, se requiere la potenciación del rol profesional de las enfermeras, la asunción de la calidad en la gestión de los servicios enfermeros y la consolidación y refuerzo de las direcciones de enfermería (Teixidor, 1999).

REFERENCIAS

ADAM, E. (1991): *Être infirmière. Un modèle conceptuel. Études vivantes,* Montreal.

ARAGONÈS CARDONA, F.; BARBER MARÍA, V.; FANLO DE DIEGO, G.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, C.; GAVÍN BLASCO, M. I.; GIL COLOMÉ, A. M.; LÓPEZ MATTHEU, T.; MENDOZA OCHOA, J.; REYES CRUZ, C.; RUBIÓ ESCRIBÀ, T.; TARRIDA CASALS, M. L., y VÁZQUEZ MALDONADO, T.: *Projecte d'implantació del procés de cures en el marc del model de Virginia Henderson.* L'Hospitalet de Llobregat: DAP L'Hospitalet, 2000.

ARROYO SUAU, J.; CLOS PATUEL, R.; FÀBREGAS CARCELLER, C.; NÁCHER FERNÁNDEZ, M.; MARCO PÉREZ, M.; PALOU ALIGUÉ, M.; RIBAS GELADA, E., y TOR LLACUNA, A.: *Projecte d'implantació del procés de cures d'infermeria.* Premià de Mar: DAP El Maresme, 2000.

BACH, N.; ARAQUE, F.; BORRALLERAS, L.; BUSTINS, J.; CABALLÉ, E.; COMAS, F.; CULÍ, N.; DORDAL, S.; FONT, M., y PLANESAS, R.: *Projecte d'implantació de cures d'infermeria segons el model conceptual de Virginia Henderson.* Vic: DAP Osona, 2000.

BALAGUÉ, T.; BRUGUES, A.; CANALS, M.; CARRÉ, N.; FORN, N.; RIBERA, S., y SOLÉ, D.: *Projecte d'implantació del model de cures d'infermeria*. Igualada: DAP Anoia, 2000.

BÉRGUA BURRELL, A.; BÉRGUA ESCOLANO, M.; BLEDA VILLENA, E.; ESPLUGA CAPDEVILA, A.; FABREGAT FERNÁNDEZ, M. T.; GRANOLLERS MERCADER, S.; INIESTA GIMÉNEZ, P.; MARCEN RO-

JAS, M.; POL PONS, A.; PONT RIBAS, A.; PORTA SALVI, M.; PUNTER BLANQUÉ, M., y RABANEDA VALLECILLOS, R.: *Present i futur de les infermeres a la DAP Baix Llobregat Centre.* Cornellà de Llobregat: DAP Baix Llobregat Centre, 2000.

BISLY, M.; RIOPELLE, L.; TEIXIDOR, M. (1994): «Cuidados de enfermería», a *Esclerosis múltiple: una aproximación multidiscipliaria.* AEDEM, Barcelona. Pàg. 589-608.

CABACO, C.; FÉRRIZ, M. A.; LORENTE, M. J.; MUÑOZ, M. F.; MUR, M.; PÉREZ, J. A., Y ULLDEMOLINS, M. J.: Projecte PRO/ICS/TEIXIDOR/1999. Badalona: DAP Badalona i Sant Adrià de Besòs, 2000.

CALSINA I GOMÀ, M. A.: *Projecte d'implantació del procés de cures d'infermeria en el marc del model conceptual de Virginia Henderson.* Manresa: DAP Bages-Berguedà-Solsonès; 2000.

CANALS, M.; FORTIN, M.; VALDIVIESO, E.; HERNÁNDEZ, B.; CALAMOTE, F.; HERNÁNDEZ, N.; LUCENA, C.; SALAZAR, A.; SALES, I.; GUINOVART, M. J., y GONZÁLEZ, M. P.: *Projecte per la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson.* Tarragona: DAP Tarragona-Valls; 2000.

CATALUNYA DEMÀ: *Jornades de debat octubre 1997-maig 1998.* Generalitat de Catalunya.

COLL, M.; ARÉVALO, A.; BUENDÍA, C.; BESORA, I.; PRADERA, A., y MUÑOZ, T.: *Pla estratègic per a la millora de la qualitat de l'atenció d'infermeria: 2000-2003.* Barcelona: DAP Eixample, 2000.

COSTA, M.; DOMÈNECH, R.; FOZ, I.; GIMÉNEZ, A.; GRIFELL, M.; MARCHAN, M.; MATAS, M. A.; MENDOZA, G., y PIÑOL, C.: *Aplicació del diagnòstic d'infermeria en el procés de cures en el marc d'un model conceptual.* Vilanova i la Geltrú: DAP Alt Penedès-Garraf, 2000.

DÍAZ, L.; MONTENEGRO, C.; MORENO, P.; ORTIGAS, M., y PUJOL, P.: *Gestió del canvi en les organitzacions.* Figueres: DAP Girona, Barcelonès Nord i Maresme, 2000.

DOMÈNECH, C.; ROUREDA, A.; RAMOS, M.; CONTEL, J. C.; MARTÍN, A.; VIDAL, C.; FERNÁNDEZ, S.; GONZÁLEZ, F.; RILLO, E.; VIDALLER, X.; GUITART, M.; JODAR, G.; PRADAS, J.; DECATLLAR, L.; BARRAGÁN, S., y LÓPEZ, G.: *Projecte implantació procés de cures a infermeria.* El Prat de Llogrebat: DAP Baix Llobregat Litoral, 2000.

ESPELT, M. P.; MARTÍ, E.; SANZ, J.; OLIVER, A.; PEDRET, R.; GARCÍA, A.; CANOVAS, I.; PELLEJÀ, L, SERRA, A.; SABATÉ, R. M., y ANGUERA, C.: *Projectes de canvi infermer: 1999-2002.* Reus: DAP Reus-Altebrat, 2000.

EUISM. Projecte educatiu de l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona de la Fundació «La Caixa». Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona de la Fundación «La Caixa».

FERRÉ, M.; LLAMAS, C.; MARNE, M.; ARENY, T.; VALLS, M.; MACÍAS, A.; SÁEZ, A.; GÓMEZ, D.; MUÑOZ, A.; BUSTAMANTE, A.; FERNÁNDEZ, P., y VILÀ, C.: *Projecte per la implantació del procés de cures en el marc conceptual del model de Virginia Henderson.* Barcelona: DAP Sant Martí, 2000.

GARCÍA LÓPEZ, M.: Granollers: DAP Granollers, 2000.

GARCÍA, C.; MARTÍNEZ, A.; MUÑOZ, A. M.; RAMÍREZ, F., y ROVIRA, A.: *Projecte d'implantació procés de cures d'infermeria en els equips d'atenció primària.* Santa Coloma de Gramenet: DAP Santa Coloma de Gramenet, 2000.

GRABOLEDA, C.; MIR, S.; CARBÓ, M. R.; RIGALL, P.; PERPINYÀ, D.; CONDON, A.; LLAVERIA, J.; PUIGVERT, M.; MORENO, Y.; RIGAU, C., y YUSTE, N.: *Projecte per a la implantació del procés de cures en el marc conceptual de Virginia Henderson a la DAP Gironès-La Selva.* Girona: DAP Gironès-La Selva, 2000.

GUIARD, I.: *Projecte per la implantació del procés de cures en el marc del model de Virginia Henderson.* Mollet del Vallès: DAP Mollet, 2000.

LLATAS, A.: *Instruments pel diagnòstic i planificació d'un canvi.* Barcelona: DAP Sant Andreu, 2000.

LLAURADÓ, L.: *Projecte per la implantació del procés de cures d'infermeria en el marc del model conceptual de Virginia Henderson i del maneig dels diagnòstics d'infermeria a les ABS de la DAP Baix Llobregat Nord.* Sant Feliu de Llobregat: DAP Baix Llobregat Nord, 2000.

LÓPEZ, M.; ROSET, M.; COCA, L.; PÉREZ, R., y PLANAS, R.: *Projecte de posada en marxa del procés de cures a les ABS de Mataró.* Mataró: DAP Mataró; 2000.

MORENO, C.; COLOMINAS, M.; FONS, A.; GARRIGA, M.; MONTOTO, M. J.; ORTIZ, E.; PARRÉS, A.; RAFECAS, R. M.; ROCA, R., y VILLABONA, P.: *Implantació del procés de cures d'infermeria.* Sabadell: DAP Sabadell, 2000.

NOGUÉS CARBONELL, J.; ALONSO ORTEGA, S.; GARCÍA PÉREZ, D.; SAGARRA TIÓ, M.; CAPDEVILA MORAGAS, I.; TORRES IGUACEL, C., y MORAS DE LUCAS, E.: *Pla per a la implantació en les cures d'infermeria del model conceptual de Virginia Henderson.* Ripollet del Vallès: DAP Cerdanyola-Ripollet, 2000.

ONDIVIELA, A.; RODRÍGUEZ, A.; FABREGAT, S.; RUIZ, C.; GIBERT, E.; SABATÉ, C.; SALA, C., y FERRÚS, J.: *Projecte d'implantació del procés de cures en el marc del model con-*

ceptual de Virginia Henderson desenyolupat per l'avaluació del programa de formació realitzat a l'EUI Santa Madrona de la Fundació «La Caixa». Barcelona: DAP Ciutat Vella, 2000.

PONT, E. (1996): «Los diseños curriculares», GAIRÍN SALLÁN, J., y FERRÉNDEZ ARENAZ, A.: «Formación para el empleo». *II Congreso Internacional de Formación Ocupacional.* NEO 3 Comunicación, Barcelona.

— (1997): «La formación de los recursos humanos en las organizaciones», GAIRÍN SALLÁN, J., y FERRÉNDEZ ARENAZ, A. (coords.): *Planificación y Gestión de Instituciones de Formación,* Praxis, Barcelona.

Programme Master d'Administration et Gestion en soins infirmiers. E.U.I: Santa Madrona Fondation «La Caixa». Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials de la Universitat de Barcelona, 1989-2000.

REIG I FIGUERAS, M.; FERNÁNDEZ I ALONSO, I., BADOSA I MOLAS, M. P.; DORCA I SERRAT, A., y BELDA I FREIXA, E.: *Projecte d'implantació del canvi.* Olot: DAP Garrotxa, Ripollès i Pla de l'Estany, 2000.

RIOPELLE, L. (1993): «El dilema de los cuidados enfermeros: un modelo conceptual o el diagnóstico enfermero», *Enfermería Clínica,* vol. 3, núm. 4, 1993, pp. 133-134.

RIOPELLE, L.; GRONDIN, L., y PHANEUF, M. (1993): *Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona.* Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.

— (1993): *Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso enseñanza aprendizaje.* Interamericana/McGraw-Hill, Madrid.

RIOPELLE, L. (1998): Notas del curso *La pràctica infermera en l'àmbit comunitari: Integració del procés de cures en el marc del model conceptual de Virgínia Henderson.*

RIOPELLE, L., y TEIXIDOR, M. (1999): «Rol professional de la infermera i la relació infermera-persona cuidada: Humanització de les cures infermeres» (en premsa a *Renouveaux pédagogique,* Montreal-Pq., Canadá).

TEIXIDOR, M. (1991): «La formation des cadres infirmiers», en *L'infirmière a l'an 2000.* Groupe d'Étude Régional Infirmier, Dijon.

— (1996): *La formación de directivos en enfermería* (en prensa).

— (1997): «Los espacios de profesionalización de la enfermería», *Enfermería Clínica,* 7 (3): 126-136.

— (1998): Notes del curs *La gestió del canvi en les organitzacions.*

— (1999): «Balanç de les ciències de la salut des d'una perspectiva multidisciplinària», a *XVIII Jornades Sanitàries del Vallés* (s.l.): Acadèmia Ciències Médiques de Catalunya i Balears, Filial del Vallès Occidental: 50-60.

TEIXIDOR, M., y PONT, E. (2000): *Rapport du project de Formation du Programe Leonardo.*

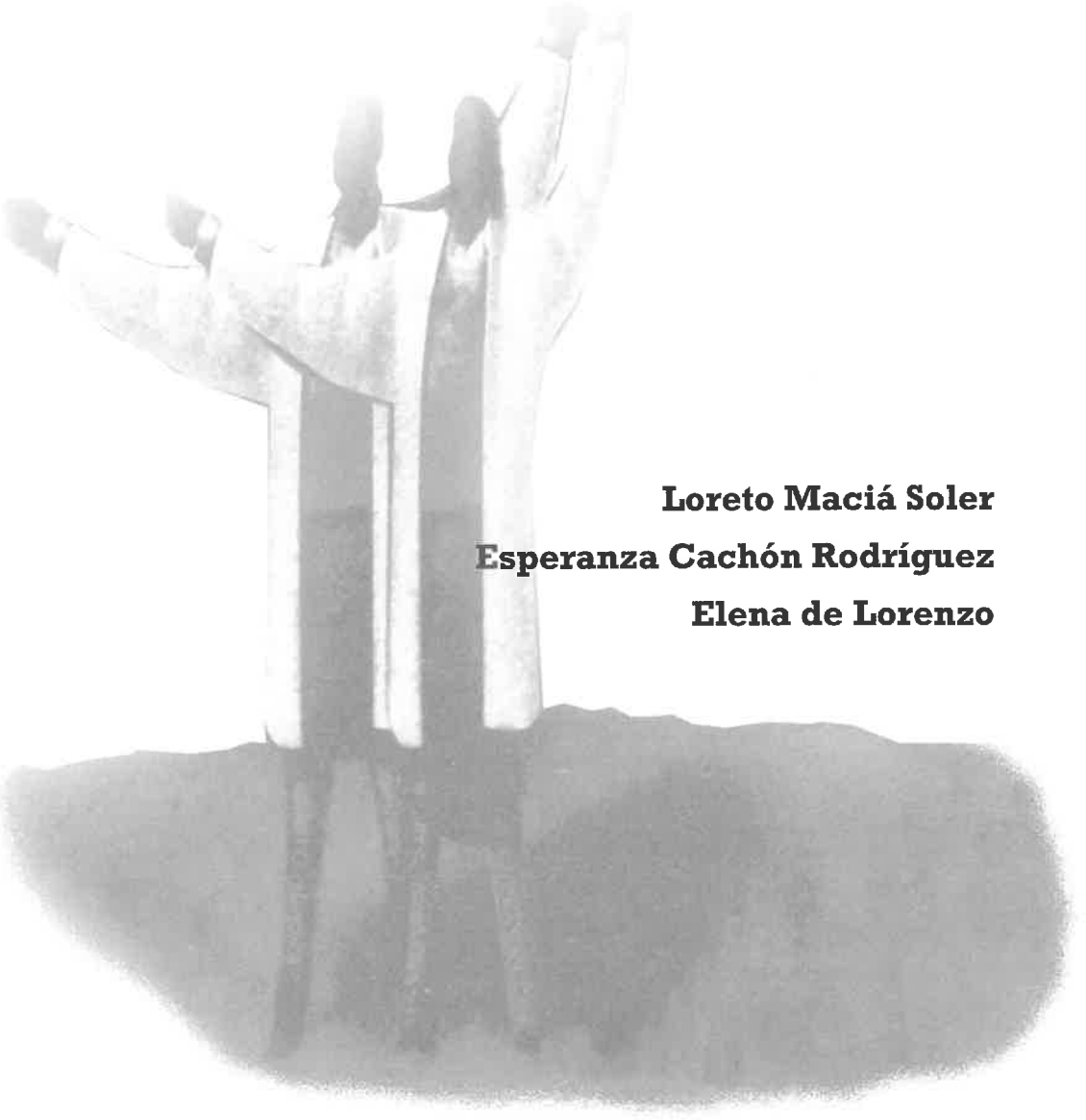
TEIXIDOR, M. (2000): *Síntesi de la sessió d'avaluació pedagògica realitzada al Centre Cultural de la Fundació «La Caixa».*

TEIXIDOR, M., y PONT, E. (2000): *Resum de l'anàlisi dels projectes d'implantació presentats per les diferents DAP.*

— *Rapport du projet de Formation du Programme Leonardo: Élaboration de Critical Pathways/Cheminements Clíniques (TC). Reliées aux D.R. GS plus féquents. Évaluation de la Repercussion dans la consommation d'heures en soins infirmiers.* Barcelona, 2000.

Panel de Debate 6

La formación universitaria de la enfermera: futuro



Loreto Maciá Soler

Esperanza Cachón Rodríguez

Elena de Lorenzo

Expectativas del segundo y tercer ciclo enfermero

Loreto Maciá Soler(*)

(*) Directora de Enfermería. Universidad de Alicante.

Actualmente, ya no resulta extraño hablar de segundo y tercer ciclo enfermero, puesto que nos encontramos en la fase de la discusión donde se perfila el final y no es otra que aquella en la que se negocia ¿cómo será el plan de estudios?, ¿qué materias troncales llevará? o ¿qué nombre le pondremos? Podemos hablar de un momento de intensa negociación, pero muy agradable, porque realmente, ya no se discute ¿para qué quieren las enfermeras un segundo ciclo?, sino cómo será. La pregunta ¿para qué un segundo ciclo? se ha resuelto durante 20 años, a lo largo de los cuales es justo recordar los momentos más significativos:

La elaboración del documento 83/2000; la iniciativa del Consejo General de Enfermería de 1996; la reunión de directores de Departamento de Enfermería en Santiago de Compostela de 1997; la implantación en aula del segundo ciclo de Enfermería, como título propio en la Escuela U. de Enfermería de la Universidad de Alicante en octubre de 1998 y, por último, el consenso nacional de toda la academia que a través de la Conferencia Estatal de Directores de Escuela, que con el apoyo de sindicatos y asociaciones profesionales culmina su primera fase con el envío de un documento con propuesta de troncalidad al Consejo de Universidades en junio de 1999 estudiado por una comisión de trabajo a partir del plan de Alicante. Se inicia en este momento una segunda etapa que basada en la estrategia de los títulos propios al amparo del marco legal de la L.R.U. continúa con la implantación del mismo título con idéntica troncalidad

en las Universidades de Huelva, Tarragona, Internacional de Cataluña y Almería. Entre Junio de 1999 y Marzo de 2001, se van sucediendo acontecimientos mas o menos conocidos que culminan con el anuncio del Rector de la Universidad de Murcia que es miembro de la subcomisión de ciencias experimentales del Consejo de Universidades el pasado 23 de Marzo en el pleno de la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Estatales, de que el segundo ciclo ha pasado ya la parte política y entra en la técnica, que no es otra que la elaboración de directrices de plan de estudios para su discusión y aprobación si procede, esperamos que en el presente año.

La tercera fase consistirá en obtener una troncalidad coherente con los planteamientos iniciales y fomentar la implantación de la titulación en aquellas Escuelas que estén preparadas para hacerlo, contactar con Universidades europeas que tengan Licenciatura y programas de Doctorado, sin olvidar las norteamericanas y trabajar los terceros ciclo en enfermería.

En este sentido, la Escuela de Alicante ha iniciado el camino al igual que otras Escuelas del país, por supuesto las que tienen el título en aula están en la misma línea, con la firma de un convenio de doble titulación donde los titulados por estas Universidades, obtendrán una doble titulación de licenciatura en enfermería por una Universidad de un país de la Unión europea. Asimismo, se han iniciado las estrategias pertinentes para tratar de implantar un programa de doctorado en enfermería similar al propuesto por la red Europea para programas de Doctorado en Enfermería que tiene según consta en su programa, los siguientes objetivos:

- Conferir una perspectiva común europea a la investigación doctoral en enfermería.
- Crear un entorno de aprendizaje multinacional para estudiantes de doctorado en enfermería.
- Ampliar las oportunidades de los estudiantes de doctorado para que se formen , estudien e investiguen en otros países europeos.

La duración del programa es de tres años y el tiempo permitido para la tesis, dependerá de la Universidad de origen. El acceso a estos programas, lo tendrán los estudiantes que hayan concluido una Licenciatura y/o Máster en enfermería, y/o en Ciencias de la Enfermería, de acuerdo con los requisitos de la universidad europea en la que este inscritos. Los estudiantes deben tener iniciado un proyecto de investigación y acreditar sus conocimientos de métodos de investigación en Ciencias de la Enfermería.

La tendencias de los distintos programas que conocemos hasta ahora, son Ciencias de la Enfermería, Educación y Gestión.

La referencia de cualquier alumno de doctorado siempre es que la Universidad de origen esté en condiciones de preparar alumnos para doctorado y que cuente con re-

cursos necesarios de profesorado para impartirlos. Como todos sabemos la normativa del Tercer en nuestro país cambió en 1998 y actualmente cada universidad tiene u normativa dentro del mismo marco legal que por poner un ejemplo he recogido los puntos mas interesantes de la norma de la Universidad de Alicante que son:

- Los programas de doctorado comprenderán al menos dos años y deberán constar de: Cursos o seminarios sobre los contenidos fundamentales de los campos científico, técnico o artístico a los que esté dedicado el programa de doctorado correspondiente. Cursos o seminarios relacionados con la metodología y la formación en técnicas de investigación. Trabajos de investigación tutelados y cursos o seminarios relacionados con campos afines al del programa y que sean de interés para el proyecto de tesis doctoral del doctorando.
- Los programas serán propuestos por los Departamentos de la Universidad, pudiendo unirse varios departamentos para proponer un programa interdepartamental de doctorado.
- El número de créditos asignados, no podrá ser en ningún caso, inferior a 32.
- El Certificado de docencia será homologable en todas las universidades españolas.
- La superación de la valoración del tribunal garantizará la suficiencia investigadora y será homologable en todas las Universidades españolas.
- El título de doctor incluirá la mención Doctor por la Universidad de Alicante incluyendo la mención al título previo de licenciado, arquitecto o ingeniero o equivalente así como Universidad lugar y fecha de expedición del mismo y tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Actualmente en la Universidad española, hay muchas enfermeras con grado de doctor la mayoría docentes porque no escapa al colectivo enfermero sobre todo al académico, lo extraño que resulta tener profesores TEU no doctores impartiendo docencia en la Universidad Española cuando para enseñanzas medias se exige el grado de licenciado. Por tanto después de veinte largos años de lucha es el momento de ver el futuro con optimismo, y unir esfuerzos para lograr el máximo grado académico profundizando en el propio cuerpo de conocimiento para un mejor desarrollo de nuestra disciplina.

Respecto al doctorado, poco mas que decir en mi intervención, pero si me gustaría analizar la trayectoria que ha llevado la Universidad de Alicante, respecto al tipo de alumnos de segundo ciclo satisfacción de los mismos y opiniones de ellos y del profesorado durante estos años.

La primera promoción estaba configurada por 62 alumnos de un total de 70 que comenzaron, con ocho abandonos al poco de iniciado el curso, por la confusión que se ge-

neró con las expectativas, al pensar los alumnos, que se iba a impartir un postgrado de asistencia obligatoria y encontrarse, con lo que lo menos obligatorio era la asistencia. De los 62 alumnos, 10 son docentes de distintas universidades españolas, 15 post-graduados de las últimas promociones, y el resto enfermeros con puestos de responsabilidad de distintos niveles y asistenciales de una edad media de 40 años. La ilusión y el espíritu de lucha que transmitieron, mantuvieron la fuerza y la creencia de que algo importante se estaba gestando. Actualmente han constituido la Asociación de licenciados en enfermería y tendrán el próximo noviembre su primera actividad científica nacional. La segunda promoción es totalmente diferente, el 50% de alumnos, son de fuera de Alicante, la mayoría de ellos con puestos docentes y de gestión, y el resto son postgraduados recientes y asistenciales de la propia Comunidad Valenciana. Esta promoción tiene 120 alumnos. La tercera, actualmente en cuarto, tiene mas similitudes con la primera, variando el número de alumnos de fuera que constituyen el 50% del total de 135 matriculados.

La opinión varía entre los mayores, docentes o no que comprenden el sentido del programa y los mas jóvenes que al no ver identificados los contenidos con sus puestos de trabajo con los de la titulación, hasta que no están en 5.º curso, no identifican realmente lo que significa la licenciatura. Si que existen coincidencias en un aspecto, casi todos han interiorizado el rol independiente de la enfermería, que tan necesario es para poder avanzar como profesión y que tan confundido está en el mundo asistencial, porque los docentes y los gestores, auténticos responsables del liderazgo profesional, no lo hemos sabido transmitir.

El profesorado tiene el grado de doctor en un 60% y el resto de licenciado, la mayoría de la Universidad de Alicante, de distintos departamentos universitarios y otros de otras universidades españolas o extranjeras. Su opinión es que ha sido un reto para ellos y algunos han quedado sorprendidos de la inquietud que transmiten los alumnos.

En cuanto a la gestión académica, punto que me parece importante destacar, ha sido fundamental, darle al título, a todos los efectos carácter de oficial sin serlo. Asumir su gestión desde la dirección del centro sin complementos salariales, ni incremento de recursos, y la organización académica desde los departamentos con docencia en el centro o a través de ellos coordinar a otros departamentos.

La verdad es que en este momento la visión de conjunto es de satisfacción tanto por los resultados propios de la Escuela como por el avance de la titulación a nivel nacional, y los apoyos recibidos por parte de todos, como el que hoy se está prestando aquí.

Para finalizar esta ponencia, creo que es un compromiso, mas que nunca, la unión y la transmisión de un único mensaje centrado en el logro del objetivo común de lograr el tercer ciclo y poder dirigir desde dentro el destino de nuestra profesión.

Muchas gracias.

La formación universitaria de la enfermera: Futuro. Expectativas de segundo y tercer ciclo enfermero

Esperanza Cachón Rodríguez(*)

(*) Presidenta de la AEED.

Desde el curso 1980-81, en que la Asociación Española de Enfermería Docente elaboró un documento donde se estudiaba la necesidad de un 2.º ciclo universitario y se formulaba una propuesta al respecto, ha sido una constante en esta Asociación el compromiso con la consecución de la Licenciatura en Enfermería, compromiso que ha llevado a que en casi todas las Sesiones de Trabajo celebradas a lo largo de todos estos años, se haya tratado —de una u otra forma— sobre su necesidad.

A lo largo de los últimos 20 años, las enfermeras (1) hemos hablado tanto de la Licenciatura en Enfermería, hemos fundamentado tan reiteradamente su necesidad y hemos justificado tan exhaustivamente nuestro deseo y derecho de desarrollo pleno de nuestra disciplina profesional —cuya principal finalidad no puede ser otra que la de cumplir de forma excelente nuestra misión en la sociedad— que, en lo que respecta a seguir dando argumentos de la necesidad, el deseo y el derecho de que de una vez por todas el Ministerio de Educación regule el 2.º ciclo universitario de Formación Enfermera creo, sinceramente, que las enfermeras no debemos seguir gastando nuestras energías pues:

- *La necesidad está suficientemente fundamentada.*
- *El deseo está claramente expresado y*
- *El derecho creo que, día a día, ya nos lo hemos ganado.*

(1) Se utiliza genéricamente el término enfermera, sea hombre o mujer.

Pero los derechos, como todas y todos sabemos, para que sean efectivos hay que ejercerlos, de lo contrario se quedan —en algunas ocasiones— en oportunidades perdidas y en otras se convierten simplemente en el derecho a desahogarnos o quejarnos inútilmente por no conseguir nuestras aspiraciones, con los consiguientes sentimientos de frustración.

Por ello, desde estas convicciones, al preparar esta ponencia he puesto mis energías en *la búsqueda de razones que nos ayuden a una reflexión crítica* que, si es posible —y así lo espero— *nos sirva para unir nuestros esfuerzos de forma inteligente* para conseguir que el Ministerio de Educación regule —en un plazo de tiempo aceptable para nuestro colectivo profesional— la Licenciatura en Enfermería.

Entre los diversos enfoques posibles para esta reflexión, me ha parecido oportuno hacer un análisis DAFO de la situación de la nuestra profesión en el momento actual, análisis que en este contexto y por razones de tiempo no puede ser exhaustivo, por lo que será cuasi descriptivo.

Me parece oportuno e importante este análisis porque creo *que estamos en un momento crítico, a la vez que histórico,* en el que están sucediendo una serie de acontecimientos que, como si de piezas de un puzzle se tratara, parece que encajan entre sí y que *ponen en riesgo alguno de los logros más importantes conseguidos por las enfermeras en los últimos 20 años.*

Es necesario estar alerta y pararse a reflexionar:

- *De dónde venimos*
- *Dónde estamos y*
- *Dónde podemos ir.*

Y digo dónde podemos ir y no dónde queremos ir, que sería más fácil de responder, porque pienso que *estamos en un punto de inflexión,* que el *futuro está condicionado por la orientación y la tendencia* y que *la intervención o la no intervención será decisiva* para que el futuro siga una línea ascendente o por el contrario caiga más o menos deprisa. Retomaré más adelante este argumento.

Voy a empezar por hacer una rápida referencia a las Debilidades (o puntos débiles) y las Amenazas, continuaré con las Fortalezas (o puntos fuertes) y las Oportunidades, para acabar con algunas reflexiones y propuestas.

DEBILIDADES

Algunos puntos débiles que tenemos en el colectivo enfermero y que suponen una falta de fuerza, de vigor son:

1. *No desarrollo del Decreto de Especialidades.* Han pasado casi 14 años desde que en 1987 se regularon —mediante Real Decreto (992/1987, de 3 de julio)— siete Especialidades, de las cuales, hasta esta fecha, sólo se han desarrollado dos: la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) y la de Enfermería en Salud Mental.

2. *Ausencia de una carrera profesional.* Este es un tema sobre el que se ha hablado, discutido y escrito mucho desde hace diez años; sin embargo, hasta la fecha no se han producido desarrollos normativos que la articulen. Esto supone que en el Sistema Nacional de Salud no existe un mecanismo de reconocimiento objetivo y efectivo de la cualificación profesional de las enfermeras, que debería servir de base —entre otras muchas utilidades— para la promoción profesional y para proporcionar a las enfermeras mayor seguridad y satisfacción en el trabajo.

3. *Condiciones de trabajo y salario* que reflejan claramente la falta de reconocimiento laboral y social del trabajo de las enfermeras y de sus importantes aportaciones al Sistema Nacional de Salud.

4. *Dispersión de esfuerzos* entre las enfermeras de los distintos ámbitos de trabajo, que parece que sigamos caminos paralelos, cuando no divergentes, en lugar de convergentes. Si nos elevamos un poco sobre nuestra realidad y miramos desde la distancia nuestros caminos, veríamos cómo, a pesar de lo que teóricamente defendemos, las enfermeras asistenciales y las docentes —en muchas ocasiones— caminamos en paralelo como si dónde quisiéramos llegar no fuera a la misma meta.

   Este mismo paralelismo también se observa frecuentemente entre enfermeras asistenciales y enfermeras gestoras. A veces parece que la finalidad de las enfermeras que ocupan puestos de dirección no fuera la misma que la de las enfermeras a quienes dirigen, lo cual no sólo es una gran incoherencia de la Organización a la que pertenecen sino que es uno de los más graves errores que las enfermeras podemos cometer.

5. *Descalificaciones mutuas.* No necesitamos que nadie nos descalifique desde fuera, ya nos encargamos nosotras de hacerlo. Y las consecuencias no sólo se producen en el ámbito de lo personal. Decimos con frecuencia que los mayores enemigos de la Enfermería están dentro. Considero que, lamentablemente, esta es una realidad que podemos constatar en muchas situaciones, algunas de ellas con repercusiones graves para el desarrollo de nuestra profesión, que el tiempo y la historia se encargarán de juzgar.

6. *Miedos.* Y muchos, por cierto. Por mencionar algunos: miedos a asumir plenamente nuestro rol profesional en todos los ámbitos, miedo al fracaso, a la crítica fácil.

7. *Resistencia de muchas enfermeras a los cambios.* Es más fácil y cómodo mantenerse en la rutina que hacer el esfuerzo que supone integrar nuevos enfoques, nuevas responsabilidades o simplemente introducir cambios en los sistemas de trabajo o en las relaciones que favorezcan la calidad de los cuidados y el desarrollo profesional. Estas resistencias son, en mi opinión, uno de los factores que explican que en la práctica se mantengan patrones de dependencia de otras profesiones.
8. *Escasa «ambición profesional»* de muchas enfermeras que las lleva a no asumir compromisos con la profesión que supongan esfuerzos extraordinarios.
9. *Excesiva «ambición personal»* en otras que las lleva a traicionar a la Enfermería y los intereses generales del colectivo profesional, salvo que casualmente coincidan con los suyos personales.

AMENAZAS

Considerando que existe una amenaza cuando hay indicios de que algunas cosas malas o desagradables son inminentes, creo poder afirmar que algunas de las amenazas o peligros más graves que acechan a la Enfermería en el momento actual son:

1. *La puesta en cuestión del nivel de autoridad de las Direcciones de Enfermería* establecido en el Real Decreto 521/1987 y la no sustitución de algunos puestos de trabajo de Direcciones de Enfermería en los que se producen vacantes, bien por ceses o dimisiones. Esto en sí mismo creo que es una señal de alarma para todo el colectivo, porque...

Si las Direcciones de Enfermería se dejan vacantes o si pierden autonomía y nivel de autoridad:

a) Cabe preguntarse:

- ¿Quién asumirá la parcela de autonomía y autoridad que se pierda?
- ¿ Quién gestionará los recursos enfermeros?
- ¿Desde que filosofía y con qué orientación se hará?

b) Creo que se puede afirmar que:

- Quedarán establecidas las condiciones necesarias y se tendrá listo el caldo de cultivo para que esa pérdida de autoridad o de capacidad de decisión, en el mismo grado, se produzca en todos los niveles jerárquicos de Enfermería.

2. *Intereses ajenos y contrarios a los de nuestra profesión* —ya sean personales, políticos, institucionales o corporativos— *de algunas enfermeras y enfermeros*

que ocupan puestos de un nivel alto de responsabilidad (ya sean en el ámbito de la gestión o de la representación) y que con sus actuaciones desacreditan a la profesión, porque han perdido (o quizá nunca la tuvieron) la consciencia de lo que significa ser enfermera/o y la sensibilidad hacia la problemática profesional, así como la necesidad de asumir compromisos. Quizá simplemente han desviado la mirada porque no era compatible mantenerla orientada hacia la meta profesional con sus intereses. Y las repercusiones para la profesión son graves, con una medida de lógica proporcionalidad: cuanto más alto es el cargo que ocupan más graves son las consecuencias.

Sé que mis afirmaciones pueden parecer provocadoras pero creo que tenemos que ser conscientes de la amenaza que supone tener «células malignas» dentro del «cuerpo» profesional; como cuerpo profesional tenemos que ser capaces de autorregularnos y crear defensas, de mantener un sistema inmunológico que nos permita detectar y *neutralizar a tiempo* los elementos nocivos.

No podemos confundir los avances estructurales habidos en la profesión —y que tenemos que ser capaces de mantener— con la mala ejecución de funciones por parte de algunas personas; por eso es tan peligroso que personas no cualificadas —desde todos los enfoques que podemos entender la cualificación— estén en determinados niveles de decisión.

3. En otro orden de cosas y, aunque esperamos que las acciones que estamos llevando a cabo eliminen la amenaza que supone la *Definición que del vocablo Enfermería redactó la Real Academia Española para incluirla en la nueva edición de su Diccionario,* no puedo dejar de mencionarla ya que mientras no se consiga una Definición Correcta, sigue siendo una amenaza pues *limita la autonomía de las enfermeras y sus ámbitos de actuación.* Y, como ya he expresado en otros momentos y ámbitos (2), *las consecuencias* que para nuestra profesión pudieran derivarse de una Definición incorrecta y limitada son múltiples: además de las que conciernen a los sentimientos, a las relaciones interprofesionales dentro de los equipos multidisciplinares y a la imagen social de las enfermeras, no hay que perder la perspectiva de la influencia que la definición pudiera tener en futuras Normas de diverso rango, tanto en normativas y disposiciones Oficiales como en Normas de funcionamiento Institucionales o Normas de Régimen Interior de Centros.

Como ven, algunas de las debilidades o puntos débiles y de las amenazas o peligros que nos acechan están influenciados o causados por agentes externos

(2) Cachón Rodríguez, E.: *Circular socios AEED 3/00. 19/12/00.* Madrid.

al colectivo de Enfermería y otros lo están por agentes internos, es decir, por las propias enfermeras, pero en todo caso no hay que buscar culpables fuera del colectivo: sea por acción directa, indirecta o por omisión *somos el propio colectivo* —como grupo profesional— (y en mayor o menor grado todos estamos implicados) *los principales responsables de nuestro pasado, de nuestro presente y también de nuestro futuro.*

Después de este breve recorrido por los aspectos que suponen barreras, limitaciones o dificultades para el pleno desarrollo de nuestra disciplina profesional, voy a hablar de aquellos otros que representan posibilidades y oportunidades para avanzar.

FORTALEZAS

Las principales fortalezas o puntos fuertes que tenemos —y algunas de ellas las hemos tenido siempre— pienso que *hay que buscarlas en la propia esencia de la profesión —el CUIDAR—* y en los *VALORES FUNDAMENTALES* que la sustentan: *EL RESPETO A LA VIDA Y A LA SALUD* de las personas, porque es esto lo que nos da la fuerza, el vigor, a muchas enfermeras y enfermeros para realizar cada día nuestro trabajo —en ocasiones en condiciones muy adversas— con un espíritu de superación y de mejora continua, con dignidad, contribuyendo así al desarrollo y progreso de la profesión.

Algunos de nuestros *puntos fuertes:*

1. En el ámbito asistencial, *estamos las 24 horas del día en contacto con los pacientes,* que son los «clientes» del Sistema Nacional de Salud (S.N.S).
2. En el ámbito docente formamos a los futuros profesionales que también están muchas horas con los «clientes» del S.N.S.
3. *Somos el colectivo más amplio del S.N.S.,* al menos por ahora.
4. *Hay muchas enfermeras y enfermeros, en todos los ámbitos y niveles de responsabilidad, comprometidos con el desarrollo disciplinar y profesional,* hecho que queda patente en:
   - 4.1. *La producción científica de las enfermeras* que se ha visto incrementada cuantitativa y cualitativamente en los últimos años, siguiendo una tendencia creciente.
   - 4.2. *El incremento cuantitativo y, en general también cualitativo, de los programas de formación postgrado y de formación Superior en Enfermería,* que en muchos casos sólo son posible gracias a los esfuerzos —casi siempre extraordinarios— que hacen muchas enfermeras y enfermeros para impulsarlos, ponerlos en marcha y mantenerlos.
   - 4.3. *Un amplio movimiento asociativo,* con una tendencia creciente.

OPORTUNIDADES

Tenemos también oportunidades, que representan posibilidades, algunas de ellas son:

1. *Posibilidad de incrementar el impacto en la sociedad.* Crear una imagen positiva.

   Pero para incrementar el impacto de la Enfermería en la sociedad *tenemos que saber «presentar» nuestro producto,* tenemos que saber dar a conocer a los clientes del Sistema Nacional de Salud la oferta de servicios de las enfermeras.

   Conscientes o no de ello, *estamos contribuyendo a crear la «imagen social» de las enfermeras en todos y cada uno de los encuentros con los clientes.* Y, en el ámbito asistencial, *la permanencia al lado de los pacientes/clientes es constante, lo que supone una oportunidad por la que, en otros sectores de producción de servicios se paga, y mucho,* sólo por poder acceder a hablar con los clientes.

   Es una oportunidad para crear una imagen positiva, cosa que solo será posible a través del trabajo bien hecho, de unos cuidados de alta calidad, de un trato respetuoso con todas las personas, y también de «saber estar».

2. *Somos un colectivo amplio y diverso;* estamos en todas las Estructuras del Sistema Sanitario. Esa diversidad nos aporta diferentes enfoques, conocimientos y experiencias que representan oportunidades de mejora, de crecimiento profesional.

   Tenemos que ser inteligentes y aprovechar todos los recursos que tenemos, que son muchos, compartiendo información y experiencias, aunando esfuerzos, a través del respeto mutuo, del diálogo abierto y de la sana confrontación de las discrepancias.

Para hablar del futuro, retomaré, como decía antes, *de dónde venimos, dónde estamos y dónde podemos ir.* En el siguiente cuadro se detallan en qué momentos se han ido produciendo algunos de los acontecimientos que han dado impulsos crecientes a la disciplina y a la profesión. Si hacemos una proyección gráfica, podemos ver la evolución y la tendencia desde 1977; puede observarse que en el período 1977-1987 se produce un rápido e importante crecimiento y que, a partir de esa fecha y hasta la actualidad, se ha ido produciendo un crecimiento lento pero sostenido, encontrándonos en el momento actual, por las amenazas de las que antes hablé, en un punto de inflexión.

Año	Disciplina	Profesión
1977	Integración en la Universidad	
1980	Curso de Nivelación	
1983	Ley de Reforma Universitaria (LRU)	
1984	Acceso a plazas de profesor titular de Escuela	Decreto Estructuras Básicas de Salud
1986		Ley General de Sanidad
1987	Decreto de Especialidades	Direcciones de Enfermería
1993	Especialidad de Matrona	
1998	Licenciatura (títulos propios)	
1999		
2000		

La cuestión es: *¿cómo mantener el crecimiento sostenido?*

¿De qué serviría seguir creciendo en la disciplina si no mantenemos el crecimiento (desarrollo) en la profesión? y me atrevo a añadir, sabiendo la polémica que esto puede generar *¿o viceversa? ¿De qué sirve una cabeza bien pensante si está separada del cuerpo?*

Necesitamos un *«todo conjuntado» que nos ayude a un desarrollo sostenido y armónico.*

La Información es el núcleo de todas las decisiones. En cualquier estudio científico el investigador ordena todos los hechos disponibles, los organiza de forma lógica y luego evalúa las probabilidades de cada posible resultado. En los negocios, en las empresas, pueden variar los grados de ordenamiento e influir así en el resultado. De este modo se puede hacer que las probabilidades resulten más favorables en lugar de dejarlas que lleguen a su natural conclusión (3).

Creo, en lo que a la Licenciatura en Enfermería concierne, que las enfermeras hemos respetado la organización lógica de los hechos durante muchos años. *Me cuestiono si no es hora ya de que variemos los grados de ordenamiento de tal forma que podamos, con toda la información disponible y analizando la tendencia en el tiempo, elaborar una estrategia que nos permita, a través de la intervención puntual y en el tiempo debido, influir en los resultados, de manera que las probabilidades resulten mas favorables para los intereses de nuestro colectivo.*

Se hace necesaria la creación de un *espacio común e independiente* donde, desde la diversidad de planteamientos y,

- Por una causa común,

(3) STAPLETON, J.: *Cómo preparar un Plan de Marketing.* Ed. Deusto, Bilbao, 1992, p. 15.

- con una sola voz,
- con rigor crítico y
- sin protagonismos personales

Se elabore un plan que nos permita:

- Superar las debilidades,
- contrarrestar las amenazas,
- explotar los puntos fuertes y
- aprovechar las oportunidades

Y en el que se puedan articular y plasmar en resoluciones y acciones los acuerdos que se adopten.

Sólo podemos transformar la realidad siguiendo un proyecto (4) y hay proyectos que solo pueden emprenderse y conseguirse uniendo esfuerzos.

Por eso, y manteniendo el ya largo y firme compromiso de la Asociación Española de Enfermería Docente, su Junta Directiva acordó —en su reunión del día 15 del presente mes— proponer a algunas otras Asociaciones y Organizaciones enfermeras la constitución de una *Plataforma por la Licenciatura en Enfermería, con el fin de unir y compartir los esfuerzos de estas Asociaciones y Organizaciones en la causa común de su consecución,* propuesta que se ha formalizado hace unos días.

Siendo conscientes de las dificultades, y sabiendo que *todos los caminos y también todos los proyectos tienen luces y sombras, certezas e incertidumbres,* tenemos que tomar conciencia de que estamos en un momento crítico:

- La disciplina enfermera está en proceso de construcción.
- La profesión se está resintiendo en sus estructuras.

Y, o afianzamos nosotros bien los cimientos, unidos, explotando nuestros puntos fuertes y aprovechando nuestras oportunidades para seguir avanzando o quizá otros aprovechen nuestros puntos débiles y conviertan en hechos lo que hoy son amenazas.

Quiero hacer una última reflexión sobre la necesidad urgente de que asumamos sin miedos, de forma plena, el rol que nos corresponde, en todos y cada uno de los ámbitos y niveles de actuación de las enfermeras, desde un firme compromiso social, profesional y ético; asumamos en definitiva el compromiso de seguir siempre, y unidos, con

(4) MARINA, J. A.: *El vuelo de la inteligencia.* Plaza & Janés Editores. Barcelona, 2000, p. 207.

la mirada orientada hacia nuestra meta común, que sólo puede ser la EXCELENCIA EN EL CUIDAR. Si así lo hacemos, esto inevitablemente nos llevará al COMPROMISO.

Parafraseando a Nikos Kazantzaki quiero decir que:

«Cuando creemos apasionadamente en algo que no existe lo creamos. Lo que no existe todavía es porque no lo hemos deseado.»

El futuro, nuestro futuro, no empieza mañana, lo estamos construyendo hoy.

Muchas gracias.

La formación universitaria de la enfermera: Futuro. «Expectativas de Segundo y Tercer Ciclo»

Elena de Lorenzo Urien(*), Begoña Ruiz de Alegría(*), Salomé Basurto Hoyelos(*), Mertxe Martínez de Albéniz(*), Isabel Fernández de Gamboa(*) y Alberto Santo Tomás(*)

(*) Profesores EUE. Vitoria. Gasteiz

La idea de conocer la rentabilidad de las acciones formativas suscita un interés permanente en todos los sectores y el sanitario no es ajeno a él.

La organización de estas jornadas nos invitó a *compartir con ustedes las reflexiones que nos acompañaron en el proceso de implantación de un programa de licenciatura Europea de Enfermería; una estrategia alternativa a la apuesta por el desarrollo disciplinar. Y digo estrategia alternativa* ya que, al no sernos posible implantarla dentro de los cauces legales o académicos del contexto español, tuvimos que buscar otras alternativas internacionales para lograr nuestros objetivos.

Gracias a la organización por confiar en nosotr@s y darnos esta oportunidad. Quiero decir que mi voz no me representa sólo a mí, sino a un grupo de enfermeras docentes sin las que este programa, hoy, no sería una realidad, por ello a lo largo del discurso utilizaré frecuentemente la primera persona del plural, nosotras.

También es motivo de alegría tener la oportunidad de aprender de todos ustedes, a traves del *debate* que establezcamos sobre el *significado, las implicaciones y los cances de desarrollo de la formación de segundo y tercer ciclo.*

La presentación comienza con:

— Una pequeña *introducción al programa,*

— Seguida por un *análisis del contexto* que rodeaba al momento de implantación del programa.

— Posteriormente, pasamos a compartir con ustedes reflexiones como:

- ¿Qué es un licenciado? ¿Qué capacidades tiene que tener un licenciado?
- ¿Qué aporta un licenciado a la Sociedad y a la comunidad enfermera?
- ¿En qué y cómo podemos formar a los alumnos para que alcancen el carácter de licenciados?
- ¿Qué estrategias de avance nos tenemos que plantear para ampliar el alcance del programa a los estudios de maestría y doctorado?

Como he mencionado previamente, antes de adentrarnos y, con el fin de que puedan tener un mayor conocimiento de nuestro contexto, voy a realizar una *breve presentación del programa de licenciatura de Enfermería Europea.*

En *1991* se nos ofertó la posibilidad de colaborar en el programa ENI (Europea Nursing Iniciative) o Iniciativa Europea de Enfermería. El *ENI* es un programa desarrollado por tres instituciones educativas europeas: La Universidad de Brighton (UK), la Hogeshool Van Utrecht (Holanda) y esta Escuela a la que represento. Este programa pionero y único en la Comunidad Europea tiene *dos metas fundamentales:*

— A corto plazo pretende *iniciar una estrategia de unificación* de los estudios de enfermería europeos, que generasen y potenciasen el *desarrollo de profesionales capaces de prestar cuidados sensibles a la cultura,* a través de una formación común de Licenciatura en Enfermería Europea.

— A más largo plazo y de forma más global, a través de la investigación, pretende *iniciar o crear una base sobre la cual se pueda generar un conecimiento docente y enfermero transcultural* dentro del ámbito europeo.

La licenciatura dentro de nuestra Escuela *consta de cuatro cursos y la posterior presentacion de una tesina.* La estructura de la misma no es objeto de esta presentacion, pero si alguien esta interesado en conocer más al respecto no duden en preguntarlo.

Cuando nos presentaron esta oportunidad en 1991, nosotras entendíamos que la *licenciatura tenía una aportación significativa tanto para la disciplina enfermera como para la sociedad.* Sin embargo, esta aportación tan obvia para nosotros, y que no necesitaría tan siquiera de una justificación *no fue,* en un principio, *entendida en muchos círculos cercanos al nuestro.*

Nos hemos permitido presentar *un modesto y quizá subjetivo análisis del contexto* que nos rodeaba en aquel momento tan crucial para nosotros, para entender esta falta de entendimiento. Quisiéramos recalcar que este análisis *no parte de un estudio pormenorizado y globalizador,* basado en una búsqueda de la literatura, sino de la *interpretación personal de los cuestionamientos y situaciones que vivimos* a la hora de empezar el programa.

Al comienzo, nos encontrábamos con factores positivos como:

— Una *comunidad de profesionales de enfermería con muchas ganas y esperanzas de avance profesional.*

— Unos *líderes* en la gestión del Sistema Vasco de Salud que *apostaban por el desarrollo* del Sistema Sanitario.

— Líderes que entendían que *la enfermería es uno de los pilares del Sistema de Salud.*

— Líderes que asumían *el riesgo de la ionovación y reconocian el valor añadido que representaba un programa que trabajase la tranculturalidad dentro del contexto Europeo.*

Y, por supuesto, modestia a parte, la presencia de *un equipo docente en la Escuela compuesto por personas innovadoras, con una gran motivación y compromiso personal en la contribución a la disciplina enfermera.*

Pero también existían unas redes de *factores que influían de forma negativa* en el desarrollo de la licenciatura de Enfermeria.

— Partíamos en un momento que no se entendía la necesidad o el *derecho de cualquier disciplina a desarrollarse a través del crecimiento académico,* quizá tampoco se entendiese la *Enfermería como una disciplina.*

— La *Disciplina era una gran desconocida* por la sociedad y por otros profesionales. Esta *falta de identidad,* en parte, se extendía, o mejor dicho partía, de algunos sectores de los *propios profesionales* de enfermería. Entendemos que este fenómeno *afectaba* de forma determinante *en una baja estima profesional y un bajo estatus social.*

Coherentemente, percibíamos una creencia de que *las enfermeras ya eran universitarias y, para lo que tenían que hacer, ya tenían suficiente* con la carrera de diplomado y la formación continuada.

Al mismo tiempo, *se creía que el diplomado tenia que ser capaz de identificar y dar respuesta a todas las necesidades* que presentase el individuo, la familia y la co-

munidad, sea cual fuese su situación de vida. En algunas ocasiones se percibla que esta capacidad tenia que producirse *incluso nada más acabar la carrera.* El análisis histórico nos ha permitido observar que *aunque la atención prestada por las enfermeras es de alta calidad,* en muchas ocasiones, *no da una respuesta suficiente* a las necesidades de la población. Por tanto, a veces, podríamos encontrar profesinales que, sentían que *defender el desarrollo académico, era desmerecer las capacidades profesionales diplomados.*

Asimismo, en muchas ocasiones el desarrollo de *la carrera profesional era visto como algo negativo dentro del mundo laboral,* ya que podría suponer la existencia de diferentes niveles de profesionales, en un Sistema Sanitario en el que, supuestamente, todos somos iguales. Sin embargo, la experiencia nos decía que entre los profesionales enfermeros se realizaba cuidados de diferente nivel de calidad, y por ende, su contribución a la mejora del cuidado, aportado a la población y al desarrollo disciplinar, era diferente.

En el círculo profesional, también se percibían *miedos sobre las implicaciones que podía tener la presencia de licenciados en el Sistema Sanitario* (económicas, de organización de las unidades...).

Por otro lado, en algunos sectores del *entorno universitario* se percibía, una cultura docente y del desarrollo académico en la que se primaba, como c*riterio de regulación, el número de horas, la ampliación de conocimientos teóricos y la adquisición de habilidades instrumentales,* no teniendo en cuenta en el proyecto curricular el *desarrollo progresivo de capacidades intrínsecas* a los diferentes niveles académicos como, por ejemplo, las capacidades de pensamiento crítico.

Como consecuencia con frecuencia se entendía la *licenciatura* como una formación dirigida a profesionales enfermeros para desempeñar su profesión dentro del *ámbito docente, gestor o dentro del mundo de la investigación....*

Ahora bien, *¿qué entendíamos nosetros por un licenciado en enfermería?*

El licenciado en enfermeria es un profesional que ha cursado una *formación* en la que se trabaja para el *desarrollo de capacidades intrínsecas* al grado de licenciado y otras *exclusivas* o genéricas a la labor de licenciado en Enfermería. Para desarrollar estas capacidades la formación se tiene que apoyar, *como piedra angular,* en una *metodología docente, reflexiva e integradora,* a través de la cual se *profundizan y se amplían contenidos* disciplinares y se trabaja, asimismo, el proceso *de reingeniería* de conocimiento de otras disciplinas al campo enfermero.

Evidentemente las preguntas no se paraban ahí. *¿Para qué le prepara o capacita la formación al licenciado en enfermería? ¿Qué caracteriza al licenciado en el desarrollo de su profesión?*

En el intento de dar una respuesta a nuestro interrogante hicimos una *revisión bibliográfica* que *nutriese* nuestro debate, para identificar cuáles eran las características de un licenciado.

Este trabajo perfilo que al licenciado se le reconoce una mayor *capacidad de pensamiento crítico, entendiendo* por esto un mayor desarrollo de capacidades como la capacidad analítica e inquisitiva, la apertura de mente, la flexibilidad, la autoestima, la asertividad, la capacidad de introspección... (DeBack y Mentkowski, 1987; Frasear y Titherington, 1991; Sinclair 1987; Scholes,1994).

— Si a esto unimos un *mayor conecimiento sobre la esencia del ser humano* nos encontramos con *una persona* que identifica *sus respuestas ante diferentes situaciones de vida y establece estrategias de crecimiento personal.*

— El desarrollo de estas capacidades a su vez favorecerán que la atención del licenciado esté *más centrada en el cliente,* y que su *capacidad de comunicación y relación terapéutica* sea más efectiva (Sinclair, 1987).

— Además estas características hacen que el licenciado posea una *mayor confianza para afrontar problemas complejos* aplicando la *técnica de resolución de problemas* de forma continua y efectiva (Frasear y Titherington, 1991; Scholes, 1994).

— Por lo que el licenciado es *más innovador* y está preparado para actuar como *agente de cambio* liderando iniciativas de desarrollo (Sinclair, 1987; Scholes, 1994).

— A todas estas características le podemos unir que el licenciado *cuenta con una base teórica más amplia* de su campo disciplinar, es *consumidor crítico de la investigación, la aplica a la práctica* y, además, cuenta con *una mayor capacidad para articular teoría y práctica* (Frasear y Titherton, 1991; Sinclair, 1987).

— Como resultado nos encontaramos con un profesional *que situará los valores y creencias profesionales en una filosofía que le ayudará a dirigir su actividad con coherencia ética y disciplinar.*

— Un profesional más preparado *para elaborar juicios y para poner en práctica estrategias que le permitan reconocer situaciones problemáticas en la persona, familia y comunidad, contribuyendo con su acción cuidadora a que éstos fomenten el poder en su proceso de vida, y den una respuesta más efectiva que repercuta en el incremento de su bienestar* del cliente.

— Este profesional, además, tiene una *mayor capacidad para desarrollar su trabajo en colaboración con un equipo multidisciplinar,* reconociendo la aportación de profesionales de otras disciplinas y siendo capaz de abogar el valor de la contribución de la disciplina enfermera a la calidad de la atención sanitaria.

— Por otro lado, su *mayor capacidad de análisis y su visión más globalizadora de los fenómenos* le va a permitir analizar la situación actual de *la profesión,* de la *sociedad* a la que *presta sus servicios* y de la *institución* donde trabaja, promoviendo la introducción de *servicios innovadores* que favorezcan el desarrollo disciplinar y mejoren la oferta de servicios a la sociedad.

Su mayor sentido de responsabilidad social y profesional hace que presente una actitud muy positiva hacia la docencia y que se esfuerce por elaborar y comunicar trabajos con rigor académico con el fin de contribuir al incremento del conocimiento enfermero.

Creemos que es importante competir con ustedes, que en nuestro proceso también nos hemos encontrado con *observadores externos* al programa que pretendían evaluar o enjuiciar la valia o no *de la licenciatura,* a través de la observación del trabajo de los recién licenciados. Como es obvio *observar el valor añadido* que representa su formación en la práctica cotidiana *es difícil,* ya que la mayoría de estas características se encuentran en el ámbito del *pensamiento silencioso y la conducta profesional.* Esto significa que la diferencia no se puede observar a primera vista. Por lo tanto, con una observación simple n*o se notará la diferencia entre el hacer del licenciado y del diplomado, sobre todo, cuando los dos ejercen su profesión competentemente. La diferencia estriba en cómo lo realiza, es decir, cómo utiliza sus conocimientos a la hora de elaborar los juicios profesionales, cómo se relaciona y comporta terapéuticamente, cómo reflexiona en la acción y sobre la acción y, posteriormente, reconstruye conocimiento.*

Por tanto, nos tendremos que preguntar, *¿cuándo esperamos que esta persona demuestre su capacidad?, ¿nada más acabar? No llegando, en muchas ocasiones a la barrera de los 25 años.* Nuestra experiencia y la elaboración de un estudio de *evaluación iluminativa* nos permite apreciar que hay un cambio cualitativo y significativo de capacidades, que le van a facilitar, por ejemplo *la adquisición y riqueza en la construcción de su saber tácito sea mucho mayor y más rápida, pero evidentemente necesita años* de experiencia profesional y personal que le ayude a reconstrair y sedimentar la formación de licenciada.

El siguiente interrogante planteado fue: *¿Qué marco filosófico a nivel profesional y docente va a guiar nuestra actividad?*

Los debates se concluyeron en la elección de un paradigma holístico-humanista dentro del campo enfermero y coherentemente se consensuó una filosofía docente cercana al paradigma hermeneútico-crítico.

Por consiguiente, los docentes de la Escuela inmersos en el desarrollo de dicho programa adoptaron una metodología docente que partía de unos de unos principios de actuación consensuados por el equipo docente.

Como educadores buscamos fomentar la formación integral, la autonomía, del educando para que comprenda el mundo y la sociedad en la que vive, favoreciendo que ejerza su derecho y deber de colaborar en su transformación

Dentro de este tipo de filosofía el alumno se convierte en protagonista de su aprendizaje, evitando ser un receptor pasivo de las ideas y conocimientos construidos por otros.

Por lo tanto, a través de procesos reflexivos, el docente debe favorecer que los estudiantes tomen contacto con los conocimientos, valores, emociones y experiencias previas, facilitando, mediante las lecturas y el diálogo en grupo y la tutoria individualizada, que el alumno reconstruya los conocimientos, las actitudes, valores y su forma de relacionarse con mundo y por lo tanto su reconstrucción personal y profesional.

Por medio del debate el participante aprende tanto a escuchar de modo activo a los demás, como a exponer sus propios puntos de vista, construyendo a través del contraste con los otros su propio discurso profesional.

Para ello el docente debe de inducir a diálogos entre discentes y docentes libres de dominación en los que a través de los procesos comunicativos los discentes desarrollan su capacidad de autonomía y se hacen explícitas las contradicciones que pueden aparecer en el curriculum.

Desde este punto de vista el practicum se convierte en el hilo conductor entorno al que se articula el curriculum integrando así teoría y práctica en el proceso educativo.

Por lo tanto, *¿qué aportación proporcionará la licenciatura a la sociedad y a la comunidad Enfermera?*

La licenciatura nos es más que *un paso en el largo caminar* del desarrollo o crecimiento de la disciplina, no obstante es obvio que la formación de *licenciado representa un valor añadido* en nuestra sociedad y en la comunidad enfermera.

El licenciado enfermero con experiencia tendrá *acceso a cursos de maestría y doctorado.* Este desarrollo académico *favorecerá de forma inmediata la investigación en el campo disciplinar,* tal y como ha sucedido en otros países, y podemos comprobar a través de la literatura.

La identidad profesional favorecerá que la investigación no sólo sea elaborada por enfermeras, sino que los resultados de dichas investigaciones respondan a *un objeto de estudio enfermero,* contribuyendo a una *ampliación y profundización* del conocimiento enfermero.

La *profundización* del conocimiento y la *construcción de conocimiento ionovador* permitirá aumentar la *capacidad de ofertar un servicio genuinamente enfermero, adaptar el servicio enfermero a nuevas demandas, innovar servicios ante las necesi-*

dades no explícitas de la sociedad, y trabajar desde la *multidisciplinaridad,* en los nuevos problemas sociales.

Los licenciados *como consumidores de investigación* ayudarán a *potenciar una cultura de aplicación* de la investigación en la práctica y, a su vez, *ayudarán a fomentar la investigación sobre la práctica.* Esta *fundamentación teórica* contribuirá a fomentar una *mayor capacidad de análisis* y respuesta ante situaciones en torno al cuidado.

La profundización en *el conocimiento, la mayor identidad profesional, el estatus académico y científico que se abre con la licenciatura en Enfermería, permitirán la difusión e intercambio de conocimientos interdisciplinares que, a través de la reingeniería* de conocimiento de otras disciplinas, ayudaran a elaborar y ampliar el conocimiento enfermero.

Por lo tanto, vemos que la licenciatura *favorece el avance académico, científico y de la práctica, haciendo que la evolución de la disciplina sea dinámica e interactiva entre estos campos.*

Todo esto contribuirá a que la sociedad y los propios profesionales de enfermería incrementen el reconocimiento de que la *disciplina enfermera tiene un valor fundamental en la sociedad del siglo XXI.*

¿Qué otros niveles académicos caben dentro de la profesión de enfermera? ¿Que estrategia podemos trabajar para el avance en este sentido? ¿Qué progresión de capacidades esperaríamos de los profesionales con diferentes niveles diferentes niveles académicos?

Espero que dentro de poco *podamos ver realidad* la posibilidad de cursar estudios de segundo ciclo en Enfermería y por ende, el acceso al tercer ciclo, es decir a las maestrías y al doctorado. Una vez allí, espero que aprendamos de la experiecia de otros países y no tengamos que *justificar la necesidad de maestría específicas en Enfermería.*

Dentro de nuestra Escuela, pensamos que la situación idonea sería que los licenciados antes de emprender el tercer ciclo *dedicasen unos años a trabajar.* Esos años de experiencia laboral, unidos a su crecimiento personal, constituirían una buena situación para comenzar de nuevo un proceso formativo formal. No obstante, esto no siempre es posible ya que generalmente las mejores opciones de Maestrías y doctorados en Enfermería tienen lugar en países extranjeros, ante lo que ellos dicen «o lo hago ahora o quizás nunca»...

No obstante, desde la Escuela se les oferta la posibilidad de que si *se reúnen un número mínimo de personas se pueda cursar el tercer* ciclo acreditado por la Universidad de Brighton.

Es importante que impulsemos *foros de debate* encaminados a alcanzar un consenso sobre las estrategias de desarrollo del segundo y tercer ciclo (la *progresión de capacidades* en los diferentes niveles académicos, donde ubicar la formación de especialista...). Mientras que esa realidad se hace patente, los profesionales de enfermería podemos ir trabajando *en estrategias de desarrollo aquellas que cada grupo pueda o quiera asumir.* Aunque algunas estrategias puedan ser más válidas o efectivas que otras, *todas y cada una de ellas son válidas en sí, ya que demuestran un interes o compromiso* por colaborar en la transformación del mundo.

Gracias desde aquí a todas las iniciativas que estén *aportando pequeños movimientos, ya que a base de pequeños impulsos se puede mover el mundo.*

BIBLIOGRAFÍA

Conferencia Nacional de Directores/as de Escuelas de Enfermería Estatales, 2000. Propuesta de segundo ciclo de enfermería.

DAVIS, P. (1994): «How to define levels of nursing practice». *Nursing Standard,* 8 (26): 32-34.

DURGAHEE, T. (1995): «Promoting reflection in post-graduate nursing: a theoretical model», *Nurse Education Today,* 16: 419-426.

EVERS, G. (1997): «The future role of nursing and nurses in the european union», *European Nurse,* 2 (3): 171-181.

FRASER, M., y R. TITHERINGTON (1991): «Where are they now? The career paths of graduates from post-registration degrees in nursing in England», *International Journal Of Nursing Studies,* 28 (3): 257-265.

HOWARD, J. M., y J. I. BROOKING (1987): «The career paths of nursing graduates from Chelsea College, University of London», *International Journal of Nursing Studies,* 24 (3): 281-189.

ISAACS, L. G. (1990): *A study of the effect of teaching critical thinking in an introductory narsing course,* Ann Arbor: UMI.

KEMP, J. (1988): «Graduates in nursing: a report of a longitudinal study at the University of Hull», *Journal of Advanced Nursing,* 13: 281-287.

— (1994): «Career paths revisited: the experiences of graduates in nursing who no longer work full-time», *Journal of Advanced Nursing,* 20: 377-381.

MARSH, N. (1976): «Summary report of a study on the career patterns of diplomates/graduates of the undergraduate nursing course in the University of Manchester, England», *Journal of Advanced Nursing,* 1: 539-542.

MATLBY, H. J., y S. ROBINSON (1998): «The role of Baccalaureate Nursing Students in the Matrix of Health Promotion», *Journal of Community Healthnarsing*, 15 (3): 135-142.

REID, N. G.; P. NELLIS y J. BOORE (1987): «Graduate nurses in Northern Ireland: their career paths, aspirations and problems», *International Journal of Nursing Studies*, 24 (3): 215-225.

SOEFJE, L. T. (1985): *Differences in selected aspects of professionalism botween registered narse students entering and those exiting baccalaureate degree.* Ann Arbor: UMI.

TAYLOR, A. (1994): «Sour grapes for graduates», *Nursing Standard,* 8 (46): 49.

THEOBALD, M. (1996): «Nursing must first become a profession of graduates», *British Journal of Nursing,* 5 (1): 6-7.

Conferencia de Clausura

Rafael Lletget Aguilar

La excelencia profesional

Rafael Lletget Aguilar(*)

(*) Enfermero. Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo.

Mi más sincera gratitud, nuevamente, a la Asociación Española de Enfermería Docente por brindarme la oportunidad de reflexionar en voz alta acerca de cuales serían, desde mi punto de vista, las notas características de esto que denominamos —en los últimos tiempos con mucha fruición— la excelencia profesional y, en concreto, la excelencia profesional enfermera que, si me permiten decirlo así, exige de un plus particular derivado del carácter mismo de nuestra singular ocupación.

Tradicionalmente, el término «excelencia» —ya en la Grecia clásica— evocaba y hacía referencia a un valor significativo encarnado en las personas virtuosas. Ser excelente remitía a alguien que gozaba de reconocimiento por ser portador de un compendio de virtudes. Era entonces y continúa siéndolo el canon de ese paradigma areteico que sirve de diferenciación entre dos modalidades de conducta ética. Por un lado, un enfoque normativo que no nos hace ser excelentes sino —simplemente— buenos ciudadanos y, por el otro, una ética del sentido que nos conduce al goce de un talante ante la vida que nosotros mismos somos —no— capaces de ir configurando por elecciones libres hasta el punto de que podemos afirmar «somos lo que cada uno de nosotros queremos ser».

Esta forma de vida que calificamos «con sentido» exige una labor previa de reflexión y de autointerpretación en la búsqueda de puntos de referencia a partir de los cuales establecer qué camino queremos seguir y —por ello— en qué dirección hemos de

proyectarnos. No vale decir: mi deseo es ir al norte y tomar la dirección opuesta, hacia el sur. No es coherente haber elegido un sentido y caminar en dirección a otro. El hombre virtuoso aúna, pues, sentido y dirección en el transcurrir de su propia vida. Estamos, reitero, en el ámbito más genuino de las actitudes éticas las cuales nos permiten explicar qué hacemos y porqué hacemos las cosas de un modo determinado y no de otro. De una persona excelente se espera que diga, que haga lo que dice y que lo que dice y lo que hace coincidan con lo que piensa.

El horizonte, pues, de la excelencia es un verdadero reto al ser humano sea cual fuere el territorio o el escenario en el que la persona se exprese en su cotidianeidad.

En realidad, ser excelente podría no ser otra cosa que vivir en la coherencia radical con lo que, esencialmente, somos como hombres y mujeres. Por lo tanto, en esta necesaria disquisición cuasi filosófica, late la pregunta previa —marcadamente antropológica— acerca de qué decimos cuando utilizamos la palabra hombre en sentido amplio.

Sería temerario, por mi parte, pretender dar una respuesta a semejante interrogante, en cuya reflexión de siglos aún no ha sido posible concluir de forma definitiva y tengo la certeza de que no lo será nunca... Pero sí existen, si revisamos ese trabajo producto del pensamiento acumulado, algunos puntos de coincidencia en los que podemos afirmar existe acuerdo. Por ejemplo, no parece razonablemente cuestionable el situar al hombre en el vértice de la pirámide de los restantes seres vivos. Digo que no parece razonablemente cuestionable hacerlo sin poder obviar algunas orientaciones en las que se pretende —es el caso de Peter Singer— invocar derechos semejantes a los humanos para otros seres vivos que tradicionalmente hemos clasificado como «irracionales». Más —con estas excepciones— en mi opinión extremas, cabe decir que es el hombre-dotado de razón, de sentido y, lo que es muy importante, de sentimientos- quien ocupa ese estatus cenital en el marco de la naturaleza.

En una segunda aproximación, ese mismo hombre, se constituye como tal en referencia a sus semejantes. Es en la proximidad, en la contigüidad, en el rostro del otro —diría Levinás— donde cada uno de nosotros podemos empezar a entendernos sin que sea posible hacerlo desde el aislamiento. La excelencia se hace patente en el espacio existente entre mi yo y un tu que es otro como yo y, a la vez, otro que yo. Ese territorio, que algunos autores identifican como el «entre», es el escenario de la excelencia porque en él habita el encuentro en el que alumbra una realidad nueva que no es ya la del solo yo o solo tu sino la del «nosotros» como categoría diferenciada de las anteriores.

Por lo tanto, la expresión práctica de la excelencia radica en ese segmento del «nosotros» y, a la vez, sólo en ese terreno dispone de sentido. Nadie es excelente si su excelencia no resuena en la vida de los otros. Como ustedes pueden ver no sería lo mis-

mo ser «una buena persona» que una «persona buena». No es lo mismo ser un buen médico o una buena enfermera» que ser «un médico o una enfermera buenos». No es, en conclusión lo mismo ser un buen profesional que ser un «profesional bueno». Lo primero radicaría en el espacio de una ética normativa. Lo segundo en el de la ética del sentido. Y esta diferenciación, que se nos antoja pueda ser banal, constituye, sin embargo, el matiz que nos aleja o nos aproxima de la excelencia como seres humanos y también como profesionales. Porque ser excelente no consiste tan sólo en obrar bien sino en «ser buenos». Claro, decir que la meta es «ser buenos» a alguien pudiera sugerirle determinadas realidades trasnochadas y además con razón porque, durante mucho tiempo, ser bueno no era sino ser bueno para alguien en un determinado sentido y no en otro.

Cuando identifico la excelencia con el «ser bueno» no me refiero al fiel cumplimiento de una moral exigida desde el exterior a cada uno de nosotros sino a esa coherencia que hemos establecido entre lo que queremos ser y lo que realmente somos. Es evidente que uno no nace excelente ni se hace tal al despertar un lunes por la mañana..., por el contrario, el itinerario hacia la excelencia ha de basarse en toda una pedagogía que ya desde Aristóteles, se traducía en términos de hábito o costumbre. Por eso no se aprende en los libros, sino en el día a día mediante la confrontación permanente con los demás y con nosotros mismos.

Para ser excelentes tenemos que escuchar y no solo oír, tenemos que mirar y no sólo ver. Diríamos que también la excelencia se fragua en la contemplación y, por ello, requiere tiempo, requiere sosiego y requiere silenciamiento. Tres herramientas poco accesibles al hombre de hoy, encarcelado en la prisa, la vorágine del trabajo y el raído como hábitat antinatural al que —darwinianamente— tenemos la necesidad de adaptarnos.

Pues bien. En mi opinión, todos gozamos de ese «sexto sentido» para captar la excelencia en aquellas personas que podemos decir son verdaderamente excelentes. Digamos que desprenden un humus característico tal vez, desgraciadamente, por inusual.

La traslación de estos valores al mundo profesional ha de realizarse, igualmente, en términos de coherencia de tal manera que ser un profesional excelente no sería sino desarrollar una función estrechamente unida al ser constitutivo de aquello que se profesa. Y esto, que no es sino una conclusión inmediata de lo que venimos planteando, suscita, sin embargo, no pocas dificultades de interpretación.

Como enfermeros: ¿qué es ser excelente? En la línea argumental que hemos seguido hasta ahora no sería sino poner en íntima relación nuestro actuar con aquello que decimos es la enfermería. Pero esta segunda parte es, precisamente, lo que requiere un análisis y, a ser posible, un importante nivel de consenso. Y tengo que decir que constituye un requisito sobre el cual se cierne, eso sí, cada vez con menos intensidad, una cierta polémica.

Fundamentalmente porque no es igual hablar de curar que hablar de cuidar y porque no es igual hablar —y es oportuno mencionar este asunto hoy aquí— repito, no es igual enseñar para curar que enseñar para cuidar. Nuestra excelencia se deja ver en el trabajo con las respuestas humanas hacia las situaciones de salud y enfermedad. Por ello les ruego me permitan detenerme tan sólo un momento en esta condición de posibilidad para alcanzar nuestra excelencia profesional.

Yo diría que, en este orden de cosas, se requieren tres elementos: un marco, un contenido y unos buenos modelos de identificación. Sin ellos no se podría hablar de excelencia profesional porque careceríamos de referencias válidas para actuar de forma coherente.

Cuando digo «un marco», hago alusión al espacio vital en el que se lleva a cabo la formación de los profesionales. Nunca he entendido bien que « lo universitario» se efectúe fuera de la universidad y, además, creo que no es bueno para una formación que aspire a tener una amplitud de miras y una perspectiva más rica que la mera adquisición de un conjunto de conocimientos más o menos extenso. La Universidad, no sólo como adscripción sino como lugar real en el que uno se va haciendo enfermero, debe ser protagonista de ese proceso con lo que conlleva de maduración, socialización, convivencia y adquisición de talantes críticos imprescindibles para el ejercicio profesional.

En sintonía con ello, debemos actuar en orden al desarrollo de unos contenidos genuinamente enfermeros. Debemos enseñar enfermería, debemos insistir en el cuidar, debemos hacer énfasis en nuestras propias teorías y modelos. Debemos formar, por lo tanto, enfermeros y no otra cosa... Y aquello que se enseña ha de ser, a su vez, mostrado por enfermeras y no por otros profesionales ajenos a la disciplina. Es más, yo añadiría por enfermeras excelentes capaces de infundir un talante, capaces de contagiar entusiasmo, rectitud científica y ajenos a cualquier mercantilismo al que, por cierto, no es ajeno este mundo de la docencia máxime en los niveles de formación continuada cuya calidad debiéramos someter a análisis permanente.

Y estas cosas son, desde luego que entre otras muchas, requisitos de cara a la excelencia. Son como los cimientos sobre los que es posible construir un edificio sólido.

Difícilmente se podrá llegar a una excelencia profesional si no partimos de un contexto universitario real —y no sólo formal—, de unos contenidos auténticamente enfermeros, de unos enseñantes no identificados con el tradicional modelo biomédico y de un profesorado en el cual el alumno pueda mirarse al menos con un ápice de fascinación.

Retornando al meollo de la cuestión sobre la excelencia, no se puede eludir la referencia al mundo de los valores. Cuando se oye hablar de valores, muchos se pregun-

tan, entre asombrados y escépticos, «¿Pero qué son los valores? ¿Acaso existen con realidad propia, o son más bien una creación de nuestra fantasía?»

Les parece a algunos que, al hablar de valores, estamos reclamando a la existencia todo aquel mundo de esencia o de ideas platónicas que el filósofo ateniense se esforzaba en privilegiar como auténtica realidad, fundamento y consistencia de todo cuanto existe, ideas externas, realidades ideales en un mundo que él soñaba anclado por encima de los cielos.

En mi opinión, por el contrario, no existen los valores como realidades aparte de las cosas o del hombre, sino como la valoración que el hombre hace de las cosas mismas. No son, pues, ni meramente objetivos ni meramente subjetivos, sino ambas cosas a la vez: el sujeto valora las cosas, y el objeto ofrece un fundamento para ser valorado y apreciado. Y podemos designar como VALOR aquello que hace buenas a las cosas, aquello por lo que las apreciamos, por lo que son dignas de nuestra atención y deseo.

Por eso, el camino hacia la excelencia se vincula a nuestra propia jerarquización de tales valores que no es una operación exclusivamente racional. *Los Lirios,* de Van Gogh, o *Los Girasoles* podrán venderse por miles de millones de pesetas, pero una cosa es lo que cuestan y otra lo que valen. ¿Es que cuando el célebre pintor malvivía en su indigencia aquellos cuadros no poseían el valor artístico que hoy día se les reconoce? ¿Quién puede poner precio a un sentimiento o a una emoción?

Me pregunto cómo llegar a la excelencia profesional sin realizar una auténtica pedagogía de los valores en la formación misma de nuestros enfermeros. Instaurar en nuestras Universidades una «pedagogía de los valores» es educar a nuestros alumnos para que se orienten por el valor real de las cosas, es una «pedagogía de encuentro» entre todos los que creen que la vida tiene un sentido, entre cuantos han elaborado un porqué en lo extraño de todo, entre los que reconocen y respetan la dignidad de todos los seres.

Un profesional excelente debe hablar de «valores humanos». Y hacerlo significa aceptar al hombre (que constituye el centro de nuestro trabajo enfermero) como el supremo valor entre las realidades humanas. Lo que, en el fondo, quiere decir que el hombre no debe supeditarse a ningún otro valor terreno: ni Estado, ni ideologías, ni instituciones.

El valor es la convicción razonada y firme de que algo es bueno o malo y de que nos conviene más o menos, refleja la personalidad de los individuos y son la expresión del tono moral, cultural, afectivo y social marcado por la familia, la escuela, las instituciones y la sociedad en la que nos ha tocado vivir.

Una vez interiorizados, los valores se convierten en guías y pautas que marcan las directrices de una conducta coherente y, por tanto, excelente. Y ésta es una labor de

los educadores y una enorme responsabilidad contraída por los docentes porque, como afirmaba Emerson «una gran parte del valor es haber hecho antes la misma cosa que hay que hacer ahora».

Por lo tanto, ya ven ustedes que cuando hablamos de excelencia profesional, necesariamente debemos apelar al rigor científico, las virtudes, los valores y una pedagogía adecuada para alcanzar esa meta. Y como no se puede exigir lo que no se puede dar los docentes —y aquí estamos muchos debemos esforzarnos por estar continuamente actualizados en lo científico pero también en el cultivo de la virtud, de los valores y —en especial— de la contigüidad con nuestros alumnos.

La Enfermería comparte una constelación de valores que actúan de guía para la excelencia profesional. En su calidad de la más antigua de las artes y la más nueva de las profesiones ha fijado su centro de gravedad y su razón de ser en el cuidado de las personas, de las familias y de la comunidad. Cuidar, en definitiva, al ser humano. Unas veces para ayudarle a recuperar la salud, otras para enseñarle a convivir con su enfermedad y otras para acompañarle cuando ambas cosas no son posibles. Por supuesto, siempre para evitar que enferme.

Como expresa Colliere «cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie».

Tal actividad, claramente beneficente, supone un permanente «habérselas con... el ser humano» y, con extrema frecuencia, nos sitúa ante un ser humano con connotaciones de limitación y fragilidad, una expresión de la más cierta vulnerabilidad. Esto, que conlleva una relación de asimetría, es necesario reconocerlo así para evitar cualquier tentación tanto paternalista como de manipulación.

Pero lo que debiera estar fuera de toda duda es que el primer valor de quienes asumen la responsabilidad de cuidar a los demás es lo que podríamos denominar «talante de servicio». Cualquier aspiración a la excelencia no puede ignorar hasta qué punto la actitud de servicio a la humanidad es el humus en que se desenvuelve toda la práctica profesional. Por eso no ha de ignorar tampoco uno de los rasgos principales que Talcott Parson, en los años treinta, atribuía a las profesiones. Es lo que él titulaba «la orientación hacia la colectividad». Del responsable de cuidados se espera que anteponga los intereses de los demás a los suyos propios hasta tal punto que podría exigírsele que realizara su labor aun cuando, por ejemplo, no se le pagara por ello.

A su vez, toda orientación hacia la excelencia, no puede despreciar el «altruismo» como un valor que se inserta en el profesional de los cuidados tal vez por la influencia que la tradición cristiana ha ejercido en nuestra profesión en clave de diakonía. Un al-

truismo que prima los bienes internos de la profesión sobre los externos situando cualquier ambición al margen de todo mercantilismo, enriquecimiento o búsqueda exclusiva de prestigio como aspectos que se presentan siempre subordinados en el profesional excelente.

Aun cabría citar un elemento más en esa pedagogía de la excelencia. Es lo que habitualmente conocemos como «relación interpersonal». La relación enfermera-paciente ha de responder al esquema que ubica a un Yo con un Tú de tal modo que, a la hora de cuidar, las distancias se acortan y el profesional queda afectado por la proximidad.

Espíritu de servicio y contigüidad se complementan, en una praxis excelente, con lo que yo titularía la «instancia solidaria». El enfermero reconoce que aquel a quien cuida, desde la contigüidad y el talante de servicio, le compromete a su vez en un destino común, lo que convierte la labor enfermera en algo que trasciende lo físico y lo psíquico e incide, de forma determinante, en el capitulo de lo social. Si esto es así, de un profesional excelente cabe esperar que ejerza un papel de instancia crítica hacia todos aquellos hechos y situaciones que inciden negativamente en el desarrollo humano.

Independientemente de donde situemos un supuesto «principio de solidaridad» en el marco del orden lexicográfico adoptado por los principios de la bioética este es, desde mi punto de vista, en la constelación de los valores del cuidados, un elemento clave en el nivel de los mínimos y no de los máximos.

Desde la hondura, pues, del cuidar se hace necesario ser «servicial», «contiguo» y solidario. Pero la responsabilidad moral del profesional excelente obliga a la articulación de esos valores que responden al por qué de su quehacer con la respuesta al cómo se hace. Y de ahí surgen dos elementos más de carácter irrenunciable, que serían la formación permanente y la búsqueda de más y mejores soluciones a las necesidades de los ciudadanos, esto es, la necesidad de investigar en un área de conocimientos propio.

Todos estos ingredientes corren el riesgo de sufrir un grave deterioro, como consecuencia de una creciente mercantilización de la praxis sanitaria alentada por una Bilosofía consumista en la que lo epidérmico sustituye a lo nuclear, la apariencia externa a la dignidad humana y lo light es parte central de nuestra cultura. Al café descafeinado, a la leche desnatada y las bebidas sin azúcar se añade hoy la virtud sin virtuosismo y una profesionalidad basada en el prestigio y no en la excelencia.

En definitiva, los elementos clave de la excelencia profesional no son los que figuran en su escaparate, sino los que anidan en ese espacio profundo que San Agustín denominaba «el intimeor inhmo meo», allá de dónde nace la noble y ancestral actividad de ocuparse del bienestar de los demás.

Desde este punto de vista no puedo sino concluir que la profesión de enfermería o se encamina a la excelencia o, simplemente, no es...

No se trata sólo —como decíamos al principio— de ser un *buen enfermero* sino de ser un *enfermero bueno.*

Cuando quien cuida no cumple los mínimos, es negligente y le resulta de aplicación el ordenamiento jurídico. Cuando quien cuida no es excelente deja de estar a la altura de lo que de él se espera, cuestionando así lo que debe ser nuestra convicción permanente: que, a pesar de algunos escollos, «MAÑANA SERÁ MEJOR».

COMUNICACIONES

Formación continuada en Osakidetza: Un puente entre clínicos y docentes

Pilar Pérez de Eulate Berraondo(*)
y Alberto Santo Tomás Pajarrón(**)

(*) Responsable del programa de F. Continuada para Enfermería de Osakidetza-SVS.
(**) Director de la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.

Osakidetza/Servicio Vasco de salud, está configurado como un Ente Público de derecho privado con una plantilla de 22.000 trabajadores de los que 6.300 (29%) son enfermeras/os.

Desde hace años cuenta en su estructura con un Servicio de Formación Continuada, si bien desde hace un año y tras un cambio en la Organización Central, adscribe una enfermera para hacer frente de manera monográfica la formación Continuada de todo el personal de enfermería.

Osakidetza define en su Plan Estratégico, cinco grandes objetivos entre los que destaca el de:

Conseguir que los trabajadores sanitarios desarrollen sus propias competencias y capacidades, se identifiquen con la filosofía y los objetivos de Osakidetza como ente y con los de sus respectivos Centros de pertenencia y alcancen un nivel de satisfacción que motive de manera positiva sus actuaciones y comportamientos.

El desarrollo de este objetivo lleva consigo el establecimiento de un Plan de Formación Continuada para todo el Ente y la consideración de la docencia como un factor de motivación de los profesionales.

Por su parte la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria, es un centro Público cuya titularidad ostenta el Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco y está adscrita a la Universidad del País Vasco-EHU.

En tercer lugar el Plan de Empresa de Osakidetza le otorga a la Escuela la facultad de velar por la formación de pregrado, postgrado, formación continua e investigación en enfermería. En consecuencia la E.U.E. se concibe como el punto de referencia de la formación en nuestra Empresa —Osakidetza.

En esta comunicación nuestro interés radica en transmitir los valores de una experiencia desarrollada en el último año, como consecuencia de la actuación coordinada entre la estructura de Formación Continuada de Osakidetza y la Escuela Universitaria de Enfermería. Esta actuación nos ha posibilitado no sólo el acercamiento físico, sino la oportunidad de compartir dos aspectos fundamentales para el desarrollo de cualquier programa:

1. Detectar las necesidades de formación a partir de las demandas y sensibilidades asistenciales y docentes.
2. Reforzar, por un lado la misión de la Escuela como punto de referencia y apoyo en el avance disciplinar y por otro, el acercamiento de las dos sensibilidades: docente y asistencial, aportando cada una el valor añadido de su ámbito profesional.

MÉTODO

La planificación del Plan de Formación Continuada se realiza tomando las siguientes referencias:

- Las áreas priorizadas del Plan de Salud del País Vasco.
- Los Objetivos Estratégicos de Osakidetza.
- Las necesidades detectadas y priorizadas por: los Centros asistenciales, docentes (Profesorado, tutores de prácticas) y resultados de los trabajos de investigación de licenciados E.N.I.

El desarrollo del Programa de Formación se realiza atendiendo los siguientes criterios:

1. Colectivo profesional: Enfermera (generalista, matrona y S. Mental), Auxiliar de Enfermería, Fisioterapeutas y Técnicos especialistas.
2. Área Sanitaria: Bizkaia, Gipuzkoa y Araba.
3. Ámbito de Atención: Primaria y Hospitalaria.

Asimismo la actividad se orienta en cuatro grandes categorías:

1. Dirigida exclusivamente a los profesionales de Osakidetza-SVS.
2. Dirigida a todos los profesionales que estén interesados
3. Dirigida a enfermeras/os en listas de sustitución para unidades especiales (UCI, Hemodiálisis Urgencias, Pediatría, Quirófano, etc.)
4. Dirigida a formas especialistas en Salud Mental y Enfermería Obstétrico-Ginecológica Matronas.

La Evaluación global del Programa de Formación, así como de las actividades concretas, se realiza valorando aspectos de Estructura, Proceso y Resultados. En la misma participan los propios alumnos, el profesorado y los responsables de las actividades.

RESULTADOS

Se desarrolla un Plan de Formación Continuada para Enfermería desde la Organización Central, complementario a los planes propios de cada Centro.

A pesar del poco tiempo transcurrido, se han impartido actividades formativas a 193 supervisoras, 600 enfermeras de Atención Hospitalaria, 395 de Atención Primaria y 300 profesionales de otras categorías.

CONCLUSIONES

1. La estrecha colaboración de la estructura de Formación Continuada de Osakidetza con la Escuela Universitaria de Enfermería representa un puente que facilita y enriquece tanto al área clínica como docente.
2. Las actividades en las que se ha hecho más patente el acercamiento han sido:
   - Metodología avanzada de Cuidados Enfermeros para supervisoras y responsables de docencia de los centros.
   - Talleres para el estudio de casos referidos a procesos seleccionados por los clínicos.
3. De las evaluaciones de las actividades llevadas a cabo destaca la elevada satisfacción de los participantes clínicos en relación tanto a la metodología enfermera empleada, como a la capacidad de los docentes para aproximarse a la práctica clínica.

Por su parte los docentes expresan la gran utilidad de su participación en este tipo de actividades ya que enriquece su conocimiento en la casuística y en la puesta en práctica real de los cuidados.

Formación continuada: Talleres de prevención y curación de úlceras por presión

Cristina Quiralte Castañeda(*)
y Rosa María Martínez Prieto(**)

(*) (**) Unidad de Úlceras por Presión. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

ANTECEDENTES

La Unidad de Úlceras por Presión recoge la información relativa a los pacientes de riesgo de ulceración y a los pacientes ulcerados intra o extrahospitalariamente en el Área 7 excluida la Unidad de Obstetricia.

Toda la información procesada se transmite a las supervisiones de las Unidades correspondientes y a la vez, a la Dirección de Enfermería, semestral y anualmente.

Durante el proceso de seguimiento de los pacientes ulcerados se ha detectado la necesidad de profundizar en los conocimientos relativos a la prevención y a la curación de las úlceras por presión. Por una parte la renovación del personal se hace periódicamente lo mismo que los productos destinados a la curación y los soportes de prevención.

La puesta en marcha de talleres dirigidos a la formación continuada de auxiliares y enfermeras se valoró como la forma más efectiva de llegar a todo el personal asistencial. La metodología empleada es activa participativa y el número reducido de asistentes en cada taller, ayuda a mejorar la comunicación y la participación.

OBJETIVOS

Describir la puesta en marcha de un plan de formación continuada.

Evaluar la efectividad de los talleres en los indicadores de resultado.

MATERIAL Y MÉTODO

Las asistentes a los talleres han sido 201 enfermeras y 178 auxiliares de enfermería pertenecientes a la hospitalización médico-quirúrgica, unidades de críticos, servicios especiales, servicio de urgencias, quirófanos y consultas externas. La media de asistencia de enfermeras ha sido de 10,4 personas por taller y la de auxiliares ha sido de 9,5.

Para valorar la efectividad se han utilizado los indicadores del servicio de vigilancia de la Unidad de Úlceras de los años 1997 y 2000.

Métodos

Se establece un día concreto de cada mes en horario de mañana y de tarde alternando los talleres de auxiliares y de enfermeras, con la intención de que todos los turnos puedan tener acceso a ellos. Tienen una duración de 1,30 h. y carácter abierto para que participen las personas que en ese día puedan hacerlo.

Al final se pasa entre los asistentes una encuesta de valoración del taller

Los talleres de prevención van dirigidos fundamentalmente a las auxiliares de enfermeria que son las que se encargan de realizar el aseo del paciente y los cambios posturales.

Se han realizado 17 talleres para auxiliares. La asistencia ha sido de 17,34%.

Objetivos

Aplicar correctamente el protocolo de prevención.

Identificar correctamente el grado I.

Metodología

Es activa-participativa. Se realiza una exposición sobre la importancia del aseo y de los cambios posturales en la prevención de las úlceras por presión ayudado por un soporte de diapositivas. Se establece un diálogo entre las asistentes y la enfermera de la Unidad de Úlceras, acerca de las circunstancias particulares de cada servicio y de los soportes de ayuda con los que cuentan, el tipo de pacientes que manejan, etc., tratando de resolver las dificultades que en un momento dado puedan plantearse. Se discute sobre las ventajas de la unificación de criterios y a través de diapositivas, se hace la identificación del grado I y se resalta la importancia de una identificación

temprana de la úlcera para evitar que progrese a grados más profundos y de más difícil curación.

Los talleres de curación van dirigidos a las enfermeras asistenciales que son las que realizan la valoración la curación de las úlceras.

Se han realizado 21 talleres. La asistencia ha sido del 15,46%.

Objetivos

Identificar correctamente los grados y caracteristicas de las úlceras por presión.

Aplicar correctamente los productos según grado y caracteristica de la úlcera.

Metodología

Es activa-participativa. Se explica la definición de los grados de las úlceras y el sistema de identificación, las características de cada grado, las localizaciones más frecuentes y el tamaño de la úlcera según el grado, insistiendo en la identificación del grado I y el diagnóstico diferencial con otras lesiones.

Asimismo se explica la utilización y acción de los productos de curas existentes en el hospital. Se establece un diálogo con la enfermera de la Unidad de Úlceras para resolver las dudas y se van valorando conjuntamente los grados y caracteristicas de las úlceras mediante diapositivas.

Se presentan la distribución de frecuencias en las variables y su comparación se realiza con el test de X.

RESULTADOS

El Índice de ulceración que había antes de la realización de los talleres era en el año 1997, el siguiente:

GRADO I, 39,4%; GRADO II, 52%; GRADO III, 8,4%.

Después de realizar los talleres, en el año 2000 era: GRADO I, 42,9%; GRADO II, 48,8%; GRADO III, 7,9%. Aunque se han reducido los índices de ulceración, no ha habido una diferencia significativa (p=0,39).

En cuanto a los protocolos de curas, en el año 1997 se obtuvieron los siguientes resultados: Para la cura del Grado I se utilizaba la Povidona lodada en 30,9% y la Pasta de óxido de zinc en 16,9% que son los indicados para este grado. Se utilizaba también

erróneamente: Catalasa en 21,5%, Apósitos hidrocoloides (que no están indicados en el ámbito hospitalario) en 5,3% y la simple hidratación con crema en 20,4%.

En el año 2000 los resultados han sido: En el Grado I se ha utilizado la Povidona Iodada en 21,3%, la Pasta de óxido de zinc en 57,6%, la Catalasa en 12,8%, los apósitos hidrocoloides en 1,2% y la crema hidratante en 5,4%.

En el año 1997 en el Grado II se utilizaba la Povidona Iodada en 28,9%, Catalasa en 35,7%, Apósitos hidrocoloides en 8,9% y se utilizaba, erróneamente, Colagenasa en 18,6%, Hidrogel en 0,8%.

En el año 2000 en el Grado II se utiliza Povidona Iodada en 18,5%, Catalasa en 61,7%, Apósitos hidrocoloides en 3,8%, Colagenasa en 9,2%, Hidrogel 1,8%.

En el año 19997 en Grado III se utilizaba: Povidona Iodada en 10,8%, Colagenasa en 69,2%, Apósitos hidrocoloides en 14,1%, Hidrogel en 2,3% y, erróneamente, Pasta de óxido de zinc en 1%.

En el año 2000 en el Grado III se utiliza: Povidona Iodada en 15,2%, Colagenasa en 55%, Apósitos hidrocoloides en 2,5%, Hidrogel en 12%, Alginato cálcico en 10,6%, Colágeno en 0,9% y, erróneamente, Pasta de óxido de zinc en 0,4%.

CONCLUSIÓN

Después de haber realizado los talleres hemos comprobado que el interés sobre estas cuestiones ha aumentado considerablemente. La utilidad práctica del taller se ha considerado suficiente en 68,6% de auxiliares y 40% de enfermeras y se ha considerado mucha en 27,3% de auxiliares y 58% de enfermeras. La actualización periódica ha sido considerada muy interesante por 73,3% de auxiliares y 83,1% de enfermeras. Asimismo el carácter abierto de la asistencia ha facilitado el ajuste de las plantillas. La identificación del grado I ha aumentado en 5,6% y se han aplicado más correctamente los protocolos adecuados. Crcemos que el índice estadistico no es significativo por que la población asistente ha sido pequeña. Pensamos que en años próximos, dado el interés demostrado, aumentará la población y se volverá a realizar una evaluación de la efectividad de los talleres ya que consideramos que pueden contribuir a la mejora de la calidad de los cuidados de prevención y curación de úlceras.

PALABRAS CLAVE

Taller, úlceras por presión, prevención y curación.

Tabla 1: Resultados de las encuestas realizadas a las auxiliares de enfermería asistentes a los talleres de prevención de úlceras por presión.

	Ninguna	Poca	Suficiente	Mucha	NS/NC
Utilidad práctica del taller	0,66%	2%	68,67%	27,33%	1,34%
Aprovechamiento individual		4%	70,67%	24%	1,33%
Organización		6%	66%	20,67	7,34%
Metodología y métodos didácticos empleados		8,67%	68%	20%	3,33%
Te ha aportado conocimientos	0,66%	9,33%	53,34%	32,67%	4%
Consideras interesante la actualización periódica de los talleres		0,66%	24%	73,34%	2%
Crees que ha existido comunicación con la enfermera de la Uidad de U.P.P. en este taller	0,66%	2,67%	325	64%	0,67%

Tabla 2: Resultados de las encuestas realizadas a las enfermeras asistentes a los talleres de curación de las úlceras por presión.

	Ninguna	Poca	Suficiente	Mucha	NS/NC
Utilidad práctica del taller		2%	40%	58%	
Aprovechamiento individual		2%	49%	49%	
Organización		5%	67%	28%	
Metodología y métodos didácticos empleados		8%	64%	28%	
Te ha aportado conocimientos		3%	50%	47%	
Consideras interesante la actualización periódica de los talleres		2%	15,17%	83,1%	
Crees que ha existido comunicación con la enfermera de la Uidad de U.P.P. en este taller		1,6%	28%	70%	

La formación continuada en España

Laura Martínez de Celis(*), Sara García López(*),
M.ª Elena Fernández Martínez(**) y Francisco Javier Pérez Rivera(*)

(*) E.U.E. León. (**) E.U.E. León (Campus de Ponferrada).

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el concepto de formación continuada es: «Proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente que se inicia al terminar la formación básica y que está destinado a actualizar y mejorar la capacidad de una persona o grupo frente a la evolución científico-tecnológica y a las necesidades sociales» (2).

Como consecuencia de la situación actual en lo que a la formación pre y postgrado en Enfermería se refiere, los profesionales al finalizar la Diplomatura se ven obligados a replantearse su situación en el mercado laboral. Esto lleva, la mayor parte de las veces a la realización de multitud de cursos de muy distintos campos, sin ninguna planificación de los mismos.

Un claro reflejo de una determinada realidad es lo que sobre ella se publica.

OBJETIVOS

1. Conocer el número de artículos publicados sobre formación continuada en los últimos diez años en seis de las revistas más importantes de la Enfermería española: «Enfermería Científica», «Enfermería Clínica», «Nursing», «Index», «Metas» y «Rol».

2. Observar la evolución de:
   - Cantidad, forma y contenidos de los artículos.
   - El pensamiento e interés en la formación continuada en Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Estudio, cuantitativo y cualitativo a través de la revisión bibliográfica manual de los artículos publicados sobre formación continuada en Enfermería en seis revistas de la Enfermería Española:
   - En «Rol de Enfermería», «Enfermería Científica», «Enfermería Clínica» y «Nursing» durante los últimos diez años (1991 a 2000, ambos inclusive).
   - «Metas» e «Index» de Enfermería (a partir del inicio de su publicación y hasta el año 2000 inclusive).
2. Análisis de dichos artículos.

RESULTADOS

1. Se han encontrado un total de 48 artículos.
2. Se han clasificado según el tema del que hablaban dichos artículos, analizando su contenido.
3. Según el enfoque se pueden diferenciar tres grandes tipos de artículos:
   - Aquellos que estudian el grado de motivación y/o interés de los profesionales por la formación continuada (a través de cuestionario,s principalmente).
   - Aquellos que muestran su visión sobre cómo y por qué se debería desarrollar la formación continuada (a través de artículos de opinión, editoriales..., principalmente).
   - Aquellos que buscan la metodología más adecuada a seguir en la elaboración y aplicación de programas de formación continuada.
4. No se ha observado evolución significativa en la publicación de artículos sobre el tema a lo largo de los diez años (Anexo I: gráficos 1, 2, 3 y 4.)

Tabla 1: Resultados de las encuestas realizadas a las auxiliares de enfermería asistentes a los talleres de prevención de úlceras por presión.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
«Rol»	2	1	2	3	5	3	—	—	1	2	19
«Nursing»	2	1	—	—	—	—	2	—	—	—	5
«Clínica»	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1	4
«Científica»	3	2	1	3	1		1	3	1		15
«Index»	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	3
«Metas»	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
TOTAL	7	4	3	7	7	5	5	3	2	5	**48**
	28 (58,3%)				**20 (41,67%)**						

Las ideas que principalmente se reflejan sobre la formación continuada son:

1. La formación continuada debe cubrir las necesidades profesionales del enfermero/a, esto es:
   - Adquisición y actualización de conocimientos teóricos y habilidades prácticas que se adapten a los continuos descubrimientos y avances tecnológicos. (4) (5) (7).
2. Además debe enfocarse hacia los intereses y expectativas del profesional y así conseguir su desarrollo personal (1) (2) (8).
3. Como consecuencia de los cambios que la sociedad está experimentando, con una creciente tendencia a la llamada «cultura del bienestar»: (1) (5) (7) (9).
   - Enfermería debe replantearse la necesidad y el enfoque de la formación continuada para cumplir las expectativas en la administración de cuidados que la sociedad necesita.
   - Las empresas y las demás organizaciones en general están introduciendo nuevos criterios socio-económicos, como calidad, eficacia, eficiencia... que repercuten directamente en el desempeño profesional, lo que hace que a la vez esto afecte a los planteamientos de la formación continuada (6) (7) (9).
4. La formación continuada como derecho y deber para conseguir y mantener la excelencia profesional (1) (3) (8).
5. La formación continuada es una responsabilidad para todos los organismos encargados directa o indirectamente del bienestar de la sociedad (sindicatos, centros de salud, hospitales..., etc.), pero es la Universidad quien debería asumir la mayor responsabilidad para impartir y/o supervisar los programas de formación continuada, dado su vínculo con las E.U.E. y, por lo tanto, con los servicios de salud (2).

6. La media de artículos por año, durante los primeros cinco años es de 5,4, mientras que en los cinco años siguientes es de 4,4.

CONCLUSIONES

- En los últimos diez años tan sólo se han encontrado 48 artículos, no observándose ninguna evolución apreciable en sus contenidos o forma, únicamente se aprecia un leve descenso en el número de artículos publicados en los últimos cinco años. (La media de artículos publicados por año durante los primeros cinco años es de 5,4, mientras que en los cinco años siguientes es de 4,4.)
- En cuanto al análisis de los contenidos resaltar la importancia de la formación continuada en el desarrollo personal y profesional del enfermero/a que se refleja en la mayoría de los artículos, lo cual nos parece fundamental a la hora de elaborar y enfocar un programa formativo.
- La enfermería debe adaptarse a los cambios que la sociedad está experimentando en la visión del estado del bienestar siendo la herramienta óptima para lograrlo la formación continuada como consecuencia de estos cambios sociales las empresas y entre ellas las sanitarias deben replantearse la eficacia, calidad y eficiencia de sus servicios encontrando en la formación continuada la solución a dicha situación.
- Para evitar la desorientación y desinformación de los profesionales de enfermería (principalmente en los recién diplomados) sobre su futuro en cuanto a la formación, sería necesario que un organismo implicado en la formación de futuros profesionales como es la Universidad, se responsabilizara directa o indirectamente de la formación postgrado tan necesaria y demandada.
- Toda profesión tiende hacia la excelencia. Para ello la evaluación de las necesidades formativas reflejadas por los profesionales es fundamental para el enfoque, la elaboración y el inicio de un programa de formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Sancerní Oliván, P.; Pollán Rufo, M; Idoate García, V. M., y Cremaes Mallorga, E.: «Formación continuada. Motivación, interés, necesidades...», *Rol de Enfermería,* 1992, 161; 58 - 63.

(2) Rodríguez de Vera, B. C.; Farrerons Noguera, L.; Jiménez Díaz, J. F.; Medina Castellano, C. D., y Medina Santana, R.: «Enfermería y formación continuada», *Enfermería Científica,* marzo-abril, 1994; 144-145; 67-68.

(3) PAES DA SILVA, M. J.; LÚCIO PEREIRA, L.; ANTONIETA BENKO, M.: «Educación en el trabajo. Una forma de desarrollo personal», *Rol de Enfermería,* 1994; 185; 87-92.

(4) POLLÁN RUFO, M., y GABARI GAMBARTE, M. I.: «Formación continuada en Enfermería. ¿Recurso o necesidad?», *Enfermería Científica,* enero-febrero, 1995; 154-155; 7-11.

(5) ESTEVA SALÓ, M.: «Perspectivas de futuro para la formación continua», *Rol de Enfermería,* julio-agosto, 1995; 203-204; 12-14.

(6) GRACIA AZORÍN, P.: «La formación en la gestión del cambio», *Rol de Enfermería,* septiembre, 1995; 205; 12-13.

(7) CERNUDA MENÉNDEZ, C.: «La formación continuada para la gestión del cambio en los servicios sanitarios», *Rol de Enfermería,* 1996; 212; 13-16.

(8) MARTÍNEZ DEL CAMPO, P.: «La formación Continuada: a partir de las necesidades sentidas», *Index de Enfermería/Invierno 1996,* año V, 15; 50-51.

(9) CASTELLANOS RUIZ, M. T.; PELETEIRO FERNÁNDEZ, T.; SÁNCHEZ SEBIO, P., y COMENDADOR REY, C.: «Un instrumento de gestión: docencia en las unidades de enfermería», *Enfermería Científica,* marzo-abril, 1997; 180-181; 64-66.

Gráfico 1

Evolución núm. artículos/año

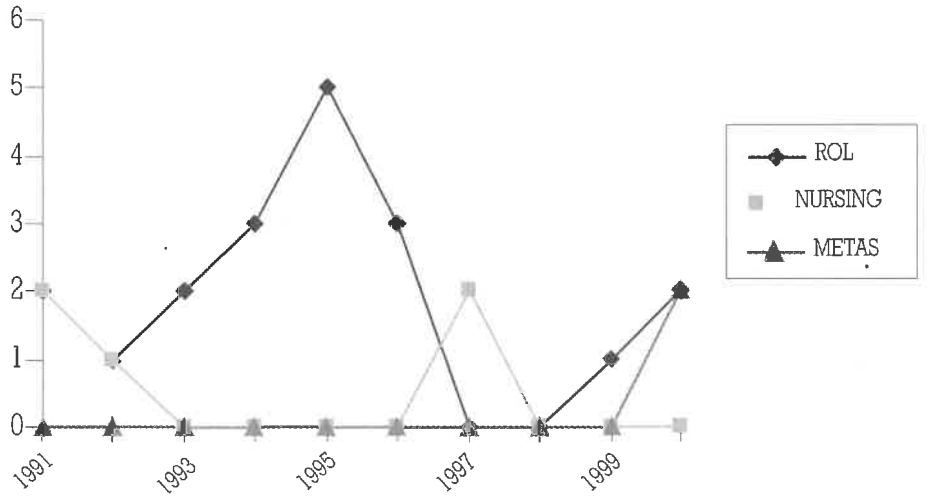


Gráfico 2

Evolución nº artículos/año

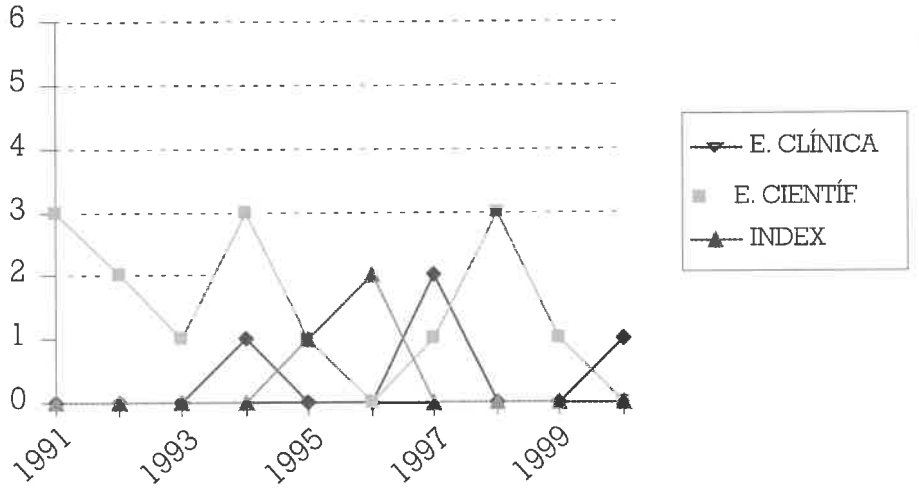


Gráfico 3

Total artículos/año

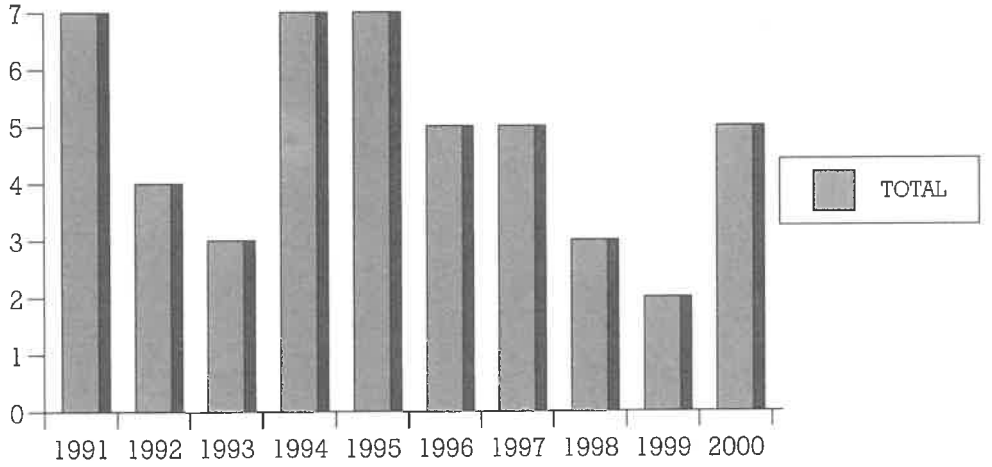
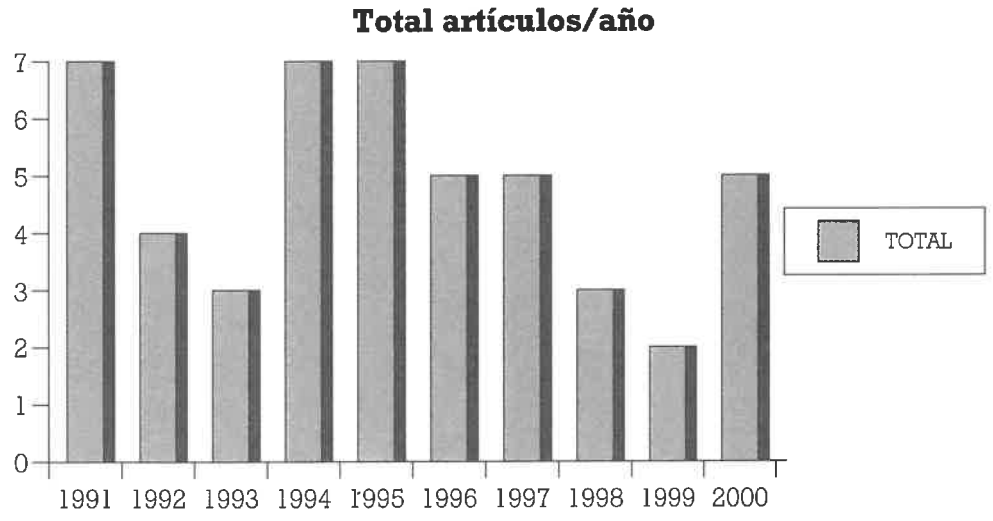


Gráfico 4


Total artículos/año
7
6
5
4
3
2
1
0
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
TOTAL

Identificación de necesidades de formación en Unidades de Gestión de Cuidados

José Carlos Habas Pérez(*)

(*) Hospital «Virgen Macarena». Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes, entorpecedores e invalidantes que hemos observados en el proceso de creación y desarrollo de las Unidades de Gestión de Cuidados es el que se refiere a los déficit formativos. Las necesidades de formación, por parte de los profesionales de enfermería, se han concentrado en dos aspectos fundamentales, a saber: en la formación metodológica enfermera y en la formación puramente administrativa y gestora. Sin olvidar que las «lagunas» metodológicas reflejan una confusión preocupante, habida cuenta de los problemas de comunicación que plantean.

MATERIAL Y MÉTODO

El desarrollo de los proyectos de planificación de Unidades de Enfermería llevados a cabo desde 1998 en la H. U. «Virgen Macarena» ha puesto de manifiesto estas carencias merced a la toma de contacto con los profesionales implicados a través de técnicas cualitativas tales como grupos de discusión, tormentas de ideas, etc., así como, estimando como elemento de juicio muy enriquecedor, las evaluaciones y sugerencias de los cursos de formación realizados, en dicho período, por éstos.

CONCLUSIONES

Entre otras cabe destacar el déficit de conocimientos tanto en lo referente a aspectos más academicistas, como metodología enfermera, modelos, etc., o en aspectos menos elevados, como el desconocimiento de fundamentos elementales de Gestión Sanitaria, ausencia de criterios de eficiencia en los cuidados, etc. Constatando que estos déficit no se han acompañado de un incremento significativo de las demandas de formación en este período.

Alumnos de tercer curso: Futuro inmediato

María Teresa Villar Varela(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos.

Acabé la carrera de Enfermería en 1990 y he trabajado en unidades de hospitalización diferentes desde entonces.

Después de algo más de 10 años dedicada fundamentalmente a la asistencia, aunque trabajando desde el principio con alumnos de 2.° y, desde hace cuatro años, con alumnos de 3.°, una se pregunta si es suficiente lo que enseña y si es capaz todavía de transmitir el entusiasmo, la dedicación y el gusto por el cuidado de los enfermos, así como la inquietud por la investigación.

Esta es la reflexión que me hizo abordar el objetivo de esta comunicación.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVO

En 1997 llego a la Unidad de Enfermedades Infecciosas del mencionado hospital y me encuentro con un servicio que alberga pacientes con patologías tales como: Tuberculosis, Meningitis, Varicela, SIDA, pacientes infectados por Staphilococo Meticilin Resistente, etc., las cuales, precisan unas medidas de aislamiento y de asepsia que, de no conocerlas y aplicarlas, podrían poner en riesgo la salud de los pacientes, y la de los propios profesionales que allí trabajamos.

Esto fue lo que me hizo darme cuenta que los alumnos de Enfermería necesitarían una formación distinta a la que hasta ahora yo había impartido.

Y este mismo pensamiento me hace plantearme como objetivo saber si en los hospitales las enfermeras asistenciales enseñamos lo que los alumnos deben aprender.

2. MÉTODO

Es un estudio descriptivo del proceso de planificación del programa formativo establecido en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico San Carlos (HCSC), dirigido a los alumnos de 3.° de Enfermeria, que pasaron por esta Unidad, durante el curso académico 1999-2000.

Como acogida los alumnos reciben información de la ubicación y organización de la Unidad. Es decir, se les explica que la situación del Servicio al final de la planta no es aleatoria, sino que está motivada por el intento de evitar el tránsito de personal y familiares, de manera innecesaria; que en cada habitación hay dos pacientes, con diagnósticos compatibles; que cada habitación consta de una antesala, que favorece el aislamiento, cuando éste es necesario; que las puertas de las habitaciones con aislamiento estricto, protector y respiratorio, deben permanecer cerradas siempre, etc.

Estas primeras normas organizativas se las proporcionamos por escrito, para facilitar su asimilación.

Posteriormente son presentados al resto del equipo formado por médicos y residentes de Medicina Interna y de Psiquiatría, personal de Enfermeria (enfermeras y auxiliares), celador, asistente social y personal de limpieza, destacando la importancia de la labor de cada uno para que todo funcione bien.

En los días sucesivos verán las patologías más frecuentes y se les pondrá al corriente de sus mecanismos de transmisión, de si necesitan o no aislamiento y porqué, en qué consisten estas medidas y cómo ponerlas en práctica.

Las medidas de asepsia empleadas y la importancia de éstas es una parte importante del programa. Como personal sanitario, somos el primer vehículo de transmisión de las infecciones cruzadas y sobre esto se hace hincapié cada día. No en vano somos la Unidad de Enfermedades Infecciosa del hospital.

Como último punto a tratar, colocamos todo lo concerniente al material desechable. Aquí les explicamos los tipos de contenedores que existen y qué se desecha en cada uno en función de que sea material punzante, material contaminado no punzante, cristal, sustancia citotóxicas o papel.

Lo enseñado es apoyado con bibliografía existente en la Unidad: manuales de procedimientos, protocolos del hospital, tratados de Medicina sobre enfermedades infecciosas, etc.

De esta manera se completa el programa dirigido a complementar la formación universitaria de los alumnos.

El proceso finaliza con la evaluación de los alumnos en base a la aplicación de los conocimientos adquiridos, a lo largo de su tiempo de prácticas, y al plan de cuidados que elaboran sobre un paciente determinado.

3. RESULTADOS

En el curso académico 1999-2000 han pasado por esta unidad ocho alumnos de 3.° de Enfermería repartidos en cuatro rotaciones.

Los planes de cuidados que realizaron fueron calificados por su profesora asociada, con un siete en dos de los casos y con un ocho en los otros dos.

Al finalizar las prácticas, todos ellos aplicaban correctamente los protocolos de la Unidad, lo cual quedó reflejado en su evaluación final.

Sólo un alumno precisó un mayor estímulo personal para que se integrara en la dinámica del equipo, pero conocía y aplicaba los conceptos impartidos.

Se puede decir, por tanto, que los resultados fueron bastante positivos.

4. CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto se deduce que:

- La planificación de la actividad docente permite evaluar si se han conseguido los objetivos propuestos.
- La estandarización del proceso formativo mejora la calidad de la enseñanza impartida a los alumnos de Enfermería.

Para terminar, me gustaría hacerlo con una breve reflexión dirigida a todos los profesionales vinculados en mayor o menor medida a la docencia:

«TUS ALUMNOS HOY, PUEDEN SER TUS COMPAÑEROS MAÑANA.»

5. BIBLIOGRAFÍA

GOETZ, J. P., y LECOMPTE, M. D. (1988): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.* Madrid: Moata.

XX Sesiones de la Asociación Española de Enfermeria Docente. S. Sebastián 3, 4 y 5 de marzo de 1999.

La influencia del patrón biomédico en la formación del alumnado. Una elección condicionada

Susana Limia Redondo(*)
y Carmen Venturini Medina(**)

(*) Profesora Asociada de Fundamentos de Enfermería Universidad Rey Juan Carlos.
(**) Profesora Asociada de Enfermería Médico-Quirúrgica.
Universidad Rey Juan Carlos.

1. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería ha sufrido un largo proceso de interiorización del patrón médico, lo cual está condicionando la formación del alumnado de enfermería.

Tal y como diversos autores han apuntado, Enfermería, en muchas ocasiones, organiza los cuidados en torno al Diagnóstico Médico y desarrollo de técnicas exclusivamente, y así se muestra a nuestro alumnado.

El alumnado tenderá a reproducir lo que ve. Las necesidades formativas que el alumnado siente y exprese estarán condicionadas por lo que observe y, fundamentalmente, en el ámbito clínico.

Objetivos

Conocer cuánto influye la interiorización del patrón biomédico del profesional de enfermería en el alumno.

Hipótesis

El alumnado elige las materias optativas y de libre elección en concordancia con el patrón biomédico culturalmente predominante.

2. METODOLOGÍA

El estudio se ha desarrollado por medio de dos análisis cuantitativos:

— Estudio de la elección que el alumno hace de las asignaturas optativas y de libre elección.

— Cuestionario cumplimentado por 150 alumnos.

El cuestionario consta de los siguientes apartados: configuración de planes de estudio, formación práctica, actividades no docentes, necesidades docentes complementarias.

3. RESULTADOS

La hipótesis del estudio ha sido confirmada (Intervalo de Confianza, 95%).

La optatividad con mayor número de alumnos son aquellas asignaturas con gran contenido instrumental o técnico. Asimismo, la selección de las asignaturas de libre elección siguen en el mismo comportamiento.

Los resultados obtenidos de la encuesta muestran la necesidad de aumentar horas de formación en el ámbito de la Enfermería Médico-Quirúrgica, tanto teoría como práctica. En cuanto a la propuesta de Formación complementaria, éstas eran fundamentalmente técnicas («Instrumentación quirúrgica»).

4. CONCLUSIONES

La socialización secundaria de nuestros alumnos en relación al rol profesional sigue el modelo biomédico e instrumental o técnico, característico de los estudios de A.T.S. y, consecuentemente, el alumno solicita lo que ve. Por tanto, el proceso de asimilación cultural del patrón biomédico está condicionando la elección formativa y personal del propio alumno. El alumnado no percibe la necesidad en otras áreas no hospitalarias (Enfermería Comunitaria) o en otros ámbitos (Enfermera Geriátrica). Este comportamiento le sitúa alejado de las necesidades sociosanitarias actuales.

Estrategias para la formación enfermera ante las nuevas demandas de salud

Ana María Fernández Ferreiro(*)

(*) Enfermera especialista en Salud Mental. Profesora Colaboradora de la Universidad Europea-CEES

ANTECEDENTES

En los últimos años se está observando un aumento de pacientes con problemas de salud mental, que implica un aumento de los recursos y una necesidad cada vez mayor de formación y conocimientos en los profesionales de la salud para abordar estos problemas.

Las transformaciones sociales someten a los individuos a tensiones que les lleva hasta el límite de sus posibilidades. Las características del entorno social condicionan a los individuos, las personas son el productos de la sociedad donde viven. Los nuevos problemas de salud y las demandas psicosociales se caracterizan por:

— Cronificación de enfermedades físicas y psíquicas.

— La marginalidad, los nuevos marginales: las personas con dificultad para la gestión de la propia vida.

— Las víctimas de la violencia.

— Adicción a drogas, alcohol.

— Estrés, ansiedad, sentimientos de vacío.

— Depresión.

Las nuevas demandas de salud implican la necesidad de plantearse ¿cómo formar a enfermeras/os para abordar estas necesidades de cuidados?

OBJETIVOS

Analizar las características del entorno social que condicionas a las personas.

Identificar los nuevos problemas de salud que caracterizaran el siglo XXI.

Identificar y analizar estrategias para la formación de las enfermeras.

MÉTODO

Se analizarán las principales características sociales del siglo XXI: cambios en la comunicación, la sociedad de la globalización, la caída del estado de bienestar, la trasformación del trabajo, cambios en la estructura familiar.

Se describirán las características de los individuos, los problemas de salud y demandas psicosociales.

Se propondrá como estrategia formativa la formación en relación de ayuda terapéutica basada en:

— Técnicas relacionales: observación y entrevista.

— Entrenamiento en habilidades sociales.

Las características de los nuevos profesionales enfermeros se basarán en el autocontrol, saber comunicar, saber escuchar, iniciativa, perseverancia, capacidad de motivar y la empatía.

CONCLUSIONES

La propuesta de las estrategias formativas se basa en integrar estos conocimientos, actitudes y aptitudes como objetivos trasversales en el currículo académico, además de complementar la formación con seminarios y talleres.

Los profesionales formados en estas técnicas facilitaran la capacidad de las personas para adaptarse al entono social donde vivan.

Necesidad de formación para enfermería

Antonia Pades, Miguel Bennasar, Mireia Barredo, Rosamaría Alberdi, Margarita Miró

Departamento Enfermería. Universitat Illes Balears

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende detallar de forma descriptiva la percepción que tienen los alumnos de 3.° curso de enfermería de la EUE de la Universitat de Illes Balears, sobre la visión que de su profesión tiene el usuario al que atiende. Después del análisis de los datos se proponen una serie de estrategias para mejorar la autoestima y dotar al alumno de recursos para sentirse más seguro y diestro en las relaciones interpersonales.

MÉTODO

Se les plantea a los alumnos la pregunta abierta: ¿Cómo creéis que nos ven los enfermos?, justificando que según «el cómo nos ven los demás», se irá configurando nuestra autoestima-autoconcepto y ello repercutirá en las conductas sobre el usuario-familia. Se limita la posibilidad de respuesta a tres, y se realiza posteriormente un análisis cualitativo por categorías. La aplicación se hizo individual, anónima y por escrito.

RESULTADOS

La muestra: n=52 sujetos de 3.° enfermería de la UIB. Media de edad: 22,54 años, 42 mujeres y 10 hombres. Los resultados sobre el análisis cualitativo de las respuestas se presentarán en las jornadas.

CONCLUSIONES

La mayoría de los alumnos presentan connotaciones negativas en relación a la idea de cómo percibimos y creemos que los enfermos nos ven. Si atendemos a que esta percepción puede condicionar nuestra imagen profesional e incluso las interacciones con los otros, se proponen unas estrategias generales y específicas con el fin de fortalecer la autoestima profesional y aumentar la competencia social para garantizar la prestación de cuidados integrales de calidad.

BIBLIOGRAFIA

Gala, F. J.; Lupini, M.; González, R.; y cols: Cómo evoluciona la autoestima profesional: una análisis comparativo entre alumnos y profesionales de enfermería. Scentia. 1997. Vol. 3, Cabrera, S.; Guil, R.; y Vázquez, P.: Asertividad en enfermería: Una característica de la profesión? Enf. Clínica. 1998. Vol. 8, n.° 3, 99-103.

Programa de orientación al personal de nuevo ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

M. J. Simón García(*), A. L. Blesa Malpica(**), J. J. López Cid(*), M. A. Calvo Gautier(***) y E. M. Antón Pleite(****)

(*) Supervisores del Servicio de Medicina Intensiva. (**) Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva. (***) Adjunta de Enfermería del Área de Críticos. (****) Enfermera del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Hablar de personal de nueva incorporación lleva idefectiblemente relacionarlo con la gestión de personal y por tanto con los recursos humanos. Todos somos conscientes que en el sistema sanitario, el personal es el recurso más valioso y también el más costoso, esto conjuntamente con la continua evolución y desarrollo del mundo sanitario, hace necesario [1] [2]:

- Una adecuada y correcta política de personal.
- Un programa de formación, que mantenga de forma permanente a todo el personal, en aquella situación óptima, que le permita prestar una atención de máxima calidad [3].

En enfermería, al no existir todavía especialidades de acuerdo a nuestras necesidades, la selección de personal se ha planteado siempre en base a la igualdad de acceso, de forma que se puede acceder a todos los puestos de trabajo [4], aun cuando las funciones de ese puesto no tengan relación con la formación del sujeto. Por todo ello, los profesionales que se dedican al campo de la Formación continuada en cualquier centro de atención al usuario coinciden en la estructuración de su actividad en tres niveles [5]:

- Programas de orientación del personal de nuevo ingreso.
- Programas de capacitación del personal de plantilla.
- Programas de educación en servicios (unidades).

La incorporación de personal nuevo plantea problemas tanto a los nuevos profesionales, como al personal de plantilla. Los nuevos profesionales presentan inseguridad e incertidumbre [6], debido a la responsabilidad bruscamente adquirida y a la desubicación. En cuanto al personal de plantilla, se plantean los problemas en relación a una sobrecarga de trabajo. Los programas de orientación, permiten reducir el número de horas de trabajo perdidas, en busca de información sobre aspectos generales o personales de la institución, además de minimizar la ansiedad de los nuevos profesionales [7]. Por tanto un programa de orientación debe cubrir los siguientes aspectos:

1. Información de filosofía, políticas y normas del centro.
2. Ubicación en el centro, unidad.
3. Presentación a los compañeros de trabajo.
4. Información de procedimientos de la unidad.
5. Información/formación o bien actualización de técnicas y actuaciones específicas de la unidad.

Por otro lado, para la aplicación del programa es imprescindible contar con la participación de profesionales de plantilla [8] [9] de capacitación demostrada en los temas integrantes del mismo, el cual se relacione mas íntimamente con el personal de nuevo ingreso, para facilitar el aprendizaje y colaborar con la Supervisión de la unidad en la evaluación de dicho personal y del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado con 13 enfermeros, la totalidad del personal contratado en las suplencias de verano (1 de julio a 30 de septiembre). Todos ellos habían terminado la carrera en el mismo curso académico y habían realizado una rotación correspondiente a la asignatura de enfermería médico-quirúrgica en la unidad, en el último año de la Diplomatura.

El estudio se realiza en una unidad de Cuidados Intensivos polivalente, con secciones separadas y específicas por patologías (Coronarios, Cirugía cardíaca, Politraumatizados y Médicos-Quirúrgicos).

El programa de orientación de la unidad consta de tres partes:

1. La supervisión de área funcional (SAF), les informa de los objetivos, organización y estructura del centro y de la División de enfermería.
2. La supervisión de la unidad (SUF), les informa de los mismos aspectos referidos a la unidad.

3. El monitor identifica el nivel de conocimientos del profesional de nueva incorporación (PNI) y desarrolla el programa de acuerdo a sus características.

Se seleccionaron 13 monitores del personal de plantilla, uno para cada PNI.

La duración del programa fue de un mes, del 1 al 31 de julio.

El programa de orientación consta de seis bloques referidos a técnicas y cuidados del paciente crítico:

Tabla 1: Cuidados básicos en la atención al paciente crítico.

Balance Hídrico	Soporte nutricional	Administración de medicamentos
Equilibrio electrolítico	Cuidados básicos de enfermería	Valoración y control del dolor
Prevención de infecciones	Canalizaciones venosas y arteriales	Comunicación con el paciente
Equilibrio ácido-base	Tomas de muestras biológicas	RCP avanzada
Organización del trabajo	Registros	

Tabla 2: Atención de enfermería al paciente cardíaco.

Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Desfibrilación-cardioversión, arritmias, marcapasos, swan-ganz ..
Actuación de enfermería en distintas patologías: Insuf. Cardíaca, EAP, cardiopatía isquémica, shock cardiogénico, cirugía extracorpórea

Tabla 3: Atención de enfermería al paciente respiratorio.

Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas específicas: Oxigenoterapia, humidificación, nebulización, aerosolterapia, ventilación mecánica, fisioterapia respiratoria, intubación, extubación, tubos de tórax
Actuación de enfermería en distintas patologías: Insuf. Respiratoria, broncoespasmo

Tabla 4: Atención de enfermería al paciente neurológico.

Valoración del nivel de conciencia
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Presión intracraneal Actuación de enfermería en distintas patologías: Pre y postquirúrgico en el enfermo neurológico

Tabla 5: Atención de enfermería al paciente quirúrgico.
5.1. Enfermo urológico
5.2. Enfermo de ORL
5.3. Enfermo con cirugía abdominal
5.4. Enfermo con fracaso renal

Tabla 6: Atención de enfermería al paciente politraumatizado.
Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Arco balcánico, fijadores, tracciones, Hallo, chaleco
Atención de enfermería en distintas patologías: Abdominal, columna, craneoencefálico, torácico

El sistema de evaluación es el siguiente:

- A: Nivel de conocimientos/actuación alto (individual y en relación con la unidad).
- B: Nivel de conocimientos/actuación medio (individual y en relación con la unidad).
- C: Nivel de conocimientos/actuación bajo (individual y en relación con la unidad).
- D: Nivel de conocimientos/actuación deficiente (individual y en relación con la unidad).

Se diseñó una autoevaluación para el PNI, que comprendía cuidados y técnicas especificas del paciente crítico, basada en el programa de orientación (cuidados básicos, atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico, politraumatizado y otros aspectos del paciente crítico), siguiendo el mismo esquema de evaluación que realiza el monitor.

Se diseñó, asimismo, una encuesta con el fin de valorar:

1. El nivel de ansiedad del PNI, el cual se clasificó en cinco niveles (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo).
2. La opinión del PNI sobre la necesidad de un programa de orientación (sí, no).
3. La opinión del PNI sobre nuestro programa de orientación, se clasificó en cinco niveles (muy completo, completo, escaso, malo y muy malo).

La evaluación tanto del monitor como del PNI, se realizó al inicio del programa (durante la primera semana) y al finalizar el mismo (en la semana posterior). La encuesta era voluntaria y se les dio al PNI junto con la atoevaluación.

El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS 8 para Windows, para la comparación entre la evaluación inicial y final del monitor así como la del PNI, se utilizó la T de Student para muestras apareadas y en la comparación de la evaluación inicial y final entre monitor y PNI, la T de Student para muestras independientes. E1 nivel de significación se estimó a partir de $p < 0,05$. Para el manejo estadístico se hizo una transformación a variables numéricas, de forma que el nivel A es igual a 1, y el D a 4. Por ello, los valores numéricos menores, implican mayor conocimiento/actuación.

RESULTADOS

- De forma global, entre la valoración hecha por el monitor al inicio del programa y la final, existen diferencias significativas al pasar el PNI, en general, de un nivel inicial de C a uno de B en los siguientes bloques: Cuidados básicos en la atención al paciente crítico ($p < 0,001$), atención de enfermería al paciente cardíaco ($p < 0,001$), respiratorio ($p < 0,001$), neurológico ($p < 0,001$) y quirúrgico ($p < 0,001$), no existiendo diferencias en el bloque del paciente traumatizado que se mantiene en C. (Figs. 1 y 2.)

Figura 1: Evaluación global del monitor (inicial-final) C. Básicos (B), paciente cardíaco (C) y respiratorio (R)

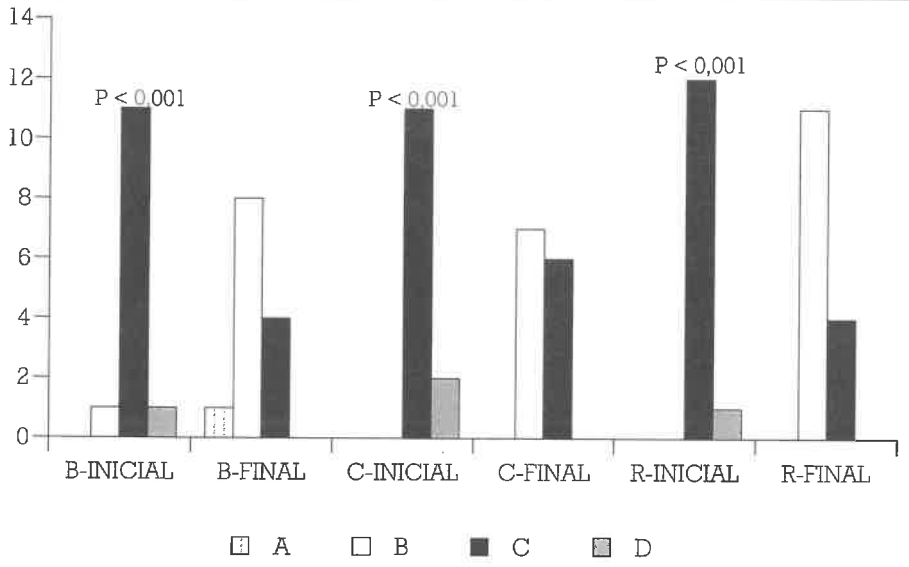
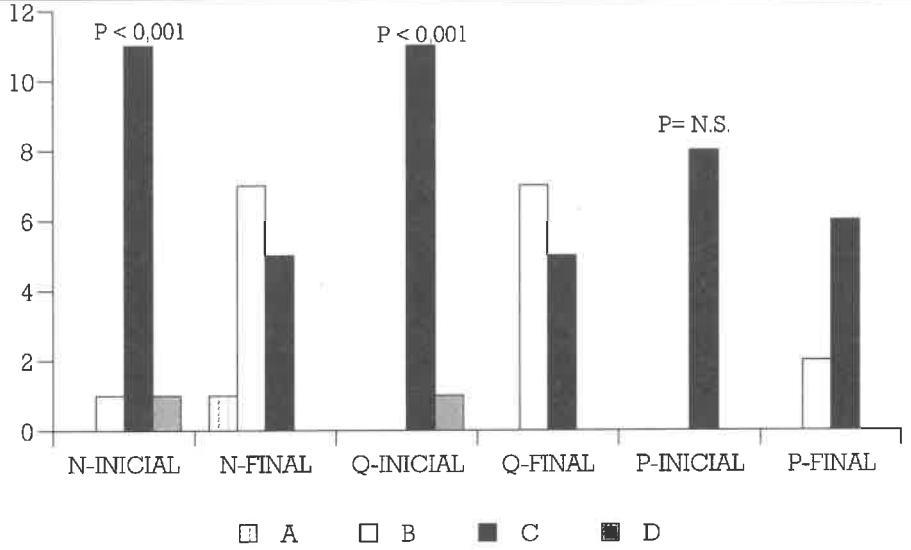


Figura 2: Evaluación global del monitor (inicial-final) paciente neurológico (N), quirúrgico (Q) y politraumatizado (P)



Analizando y comparando cada bloque por separado, tenemos que en el bloque de los cuidados básicos, existen diferencias significativas al mejorar el nivel entre el inicio y el final de C a B en los siguientes ítems: Balance hídrico ($p < 0,04$), prevención de infecciones ($p < 0,02$), nutrición enteral ($p < 0,002$), nutrición parenteral ($p < 0,001$), toma de muestras biológicas ($p < 0,012$), administración de medicamentos ($p < 0,008$), valoración y control del dolor ($p < 0,001$), RCP avanzada ($p < 0,007$) y organización en el trabajo ($p < 0,008$). En los demás ítems, partían de un nivel inicial de B salvo en canalización arterial que partían de C y aunque mejoran, no es de forma significativa.

En los bloques de atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico y quirúrgico obtuvimos significación en todos los ítems, al pasar el PNI de un nivel C a B. No las hubo en el paciente traumatizado, manteniéndose en un nivel C. Tabla I.

Tabla I: Comparación entre la evaluación inicial y final del monitor en los bloques: Atención al paciente cardiaco, respiratorio, neurológico, quirúrgico y politraumatizado.

Paciente coronario					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	3,00	0,57	2,53	0,77	< 0,008
Cuidados Específicos	3,00	0,57	2,38	0,76	< 0,001
Problemas Potenciales	3,16	0,38	2,75	0,62	< 0,02
Técnicas Específicas	2,94	0,55	2,28	0,46	< 0,001
Patologías específicas	3,06	0,52	2,55	0,59	< 0,004

Paciente respiratorio					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	2,92	0,49	2,30	0,48	< 0,001
Cuidados Específicos	2,76	0,59	2,15	0,68	< 0,001
Problemas Potenciales	3,08	0,51	2,41	0,51	< 0,005
Técnicas Específicas	2,56	0,6	2,09	0,49	< 0,014
Patologías Específicas	3,07	0,49	2,34	0,47	< 0,003

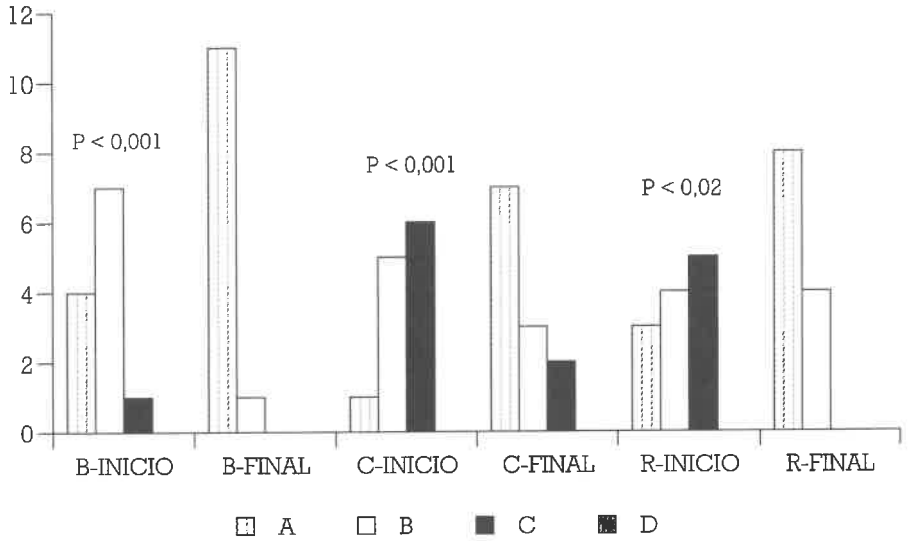
Paciente neurológico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	2,23	0,72	1,84	0,55	< 0,018
Cuidados Específicos	2,92	0,64	2,23	0,59	< 0,00
Problemas Potenciales	3,07	0,49	2,53	0,51	< 0,003
Técnicas Específicas	3,00	0,81	2,23	0,59	< 0,001
Patologías Específicas	2,92	0,64	2,23	0,43	< 0,002

Paciente quirúrgico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Pac. Urológico	2,91	0,51	2,33	0,49	<0.002
Pac. ORL	3,00	0,44	2,27	0,46	< 0.001
Pac.cirug. abdominal	3,11	0,33	2,44	0,52	< 0.004

Paciente quirúrgico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	3,12	0,35	2,75	0,46	n.s.
Cuidados Específicos	2,75	0,46	2,63	0,52	n.s.
Problemas Potenciales	3,00	0,00	2,83	0,41	n.s.
Técnicas Específicas	3,00	0,53	2,87	0,64	n.s.
Patologías Específicas	2,88	0,26	2,69	0,46	n.s.

- Con respecto a la autoevaluación global del PNI al inicio y al final, existen diferencias significativas en los siguientes bloques: Cuidados básicos ($p < 0,01$), atención de enfermería al paciente cardíaco ($p < 0,01$), respiratorio ($p < 0,02$) y neurológico ($p < 0,005$) al pasar de un nivel inicial de B a A. En el resto de los bloques, politraumatizados y otros aspectos del paciente crítico, aunque mejoran no existe significación estadística (Fig. 3).

Figura 3: Evaluación global del PNI (inicial-final). Cuidados básicos (B), paciente cardíaco (C) y respiratorio (R)



Al analizar de forma separada cada bloque, observamos que en el de cuidados básicos, existen diferencias significativas en los siguientes ítems: Equilibrio electrolítico ($p < 0,01$), equilibrio ácido-base ($p < 0,002$), nutrición parenteral ($p < 0,01$), canalización venosa central de acceso periférico ($p < 0,03$), canalización arterial ($p < 0,02$) y valoración y control del dolor ($p < 0,04$), pasando en general de un nivel inicial de B a A, no existiendo diferencias en el resto de los ítems, que se mantiene en niveles de A unos y otros de B.

En los bloques de atención al paciente cardíaco, respiratorio y neurológico existen diferencias significativas en todos sus ítems, pasando de un nivel inicial de B a A. En el paciente politraumatizado hay diferencias en el ítem de patologías específicas, pasando de B a A y no, en las técnicas, que se mantiene en C. En el bloque de otros aspectos del paciente crítico, hay diferencias en traqueostomías, pasan de B a A y hemodiálisis que mejoran de C a B, en la inserción y manejo de la sonda vesical, se mantienen en A, en diálisis en C y en hemofiltación en B. Tabla II.

Tabla II: Comparación entre la evaluación inicial y final del PNI en los bloques: Atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico, politraumatizado y otros aspectos del paciente crítico.

Paciente cardíaco					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,10	0,65	1,48	0,68	<0.04
Patologías específicas	2,35	0,68	1,69	0,57	<0.024

Paciente respiratorio					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	1,87	0,60	1,32	0,31	<0.04
Patologías específicas	2,25	0,72	1,47	0,66	<0.008

Paciente neurológico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,08	0,90	1,33	0,49	<0.03
Patologías específicas	2,66	0,49	1,75	0,75	<0.03

Paciente politraumatizado					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,79	0,92	2,50	0,69	n.s.
Patologías específicas	2,91	0,51	2,16	0,71	<0.021

Otros aspectos del paciente crítico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Sondaje Vesical	1,08	0,28	1,00	0,001	n.s.
Traqueostomia	2,25	0,75	1,25	0,62	<0.007
Diálisis peritoneal	3,08	1,08	2,50	0,90	n.s.
Hemofiltración	3,00	1,04	2,16	1,02	n.s.
Hemodiálisis	3,08	1,08	2,00	0,95	<0.04

Figura 4: Comparación entre la evaluación inicial del monitor (M) y el PNI en los Cuidados Básicos (B), paciente cardíaco (C)

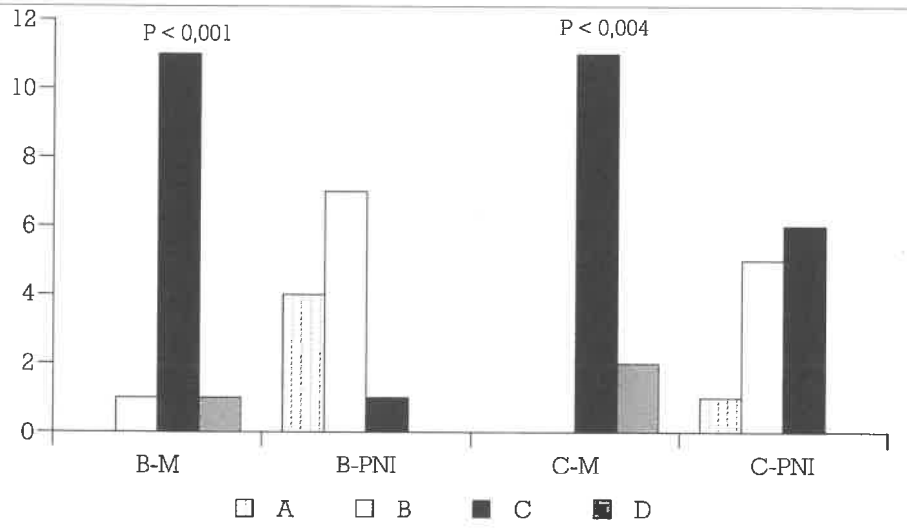


Figura 5: Comparación entre la evaluación inicial del monitor (M) y el PNI en el paciente respiratorio (R) y neurológico (N)

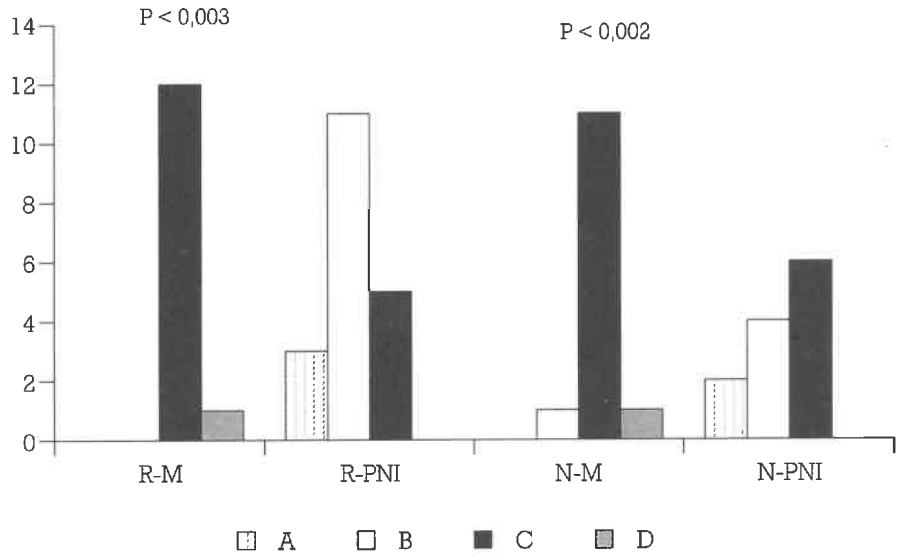


Figura 6: Comparación entre la evaluación FINAL del monitor (M) y el PNI en Cuidados básicos (B) y paciente cardíaco (C)

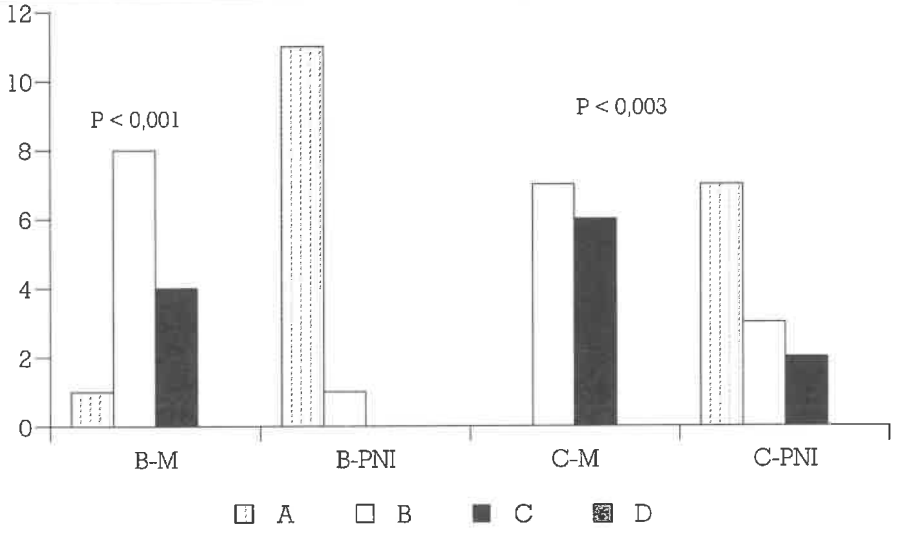
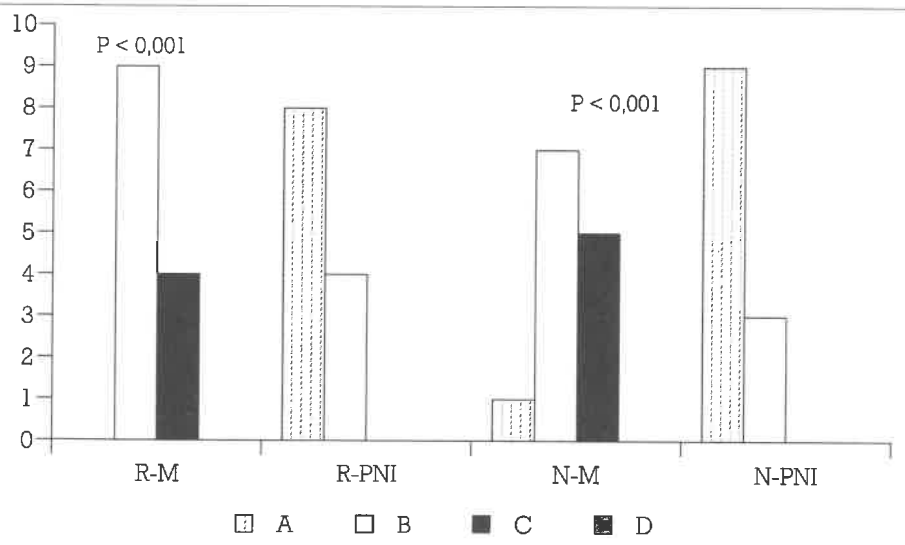


Figura 7: Comparación entre la evaluación FINAL del monitor (M) y el PNI en el paciente respiratorio (R) y neurológico (N)



- Con respecto a la encuesta, el 100% consideró necesario la realización de un programa de formación.

El 91,7 del PNI considero el programa de orientación que habían seguido completo y un 8,3% escaso.

El nivel de ansiedad muy alto desapareció después del programa de orientación, el alto bajo un 25% y el medio aumento un 33,4% (Figs. 8 y 9).

Figura 8: Nivel de ansiedad Pre

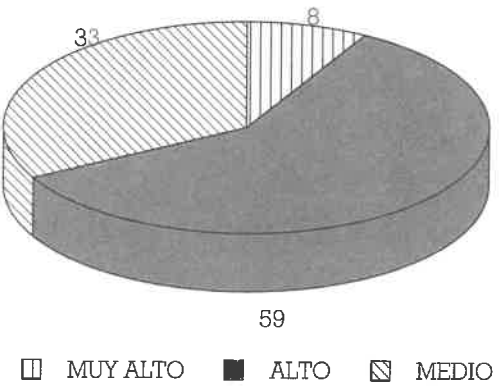
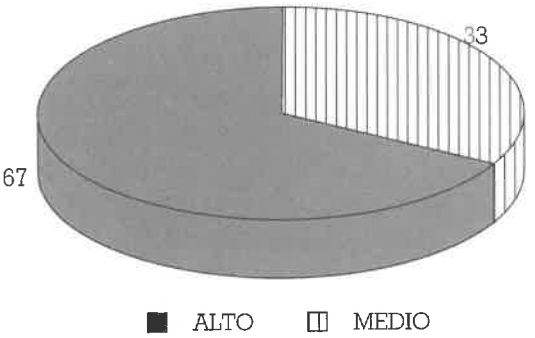


Figura 9: Nivel de ansiedad post



- Según el programa de orientación 4 PNI (30,8%), no están capacitados para trabajar en la unidad. Tabla III.

Tabla III: Evaluación global por cada uno de los bloques de cada PNI y la nota final

PNI	G-B	G-C	G-R	G-N	G-Q	G-P	NOTA FINAL
1	2	3	2	2	2		**2**
2	3	3	3	3	3	3	**3**
3	2	3	3	3	3	3	**3**
4	2	2	2	2			**2**
5	3	3	3	3	3	3	**3**
6	3	3	3	3	3	3	**3**
7	2	2	2	3	2		**2**
8	2	2	2	1	2	3	**2**
9	2	2	2	2	3	2	**2**
10	2	2	2	2	2	2	**2**
11	1	3	2	2	2		**2**
12	3	2	2	2	2	3	**2**
13	2	2	2	2	2		**2**

DISCUSIÓN

A1 analizar los datos globales de la evaluación realizada por el monitor al PNI, en cada bloque del programa de orientación obtenemos que de forma significativa están en un nivel C, en todos los bloques, es decir, tienen un nivel bajo de conocimientos y actuación tanto individual como con respecto a la media de la unidad, este dato tan claro, indica que cuando hablamos de las necesidades que un paciente en situación

crítica requiere, es necesaria la ampliación de conocimientos, siendo la formación adquirida durante los tres años de la Diplomatura de Enfermería muy general y por tanto insuficiente, para desarrollar su labor asistencial en unidades de cuidados intensivos [4 y 8].

Es clara la efectividad del programa de orientación, pues al comparar los resultados entre la evaluación inicial realizada por el monitor y la final, el nivel de conocimientos/actuación del PNI, aumenta en todos los bloques de forma significativa, salvo en el paciente politraumatizado, adquiriendo un nivel de conocimientos B, el cual le equipara a un nivel medio con respecto a la unidad, aumentando por tanto su efectividad y competencia profesional y no suponiendo una sobrecarga de trabajo para el personal de plantilla. Este aumento de conocimientos, también es objetivado por el PNI, pues salvo en el bloque del paciente politraumatizado y en el de otros aspectos del paciente crítico, se autoevalúa de forma significativa con un nivel más alto a la finalización del programa.

Tanto el monitor como el PNI, coinciden en un aumento del nivel de conocimientos en aquellos grupos donde no obtuvieron significación. En el caso del paciente politraumatiazado, el no pasar de nivel de conocimientos pudo ser debido a la disminución de ingresos de este tipo de pacientes durante el período que duró el programa de orientación. Con respecto al bloque de otros aspectos del paciente crítico, es de reseñar que no fueron significativas la diálisis peritoneal, técnica que raramente se realiza en la unidad y la hemofiltración, técnica asumida por la enfermería de intensivos, pero utilizada en casos muy concretos.

Es llamativa la sobrevaloración que el PNI, hace de su nivel de conocimientos al inicio del programa. Es significativa en todos los bloques, comparada con la realizada por el monitor, salvo en el paciente politraumatizado, que son coincidentes. Según el PNI, su nivel de conocimientos/actuación tanto individual como con respecto a la unidad es medio, lo cual de ser cierto, no parece compatible con el nivel de ansiedad que les genera el comenzar a trabajar en la unidad y con la opinion del 100% que considera necesario un programa de orientación.

Por otro lado, el programa de orientación parece disminuir de forma importante, el nivel de ansiedad que les supone comenzar a trabajar en una unidad de cuidados intensivos, al reducir ésta en un 33,3% al terminar el mismo.

En la búsqueda bibliográfica realizada, en el Medline con las palabras claves: Formation, Nurse, Learn y Training Program y en la española Cuiden con las palabras claves: Formación, Formación Continuada y Programas de Orientación y Personal de Nueva Incorporación, no hemos encontrado ningún estudio de características parecidas al nuestro, por lo que no podemos comparar los resultados de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos detectado por los monitores al inicio del programa fue bajo en la totalidad de los PNI, sin embargo, hubo un aumento de dicho nivel objetivable tanto por los monitores como por el PNI.
- E1 programa de orientación es efectivo, al conseguir que el PNI adquiera un nivel de conocimientos/actuación adecuado con respecto a la unidad.
- A1 finalizar el programa el nivel de ansiedad del PNI, se redujo un 33,3%.
- Los PNI tienden a sobrevalorar su nivel de conocimientos/actuación al inicio del programa..
- A través del programa, se pudo detectar de forma objetiva, cuatro profesionales no válidos para trabajar en la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ezquerra Ribas, J.: «La formación como proceso de cambio en las organizaciones y en las personas. Formación Continua», *ROL de Enfermería,* 206: 13-15 de octubre de 1995

[2] Cernuda Menéndez, C.: «La formación continuada para la gestión del cambio en los servicios sanitarios», *ROL de Enfermería,* 212: 13-16 de abril de 1996.

[3] Rossi, C.: «Educación continua para enfermería», *Temas Enfermería Actualidad,* Año 5 (25): 2225, noviembre-diciembre de 1997.

[4] Pollán Rufo, M., y Gabari Gambarte, M.ª I.: «Formación continuada en enfermería. Recurso o necesidad?», *Enfermería Científica,* 154- 155: 7-11, enero-febrero de 1995.

[5] Pérez Hernández, R. M., y Albendiz Ruiz, F. J.: «Formación continuada en los hospitales», *ROL de Enfermería,* 124: 15-19.

[6] Ezquerro Rodríguez, E., y Marín Fernández, B.: «¿Se piensa en los profesionales de nueva incorporación a la hora de establecer programas de formación continuada?», *Enfermería Clínica,* 100- 101, julio-agosto de 1990.

[7] De Puig, A.: «Programas de orientación para enfermeras recién llegadas», *Rol,* 68: 38-39, 1984.

[8] Reynolds, A.; Wood, S. G.; Gamero, M. L., y Castaneda, J.: «Critical care experience for baccalaureate nursing students», *Critical Care Nurse,* jun. 13 (3): 111-7, 1993.

[9] REYNOLDS, A.; WOOD, S. G., y GAMERO, M. L.: «Critical care concepts in baccalaureate nursing education», *Critical Care Nurse*, julio-agosto 11 (7): 12-4, 1991.

[10] NIETO DUNN, R. M.: *Una experiencia en docencia en cuidados intensivos.*

¡Qué difícil es incorporarse al mundo laboral!

Blanca Bretones Chorro(*), Ana I. Chicharro Luna(*) y Alicia I. Martín(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos.

INTRODUCCIÓN

Los resultados del informe «Trayectorias laborales de los Diplomados de Enfermería», del Consejo Social de la Universidad Complutense de Madrid, con fecha de enero del 2001, reflejan que las últimas promociones están encontrando mayores dificultades en el acceso al trabajo, lo encuentran menos y más tarde.

La proliferación de escuelas de enfermería, y por tanto de los diplomados, ha contribuido al deterioro del ya frágil empleo eventual.

Pero el trabajador novel no sólo ha de enfrentarse a la dificultad que conlleva el acceso al puesto de trabajo, sino también, a las inherentes a su falta de experiencia, como la inseguridad y el temor ante la responsabilidad a la que se enfrentan por primera vez.

OBJETIVO

Conocer cómo se siente un profesional de enfermería recién titulado y qué realidad se encuentra tras su incorporación al mundo laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado metodología cualitativa al ser la más adecuada para los objetivos del estudio. La técnica de recogida de datos ha sido «relatos de vida» de tres enfermeras. Tras una puesta en común de experiencias, se ha analizado el discurso resultante. El proceso de análisis consiste en buscar en las expresiones, conceptos, relaciones significantes, imágenes, símbolos, signos, el significado que éstas encierren para las participantes, asignándoles en última instancia un sentido.

RESULTADOS

Desde un punto de vista pragmático se puede agrupar los principales resultados obtenidos del análisis del discurso, en las siguientes etapas:

1. Etapa de formación

Durante la etapa de formación universitaria se adquirieren amplios conocimientos teórico-prácticos. Las prácticas, unidas a la formación proporcionan seguridad, confianza y destreza en el manejo de técnicas.

Cabe destacar la preparación no sólo como profesional sino como persona desarrollando la capacidad de escucha, empatía, comunicación no verbal y saber estar en cada momento.

Si bien existe satisfacción con la formación teórica, se evidencia, sin embargo, un déficit en la formación práctica de las diversas áreas: asistencial, docente, investigadora y gestora.

Una de las ideas que más se repite en el discurso ha sido la falta de implicación y motivación por parte de las escuelas en lo concerniente a participación en congresos, conferencias y cursos.

2. Etapa de transición

Una vez concluida la etapa formativa se pone de manifiesto una realidad: la búsqueda de empleo y la incorporación al mundo laboral.

Surgen grandes dificultades burocráticas (papeleo universitario, colegiación, elaboración y envío masivo del currículum), así como la angustia derivada de todo este proceso.

«Envías los curriculum a todos los hospitales, residencias y clínicas privadas. De la mayoría sales con la sensación de que se va a perder, olvidar o acabar a la basura. Entonces llegas a casa y a diario se repite la presión en la garganta, los nervios agarrados al estómago ante el sonido telefónico la desilusión y desesperanza al acostarse sin trabajo.»

A pesar de todo, tarde o temprano se encuentra el primer empleo aunque para ello algunos tengan que viajar fuera de España (Portugal, Londres e Italia).

3. Etapa laboral

La principal inquietud que muestran la mayoría de los estudiantes durante su etapa de formación es la realización de técnicas: canalización de vías, sondajes, gasometrías, etc. Si bien tras la incorporación al mundo laboral son otras las preocupaciones: la responsabilidad, toma de decisiones, desarrollo de tareas complejas y resolución de problemas de salud entre otros.

«Al principio dudas y sientes temor, persigues y observas a tus compañeros, preguntas constantemente e, incluso, lees más de tres veces el parte de medicación antes de administrarla, aunque pronto coges confianza.»

Para el recién titulado el principal objetivo es encontrar trabajo y poder desempeñar su vocación de cuidar con calidad. Pero para ello se hace necesaria la formación continuada y especializada.

«En el trabajo nos sentimos enfermeras polivalentes debemos trabajar en todas las especialidades sin sentirnos formadas en ello.»

La escasez de recursos y el exceso de trabajo sumados a la responsabilidad, al estrés y al deseo de cuidar adecuadamente, ocasionan un sentimiento de impotencia por la sensación del deber no cumplido.

«Estudias constantemente, acudes a cursos, conferencias, congresos, pasas horas y horas estudiando para formarte, para saber cuidar.»

«Hay días que nos sentimos enfermeras invisibles, creemos en la evolución de la enfermería, en la atención continuada, en la realización de planes de cuidados, pero durante nuestro proceso de formación no nos enseñaron a correr diariamente, ni hacernos las sordas ante ciertas peticiones de los pacientes porque estamos saturadas de trabajo.»

CONCLUSIONES

- En la primera etapa se plantea la necesidad de ahondar en la formación de los estudiantes de enfermería para la faceta investigadora y gestora fundamentalmente.
- La incorporación al mundo laboral supone inseguridad, temor y dificultades.
- La vocación de cuidar se ve sin embargo a menudo ensombrecida por las inadecuadas condiciones en las que ha de desarrollarse el trabajo.
- A pesar de las trabas que encontradas, el personal de enfermería conserva la inquietud de progresar en la adquisición de conocimientos para una mejor calidad asistencial.

«CUIDAMOS Y NOS APASIONA CUIDAR, PERO NO SABÍAMOS QUE CUIDAR ERA TAN DIFÍCIL.»

El conocimiento teórico como soporte en la práctica clínica

L. Moreno Pérez(*), C. García González(*), M. J. González Moreno(*), C. Álvarez Leiva(*), J. Parrilla Saldaña(*), E. Valderrama Franco(*) y M. A. García Carpintero(*)

(*) EUCS - Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La organización de las prácticas clínicas de la Asignatura «Fundamentos de Enfermería» en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, están planteadas desde el Modelo Enfermero de **Virginia Henderson** y estructuradas siguiendo el Proceso de Cuidados.

El presente trabajo es continuación en el tiempo de un proyecto de evaluación que se viene realizando desde 1997 y pretende evaluar los cambios producidos en las prácticas clínicas en relación a cursos anteriores. Este año, hemos introducido un registro modificado para la valoración de los pacientes y hemos medido la percepción de los alumnos, utilizando la misma escala de valoración de los años anteriores.

OBJETIVOS

1. Evaluar, a través de la opinión de los alumnos, como se ha modificado la percepción que ellos tienen de las prácticas clínicas de Fundamentos de Enfermería, y si se han producido cambios en los profesionales y en los profesores asociados clínicos respecto a los años anteriores.
2. Analizar como perciben los alumnos la relación existente entre la teoría y la práctica clínica respecto a los años anteriores.

METODOLOGÍA

Durante los cursos 97-98 (primer grupo) y 98-99 (segundo grupo) se encuestaron a estos grupos de alumnos, en los que se analizaron los valores inherentes a un modelo enfermero a través de los registros elaborados para tal fin.

En el curso 99-00, al que refiere el presente trabajo hemos encuestado al tercer grupo, introduciendo cambios en el impreso de valoración.

Grupo uno:

Con el total de alumnos del curso 97/98, que realizaban las prácticas con una documentación consistente en:

1. Impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
2. Impreso para realizar el proceso de cuidados.

Grupo dos:

Con el total de alumnos del curso 98/99, a los que se le ha cambiado la organización de las prácticas introduciendo, además de los impresos anteriores:

1. Impreso de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el Proceso Enfermero:
   - Actividades de Valoración pormenorizadas.
   - Análisis de datos según el modelo.
   - Detección de problemas de autonomía.
   - Actividades de suplencia pormenorizadas.

Grupo tres:

Con el total de alumnos del curso 99-00 y con los siguientes impresos de realización de prácticas clínicas.

1. Impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, que ha sido modificado agrupando los datos de exploración física siguiendo las autoras que aconsejan no mezclarlo con la valoración de necesidades.
2. Impreso de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el Proceso Enfermero:
   - Actividades de Valoración pormenorizadas.
   - Análisis de datos según el modelo.

- Detección de problemas de autonomía.
- Actividades de suplencia pormenorizadas.

A los tres grupos se le ha pasado la misma encuesta

— Se utiliza una escala tipo Likert de 1 a 5.
— El 50% de los ítems han sido elaborados por los propios alumnos utilizando la «Técnica de Grupo Nominal».
— El otro 50% lo hemos elaborado las profesoras.
— La encuesta ha sido validada utilizando el programa SPSS con un nivel de fiabilidad del 0,85 de alfa de Cronbach.
— Se han elaborado 28 ítems para medir la percepción del Alumno con la distribución siguiente:

Se han agrupado los ítems en tres bloques diferenciados en función de lo que se quería medir en cada caso:

Bloque 1. Pretende medir si los alumnos perciben que conocen los objetivos de las prácticas clínicas, tanto los profesionales, como los profesores asociados, como ellos mismos.

Bloque 2. Pretende medir si los alumnos perciben que tanto los profesionales, como los profesores asociados, como ellos mismos, comparten los objetivos de las prácticas clínicas.

Bloque 3. Pretende medir si los alumnos perciben que los profesionales y los profesores asociados les ayudan a cumplir los objetivos, así como si ellos tienen facilidades para seguir su cumplimento.

En cada bloque se han seleccionado que variables son las que ayudan a valorar cada aspecto, de tal forma que se pueda objetivar con facilidad el grado de satisfacción de los alumnos en cada uno de los bloques.

	Conocen objetivos	Comparten objetivos	Ayudan a cumplir objetivos
Profesionales de Enfermería	4	5, 6, 9, 10, 15, 20	1, 3, 7
Profesores Asociados	11	2, 14	8, 17, 21, 22
Estudiantes	16	11, 19, 25	13, 18, 23, 24

Al final de la encuesta se han planteado tres ítems generales con respecto a la satisfacción del alumno según el cuadro siguiente que corresponden a los ítems 26, 27, y 28.

La encuesta se plantea sin ordenar los ítems por dimensión que se quiere medir, para que el alumno no se encuentre dirigido, quedando con la siguiente estructura.

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. ENCUESTA AL ALUMNO

1. Los profesionales enfermeros de la unidad motivan a los estudiantes en el trabajo desde un modelo enfermero.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

2. El asociado clínico demuestra estar de acuerdo los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

3. El alumno encuentra generalmente respuesta en los profesionales a las dudas que se le plantean al realizar la entrevista del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

4. Las enfermeras de la unidad conocen los objetivos de las prácticas clínicas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

5. Durante las prácticas se le da menos importancia a los valores que a las técnicas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

6. Las enfermeras de la unidad no comparten el modelo enfermero desde el que trabajan los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

7. El alumno encuentra generalmente respuesta en los profesionales a los problemas que se le plantean en la comunicación con los pacientes.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

8. El profesor asociado clínico resuelve generalmente los problemas que se le plantean al alumno en la comunicación con los pacientes.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

9. Habitualmente en las unidades donde el alumno hace las prácticas, se prioriza siempre la satisfacción del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

10. Los profesionales enfermeros de las unidades tienen una buena opinión de los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

11. El profesor asociado clínico conoce los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

12. El proceso enfermero está claramente incorporado en los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

13. Después de las prácticas, los alumnos entienden mejor el papel de las enfermeras en el cuidado de las personas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

14. El asociado clínico demuestra estar de acuerdo los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

15. Los profesionales enfermeros de la unidad motivan a los estudiantes en el trabajo desde un modelo enfermero.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

16. El alumno conoce los objetivos del aprendizaje antes de ir a las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

17. El profesor asociado clínico resuelve generalmente los problemas que se le plantean al alumno al realizar la entrevista.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

18. Al alumno le resulta fácil hacer el seguimiento de cómo va cumpliendo los objetivos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

19. En los objetivos de las prácticas se reconocen claramente los valores del modelo enfermero que se utiliza.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

20. Las enfermeras de la unidad no comparten el modelo enfermero desde el que trabajan los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

21. El asociado clínico es un nexo de unión entre teoría y práctica.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

22. Realizar el proceso enfermero no ha ayudado a cumplir los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

23. Las prácticas clínicas ayudan a desarrollas habilidades para la entrevista del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

24. Los valores implícitos en el modelo enfermero han facilitado el aprendizaje.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

25. La relación con los pacientes es una de las partes fundamentales de las prácticas clínicas de los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

26. En general la colaboración de los profesionales es buena.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

27. En general la participación de los asociados clínicos es buena.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

28. Mi satisfacción con las prácticas clínicas del primer curso ha sido generalmente buena.

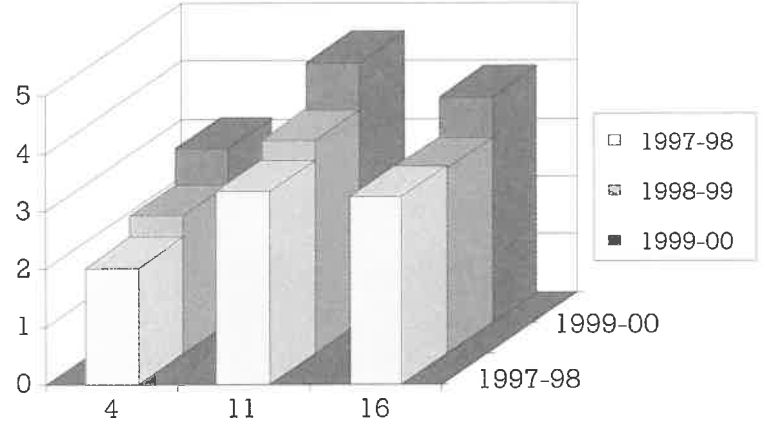
Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

RESULTADOS

Una vez realizada la recogida de datos y analizadas las respuestas nos encontramos con los siguientes resultados en cuanto a los parámetros que se querían medir:

1. En cuanto a los *conocimientos de los objetivos* por parte de los *profesionales, profesores asociados y alumnos* encontramos (Gráfico 1) un aumento considerable en la mejora de la percepción que el alumno tiene del conocimiento de estos con respecto, no sólo a los profesionales y a los asociados, sino incluso con respecto a los alumnos de los años anteriores, con lo que podemos considerar que las modificaciones incluidas han mejorado el conocimiento de los objetivos por parte de los alumnos.

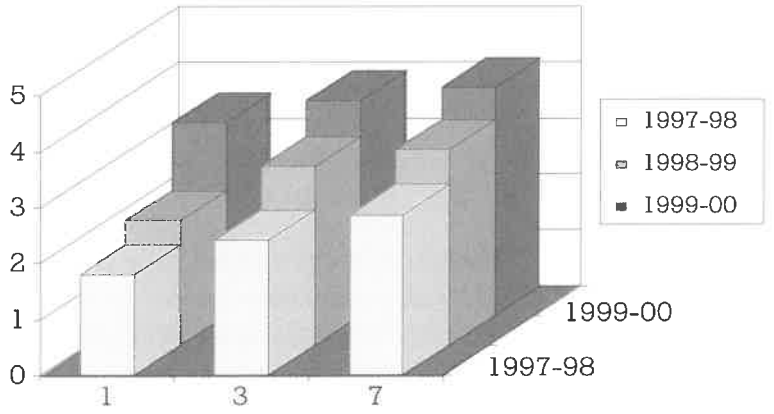
Gráfico 1: Conocimiento de los objetivos



2. Cuando se les pregunta a los alumnos sobre si *los profesionales les ayudan a cumplir los objetivos,* en el 3.er grupo (99-00) que ha utilizado los nuevos impresos de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson,

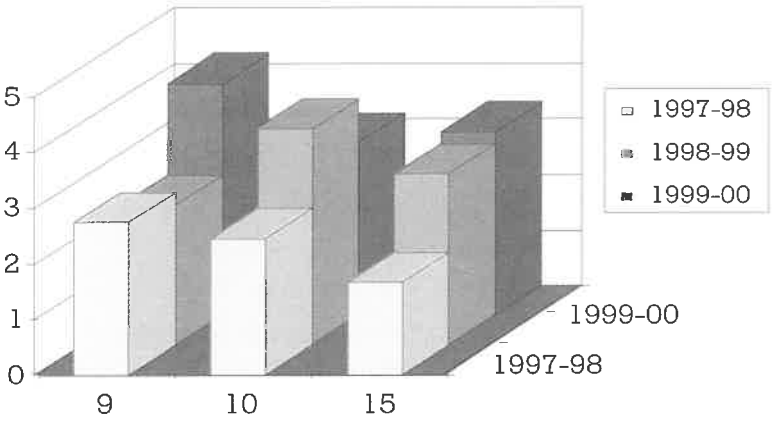
sigue aumentando la percepción del alumno con respecto a las dudas que se le plantean en la realización de la entrevista, así como, en la comunicación con el paciente. Nos llama la atención el aumento cuantitativo que se ha producido en el ítems 1, donde los profesionales de las unidades motivan a los alumnos en el trabajo desde un modelo enfermero *(Gráfico 2).*

Gráfico 2: Profesionales. Ayudan a cumplir los objetivos



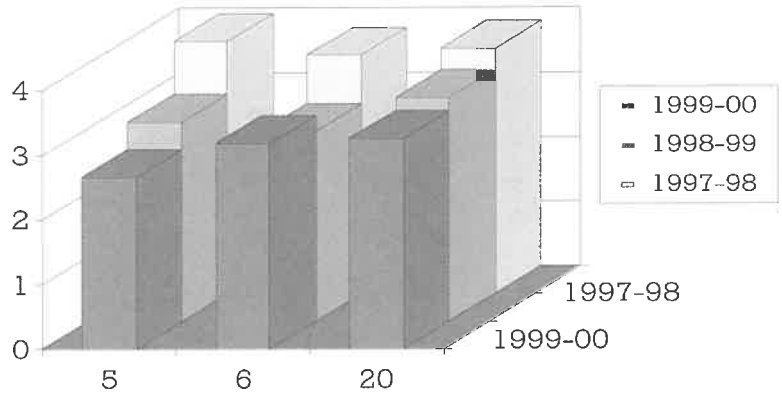
3. Con respecto a la percepción del alumno de *si los profesionales comparten objetivos,* en contraposición de lo observado anteriormente, vemos que el alumno percibe que los profesionales no tienen una buena opinión de los objetivos de las prácticas, aunque si les motivan en el trabajo desde el modelo enfermero utilizado *(Gráfico 3).*

Gráfico 3: Profesionales. Comparten los objetivos



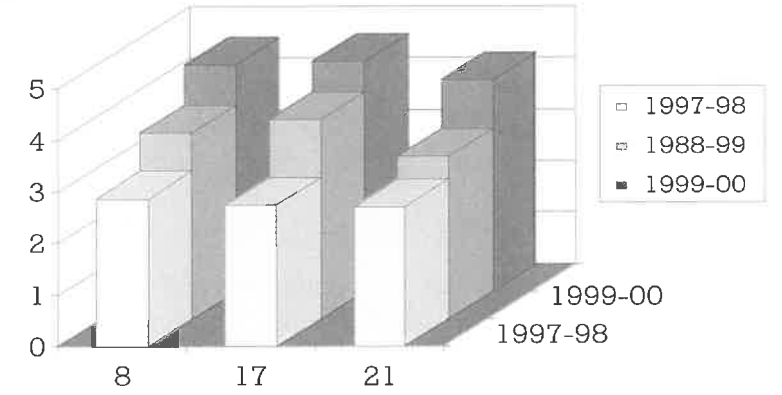
Los ítems 5, 6 y 20, se introducen como ítems negativos, es decir, estarán más de acuerdo los alumnos que den menor nota en la escala, lo que permitirá comprobar las respuestas de los anteriores ítems, sin embargo hay una discrepancia en la percepción de los alumnos en los ítems 6 y 20, que nos hace reflexionar sobre la necesidad de buscar las causas de esta situación *(Gráfico 4).*

Gráfico 4: Profesionales. Comparten los objetivos. Items negativos



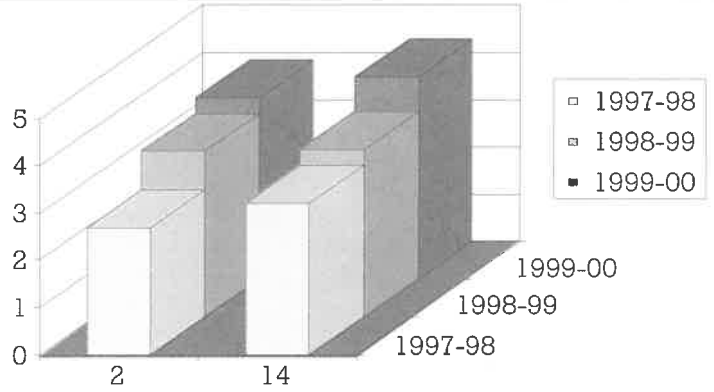
4. Con respecto a los *profesores asociados si ayudan a cumplir los objetivos* se detecta con mucha claridad que los alumnos del tercer grupo (99-00) perciben mayor ayuda para la comunicación con los pacientes y les facilitan a su vez la resolución de los problemas que se les plantea en la valoración donde utilizaron el nuevo registro, en comparación a lo manifestado por los anteriores grupos que no utilizaron dicho registro en las prácticas clínicas; así como, se evidencia un aumento significativo en la percepción de los alumnos del tercer grupo sobre el nexo que establece el profesor asociado clínico entre la teoría y la práctica *(Gráfico 5)* e

Gráfico 5: Profesores asociados. Ayudan a cumplir los objetivos



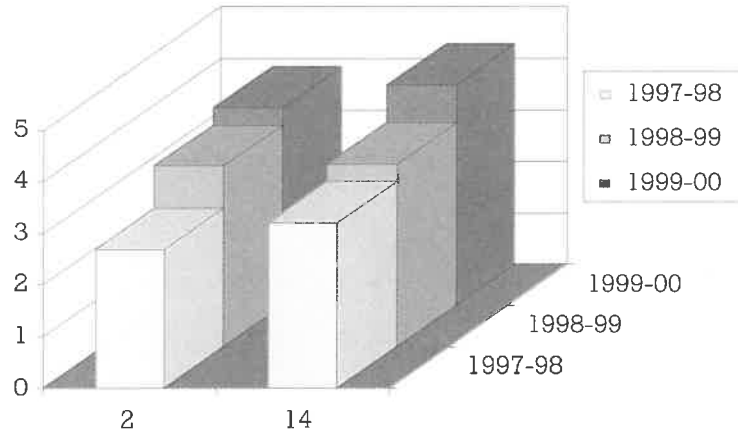
igualmente perciben mucho mejor el grado en que esos objetivos son compartidos por los profesores asociados clínicos *(Gráfico 6)*.

Gráfico 6: Profesores asociados. Comparten los objetivos



5. Si analizamos los datos del siguiente gráfico, *referido a si los alumnos comparten los objetivos,* comprobamos que en el tercer grupo se observa un aumento considerable en los ítems 12 y 19 donde identifican claramente que el proceso enfermero está incorporado en los objetivos de las prácticas desde un modelo enfermero lo que confirma que los alumnos entienden y comparten dichos objetivos *(Gráfico 7)*.

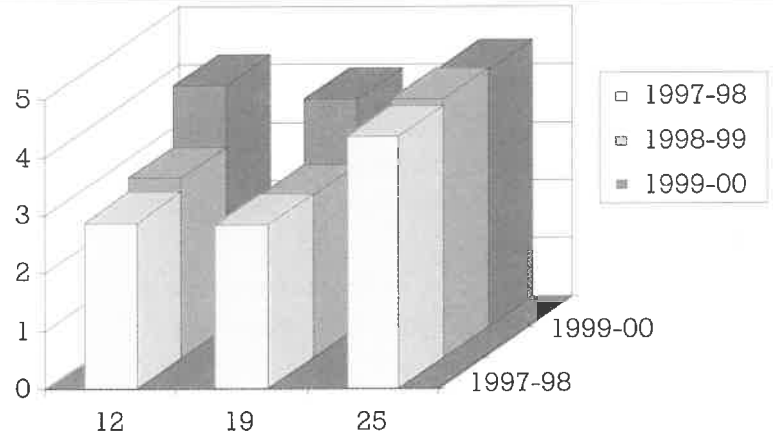
Gráfico 7: Alumnos. Comparten objetivos



El alumno al finalizar las prácticas entiende mejor el papel de las enfermeras en el cuidado de las personas, así como observamos que el registro de valoración les ayuda a desarrollar habilidades para la entrevista del paciente.

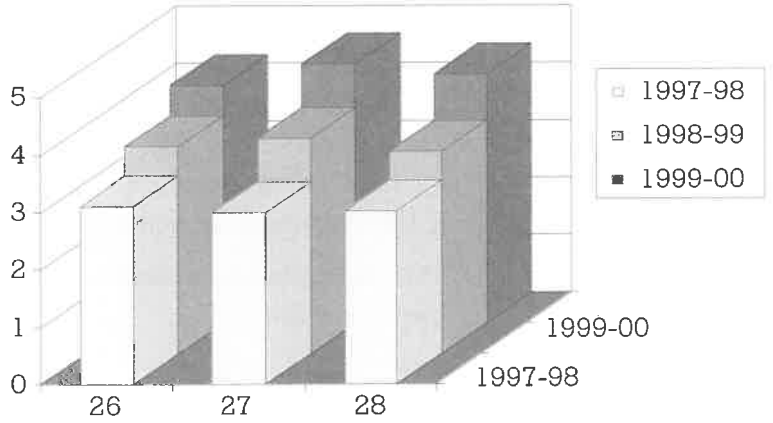
Apreciándose como el nuevo registro les ayuda en el cumplimiento de estos objetivos *(Gráfico 8)*.

Gráfico 8: Alumnos. Ayuda para cumplir objetivos



6. Por último respecto a las respuestas de las tres últimas cuestiones de ámbito general, podemos constatar, que en los tres grupos de alumnos, la visión general que tienen de la colaboración de los profesionales, de la ayuda de los profesores asociados y de su propia satisfacción con las prácticas es, claramente mejorada en comparación con los dos grupos anteriores, observándose un aumento cuantitativo, llegando a rozar el valor máximo de 5 *(Gráfico 9)*.

Gráfico 9: Alumnos. Visión general



CONCLUSIONES

Parece claro que el grupo 3 correspondiente al año 99-00, comparado con los dos grupos de los cursos anteriores:

— Conocen y comparten mejor los objetivos de las prácticas clínicas que los grupos anteriores.

— Perciben que los profesores asociados clínicos, no sólo comparten y conocen mejor los objetivos, sino que les ayudan más a cumplirlos.

— Y, se constata un aumento significativo en cuanto a la satisfacción de sus prácticas, la colaboración de los profesionales y la participación de los profesores asociados clínicos.

— Con respecto a los profesionales, los alumnos perciben que conocen y les ayudan a cumplir los objetivos, aunque no los comparten.

EN RESUMEN

Pensamos que un impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson que ha sido modificado agrupando los datos de exploración física, siguiendo las autoras que aconsejan no mezclarlo con la valoración de necesidades y estructurado siguiendo el proceso de cuidados:

— Ha ayudado a los alumnos a percibir el modelo y el proceso como elementos facilitadores para adquirir un conocimiento teórico como soporte de su prácticas clínicas.

— Ha mejorado considerablemente la percepción de acercamiento de los profesores asociados clínicos y de los profesionales

— Ha mejorado considerablemente la satisfacción del alumno en las prácticas clínicas de «Fundamentos de Enfermería».

BIBLIOGRAFÍA

Luis Rodrigo, M. T.; Fernández Ferrín, C., y Navarro Gómez, M. V.: *El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo xxi,* Editorial Masson, Barcelona, 2000.

Riopelle, L.; Grondin, L., y Phaneuf, M.: Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje, Editorial McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 1993.

Sierra Bravo, R.: *Técnicas de investigación social. Escalas en las ciencias sociales. Escalas de actitudes,* Paraninfo, Madrid, 1998.

Impresos de valoración según el Modelo de Necesidades de Virginia Henderson.

Impresos de realización del proceso de cuidados.

Impresos de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el proceso enfermero: «Actividades de valoración pormenorizados», «Análisis de datos según el modelo implantado», «Detección de problemas de autonomía» y «Actividades de suplencia pormenorizadas».

Papel de la Enfermería en la formación de auxiliares de Enfermería

Marco Antonio Ramos Delgado(*) y Francisco M. Moral Moreno

(*) Centro de Estudios Profesionales CEAL
Alcalá de Guadaira (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

Para que los profesionales de enfermería puedan desarrollar su trabajo adecuadamente, debemos partir de la base de que el equipo de enfermería, al completo, conoce perfectamente, el campo teórico propio de la profesión. Por ello, podemos deducir, que tanto diplomados de enfermería como auxiliares de enfermería, deben recibir formación enfermera.

Indagando en la bibliografía referente a la formación de las auxiliares de enfermería, encontramos una publicación americana del año 1967, en la que expone claramente la necesidad de que las auxiliares sean formadas por enfermer@s. Concretamente el texto al que nos referimos se titula: *MANUAL PARA LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA,* escrito por *Mary C. Abdallah* y publicado en 1967 por la Editorial Interamericana. En este texto expone lo siguiente:

«La Enfermería tiene tres grandes fines: ayudar en el diagnóstico, encargarse del tratamiento específico y proporcionar atención general al enfermo. La atención inmediata al paciente está íntimamente ligada con la enseñanza teórica y práctica, para proporcionar una comprensión clara de los principios básicos de los procedimientos; preparar a la estudiante para enfrentarse con los problemas del trabajo hospitalario; comprobar las aptitudes de las estudiantes con fines de valoración, y relacionarlas

con las técnicas de enfermería (...) asegurando, asimismo, el máximo de rapidez y eficiencia.»

Del texto se desprende la necesidad de que la formación de las auxiliares de enfermería se lleve a cabo por profesionales de la enfermería. Existen otros textos en los que se exponen esta misma idea, pero con posterioridad, como por ejemplo: *MANUAL PARA LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA,* escrito por *Mary E. Mayes* y publicado igualmente por la Editorial Interamericana en el año 1972.

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una mirada retrospectiva para conocer como se ha llevado a cabo la formación de las auxiliares de enfermería (enfocado en la provincia de Sevilla). Pretenderemos conocer el nivel de formación de éstas, teniendo en cuenta quién ha sido su formador/a principal en las asignaturas referentes a la enfermería.

MÉTODO

Hemos realizado una entrevista cerrada a 45 auxiliares de enfermería que trabajan en centros (tanto públicos como privados) de la provincia de Sevilla.

Se ha elegido una muestra aleatoria.

El cuestionario que se les ha pasado es el siguiente:

RESULTADOS

De todos los cuestionarios recibidos, hemos obtenido información acerca de seis centros de formación. De ellos, podemos destacar que cuatro son de carácter público y los dos restantes privados.

En cuatro de estos centros el formador principal era médico. En el quinto caso la responsabilidad de la formación estaba compartida entre un médico y un farmacéutico. En el sexto caso la formación de las auxiliares de enfermería recae en un diplomado de enfermería.

En los cinco primeros casos:

- 73% (25/34) definen a una persona sana bajo la perspectiva de la OMS.
- 53% (18/34) basan su trabajo en la ayuda a cubrir las necesidades vitales.
- 56% (19/34) afirman que recibieron formación teórica acerca del trabajo en equipo.

En el sexto caso (formación enfermera):

- 82% (9/11) definen a una persona sana bajo la perspectiva de la OMS.
- 73% (8/11) basan su trabajo en la ayuda a cubrir las necesidades vitales.
- 91% (10/11) afirman que recibieron formación teórica acerca del trabajo en equipo.

Otro dato de interés que se desprende es que el 100% de las auxiliares entrevistadas, independientemente del tiempo que hace que terminaron sus estudios, afirman que el trabajo ha cambiado la formación que recibieron. Este dato puede ser relevante para la realización de otro trabajo en este sentido.

CONCLUSIÓN

Para que el campo teórico de la enfermería sea útil debemos comenzar desde la base. Formar a las auxiliares de enfermería con la materia teórica de enfermería facilitaría el trabajo de todo el equipo pudiéndose desarrollar con mayor facilidad el proceso de atención de enfermería. Por todo esto, proponemos:

- El diplomado de enfermería debe asumir la formación de las auxiliares de enfermería.
- La formación de estas auxiliares debe ir encaminada a la visión integral del paciente, desde un punto de vista enfermero y no desde el punto de vista de la medicina o la farmacia.
- Concienciación, de igual forma, de los centros de formación en la necesidad de que la enfermería asuma este importante papel.

ENCUESTA

¿Cuál ha sido tu Centro de Formación?

¿Cuál era la titulación del formador/a que impartió las clases de las asignaturas de tecnología y prácticas?

¿Cómo definirías a una persona sana?

a) Persona que no sufre enfermedades.

b) Persona con un bienestar físico, psicológico y social completo.

c) Persona con bienestar físico y sin enfermedades.

Cuando atiendes a una persona, ¿en qué te basas para realizar tu trabajo?

a) Llevo a cabo las actividades que están prescritas.

b) Realizo las actividades para ayudar a la persona a cubrir sus necesidades vitales.

c) Cumplo las órdenes que han redactado otros profesionales.

¿Cuánto tiempo hace que terminaste tus estudios de auxiliar de enfermería?

a) Menos de tres años.

b) Entre tres y seis años.

c) Más de seis años.

¿Piensas que el trabajo ha cambiado la formación que recibiste?

a) Sí.

b) No.

c) NS/NC.

¿Recibiste formación teórica acerca del trabajo en equipo?

a) Sí.

b) No.

c) NS/NC.

BIBLIOGRAFÍA

Manual para la auxiliar de enfermería. Autor: MARY C. ABDALLAH. Editorial Interamericana 1967.

Manual para la auxiliar de enfermería. Autor: MARY E. MAYES. Editorial Interamericana 1972 (2.ª edición).

Manual de la auxiliar sanitaria. Autor: P. Oseñat. Editorial Toray-Masson, 1971.

Programa de implantación del proceso enfermero en un hospital

Cristóbal Corral Leal(*), Manuel Jiménez Ruiz(*),
M.ª Victoria Requena Toro(*) e Isabel M.ª Ávila Rodríguez(*)

(*) Unidad de Garantía de Calidad, Formación Continuada e Investigación.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE

FORMACIÓN.

PROCESO ENFERMERO.

ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Parece quedar fuera de toda duda la adopción del Proceso Enfermero (PE) como modelo de trabajo por las enfermeras en ámbitos docentes. Sin embargo, al plantear el desarrollo práctico se detectan problemas para su implantación, bien como proceso completo, bien como proceso parcial a través de algunas de sus fases. En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga (HUVV), se ha seguido una estrategia de planificación *ad hoc,* delimitada en el tiempo y en función de los acontecimientos, por parte de la Dirección de Enfermería y a través del Bloque de Formación Continuada. En diciembre de 1996 la Dirección decide iniciar la implantación paulatina del PE como herramienta de trabajo en las unidades asistenciales del HUVV. Desde entonces se han producido una serie de acontecimientos que hacen necesario

llevar a cabo un análisis retrospectivo de lo acontecido mediante un punto de corte en enero de 2001.

OBJETIVOS

1. Conocer y transmitir y al eficacia de la estrategia y procedimientos seguidos para la implantación del PE en el HUVV.
2. Comprender y analizar los efectos generales obtenidos con el programa, tanto buscados o no intencionadamente.
3. Analizar y explicar la producción de las fases del programa de implantación seguidos hasta la fecha.
4. Analizar los resultados que puedan orientar hacia la continuidad del programa y evaluar la posible tendencia, como elemento decisorio previo al inicio de una nueva fase crítica.

MÉTODO

Se ha seguido un procedimiento de evaluación retrospectivo de procesos y resultados (enfoque sin meta), desde diciembre de 1996 a enero de 2001.

RESULTADOS

Del análisis de procesos

En esquema, las fases detectadas han sido:

1. Fase inicial de desarrollo y actualización de soportes documentales e instrumentos, previa a la implantación.
2. Fase de información y formación.
3. Fase de convergencia de las enfermeras bases con el programa institucional de la Dirección.
4. Fase de aglutinación y activación real de la implantación del PE en las unidades asistenciales.
5. Fase de consolidación del PE y desarrollo de la infraestructura de apoyo al mismo. En estas fases se han identificado, a su vez, una serie de procesos y subprocesos que han sido determinantes para llegar al punto donde se encuentra

el programa de implantación, donde los datos arrojan resultados positivos, que emplazan a seguir en la misma linea y afrontar nuevas fases ya programadas.

Del análisis de resultados

Se han valorado las actividades generadas: los planes de formación, el trabajo y la implicación del personal (Comisiones Técnicas de Enfermería) y grado de implantación del PE en las unidades asistenciales. En líneas generales se destacan la evolución favorable de los cursos y sesiones enfermeras que han sustentado la formación, la participación activa de los profesionales en el desarrollo del trabajo de implantación y el respeto a la idiosincrasia particular de cada servicio, permitiendo que se ajusten a sus propios ritmos, resultando la diversidad de situaciones en que cada unidad se encuentra actualmente.

CONCLUSIÓN

El balance y el análisis de los datos llevan a considerar factible la implantación del PE en el HUVV, respetando la idiosincrasia de cada unidad, permitiendo el ajuste y acomodación de los profesionales y reconociendo este proceso como complejo y laborioso, que precisa de una coordinación especifica, así como del trabajo activo que los propios profesionales son capaces de desarrollar. También se consideran como adecuadas las condiciones para persistir e iniciar la fase siguiente, de generalización. Es de destacar la política seguida hasta el momento, contraria a la imposición, mucho más lenta, pero de mayor impacto ideológico y con asentamiento más firme. Desde el bloque de Formación Continuada se interviene sobre todo como un vehículo de apoyo, coordinando y promocionando la evolución del programa, a la vez que se cuenta con el propio personal asistencial base para desarrollarlo. Ellos inician la puesta en marcha del PE. imprimiendo el ritmo de implantación y estableciendo sus propias necesidades de evolución.

Estudiantes de Enfermería: Motivaciones, actitudes y expectativas

Milagros Gil Heredia(*), Ramón Camaño Puig(**) y Amparo Benavent Garcés(**)

(*) Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería.
(**) Profesores Titulares de la Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Valencia

RESUMEN

A través del análisis de los aspectos formales que caracterizan a la profesión de enfermera y de su papel en el sistema sanitario, hemos elaborado un trabajo donde se pretende evaluar durante el transcurso del aprendizaje-instruccional del alumno de enfermería, varios componentes relacionados con la práctica habitual y proceso de socialización al que son sometidos. Pretendemos con este trabajo dar respuesta a interrogantes interrelacionados acerca del tipo de actitudes/sentimientos que tiene el alumno de enfermería que finaliza su proceso de socialización educativo.

Para llevar a cabo el estudio, hemos confeccionado un cuestionario cuyos enunciados o items se recogen en cuatro escalas:

— Motivos para cursar esta diplomatura de enfermería.

— Actividades y conductas relacionadas con la práctica clínica e interacción con el paciente.

— Expectativas y temores que persisten en el último año de carrera.

Con las respuestas proporcionadas por los alumnos asistentes a módulos relacionados con los aspectos psico-sociales de la atención a los pacientes, se obtuvo una mues-

tra de 186 cuestionarios. Inicialmente, se partió de un autoinforme (con preguntas abiertas), del cual se obtuvieron los items para la confección del cuestionario. El autoinforme se pasó a los alumnos de forma secuenciada en los dos primeros cursos de formación y por último se les pasó el cuestionario.

Los resultados obtenidos del estudio, nos conducirán a delinear experiencias educativas específicas en el diseño curricular, acordes con las expectativas, motivaciones y actitudes, especialmente en este último caso aquellas que tienen que ver con miedos y déficits formativos detectados por los propios alumnos. Asimismo, la información obtenida y las correspondientes actividades elaboradas, podrían evitar el posible abandono o fracaso escolar.

Modalidad: Comunicaciones.

Medios técnicos: Retroproyector y/o cañón con Powerpoint.

INTRODUCCIÓN

Un hecho habitual e incluso manifiesto, es que los estudiantes sólo son evaluados a nivel académico. Aunque los distintos proyectos formativos docentes, tengan como premisa válida junto a la formación académica, el desarrollo y/o modificación de las actitudes y cogniciones previas (concepción ingenua) de los sujetos en formación en base a los parámetros organizativos propios del ámbito de actuación al que con posterioridad pertenecerán; sin embargo no se objetiviza ni analiza a lo largo del período de socialización profesional del estudiante este objetivo formativo delineado.

Esta falta de análisis de aspectos tan importantes como los citados —que de hecho han sido contemplados— supone una pérdida sustancial de conocimiento a nivel académico sobre las variables existentes al inicio del proceso educativo, a lo largo de su transición y en la etapa de finalización del fenómeno de entrenamiento laboral para la ocupación de un puesto de trabajo.

Los estudiantes habitualmente, sólo son evaluados a nivel académico, pero el objetivo de la formación, tal y como viene desarrollado en los distintos proyectos formativos y docentes, no sólo incluye la formación académica, sino que, a la vez, se plantean aspectos relacionados con los hábitos y actitudes, los cuales se pretenden desarrollar y/o modificar con la formación. Este aspecto, que se incluye como una parte importante en todos los documentos anteriormente enunciados, no se analiza ni objetiviza a lo largo del período de socialización profesional. Esto significa una pérdida importante, ya que, olvidándose de estos aspectos, se condiciona el proceso de transición desde el sistema educativo al puesto de trabajo y la preparación y el entrenamiento laboral que, desde nuestro punto de vista, debe responder no sólo a las necesidades del desempeño

de rol profesional establecido en el momento actual, sino también a expectativas profesionales futuras.

Ya que los diseños curriculares en su mayoría pueden en cierta medida estar incluyendo las actitudes y cogniciones —muchas veces a nivel nominal— se hace necesario el estudio de estos aspectos desde una perspectiva concreta (de ahí la propuesta de nuestro estudio) para una mejor comprensión de los fenómenos de la socialización profesional de los estudiantes de enfermería, permitiendo en caso de que no se desarrollen las actitudes y cogniciones relacionadas con los roles esperados de forma satisfactoria, la introducción de estrategias que minimicen su ausencia.

El proceso de socialización de enfermería se desarrolla al igual que en otras formaciones académicas. Respecto de este concepto encontramos cierto nivel de divergencia respecto a su denominación, Feij (1987), lo denomina «integración social», aunque lo define de manera similar a Cohen (1988: 22), que se decanta por «socialización profesional», al que conceptualiza «como un complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento la capacidad y el sentimiento de identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión». Nosotros nos decantamos por esta última acepción.

La socialización en enfermería se produce a lo largo de un período de aprendizaje de conductas, conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, normas y valores que se desarrollan en un proceso de aprendizaje teórico y práctico en el contexto de las instituciones sanitarias. Durante este proceso los estudiantes están sometidos a la comunicación de expectativas producto de las diversas interacciones propias de su formación: profesores de las diversas áreas de su recorrido curricular y, profesionales de la salud. Este hecho irá configurando su actitud, la cual incidirá en las respuestas que posteriormente ofrecerá en situaciones de búsqueda de empleo y desempeño del rol profesional.

OBJETIVOS

Con la realización de este trabajo hemos pretendido analizar las actitudes y cogniciones de los estudiantes enfermería en su proceso formativo, para lo cual hemos creado un instrumento, que nos permita la evaluación de:

— Todos aquellos aspectos de los acontecimientos que producen incomodidad emocional e intelectual en el estudiante de enfermería al llegar al final de su proceso de socialización formativa.

— Los aspectos que han provocado que el estudiante de enfermería haya conseguido un proceso introspectivo efectivo de rol en el transcurso de su socialización profesional.

— El proceso de socialización en términos de gratificación, relacionándolo con el grado de calificación obtenido en cada una de las sub-escalas que contiene le inventario de *Burn-Out.*

— Las condiciones de riesgo de stress en el estudiante y predecir situaciones de balance deficitario en términos de satisfacción y/o posible abandono profesional.

La descripción del diseño del instrumento utilizado para analizar las actitudes y cogniciones de los estudiantes enfermería en su proceso formativo, va a ser el contenido de nuestra presentación, dado que, aunque nos encontramos en proceso de análisis estadístico, no disponemos en la actualidad de datos finales, pero procederemos a aportar algunas de nuestras percepciones preliminares.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el estudio, hemos confeccionado un cuestionario que denominaremos de Motivaciones, aCtitudes y Expectativas de los Futuros Enfermeros (MOCEFE) cuyos enunciados o items se recogen en cuatro categorías:

a) Motivos para cursar esta diplomatura de enfermería.

b) Actividades y conductas relacionadas con la práctica clínica e interacción con el paciente.

c) Temores que persisten en el último año de carrera.

d) Y expectativas que pueden permanecer en el momento de socialización profesional en el que se encuentra el alumno.

Con las respuestas proporcionadas por los alumnos asistentes a módulos relacionados con los aspectos psico-sociales de la atención a los pacientes, durante dos promociones académicas consecutivas, se obtuvo una muestra de 186 cuestionarios.

Se comenzó por pedir a los alumnos de la primera promoción estudiada un autoinforme a completar en el transcurso de sus dos primeros años de carrera. Por tanto, se recogieron dos auto-informes sucesivos, cada uno en un año académico sucesivo y distinto. El mismo proceso se siguió de igual forma en la promoción siguiente, con lo que se obtuvieron cuatro autoinfomes finalmente. Las propias respuestas emitidas por los alumnos en los auto-informes previos al cuestionario formulado, nos condujeron a pensar que existían ciertos condicionantes intrínsecos no sólo a la hora de elegir esta profesión, sino también como factores y /o determinantes que podrían estar afectando directamente la satisfacción y percepción de rol profesional del alumno.

En el primer auto-informe, se formularon las siguientes preguntas:

—¿Por qué has elegido estudiar enfermería?

—¿Qué papel (conductas, actividades) consideras que debe llevar a cabo una enfermera/o en su práctica profesional al lado del paciente?

—Expresa los temores y esperanzas que tienes como alumno que comienza la carrera.

En esta última, se abrieron dos columnas, para que especificaran tantos temores o esperanzas como quisiera el alumno.

En el segundo año, se pasaron las mismas preguntas, pero se añadió al texto de la última pregunta enunciada anteriormente, un párrafo en donde se hacia consciente al alumno de que ya había iniciado su socialización profesional con el siguiente texto: «Expresa los temores y esperanzas que tienes como alumno/a en este momento de socialización profesional en el que te encuentras.» Todos los aspectos relacionados con la socialización profesional, habían sido desarrollados previamente en los contenidos teóricos del programa docente, aunque se reflejaron algunos aspectos de forma sucinta en la hoja a modo de recordatorio.

Las cuatro categorías que conforman el cuestionario y que han sido mencionadas anteriormente, son idénticas para ambas promociones académicas sometidas a estudio, siendo su única variación una mayor formulación de items o enunciados, producto de una cantidad mayor de descripciones en las preguntas abiertas aportadas por los alumnos de la segunda promoción estudiada.

A continuación se realiza la descripción global del contenido del cuestionario «MOCEFE» y de las categorías finalmente incorporadas:

— En cuanto a la categoría en la que se formulan los elementos relacionados con los «motivos para cursar los estudios de enfermería» que denominaremos categoría A: se trata de evaluar la atracción del sujeto hacia el propio desempeño de rol; la motivación de logro por llegar a constituir parte de una profesión de la que se tiene la convicción de poseer las aptitudes para llevarla a cabo; así como la opinión sobre que la labor cotidiana conlleva la obligación de aprender, unido al probable beneficio que resulta del trato con otro ser humano *versus* todo lo contrario.

— En la categoría donde se relacionan las actividades y conductas que conlleva la propia práctica profesional en la interacción con el paciente (categoría B), se evalúa tanto la percepción que tiene el alumno respecto a las actividades técnico-clínicas que debe realizar, como la función de soporte y apoyo que debe transmitir al usuario en su desempeño diario y que son producto de los acontecimientos que van ligados al propio contexto.

— Respecto a los temores que pueden permanecer en el momento de la finalización de sus estudios que denominaremos categoría C: los elementos que la contienen ofrecen la percepción del alumno sobre la asimilación y asunción de responsabilidades a la hora de ejercer la práctica profesional en todas sus vertientes. Todo esto incluyendo el estado emocional producto de la práctica profesional en el momento de su socialización; las habilidades sociales de interacción tanto a nivel del grupo profesional de referencia como las relacionadas con la situación de interacción con el paciente. De otro modo, se constata la seguridad en el rendimiento académico final, así como la continuidad del objetivo trazado con anterioridad, que es el ejercicio continuado de la profesión.

— Por último, los enunciados que se incluyen en la categoría sobre las expectativas que persisten en el momento de pasar el cuestionario (categoría D), hacen referencia a toda una amalgama de esperanzas relacionadas con la necesidad de alcanzar metas que posiblemente se hayan trazado con anterioridad. Estas metas van desde el afán de haber realizado la mejor elección profesional en un momento dado, hasta un nivel de logro personal aceptable, completamente intrínseco a tal decisión.

A su vez, las categorías, contienen una serie de elementos o items. Al considerar los items incluidos en cada una de las categorías estipuladas por separado, estos podrían ofrecer información importante a nivel estadístico, pero no exhaustiva y especifica sobre las conductas, actitudes y cogniciones mantenidas durante el proceso de socialización de nuestros estudiantes; vimos por tanto la necesidad y conveniencia de establecer «escalas» dentro de las categorías ya constituidas.

Dichas escalas son:

— Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional.

— Escala 2: Condicionante motivador.

— Escala 3: Condicionante social/humano.

— Escala 4: Condicionante de gratificación.

— Escala 5: Condicionante socio/familiar.

Ante cada uno de los items o elementos, se propuso una escala de Likert que oscila de cero, o «Absolutamente disconforme» a seis o, «Absolutamente conforme»: quedando la composición de las escalas en las distintas categorías, así como la formulación de las mismas en virtud de los elementos que contienen (ver tablas adjuntas) tal como se puede apreciar a continuación.

Curso académico (A). Primera promoción	Curso académico (B). Segunda promoción
MOTIVOS/Categoría A (22 ítems)	**MOTIVOS/Categoría B (27 ítems)**
Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 1, 7, 8, 12, 16, 17, 20). • La elección se ve favorecida por ser una carrera corta, unido a la estimación de un porvenir laboral favorable, expectativas gratificantes a nivel personal *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su puntuación oscila de 0-42.)	**Escala 1:** Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 1, 7, 8, 12, 16, 17, 20). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su puntuación oscila de 0-42.)
Escala 2: Condicionante motivador (ítems: 2, 6, 10, 19, 21). • Preferencia por considerar que existe dinamismo en su ejercicio, atracción en el desempeño, percepción inicial de aplicabilidad de los conocimientos adquiridos *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-30).	**Escala 2:** Condicionante motivador (ítems sumados a la promoción anterior: 23, 27). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-42.)
Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 3, 9, 13). • Percepción muy especifica relacionada con el apoyo y calidad humana que requieren los cuidados *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0- 18.)	**Escala 3:** Condicionante social/humano (ítems sumados a la promoción anterior: 24, 25, 26). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)
Escala 4: Condicionante de gratificación (ítems: 4, 11, 14, 15, 18, 22). • Metas y objetivos estimados en un momento dado que de no conseguirlos en cierto grado, podrían crear frustración y/o conflicto. Cabría la posibilidad de una falta extrema de metas, que redundaria en una valoración inicial negativa de la función de rol y por tanto una constante insatisfacción. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)	**Escala 4:** Condicionante de gratificación (ítems: 4, 11, 14, 15, 18, 22). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)
Escala 5: Condicionante socio/familiar (ítem: 5). • Toma de contacto con la profesión, inducida por otros *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)	**Escala 5:** Condicionante socio/familiar (ítem: 5). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción	Curso académico (B). Segunda promoción
Actividades y conductas (Categoría B) (22 ítems)	**Actividades y conductas (Categoría B) (28 ítems)**
Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 3, 4, 6*, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22).	**Escala 1:** Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems sumados a la promoción anterior: 25, 26, 28).
• Creencia en un desempeño de rol profesional muy específico de enfermería, con una marcada actividad de funciones propias que deriven en la satisfacción del usuario, deseo de una valoración positiva no relacionada con el grupo de pertenencia *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)
• * Percepción de una actividad meramente clínica (ítem: 6). (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)
Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21).	**Escala 3:** Condicionante social/humano (ítems sumados a la promoción anterior: 23, 24).
• Optimismo respecto a la posibilidad de ofrecer ayuda/apoyo al paciente, percepción de que la propia actividad va más lejos que el mero cuidado físico, creencia favorable respecto al posible efecto beneficioso que puede producir en el paciente una comunicación efectiva por parte del profesional de enfermería *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-66.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-78.)
	Escala 4: Condicionante de gratificación (ítem: 27).
	• Exigencia de una dinámica laboral activa que por los acontecimientos vividos sea por sí misma gratificante *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción	Curso académico (B). Segunda promoción
ACTIVIDADES Y CONDUCTAS (Categoría B) (22 items)	**ACTIVIDADES Y CONDUCTAS (Categoría B) (28 items)**
Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: 3, 4, 6*, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22).	**Escala 1:** Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items sumados a la promoción anterior: 25, 26, 28).
• Creencia en un desempeño de rol profesional muy específico de enfermería, con una marcada actividad de funciones propias que deriven en la satisfacción del usuario, deseo de una valoración positiva no relacionada con el grupo de pertenencia *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)
• * Percepción de una actividad meramente clínica (item: 6). (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)
Escala 3: Condicionante social/humano (items: 1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21).	**Escala 3:** Condicionante social/humano (items sumados a la promoción anterior: 23, 24).
• Optimismo respecto a la posibilidad de ofrecer ayuda/apoyo al paciente, percepción de que la propia actividad va más lejos que el mero cuidado físico, creencia favorable respecto al posible efecto beneficioso que puede producir en el paciente una comunicación efectiva por parte del profesional de enfermería *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-66.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-78.)
	Escala 4: Condicionante de gratificación (ítem: 27).
	• Exigencia de una dinámica laboral activa que por los acontecimientos vividos sea por sí misma gratificante *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción	Curso académico (B). Segunda promoción
TEMORES (Categoría C) (30 items)	**TEMORES (Categoría C) (35 items)**
Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 23*, 25, 30).	**Escala 1:** Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems sumados a la promoción anterior: 31, 34, 35).
• Manifestación abierta a nivel personal sobre el estado emocional y situacional negativo, pesimismo respecto a la buena disposición al menos momentánea para desempeñar el rol versus todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-102).
• * Conflicto ante una sumisión forzada *versus* todo lo contrario (ítem 23). (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6).
Escala 2: Condicionante motivador (ítems: 6, 8, 18, 27).	**Escala 2:** Condicionante motivador (ítems: 6, 8, 18, 27).
• Dificultad respecto al logro de un ejercicio profesional favorable, pérdida de objetivos considerados primordiales con anterioridad versus todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)
Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 7, 11, 14, 16, 21, 26, 28, 29).	Escala 3: Condicionante social/humano (ítems sumados a la promoción anterior: 32, 33).
• Comparación personal negativa respecto al grupo de pertenencia, conflicto o rechazo por la elección personal realizada, creencia en la falta de habilidad social para satisfacer las necesidades psicosociales del paciente *versus* todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-48.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)
Escala 4: Condicionante de gratificación (ítems: 20, 22, 24).	**Escala 4:** Condicionante de gratificación (ítems: 20, 22, 24).
• Estimación negativa relativa al logro proyectado con anterioridad *versus* todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-18.)	• Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-18.)

Curso académico (A). Primera promoción	Curso académico (B). Segunda promoción
EXPECTATIVAS (Categoría D) (35 items)	**EXPECTATIVAS (Categoría D) (35 items)**
Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: 1, 6, 8, 12, 13, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33). • Afán de superación personal y de supuestas trabas anteriores, preferencia por un contexto de trabajo determinado; creación, disposición y motivación en todo lo concerniente al rol profesional versus todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-90.)	**Escala 1:** Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: (1, 6, 8, 12, 13, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-90.)
Escala 2: Condicionante motivador (ítems: 4, 5, 7, 9, 10, 15, 20, 21, 22, 31). • Actitud positiva hacia lo vivido y realizado en el transcurso del proceso de socialización, auto-confianza con proyecciones personales gratificantes basadas en ésta, actitud emprendedora *versus* todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)	**Escala 2:** Condicionante motivador (items: 4, 5, 7, 9, 10, 15, 20, 21, 22, 31). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)
Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 2, 3, 11, 16, 17, 28). • Disposición al trato con los demás con la esperanza de que este sea fructífero, creencia en un enriquecimiento personal que sea producto de la interacción humana *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)	**Escala 3:** Condicionate social/humano (items: 2, 3, 11, 16, 17, 28). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)
Escala 4: Condicionante de gratificación (items: 14, 30, 34, 35). • Interés y optimismo por la plena integración en el grupo profesional, elección profesional acertada, sentimientos de eficacia personal en el desempeño profesional. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)	**Escala 4:** Condicionante de gratificación (items: 14, 30, 34, 35). • Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)

CONCLUSIÓN

Tal como se ha comentado con anterioridad, no es posible aportar los resultados definitivos del análisis de los cuestionarios. Pero podemos anticipar determinadas conclusiones preliminares, las cuales nos indican que el cuestionario se comporta adecuadamente en términos de fiabilidad y practicabilidad, permitiéndonos aproximaciones al fenómeno en estudio que permite analizar las fuentes de incomodidad emocional e intelectual en el estudiante de enfermería al llegar al final de su proceso de socialización formativa.

Permite, asimismo, analizar los aspectos que han provocado que el estudiante de enfermería haya conseguido un proceso introspectivo efectivo de rol en el transcurso de su socialización profesional, aportando una aproximación a la gratificación obtenida y relacionando ésta con el grado de calificación obtenido en cada una de las sub-escalas que contiene el inventario de *Burn-Out.* Permite en cualquier caso analizar y predecir las condiciones de riesgo de estrés en el estudiante en situaciones de balance deficitario de satisfacción y/o posible riesgo de abandono profesional.

BIBLIOGRAFÍA

COHEN, H. (1988): *La enfermera y su identidad profesional,* Barcelona, Grijalbo.

PEIRÓ, J. M. (1987): *Socialización laboral y desempleo juvenil: la transición de la escuela la trabajo,* Valencia, Nau Llibres.

El perfil profesional del profesor universitario

José Antonio Vera Pérez(*), María Lourdes Cantero González(*), M.ª José Martínez García(**), José Luis Molino Contreras(*), Ana Moratilla Márquez(*) y José M. Montesinos Martínez(***)

(*) E.U.E. Cartagena. (**) Universidad Politécnica de Cartagena.
(***) Centro de Salud Mental de Cartagena.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Las Escuelas Universitarias de Enfermería, consideradas como instrumento estratégico de innovación y de desarrollo productivo y social (1), tienen un reto importante en la formación de su profesorado. Las conclusiones del IX Congreso de Formación del Profesorado (1999): Formación y evaluación del profesorado universitario, advierten de «una deficiencia en la formación psicopedagógica del profesorado universitario que le capacite para su labor profesional».

Algunas características y competencias que debe tener un profesor (Belando Montoro, 1999) son:

1. Estabilidad emocional y seguridad en sí mismo. Autonomía.

(1) El profesorado universitario debe de contribuir a acortar la divergencia de caminos seguidos por la profesión y la disciplina, ofreciendo una imagen de rigor científico, coherencia intelectual y experiencia clínica profesional. Sobre la formación de los/as enfermeros/as que quieren ser profesores universitarios remitimos a RIEHL-SISCA (1992): *Modelos conceptuales de Enfermería;* LUIS MEDINA (1999): *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* y *Metodología de la enseñanza de Enfermería*, INSALUD (1991).

2. Capacidad de adaptación a situaciones diferentes y apertura ante las distintas opiniones e ideologías. Y pensamiento creativo.
3. Participación, compromiso activo, y responsabilidad.
4. Formación pedagógica y científica suficiente en su especialidad, además de una amplia y rica cultura general.
5. Un buen conocimiento de la metodología, recursos y técnicas necesarias para el desempeño óptimo de su trabajo. Iniciativa y creatividad en la búsqueda y construcción de recursos dentro y fuera de la Universidad.
6. Capacidad de diálogo y de trabajo en equipo.

Arroyo Gordo (1983) (2) caracteriza al buen profesor como el profesional que además de los conocimientos y habilidades exigibles e inherentes a su especialización, debe saber: 1.° Incorporar e integrar sus enseñanzas al conjunto de materias que constituyan el programa de estudios de que se trate. 2.° Comunicarse con los alumnos, transmitiendo y recibiendo información con fluidez, precisión y claridad. 3.° Emplear recursos educativos, tecnológicos y metodológicos, acordes con el contexto pedagógico actual y con la materia que imparte.

Elton (1987) describe al buen profesor universitario con los adjetivos calificativos: bien organizado, bien preparado, interesado por la materia, amigable, flexible, servicial, creativo, claro, entusiasta, interesado por los estudiantes, abierto, sistemático, comprometido y entregado.

Ramsden (1992), afirma que los profesores profesionales se caracterizan por poseer un amplio repertorio de habilidades docentes específicas, no olvidan que sus metas son el aprendizaje de los estudiantes, evalúan constantemente su actuación docente, piensan que enseñar es hacer posible el aprendizaje, enseñan con entusiasmo, tienen facilidad para hacerse entender por los estudiantes, utilizan métodos que exigen al estudiante aprender activa y cooperativamente, enseñan los conceptos claves de la materia y evitan sobrecarga de trabajo.

Schön (1992) alude a la figura del profesor reflexivo y creativo *(reflexión sobre la acción y reflexión en la acción)* como un agente curricular que toma continuamente decisiones mediante las cuales reconstruye su práctica profesional.

(2) Convenimos con Arroyo Gordo en «para evaluar la calidad de la enseñanza que se imparte en nuestras escuelas, hay que comenzar por analizar el plan de estudios y la pertinencia de las asignaturas...» (Arroyo Gordo, 1983, p. 88).

Resumidas las opiniones de algunos autores sobre las características del buen profesor universitario (3), nos proponemos como objetivos: 1.º Conocer las cualidades que según los estudiantes, deben de tener sus profesores. 2.º Suscitar el interés y preocupación por la formación psicopedagógica del enfermero docente como profesor universitario. 3.º Tomar conciencia de la excelencia docente como mérito profesional para la carrera académica.

2. MÉTODO

Distribuimos una encuesta de cuatro preguntas entre los estudiantes matriculados durante el curso 2000/2001 en la Escuela de Enfermería de Cartagena (n= 88) (4), y un grupo de alumnos matriculados en I. T. Agrícola, I.T. Minas, Arquitectura Técnica de la Universidad Politécnica de Cartagena; Medicina y Fisioterapia de la Universidad de Murcia (n=111). En este momento seguimos realizando encuestas entre los estudiantes de las titulaciones mencionadas. El cuestionario recoge las características del profesor universitario establecidas por los autores anteriormente citados. La pregunta abierta del cuestionario solicitan respuestas expresadas con las propias palabras del en-

(3) Algunos criterios de calidad de enseñanza propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia en el Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo son: «Compensar las desigualdades sociales, culturales o por razón de sexo de los estudiantes. Favorecer el máximo desarrollo personal de los alumnos. Preparar para la inserción en la vida activa, para el desempeño de responsabilidades sociales y profesionales.»

Al revisar las concepciones de la docencia que tienen los profesores distinguidos por la calidad de su docencia, encontramos las siguientes características que sobre la enseñanza establecen doce profesores de la Universidad de Sydney, premiados por su calidad docente (Dunkin y Precians, 1992): El profesor se concibe como facilitador del aprendizaje (dicen qué es lo que hay que aprender, cómo se va a evaluar lo aprendido, son claros en la exposición y mantienen actualizados los temarios).

Se considera como mediador entre la asignatura y el alumno

Enfocan la docencia desde las exigencias del aprendizaje.

Son entusiastas de la asignatura y su docencia.

Se conciben como guía del aprendizaje autónomo del estudiante (despiertan el deseo de saber y aportan los recursos necesarios).

Defienden la necesidad de la autoevaluación de la docencia a partir del comportamiento de los estudiantes en las clases y los resultados en trabajos y de la heteroevaluación (opinión de los alumnos, colegas, etc.).

(4) La E.U.E. de Cartagena tiene 168 alumnos/as matriculados durante el curso académico 2000/2001.

cuestado, realizando un análisis léxico (5) de las características señaladas por los estudiantes como más importantes.

Se ha efectuado un análisis descriptivo de las respuestas observando las distribuciones de frecuencias relativas en porcentaje, así como la frecuencia relativa de la puntuación en la escala de Likert (1-5) para la segunda pregunta del cuestionario.

3. RESULTADOS

Este trabajo es parte de un estudio más amplio en proceso de realización. Por su interés consideramos pertinente su presentación a la comunidad docente.

Titulación			
	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
I. T. Agrícola	22	11,1	11,1
Medicina	14	7	18,1
Fisioterapia	40	20,1	38,2
Enfermería	**88**	**44,2**	**82,4**
I. T. Minas	11	5,5	87,9
Arquitectura T.	24	12,1	100
	199	100	100

Distribución por sexo		
N= 199	Frecuencia	Porcentaje
Varón	74	37,2
Mujer	125	62,8

Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Varón	22	25
Mujer	66	75

Los resultados obtenidos en la E.U.E. de Cartagena son los siguientes:

(5) El diccionario de uso del español de M. Moliner (M.M.) define CLARO como la persona que se expresa o explica las cosas, proporcionando una idea o imagen exacta y precisa. Evidente, preciso, sin confusión. Es por tanto una cualidad relacionada con la agudeza de ingenio, el entendimiento. Según el de la *R.A.E.:* inteligible, fácil de comprender. Cierto, perspicaz, agudo, ilustre. AMIGABLE: persona afable, que tiene unión o conformidad con otra cosa (R.A.E.). FLEXIBLE: Saber ceder sin renunciar (M.M.). MAESTRO es definido por M.M. como la persona de quien se ha recibido enseñanzas de mucho valor. Persona de extraordinaria sabiduría o habilidad en una ciencia o arte. Recomendamos el *Diccionario del español actual,* de MANUEL SECO.

Indique, de las características que se citan, las cinco más importantes que usted cree debe tener un profesor:

Bien organizado	73,9%	Abierto	21,6%
Interesado estudiantes	72,7%	Amigable	20,5 %
Bien preparado	70,5%	Comprometido	14,8%
Claro	64,8%	Sistemático	12,5%
Interesado materia	46,6%	Servicial, entusiasta, entregado	9,1%
Flexible	46,6%	Creativo	27,3%

Ordene según la importancia (de mayor a menor) entre las cinco condiciones que debe de tener un profesor universitario:

	Media (*)
1. Selecciona y organiza el material del curso	3,54
2. Guía a los estudiantes para el registro e integración de la información de modo que puedan recordarlo fácilmente	3,23
3. Es competente en los procedimientos y métodos	3,14
4. Mantiene la curiosidad intelectual de sus alumnos	2,95
5. Promueve el aprendizaje independiente	2,07

(*) Escala Likert.

Las tres características más importantes que un profesor universitario debe demostrar son las siguientes:

Característica	Porcentaje
Dominio de la asignatura	62,5
Estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes	62,5
Justicia en la evaluación	54,5
Métodos apropiados de enseñanza	52,3
Entusiasmo e interés por la materia y la docencia	52,3
Relación personal con los estudiantes	14,8

Los resultados obtenidos para la totalidad de titulaciones son:

Indique de las características que se citan las cinco más importantes que usted cree debe tener un profesor:

Bien organizado	76,4%	Abierto	21,6%
Bien preparado	74,9%	Amigable	16,1%
Interesado estudiantes	72,9%	Entregado	15,6%
Claro	68,.8%	Sistemático	14,1%
Interesado materia	45.2%	Comprometido	14,1%
Flexible	32,2%	Entusiasta	12,6%
Creativo	21,6%	Servicial	11,1%

Las cinco condiciones que debe tener un profesor universitario son las siguientes:

	Media (*)
1. Selecciona y organiza el material del curso	3,5
2. Guía a los estudiantes para el registro e integración de la información de modo que puedan recordarlo fácilmente	3,4
3. Es competente en los procedimientos y métodos	3,2
4. Mantiene la curiosidad intelectual de sus alumnos	2,8
5. Promueve el aprendizaje independiente	1,9

(*) Escala Likert.

Las tres características más importantes que un profesor universitario debe demostrar son las siguientes:

Característica	Porcentaje
Dominio de la asignatura	66,8
Estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes	60,3
Métodos apropiados de enseñanza	56,8
Justicia en la evaluación	53,3
Entusiasmo e interés por la materia y la docencia	48,8
Relación personal con los estudiantes	13,1

Se incluye una pregunta abierta que establezca características no reflejadas en la encuesta, destacando los siguientes términos: madurez y objetividad (5%), empatía (4%), respeto (3%), profesionalidad (3%), innovador, capacitado, honestidad, experiencia, asequible (1%).

4. CONCLUSIONES

Al analizar las respuestas dadas a través de los cuestionarios, éstas son coincidentes en marcar cuatro dimensiones básicas que definen el perfil profesional de profesor universitario:

- Dominio de la asignatura, bien preparado, con experiencia y actualizado en su campo de estudio.
- Métodos apropiados de enseñanza, claro, competente y guía para los estudiantes.
- Interesado por los estudiantes, respetuoso, estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes.
- Entusiasmado por la materia y la docencia y justo en la evaluación.

Debemos escuchar y aprender de nuestros alumnos/as, evaluando constantemente nuestra actuación docente, mostrando preocupación y respeto por el estudiante, ha-

ciendo de él un aprendiz autónomo. El profesor debe analizar su contexto sociopolítico y cultural, al cual deberá responder desde su responsabilidad, poniendo en práctica un proceso que transforme la realidad y no se limite a reproducir los planteamientos del sistema (reparto de influencias, etc.). Éste es el perfil del profesor emancipador, el agente del cambio, el que tiene como objetivo formar profesionales competentes y ciudadanos libres, tolerantes y respetuosos.

5. DISCUSIÓN

El perfil descrito de cómo debe de ser un buen profesor universitario, ¿se corresponde con la demanda de la sociedad, con los intereses del mercado, con el corporativismo académico? En otra época había cierta forma de ser buen profesor: autoritario, infalible, investido de funciones casi sacerdotales, aislado. La sociedad, el mercado, la endogámica universidad española demandan un profesor culto, formado y psicológicamente apto, o un instructor útil que proporcione unos rudimentarios conocimientos que permitan al alumno obtener sin demasiado sacrificio la titulación (antes elemento de movilidad y prestigio social) para acceder al mercado, y ya completará su formación comprando algún producto (master, especialidades...), ofertado por distintas instituciones públicas y privadas que operan en el negocio de la formación postgrado (6).

Es evidente que el Curso de Aptitud Pedagógica resulta insuficiente para capacitar a los/as enfermeros/as que deseen ser profesores universitarios.

La asociación universitaria de formación del profesorado (AUFOP) propone para mejorar la situación:

— Que tanto los profesores noveles y en ejercicio puedan acceder a cursos para su preparación pedagógica.

— Enfatizar la importancia que tiene la función docente, a la que habitualmente se le concede una menor atención que a la investigación. Deben considerarse los tramos de docencia y la «excelencia docendi» como méritos que incidan en la promoción de los docentes universitarios.

— Esforzarse por adquirir una cultura grupal y de trabajo comunitario e interdepartamental, que supere la tradicional actitud individualista evidenciada en la confección y enfoque de los programas y de las clases con los alumnos.

(6) Coincidimos con Torrego en que para conseguir calidad educativa es necesario considerar los procesos enseñanza-aprendizaje, como un asunto moral «puesto que se guían por objetivos y motivaciones que no son indiferentes a valores, porque se desarrollan por medio de relaciones entre personas, porque debemos elegir continuamente entre caminos alternativos...» (TORREGO, 1999, p. 51).

— La metodología de la enseñanza y de aprendizaje debe pasar del exclusivo uso de técnicas «magistrocentristas» a otras más comunicativas, de debate y discusión donde la actividad y participación de los alumnos fomente la reflexión, la creatividad y la formación de mentalidades críticas, capaces de organizar el pensamiento.

— Que el profesor universitario convierta su propia docencia en objeto de investigación.

La evaluación de la docencia con vistas a la selección y a la promoción del profesorado es algo que debe de interesar cada vez más a las universidades españolas. En demasiadas universidades, para la selección del profesorado, prácticamente sólo se tiene en consideración la calidad investigadora, de forma que, con frecuencia, se promocionan profesores con historial docente mediocre y sin ningún interés para la docencia (7).

El profesor universitario no debe considerar la docencia como una actividad secundaria, o un estorbo para la carrera académica. Es necesario alertar de las graves consecuencias que se derivan de esta situación para la formación de los futuros profesionales.

Para saber si la enseñanza impartida en una institución es útil y pertinente es conveniente vincular la excelencia docente del profesorado universitario a la evaluación de la calidad de las instituciones y su financiación, abandonando el exclusivo criterio de número de alumnos. La actual evaluación de profesor universitario mediante encuestas cumple parcialmente sus objetivos, por confundirse con un examen del profesor y chocar con una actitud defensiva que recela de la observación y evaluación de la práctica docente, por tanto es preferible utilizar un proceso de auto evaluación contrastado con encuestas de alumnos entendidas como satisfacción del cliente.

Es posible que en un futuro las universidades españolas compitan por llevar a sus aulas a los mejores profesores y a los estudiantes más brillantes. El prestigio que, como institución docente implicada en la formación superior enfermera deben de tener las Escuelas de Enfermería, estará en buena medida vinculada al perfil profesional de sus profesores. La excelencia docente, el rigor científico, la coherencia inte-

(7) Para el profesor Carreras (Un. Barcelona), no es necesario que todos los profesores del departamento posean cualidades para la docencia. Es el departamento en su conjunto, la unidad que debe garantizar una actuación excelente en docencia, investigación y actividad clínico-asistencial. Los profesores pueden dedicarse preferentemente a aquellas actividades para las que se hallen mejor dotados (CARRERAS, 2000, p. 154).

lectual y la competencia didáctica y reflexiva son características irrenunciables del perfil del profesor (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTAS DEL IX CONGRESO DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO (1999): *Formación y evaluación del profesorado universitario,* Cáceres, Asociación Universitaria de Formación del Profesorado (AUFOP).

ARROYO GORDO, María P. (1983): «La calidad en la enseñanza de Enfermería», en AA.VV.: «Calidad en el trabajo de Enfermería», *IV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente,* Granada: AEED.

BELANDO MONTORO, María R. (1999): «Los profesores del siglo XXI y la calidad de la enseñanza universitaria: En torno a la formación», *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2 (1) (http://www.uva.es/aufop/publica/revelfop/99-v2n1.htm).

CARRERAS, J. (2000): «Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I)», en *Educación Médica. Aprender y Enseñar en las Profesiones Sanitarias,* vol. 3, 143-157. Barcelona.

Diccionario de la Lengua Española (1992), Real Academia Española, Madrid: Espasa Calpe, 21 edición.

ELTON, L. (1987): *Teaching in higher education: appraisal and training,* Londres: Kogan Page.

FREIRE, P. (1990): *La naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación,* Barcelona, Paidós.

GILBERT, Roger (1983): *¿Quién es bueno para enseñar? Problemas de la formación de los docentes,* Buenos Aires, Gedisa.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (1991): *Metodología de la enseñanza de Enfermería,* Madrid, INSALUD.

(8) El 20/03/01 el periódico *El País* recogía la opinión del presidente de la Conferencia de Rectores (CRUE) sobre el proyecto de ley universitaria que prepara el Gobierno: «Puede servir para evitar la endogamia académica porque la futura selección estatal de profesores concede objetividad y favorece la movilidad de los docentes para concursar por las plazas ofertadas.» Según este diario la nueva Ley Universitaria fija un examen de aptitud para la selección de todos los profesores.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA(1989): *Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo,* Madrid: MEC.

LUIS MEDINA, J. (1999): *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería,* Barcelona, Laertes.

MOLINER, María (1999): *Diccionario de Uso del Español,* Madrid, Gredos. 2.ª edición.

POLIT, F., y HUNGLER, B. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud,* México, McGraw-Hill Interamericana, 6.ª edición (p. 325).

RAMSDEN, P. (1992): *Learning to teach in higher education,* London, Routledge.

RIEHL-SISCA, J. (1992): *Modelos conceptuales de Enfermería,* Barcelona, Doyma.

SECO, Manuel (1999): *Diccionario del español actual,* Madrid, Aguilar.

SCHÖN, D. (1992): *La formación de los profesionales reflexivos,* Barcelona, Paidós, MEC.

TORREGO EGIDO, Luis, y LÓPEZ PASTOR, Víctor M. (1999): «La didáctica y la democracia: Algunas cuestiones olvidadas en la calidad del trabajo docente en la universidad», *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado,* 2 (1). (http://www.uva.es/aufop/publica/revelfop/99-v2n1.htm).

Formadores internos: Desarrollo de las capacidades docentes de los profesionales

Pilar Darriba Rodríguez(*), Luis Arantón Areosa(*), Ángeles Rodeño Abelleira(*), Consuelo Carballal Balsa(*), Mónica Rodríguez Varela(*) y Roberto Díaz Meyer(**)

(*) C. H. A. Marcide Novoa Santos. Ferrol. La Coruña.
(**) Hospital de la Santa Cruz y San Pau de Barcelona.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Uno de los objetivos que nos planteamos desde la Unidad de Formación Continuada de Enfermería es potenciar y desarrollar las capacidades docentes del personal de enfermería, con la finalidad de que actúen como formadores internos, proporcionado una serie de pautas básicas de carácter didáctico para facilitar una adecuada intervención del formador en el aula. Para lo que organizamos anualmente un curso-taller de formadores. Por todo ello, el objetivo de este trabajo es analizar la efectividad de dichos cursos que se imparten en el C.H. desde el año 1995.

MÉTODO

Para realizar dicho análisis hemos valorado las evaluaciones de los cursos-taller desde el año 1995, tanto en el primer como en el segundo nivel, al mismo tiempo que analizamos la trayectoria profesional docente de las personas participantes en dichos cursos.

RESULTADOS

Se han realizado cinco cursos-taller del primer nivel o iniciación, y dos cursos-taller del segundo nivel o perfeccionamiento, con una duración cada uno de veinte horas, y

con una participación total de noventa y seis personas, de las que setenta y una acudieron al primer nivel y veinticinco al segundo nivel. En estos momentos nos encontramos analizando su trayectoria docente, al tiempo que valoramos las evaluaciones realizadas al finalizar los cursos-taller.

CONCLUSIONES

La experiencia es positiva, tanto para docentes como para discentes, el hecho es que continuamos con ella año tras año e incluso lo hemos abierto al resto de los profesionales del C.H., al mismo tiempo que hemos conseguido crear un grupo de potenciales docentes intrahospitalarios. Pensamos que es una buena forma de motivar a los profesionales que poseen capacidades docentes, al descubrir sus posibilidades y enseñarles una metodología docente con la que puedan desarrollarlas.

El abordaje multiprofesional como enriquecimiento en el desarrollo académico de la Enfermería superior

Ángela María Ortega Galán(*) y Piedras Albas Gómez Beltrán(**)

(*) Colegio Diocesano de Huelva, E.U.E.
(**) Hospital Juan Ramón Jiménez, E.U.E.

1. ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

Los profesionales de enfermería tenemos en la actualidad la única opción formativa de la Diplomatura. Ésta, que supuso un gran avance hace ahora 24 años, está hoy en día más que superada. Durante este tiempo, los enfermer@s han tenido que desempeñar puestos de responsabilidad de gestión, docencia, etc., para los cuales no se les ha brindado la oportunidad de optar a una formación superior que les capacite para profundizar en un cuerpo de conocimientos propios.

Los cambios sociales como el envejecimiento de la población, las innovaciones tecnológicas, las nuevas enfermedades, etc., que están dando lugar a un aumento de las demandas de cuidados y de promoción de la salud por parte de los usuarios que debe ser atendida por profesionales con una capacitación que ofrezca servicios de optima calidad. Por esto pensamos que la Licenciatura en Enfermería es una necesidad social que necesita de una pronta respuesta por parte de la administración. Mientras tanto, los que creemos en esta necesidad, nos vemos en la obligación de seguir dando pasos que sirvan para sentar las bases de un rápido desarrollo de la Enfermería Superior. Ésta es la razón por la que apostamos por el Título Superior y por la que queremos comunicarlo al colectivo profesional.

Los objetivos que pretendemos conseguir son: *dar a conocer* la importancia de un formación multidisciplinar, que provoque una apertura a una perspectiva más amplia,

más integrada en el conjunto de los fenómenos de la sociedad en la que nos desenvolvemos, para dar soluciones a las nuevas demandas planteadas y contagiar al colectivo de la enfermería que tiene inquietudes, del ánimo necesario para emprender un proyecto de estas características.

2. MÉTODO

— Descripción de las asignaturas, los objetivos y los contenidos principales impartidos en los cursos de 4.° y 5.° del Título Superior.

— Realización de una entrevista estructurada, con preguntas abiertas de carácter cualitativo, vía e-mail a los distintos profesionales docentes y gestores del Título Superior.

— Realización de una entrevista estructurada, con preguntas abiertas a alumnos de 3.°, 4.° y 5.° de Enfermería.

3. RESULTADOS

— Afirmación de la necesidad expresa de la formación superior en enfermería.

— Ampliación de la visión del papel social de la enfermería y aumento de la motivación en aquellos que se encuentran cursando el T.S.

— A pesar de que la experiencia es corta, los profesionales aquellos que en su trayectoria no han estado relacionados directamente con esta disciplina, anotan que ha resultado gratificante comprobar que enfermería es una disciplina con pensamiento crítico que tiene mucho que aportar en el trabajo conjunto con otras profesiones al servicio de la salud.

4. CONCLUSIONES

Una Universidad del futuro que apueste por la calidad debe distinguirse por un abordaje interdisciplinar de la formación superior que proporcione a los enfermeros los conocimientos necesarios para posibilitar el desarrollo profesional propio.

Enseñanza de la problematización: Una propuesta metodológica, reflexiva y crítica para la educación a distancia en Enfermería

José M.ª Rumbo Prieto(*), Luis Arantón Areosa(*), Pilar Darriba Rodríguez(*), Lourdes Martínez Moar(*), Teresa Rumbo Prieto(*), Paulina Eguren Llera(*)

(*) C. H. Arquitecto Marcide. Prof. Novoa Santos de Ferrol. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, desde diferentes Organizaciones e Instituciones de Enfermería se están realizando y/o proponiendo cambios curriculares, tanto a nivel pregrado como postgrado, para responder a las nuevas tendencias en salud y a la necesidad de formación del personal de enfermería. Una de las alternativas es el cambio del método tradicional de aprendizaje, de carácter presencial (presencia de profesor y alumno) por el de educación a distancia, basado en materiales de apoyo, que el alumno maneja desde su domicilio, sin profesor presente, lo que *a priori* presenta una gran ventaja, ya que se adapta a la disponibilidad del alumno. Sin embargo, los programas de educación a distancia propuestos corren el riesgo de convertir a ésta, en una educación de segunda clase por su escasa innovación, credibilidad y falta de socialización.

OBJETIVO

Proponer y fundamentar un modelo educativo basado en casos prácticos para enfermería, a través de la educación a distancia. La finalidad es adoptar e impulsar la pedagogía problematizadora como el método innovador y adecuado para el aprendizaje de contenidos de enfermería dentro de esta modalidad.

METODOLOGÍA

Analizar la situación actual en materia de educación a distancia de enfermería, y comparar varias opciones pedagógicas que podrían ser aplicadas con la opción (pedagogía problematizadora) que este grupo investigador propone como perfil ideal de formación académica de postgrado de enfermería a distancia. Finalmente, el análisis consensuado mediante grupo de discusión expondrá los criterios reflexivos y críticos válidos para fundamentar el cambio de orientación propuesto en la educación a distancia.

RESULTADOS

Dentro de la variedad de abordajes que existen del proceso educativo en general, encontramos tres métodos significativos que se pueden incluir en la educación a distancia de enfermería: la educación basada en contenidos, la educación basada en comportamientos y la educación basada en problemas. De las tres, la educación basada en problemas (casos prácticos) es el más innovador y el menos empleado, a pesar de estar fundamentada como metodología científica.

Utilizando la enseñanza problematizadora, los alumnos buscan causas y analizan las consecuencias del problema, parten de la realidad y de su problematización y no de las bases teórico-conceptuales como lo hacen los demás modelos educativos. La evaluación de este método también es peculiar ya que se premia a la originalidad e innovación en las respuestas relacionando hechos y conceptos, y no solamente la acumulación de conocimientos y su fiel reproducción. El aspecto afectivo, también es objeto de evaluación, es decir, se deben valorar actitudes, valores y sentimientos.

CONCLUSIONES

La educación basada en el protagonismo del estudiante-profesional (enseñanza de I problematización), configura una opción crítico-participativa, en lo cual la realidad se concibe como problema, esto es, como algo inacabado, susceptible de modificación y perfeccionamiento. Evidentemente consideramos que es el método pedagógico más adecuado tanto para la educación a distancia como para la educación tradicional de enfermería, ya que incluye demandas reales de la sociedad actual que permiten configurar un perfil formativo sólido deseable, en base al presente y al futuro previsible del profesional de enfermería. «Vivimos en una sociedad que exige continuamente un nuevo profesional de enfermería, capaz de dirigir su práctica hacia el trabajo integral que per-

mita innovar en la atención y el cuidado, que desarrolle el pensamiento crítico y reflexivo y que busque nuevas tecnologías, construyendo, rehaciendo y validando un conocimiento adaptado a la realidad». (Comité Coordinador del la Red de Enfermería de América Latina, REAL.)

La licenciatura en Enfermería en los últimos diez años

Sara García López(*), Laura Martínez de Celis(*), M.ª Elena Fernández Martínez(*), M.ª Aurora Martínez Borrego(*) y Francisco Javier Pérez Rivera(*)

(*) E.U.E. León y Ponferrada.

INTRODUCCIÓN

«El objetivo o la necesidad disciplinar es la investigación; la estrategia para alcanzarlo en nuestra realidad académica es la Licenciatura» [1].

«Tres años de formación son insuficientes y obligan a las E.U.E. a reducir el currículum formativo, e incluso, a pasar por alto ciertas áreas de docencia que nos hacen un elemento potencialmente dañino al empezar a trabajar, siendo la práctica y algún postgrado cuando un buen enfermero acaba de formarse como buen profesional» [2].

«(...) Digamos que nuestra mayor razón es la sinrazón de aquellos que permitieron la entrada de la Enfermería en la Universidad, pero con limitaciones en cuanto al desarrollo académico y profesional (...)» [3].

«La Licenciatura no es la solución a nuestros problemas. Por ser licenciados no nos va a cambiar en nada el reconocimiento profesional (...)» [4].

Éstas son tan sólo cuatro de las muchas opiniones que sobre la Licenciatura en Enfermería se han emitido. En el desarrollo de este estudio intentaremos profundizar en ellas a través de lo publicado sobre el tema, analizando las principales ideas que hemos extraído de ello.

Para comprender un poco mejor la situación actual haremos un brevísimo recordatorio de los primeros pasos que se dieron en relación con el desarrollo de la formación de las enfermeras, precedentes importantísimos de los siguientes informes, acuerdos, propuestas, sesiones... que se han ido sucediendo en defensa de la implantación de un segundo ciclo propio de Enfermería (Licenciatura), con el consiguiente acceso a un tercer ciclo (Doctorado):

- **1971:** «I Jornada de Estudios de Enfermería». M.ª Dolores Agell planteó la necesidad de estructurar la formación enfermera en *todos* los niveles académicos existentes.
- **1973:** «Congreso Nacional de Hospitales», en Barcelona. Viala, Agell, Llobet, Meléndez y Tey defendieron una *formación estructurada en tres ciclos,* los dos superiores para capacitación docente, gestora e investigadora.
- **1976:** Uno de los nuevos proyectos sobre la *Licenciatura,* estructurado en tres ciclos universitarios, elaborado por la Escuela de Enfermería «Sta. Cruz y S. Pablo».
- **1980:** Publicación de un documento en la revista *Rol,* por parte de la AEED en el que se exponen las razones que hacen necesaria la regulación de la Licenciatura.
- **1981:** II Sesiones de Trabajo de la AEED, en las que Mompart y Alberdi propusieron un nuevo modelo de Licenciatura como segundo ciclo universitario. Nuevos proyectos sobre la Licenciatura, igual estructurados que el de la Escuela de Enfermería de «Sta. Cruz y S. Pablo» en tres ciclos, elaborados por la Escuela Universitaria de Navarra y otro por la Comisión de Escuelas de Enfermería de la Universidad de Barcelona.
- **1983:** Informe del Consejo General de Enfermería sobre un proyecto de ordenación de la formación enfermera, donde se contempla, entre otros, el desarrollo del segundo ciclo.

Desde este momento y hasta el año 1995 no se producen especiales avances en el tema, a partir de este momento los acontecimientos se aceleran.

Creemos pues necesario poner a disposición de la comunidad científica las aportaciones que se han hecho sobre este tema de tanta trascendencia para la disciplina enfermera desde el punto de vista docente, asistencial, investigador y de gestión.

El análisis de la Licenciatura debe encuadrarse en la clasificación de los estudios universitarios en España regulados por la LRU de 1983 el cual estructura los estudios en tres ciclos: Diplomatura, Licenciatura y Doctorado.

OBJETIVOS

1. Conocer la cantidad de artículos publicados sobre la Licenciatura durante los últimos diez años en seis revistas de Enfermería españolas.
2. Observar la evolución de:
   - El pensamiento e interés en la misma.
   - La cantidad, forma y contenidos de los artículos.
3. Analizar los elementos más importantes que hacen necesario el 2.º ciclo, así como los factores desencadenantes en la situación actual.
4. Profundizando en la realidad de la Licenciatura, intentar fomentar el debate para conseguir aportar nuevas ideas y soluciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Revisión bibliográfica manual y a través de la base de datos cuiden de la revista Index de Enfermería de todos los artículos publicados sobre la Licenciatura en Enfermería en seis revistas de *Enfermería Española:*
   - Durante los últimos 10 años (1991 a 2000 ambos inclusive).
   - En Rol de Enfermería, Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Nursing y Metas e Index de Enfermería a partir de su incorporación.
2. Lectura y análisis cuantitativo en el que analizamos las siguientes variables: número de artículos, distribución por revistas, distribución por años de dichos artículos.
3. Análisis de los contenidos desde el punto de vista cualitativo donde se recogen como variables el ¿por qué la licenciatura?, ¿para quién la licenciatura?, ¿cómo?, situación actual.
4. Limitaciones:
   - Con respecto a la Licenciatura, existe mucha literatura gris (periódicos, aportaciones a congresos...) con lo cual muchas aportaciones al tema quedan fuera del ámbito de este estudio, sin embargo creemos que las más importantes están recogidas en la revisión efectuada.
   - En el análisis cualitativo, por su propia naturaleza, la transposición de las ideas de los artículos puede haber sido influida por las ideas previas de los autores de este estudio ya que no se ha efectuado el análisis con las ideas vírgenes sobre este tema como sería deseable.

RESULTADOS

1. Se han encontrado un total de 29 artículos, 17 de los cuales corresponden al suplemento de un mes de una de las revistas *(Metas de Enfermería,* marzo de 2000), distribuidos del siguiente modo:

	Enfermería científica	Enfemería clínica	Nursing	Rol de Enfermería	Index de Enfermería	Metas de Enfermería	TOTAL
1991	—	—	—	—	—	—	—
1992	2	—	—	—	—	—	**2**
1993	—	—	—	1	—	—	**1**
1994	—	—	—	—	—	—	—
1995	—	—	—	—	—	—	—
1996	2	—	—	—	—	—	**2**
1997	—	—	—	—	—	—	—
1998	—	—	—	—	—	—	—
1999	—	—	—	—	—	1	**1**
2000	—	1	—	4	—	18	**23**
TOTAL	**4**	**1**	**—**	**5**	**—**	**19**	**29**

Como se puede observar, en el año 2000 se publicó el 79,3% del total de los artículos, mientras que en los 9 años anteriores sólo el 20,7% restante.

2. La práctica totalidad de los artículos encontrados son de opinión, editoriales... no encontrándose ningún artículo de investigación sobre el tema.

3. Las principales ideas recogidas son:

• ¿Por qué la Licenciatura?

Se puede contemplar desde diversos planos, como son el legal, el social, el profesional:

- *Legal:* En el artículo 30 de la Ley General de Educación se estipulan las funciones de la educación universitaria, que dice:
  1. Completar la formación integral de la juventud, *preparar a los profesionales* que requiera el país y atender al *perfeccionamiento* del ejercicio de los mismos.
  2. Fomentar el progreso cultural, *desarrollar la investigación a todos los niveles* con libre objetividad y formar científicos y educadores.
  3. *Contribuir* al perfeccionamiento del sistema educativo nacional, así como al *desarrollo social* y económico del país [5].

- *Profesional:* Si analizamos la acción enfermera como propone el profesor Gracia a la luz de los caracteres distintivos de las profesiones podemos afirmar que la Enfermería cumple con el *universalismo,* la *especificidad funcional* (quizá el menos desarrollado), la *neutralidad afectiva* y la *orientación hacia la colectividad* [6].
- *Social:* Nuestra sociedad ha ido y va avanzando «vertiginosamente hacia una cultura del bienestar, donde el cuidado de la salud es un bien incuestionable (...).Las enfermeras son, el recurso profesional que garantiza la calidad de los cuidados para la salud y la vida» [7].

Partiendo entonces de lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que Enfermería tiene:

- Limitación actual de las enfermeras para investigar.
- Derecho al desarrollo profesional.
- Por ser la Enfermería una Ciencia que dispensa servicios constituyentes de un bien para la Humanidad, los cuidados de Enfermería, necesita desarrollar y ampliar su cuerpo de conocimientos.
- Para poder asumir los puestos de gestión, docencia, supervisión..., etc., con mayor capacitación.
- Para desarrollar el ejercicio de la profesión en todos sus ámbitos con mayor autonomía.
- Para poder prestar los cuidados de calidad que la sociedad va demandando progresivamente.
- Para poder acceder al Doctorado.
- Porque estamos importando conocimiento de aquellos lugares donde se investiga y genera conocimiento, siendo las sociedades de donde lo importamos culturalmente distintas a la nuestra.

• ¿Para quién?

- Para todos los alumnos que inicien los estudios de Enfermería: un solo ciclo.
- Para los D.U.E.
  - — Que deseen continuar su formación.
  - — Para que puedan acceder a puestos de gestión, docencia...

- **¿Cómo?**

  - Un solo ciclo, como propone el Consejo General de Enfermería [8] a partir del año 1996, desmarcándose de su anterior propuesta de desarrollar la licenciatura como un segundo ciclo [9].
  - Dos ciclos, con la fórmula 3+2, como apoyan SATSE, AEED, ANDE, CNDEUEEE y la mayoría de los profesionales que sobre el tema se han pronunciado. Como el rector de la Universidad Autónoma esto permitiría el mantenimiento y acceso de los puestos de trabajo, sobre todo asistenciales de los ya diplomados, y el acceso a los que lo deseen a puestos de gestión, docencia, investigación, etc.

- **Situación actual**

La denuncia del Consejo General de Colegios de Enfermería a España por incumplimiento de la normativa europea ha supuesto un incremento en la publicación de artículos, mayor protagonismo de la Licenciatura en distintos foros y reuniones científicas de Enfermería... en general, una mayor preocupación por el mencionado tema.

CONCLUSIONES

- No se ha observado ningún incremento en la publicación de artículos sobre la Licenciatura a lo largo de los años y tan sólo en el año 2000 se publicaron casi las partes del total.
- La mayor parte de los representantes del colectivo de Enfermería parece coincidir en la necesidad de la implantación de la Licenciatura de Enfermería, que no otros segundos ciclos (Licenciatura en Antropología Social y Cultural, Título Superior de Enfermería: Segundo Ciclo, Licenciatus Curatis Infirmorum), para lograr mayor capacitación, desarrollo y autonomía de nuestra profesión.
- Enfermería es la única diplomatura universitaria que carece del correspondiente 20 ciclo, impidiendo el desarrollo de todas sus funciones:
  - — Investigadora:
    - – Todas las ciencias necesitan investigar para crecer: como Enfermería es una Ciencia, necesita investigar, esto se consigue a través de la Licenciatura y posterior Doctorado.
    - – La importancia de la investigación en Enfermería trasciende al resto de sus funciones.

- Docente:
  - — Para ser profesor titular de Universidad hay que ser Licenciado y para ser catedrático hay que ser doctor [10].
  - — Todos los profesores de Universidad tienen plena capacidad investigadora para desarrollar su área de conocimientos. Esto permite su acceso al Doctorado, y el consecuente desarrollo de su disciplina, mientras que Enfermería carece de ello.
- Asistencial:
  - — La sociedad está crecientemente demandando mayor cantidad y calidad en los cuidados.
  - — La Licenciatura permitiría mejorar la preparación y el desempeño profesional, porque favorecería el desarrollo del marco teórico, implantación y crecimiento de modelos.
- Administradora:
  - — La Licenciatura permitiría una mejor capacitación para gestionar los cuidados con una mayor eficiencia, efectividad y aceptabilidad [1].
- «El reconocimiento no vendrá nunca por la acreditación del título que nos conceda la Universidad o el certificado que nos ubique en tal escala de la organización social; estos requisitos deberán ser la conclusión de unos ellos, pero nunca la condición de ellos. Nuestro reconocimiento está en la capacidad que tengamos para responder a lo que la sociedad espera de nosotros, en la capacidad para resolver los problemas que las personas ponen en nuestras manos y en garantizar a la sociedad que lo que hacemos se respalda en criterios de calidad científica, técnica y humana. Este es nuestro poder real y deberá ser nuestro orgullo (...)» [7].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Marta Durán Escribano: *Rol de Enfermería,* 2000 enero; 23 (1): 8-9.

[2] Xavier Sánchez i Sancho: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento 8.

[3] Jesús Sánchez Martos: *Enfermería Científica,* 1996, julio-agosto; 172-173: 3.

[4] Ana Terres Fuentes: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 8.

[5] Ruiz Royo, María Teresa; Romá Ferri, María Teresa, y Cartagena de la Peña, Elisa: *Enfermería Científica,* 1992, mayo (112): 34.

[6] CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA (CNDEUEE): *Rol de Enfermería,* 2000, enero, 23 (1): 57, 58.

[7] MARTA DURÁN ESCRIBANO: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 3.

[8] M.ª JESÚS NADAL NADAL: «La licenciatura en Enfermería», *Rol de Enfermería,* 2000, abril, 23 (4): 11-14.

[9] «La licenciatura en enfermería», *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 1.

[10] MARTA DURÁN ESCRIBANO: «El segundo ciclo en Enfermería», *Rol de Enfermería,* 2000, mayo, 23 (5): 51-59.

La formación enfermera y los hábitos de salud de los estudiantes de Enfermería

Pilar Juaristi(*) y Sara Domínguez(*)

(*) Estudiantes de Enfermería. Universidad Europea-CEES. Madrid.

ANTECEDENTES

La formación enfermera básica proporciona las bases para el desarrollo de los conocimientos, actitudes y habilidades profesionales para lograr que los usuarios de los servicios enfermeros (individuo, familia y comunidad) adquieran no sólo los conocimientos necesarios, sino que los interioricen de tal forma que les impulse a introducir en su vida cotidiana los cambios necesarios, bien sea para recuperar, mantener o mejorar su salud. Uno de los aspectos fundamentales en los que los estudiantes deberán trabajar es la Educación para la Salud dedicada fundamentalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, basada en la modificación e interiorización de prácticas saludables. El papel de educadores en salud que tendrán que desarrollar tiene entre otras características la congruencia, es decir, la congruencia, la adecuación entre los que sentimos, pensamos y expresamos; algunos autores creen que la función modélica de los profesionales sanitarios es un factor importante para influir en el cambio de conductas de salud en la población. Por ello el presente estudio tiene como objetivo conocer los estilos de vida de los estudiantes de enfermería de tercer curso de la Universidad Europea.

MÉTODO

Estudio descriptivo trasversal. Población de estudio: estudiantes de tercer curso de enfermería (N=60). Ámbito de estudio: Universidad Europea de Madrid. Se utilizó un

cuestionario autocumplimentado de elaboración propia, previamente pilotado. Variables del estudio: edad, sexo, hábito tabáquico, ejercicio, ocio, alimentación, consumo de alcohol, drogas, método anticonceptivo, relaciones sociales, ansiedad, depresión. Análisis: medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de distribución (frecuencias).

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 96% (56). La edad media de los estudiantes es de 22 años, con un rango de 20 a 32. El 79% son mujeres y el 21% hombres. El 55% son fumadores, la media de consumo de tabaco es 12 cigarrillos/día y un 48% ha intentado dejar de fumar. Realizan ejercicio un 45%, una media de 5 horas a la semana, el tipo de ejercicio que realizan es: gimnasia 32%, Caminar un 20%, Baloncesto un 12% y varios deportes un 12%. Con respecto a la alimentación un 27% tiene una media ingesta de ácidos grasos y un 29% una alta ingesta. Realizan una media de 4 comidas al día. Un 25% consume de forma ocasional hachís y 14% marihuana. El consumo medio de gramos de etanol es de 100 grs. a la semana. El 73% refiere utilizar preservativo en sus relaciones sexuales. Reflejan que se encuentran nerviosos un 80%, irritables un 59%, tienen dificultad para relajarse un 54% y sólo un 14% ha perdido el interés por las cosas.

CONCLUSIONES

Existen un número importante de comportamientos de salud negativos, aunque destaca la realización de ejercicio y la utilización de preservativo como comportamientos positivos. El grado de ansiedad que manifiestan los estudiantes es importante, se complementa con el tipo de talleres educativos que solicitan: relajación y control del estrés, deshabituación tabáquica, sexualidad y alimentación.

La formación coordinada atención primaria-atención especializada: Una experiencia práctica

Dolores Morales Rodríguez(*) y Mercedes Contreras García(**)

(*) Enfermera Adjunta del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
(**) Enfermera Supervisora del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Desde la reforma sanitaria en España, en la que se reestructuran los niveles asistenciales, así como sus competencias, se establece la necesidad de la coordinación entre ambos niveles con la finalidad de garantizar la coordinación de cuidados. Entre las estrategias que facilitan la continuidad de cuidados enfermeros están: la realización del informe de enfermería al alta y la realización de protocolos y planes de cuidados estandarizados de manera conjunta.

En el año 1999, las direcciones de enfermería del Área 11 de A.P. y A. E. establecen como objetivos la realización de protocolos conjuntos de cuidados, entre ellos se encuentra: úlceras vasculares, cuidados a pacientes con lesiones en pie diabético. Cuyos objetivos fueron:

— Unificar los criterios para las intervenciones de cuidados en los diferentes procesos.
— Unificar criterios en la utilización de materiales y productos.

MÉTODO

Se crearon grupos de trabajo formados por enfermeras de ambos niveles, expertas en cuidados de los pacientes con dichos problemas, para la realización de los protoco-

los ajustados a una estructura previamente definida. La confección de dichos protocolos se desarrolló a lo largo de seis meses.

La difusión de los protocolos se realizó a través de dos talleres teórico-prácticos, con metododología participativa y activa de 10 casos clínicos, de pacientes que posibiliten intercambiar destrezas y habilidades en el cuidado enfermero.

Las docentes implicadas en el taller son las enfermeras que han realizado el protocolo de cuidados.

Al finalizar los talleres se pasan un cuestionario de evaluación de los mismos.

RESULTADOS

Se han realizado dos talleres de protocolos cuidados de 14 horas, con una participación de 100 enfermeras, distribuyéndose de manera equitativa enfermeras de A.P. y de A.E. Un 85,4% de los participantes realizaron la evaluación del taller.

El 80,5% de las enfermeras que realizaron la evaluación consideraron el taller como bastante práctico y 92,7% lo consideró útil. El 82,9% considera que lo aprendido ha sido adecuado. El 90,2% opina que es útil realizar periódicamente este tipo de talleres.

CONCLUSIONES

La protocolización de cuidados enfermeros realizados conjuntamente con enfermeras de A.P. y A.E. es un instrumento útil en la unificación de criterios. La formación conjunta de enfermeras de ambos niveles ha sido considerada una experiencia útil. La utilización de casos prácticos como metodología para ser resueltos en grupos de trabajos mixtos, es considerado como un método adecuado.

Presencia de revistas y boletines españoles de Enfermería en Internet

C. González Guitián(*), M. J. Pichel Guerrero(*) y M. Sobrido Prieto(**)

(*) Escuela Universitaria de Enfermería. Universidade da Coruña.
(**) Biblioteca del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (A Coruña).

OBJETIVO

El rápido crecimiento de Internet en los últimos años ha propiciado la aparición de numerosas publicaciones en formato electrónico. Si bien estos nuevos modelos han permitido una difusión más rápida de sus contenidos, no siempre se han ajustado a recomendaciones internacionales. El propósito de este trabajo es conocer la presencia y calidad de las revistas española de Enfermería presentes en Internet.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las publicaciones han sido localizadas a través de diferentes motores de búsqueda, directorios y otros enlaces. La evaluación de las mismas se ha llevado a cabo de acuerdo a una serie de criterios de calidad establecidos:

Responsabilidad de la publicación (si se trata de una página institucional, comercial o personal).

Contenido formal (que esta contenga información sobre el comité editorial, normas de publicación).

Accesibilidad de contenidos (requisitos de pago y acceso a números anteriores. Asimismo se valorará el acceso a sumarios, resumen y/o texto completo del artículo).

Estructura (secciones).

Difusión de la página (posibilidad de consulta en otros idiomas que no sean el español, presencia de estas revistas en directorios y bases de datos).

Otros valores añadidos (motores de búsqueda interno, enlaces a referencias bibliográficas, posibilidad de contactar con los autores...).

RESULTADOS

Se han seleccionado tan sólo aquellas revistas y boletines editados en España, resultando un total de 18 revistas electrónicas y cinco boletines. La presencia de revistas y boletines españoles sobre Enfermería en Internet es bastante importante, 23 en total. La casi totalidad de ellas son páginas de acceso gratuito y, con excepción de 4, todas ellas permiten el acceso al resumen (8) o al texto completo (10), quedando en todas ellas patente la identificación y responsabilidad de dicha publicación.

Sin embargo, y a pesar del peso de éstas, la difusión de las mismas está por desarrollar. La posibilidad de consulta en otros idiomas resulta casi anecdótica, mientras que su presencia en directorios resulta dispersa y poco exhaustiva.

REVISTAS ESPAÑOLAS DE ENFERMERÍA EN INTERNET

Internet surge en Estados Unidos en la década de los 60, y no es hasta una década posterior cuando se generaliza su uso en organismos militares y académicos, y ya en los 90 se universaliza su difusión. con la aparición de Internet, se produjo un profundo cambio en los sistemas de comunicación científico, y de modo muy particular en las revistas científicas.

Las revistas electrónicas, también conocidas como revistas-e son entendidas como un conjunto de artículos ordenados, formalizados y publicados a través de las redes informáticas. Atendiendo a este concepto, podemos distinguir dos tipos: aquellas que son la versión digital de un formato impreso y las puramente electrónicas.

Las revistas-e nacieron como una simple herramienta para la difusión de sumarios, a los que sucesivamente se incorporó el resumen y más recientemente la posibilidad del acceso al texto completo.

En la actualidad, y gracias al empleo de la red, estas revistas también permiten nuevas posibilidades como consultar los archivos, contactar con los autores a través del correo electrónico, enlaces a las bases de datos a través de referencias bibliográficas o buscar un determinado tema entre los artículos publicados en la revista.

En la actualidad, las ventajas que ofertan las revistas electrónicas frente a las impresas se pueden enumerar, entre otros, en los siguientes puntos:

— Disminución del plazo de espera para su publicación.

— Universalidad de la información: con este nuevo formato es posible consultar las revistas en cualquier parte del mundo.

— Admite múltiples formatos de lectura.

— Sus contenidos pueden ser modificados rápidamente.

— Acceso a números atrasados.

— Permite opciones de búsqueda que en formato impreso no son posibles.

En España la aparición de revistas de Enfermería está ligada a la consolidación de la Enfermería como una disciplina académica en 1977.

El propósito de este trabajo es conocer la presencia y estructura de las revistas españolas de Enfermería presentes en Internet. Las publicaciones han sido localizadas a través de diferentes motores de búsqueda, directorios y otros enlaces.

La evaluación de las mismas se ha llevado a cabo de acuerdo a una serie de criterios de calidad establecidos:

— Responsabilidad.

— Accesibilidad.

— Difusión.

— Y valores añadidos.

En esta pantalla podemos observar la tabla que recoge los resultados obtenidos utilizando para ello cada uno de los criterios de calidad ya mencionados.

RESULTADOS

Responsabilidad

Con excepción de 3 revistas («Enfermería Clínica», «Metas de Enfermería» y la «Revista Rol de Enfermería») el resto de las publicaciones analizadas han sido creadas por instituciones de origen muy diverso, bien se traten de colegios de enfermería, sociedades científicas, o universidades, tal y como podemos observar en la diapositiva.

Accesibilidad

En la actualidad el acceso a los contenidos no está demasiado desarrollado. Así, 9 de las 16 revistas analizadas permiten consultar el texto completo. De estas, dos es necesario previa suscripción a la revista, y en otros 4 casos tan sólo permiten el acceso a determinados artículos seleccionados.

Del resto de las publicaciones, 5 permiten consultar el resumen y 2 tan sólo ofrecen acceso a los usuarios.

En cuanto a la posibilidad de consulta de números anteriores, la oferta es bastante variada, mientras en unos casos sólo se permite consultar el número o año en curso, en otros se pueden los sumarios de años anteriores. Sin embargo, no en todos los casos la página se encuentra actualizada y en consecuencia no se permite acceso a los últimos números, como sucede con la revista «cultura de los cuidados» que sólo se permite acceder a los números correspondientes a los años 1997-1999.

Difusión (posibilidad de consulta en otros idiomas)

Por norma general, los textos se hallan exclusivamente en español, con la excepción de 4 revistas que permiten consultar sus resúmenes en inglés.

Valores añadidos

En la actualidad las revistas sanitarias españolas apenas ofertan servicios de valor añadidos dentro de sus páginas web. 7 han sido los indicadores analizados:

— Que la revista ofreciese la posibilidad de consultar las normas de publicación (indicador presente en 10 de las revistas analizadas).

— Que contase con un motor de *búsqueda interno* (tan sólo presente en «Enfermería clínica»).

— *Servicio de obtención de documentos* (posibilidad de solicitar el documento por correo electrónico).

— *Servicio de foro.* Se ofrecen exclusivamente en 3 revistas.

Además de estos han sido analizados otros elementos que no se encuentran disponibles:

— Formato de *visualización* de los documentos. Todas ellas han sido realizadas exclusivamente en formato HTML, si bien sería oportuno la posibilidad de visualizar los documentos en formato PDF.

— Posibilidad de contacto con los autores a través del correo electrónico (en ninguno de los casos se ofrecía esta posibilidad).

— Que las referencias tuviesen un *enlace directo a bases de datos* (ninguna de las 16 revistas cuenta con este servicio).

Esta sería la Página de Internet de la Revista Enfermería Clínica.

CONCLUSIONES

En la actualidad existe un importante número de revistas disponibles en la red, pero su presencia no se corresponde con las prestaciones ofertadas ni con el desarrollo producido en otras revistas-e:

Llama la atención que apenas se ofrecen valores añadidos en ninguna de las revistas analizadas, como la consulta de documentos en formato PDF, la posibilidad de contacto con los autores a través del correo electrónico, o la búsqueda de artículos publicados en la propia revista a través de lo que se denomina buscadores internos.

Otro aspecto significativo es el hecho de que las 3 únicas revistas promovidas por editoriales, son las que han llegado a alcanzar un mayor desarrollo y difusión en la red, frente a las publicaciones elaboradas por instituciones que, en la mayor parte de los casos, se limitan a una presencia testimonial ofreciendo escaso desarrollo de los contenidos.

Sería oportuno que otras publicaciones diesen el salto a la red y que se estableciese relación desde la base de datos a las propias editoriales de las revistas, tal y como se está desarrollando en Medline.

Necesidad de un nuevo enfoque en la evaluación de la formación continuada

Raquel Buisán Pelay(*), P. del Pozo Herranz(*) y M. Corral Bocos(*)

(*) Área 1 de Atención Especializada/Hospital «Virgen de la Torre». Madrid

ANTECEDENTES

La idea de conocer la rentabilidad de las acciones formativas suscita un interés permanente en todos los sectores y el sanitario no es ajeno a él.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Área 1 de Atención Especializada del Insalud, comenzó su andadura en el año 1994 y desde entonces se ha ido avanzando en la evaluación de las Acciones Formativas, desde la elemental evaluación de reacción, a la de conocimientos y posteriormente a la evaluación sobre la aplicación de los temas impartidos.

OBJETIVO

Mostrar el desarrollo metodológico de la evaluación de aplicación y los resultados obtenidos en cursos impartidos sobre las distintas áreas del cuidado enfermero, durante los años 1995 al 2000.

METODOLOGÍA

Proceso previo: Integración de objetivos/demanda

Planificación del Programa de Formación:

1. *Objetivos* institucionales del contrato de gestión del Área/Insalud.
   Objetivos institucionales internos.
   Demanda de formación específica de los profesionales para el desempeño del puesto de trabajo: encuesta bienal.
2. *Niveles estratégicos:* Capacitación en conocimientos, Entrenamiento en habilidades y Desarrollo personal del empleado.
3. *Elementos del programa:* Actividades docentes, Infraestructura y Presupuesto. Evaluación: Reacción-Conocimientos-Aplicación.

RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN (1)

Área de Metodología de cuidados

Programa de Informe de Enfermería al Alta/Coordinación de cuidados.

Sistema de Registros de Cuidados.

Planes de Cuidados Estandarizados.

Área de mejora de la calidad

Manual de Procedimientos Enfermeros del Área.

Protocolo y Monitorización del Programa de Cuidados: Úlceras por Presión.

Prevención y Monitorización de Accidentes y Caídas de Pacientes.

Monitorización de Infección Nosocomial: venopunción, sondaje vesical, curas...

Evaluación anual sistemática de cumplimentación de registros.

Elaboración multidisciplinar de Vías Clínicas: implantación y evaluación.

(1) En las Jornadas se presentarán los datos de los indicadores ampliados.

Área de gestión

Definición de puestos de trabajo de la División de Enfermería.

Definición e implantación de Indicadores de Actividad.

Elaboración y puesta en práctica de la Evaluación del Desempeño.

Área de coordinación

Grupo promotor del Comité Asistencial de Bioética: primaria/especializada.

Grupo de Recuperación Cardiopulmonar (R.C.P.).

Reanimación cardiopulmonar básica en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES)

Anna Escayola Maranges(*)

(*) Escola de Ciènces de la Salut de Manresa. Estudis d'Infermeria. Fundació Universitària del Bages (FUB).

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El paro cardiorrespiratorio es una situación considerada como emergencia o urgencia vital. Se presenta únicamente en un porcentaje reducido de casos y, generalmente, es secundario a una arritmia, hipoxia, anemia, electrocución u otros, pero con una actuación precoz, rápida y adecuada por parte de personal entrenado, la víctima puede salvarse y evitar la muerte en casi un 50% de los casos (1).

Dado el carácter de inmediatez que precisa este tipo de problema, es de vital importancia que las primeras personas que encuentran a la víctima sean personas entrenadas y estén capacitadas para empezar a actuar.

Para que estas acciones sean más precisas y unificadas, se deben integrar en lo que se llama la «cadena de la supervivencia» (2). Ésta describe una serie de circunstancias y acciones que permiten una precocidad en la detección del problema, inicio del tratamiento básico y del tratamiento más especializado.

(1) MORENO MILLÁN, E., y DEL BUSTO PRADO, F.: *Manual de Soporte Vital Básico,* 2.ª edición. Ed Arán, Madrid, 2000.

(2) SEMES: *Grupo de trabajo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada. Recomendaciones en reanimación cardiopulmonar avanzada*, Madrid, 1999, p. 9.

Los estudios de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de Manresa consideran la importancia que tiene la rapidez de actuación en un paro cardiorrespiratorio y la aplicación de la cadena de la supervivencia. Pero esta aplicación no sólo desde el ámbito profesional sanitario, sino desde todos los ámbitos relacionados con las situaciones vitales; ya sea desde el momento en que un primer detector situado en la calle descubre el accidente o hasta que los profesionales asumen la responsabilidad.

Numerosos estudios confirman la utilidad de la aplicación de las maniobras de RCP básica y/o avanzada, así como una buena formación tanto teórica como práctica (3). La mayoría de los estudios y trabajos relacionados con la enseñanza de las maniobras de RCP están dirigidos básicamente hacia profesionales de la salud, ya sea estudiantes de medicina (4), enfermeros/as (5), estudiantes de dentista (6) y/o profesionales que ejerciendo la profesión realizan cursos de reciclaje relacionados con la reanimación cardiopulmonar (7).

Sin embargo, la primera persona que acude a socorrer a una víctima, no es siempre una persona relacionada con el ámbito sanitario; de ahí la importancia de integrar esta formación en el ámbito civil no profesional, priorizándolo como una de las formaciones básicas que toda persona debe poseer respecto a los cuidados básicos de salud.

En el ámbito preventivo y en el de la educación obligatoria, se han llevado a cabo algunas experiencias docentes que confirman la necesidad de educar a la población para mejorar la asistencia y consecuentemente, la supervivencia de las víctimas. Tal es el caso de algunos médicos de empresa del Japón que realizan sesiones de RCP a sus trábajadores, previa petición por parte de la gerencia o sin ella (8) y/o las sesiones

(3) Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Medicina Preventiva y Control de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid: «Evaluación de los cursos de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada en pediatria», *Rev. An. Esp. Pediatr. 2000,* agosto, 53 (2): 125-134.

(4) Carrillo Álvarez, López-Herce Cid, J.; Moral Rorrero, R., y Sancho Pérez, L.: «Enseñanza de la Reanimación cardiopulmonar básica pediátrica en la licenciatura de Medicina y Cirugía», *Rev. An. Esp. Pediatr.,* 1999, junio, 50 (6): 571-575.

(5) Smith, M. K., y Ross, C.: «Teaching Cardiopulmoary resuscitation in a developing country; using Nicaragua as a model», *Rev. Crit. Care Nurs. Q.,* 1997, agosto, 20 (2): 15-21.

(6) Graham, C. A., y Scollon, D.: «Cardiopulmonary resuscitation training for UK undergraduate dental students», Rev. *Resuscitation,* 1996, sep., 32 (2):105-108.

(7) García-Barbero, M., y Caturla-Such, J.: «What we are doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe? Ana analysis of a survey», Rev. *Resuscitation,* 1999, agosto, 41 (3): 225-36.

(8) Kohriyama, K.; Kamochi, M.; Aibara, K.; Sata, T., y Shigematu, A.: «Occupational physicians' concern and fact-finding methods regarding cardiopulmonary resuscitation education por employees in the workplace», Rev. *Sangyo Ika Daigaku Zasshi* ,1995, junio, 1, 17 (2): 105-11.

que se realizaron en las escuelas infantiles en Cardiff con alumnos de 11 y 12 años (9).

En España también se han realizado sesiones de este tipo en algunos institutos de la comunidad Balear, concretamente en la Isla de Mallorca (10), en algún Instituto de la Comunidad Valenciana, en la población de Huercal Overa (Almería) o en Cataluña. En los años 1997 y 1999, en la ciudad de Manresa, se realizaron dos sesiones abiertas al público y a profesionales de la salud donde, personal especializado del Centro Hospitalario y Cardiológico de Manresa, enseñaba las maniobras básicas de RCP. Aunque este tipo de sesiones se habrán realizado en muchas otras comunidades es difícil encontrar documentación o trabajos de investigación que hablen de ellas.

El presente trabajo se enmarca dentro del segundo eslabón de la cadena de la supervivencia, es decir en el inicio de la RCP básica de forma precoz y en el marco de la docencia de estas maniobras a la población fuera del ámbito sanitario.

Durante los cursos escolares 99-00 y 00-01, los estudios de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de Manresa ha realizado varias sesiones de docencia de RCP básica a estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y de Bachillerato. Éstas se han realizado dentro de un programa general de Prevención de Accidentes de Moto, y en colaboración con una institución manresana que se dedica a la organización de actividades para la juventud de la ciudad llamada BLOC. Desde esta institución, se nos pidió la colaboración en la organización de los talleres prácticos de primeros auxilios frente a accidentes de motocicleta. Esta propuesta respondía a dos motivos; el primero es que a esta edad, los jóvenes suelen moverse por la ciudad en este tipo de vehículos y por tanto son un grupo de edad de alto riesgo, el segundo es que en muchas ocasiones los adolescentes salen en grupo y en caso de accidente son los propios compañeros los que tienen que actuar en primer lugar. Desde BLOC, se ofrecían la posibilidad de realizar estos talleres a los institutos de la comarca, y posteriormente los institutos contactaban con los estudios de Enfermería para la determinación de la fecha y el horario más adecuado para realizar las sesiones.

Los objetivos principales del presente estudio son dos:

- Conocer la predisposición de los alumnos de los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) respecto al aprendizaje en este tipo de talleres.
- Evaluar los talleres prácticos.

---

(9) LESTER, C.; DONNELLY, P.; WESTON, C., y MORGAN, M.: «Teaching schoolchildren cardiopulmonary resuscitation», Rev. *Resuscitation,* 1996, febrero; 31 (1): 33-8.

(10) HOSPITAL SON DURETA: Memoria de las actividades del Hospital Son Dureta, año 1998. Mallorca, 1999.

Los objetivos específicos han sido:

— Ofrecer la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para la aplicación de las maniobras de RCP.

— Conocer la opinión subjetiva de los alumnos respecto a la importancia de conocer y practicar las maniobras de RCP en la calle.

— Proporcionar material de soporte para su consulta posterior.

— Detectar el interés por otros talleres relacionados con la salud.

— Establecer una buena relación entre el profesorado de la universidad y el alumnado preuniversitario.

MÉTODO

La población total a la que se ha realizado la docencia ha sido de 316 alumnos, a los que se les ha pasado un cuestionario (anexo 1) que debían rellenar una vez finalizada la sesión en cada uno de los Institutos.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

El cuestionario recoge por una parte, datos de identificación referentes al sexo, curso que los alumnos están realizando y ciudad donde está situado el instituto. Por otra parte el cuestionario consta de cinco preguntas cerradas que los alumnos deben marcar bajo variables cualitativas.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa informático Gandía Barbwin versión 4.0.

Los talleres se han organizado en grupos de 10-15 alumnos, realizándose de forma simultánea por grupos y en aulas diferentes. A cada grupo se le asigna una enfermera monitora de prácticas, que previamente ha unificado criterios de actuación.

Estas sesiones se han organizado en dos partes. Una primera teórica de unos 45 minutos, donde se explica a los adolescentes la actuación general frente a los accidentes de moto, los problemas más habituales con que se pueden encontrar durante la asistencia a una víctima y los primeros auxilios relacionados con ellos. Al mismo tiempo se proporciona a los alumnos una documentación escrita de soporte a la parte teórica con algunos dibujos que ayudan a la comprensión de lo que se explica.

La segunda parte es totalmente práctica y en ella se enseñan y practican las maniobras básicas de la RCP; la permeabilización de las vías aéreas, la respiración boca-boca, y el masaje cardíaco externo. Estas maniobras son realizadas por todos los alumnos y se trabaja a través de supuestos prácticos. El material con que se cuenta para realizar

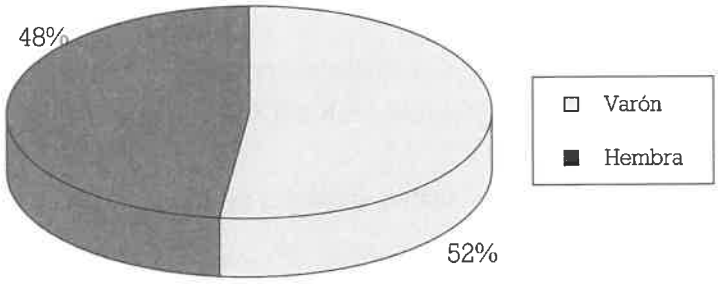
los talleres es un maniquí de simulación de RCP por cada monitora y grupo de alumnos.

RESULTADOS

Los resultados principales han sido:

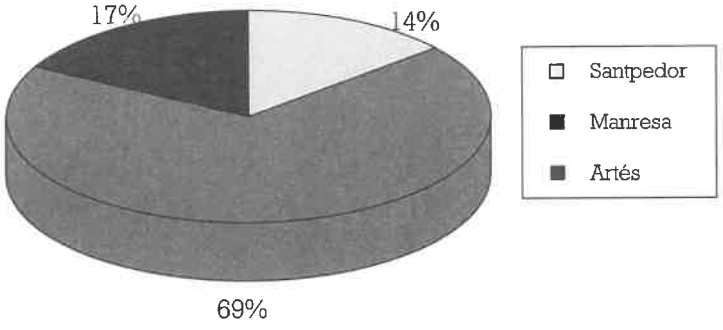
- La distribución por sexos ha sido de un 52% varones y un 48% mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1: Sexo.



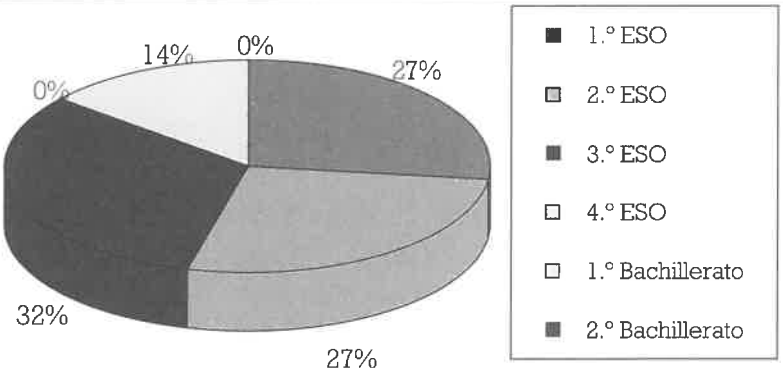
- Un 70% de los alumnos están cursando sus estudios en la ciudad de Manresa. (Gráfico 2).

Gráfico 2: Población.



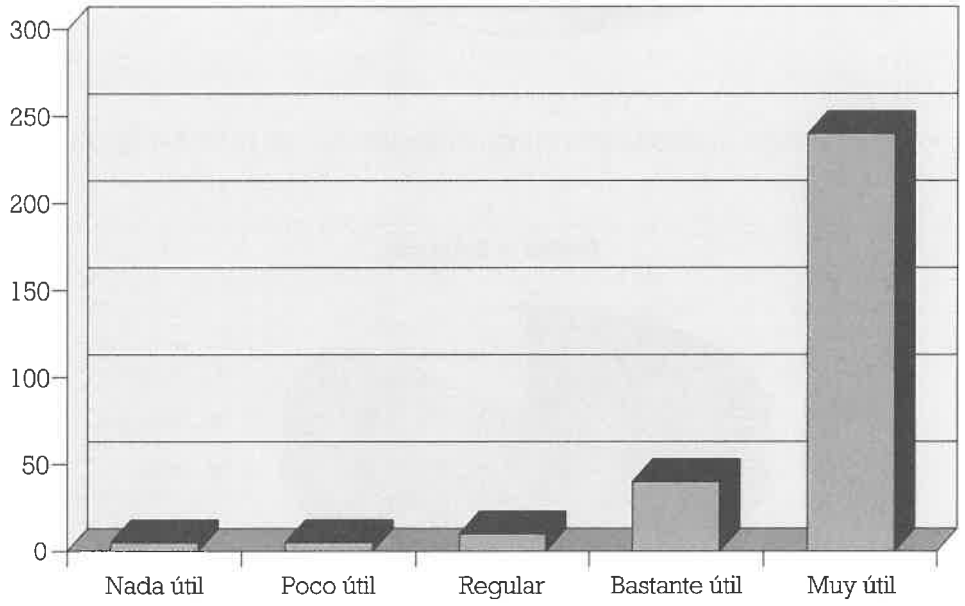
- Las sesiones se han realizado en un 32% a alumnos de 3.º de ESO, en un 27% a alumnos de 1.º y 2.º de ESO y en un 14% a alumnos de 1.º de Bachillerato (Gráfico 3). La mediana de edad es de 13,5 años.

Gráfico 3: Curso.



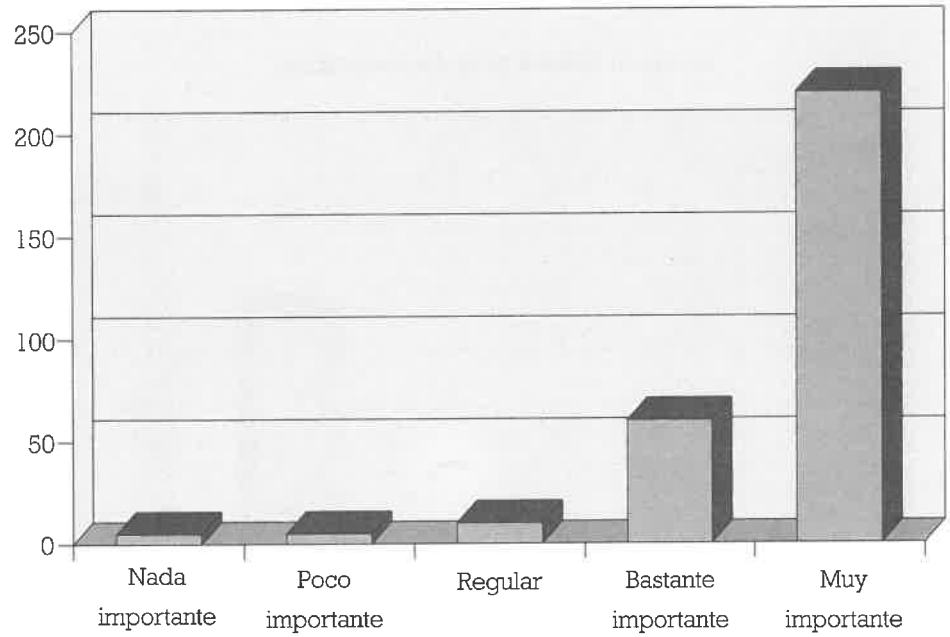
- Respecto a la opinión que les había merecido el taller, un 80% opinó que éste había sido muy interesante y un 1% lo valoró no interesante (Gráfico 4).

Gráfico 4: Utilidad del taller.



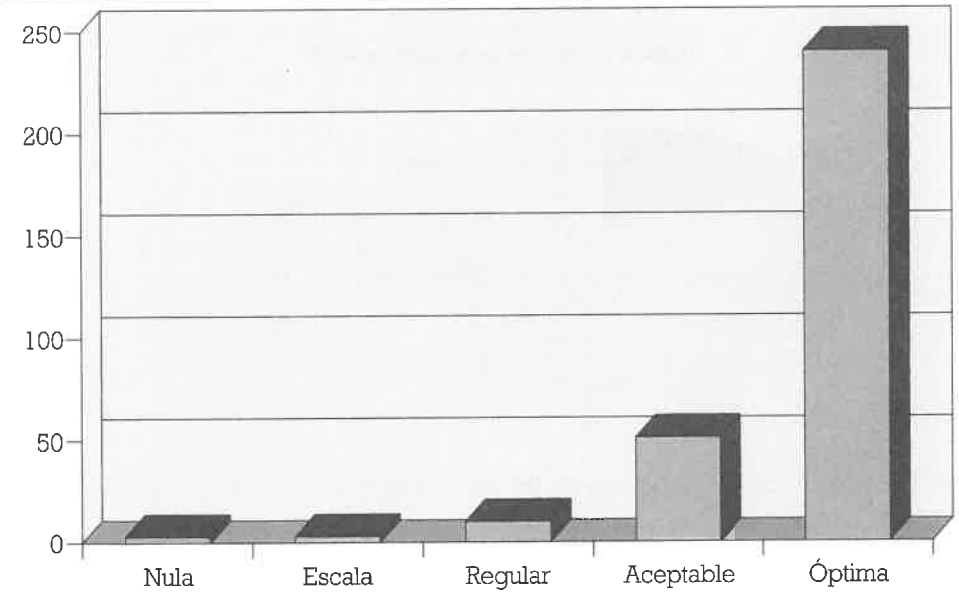
- En cuanto a si creían que era importante tener este tipo de conocimientos un 73% lo valoró muy importante y un 23% bastante importante. Cabe destacar que no hubo nadie que valorara no interesante el hecho de tener este tipo de información (Gráfico 5).

Gráfico 5: Importancia del taller.



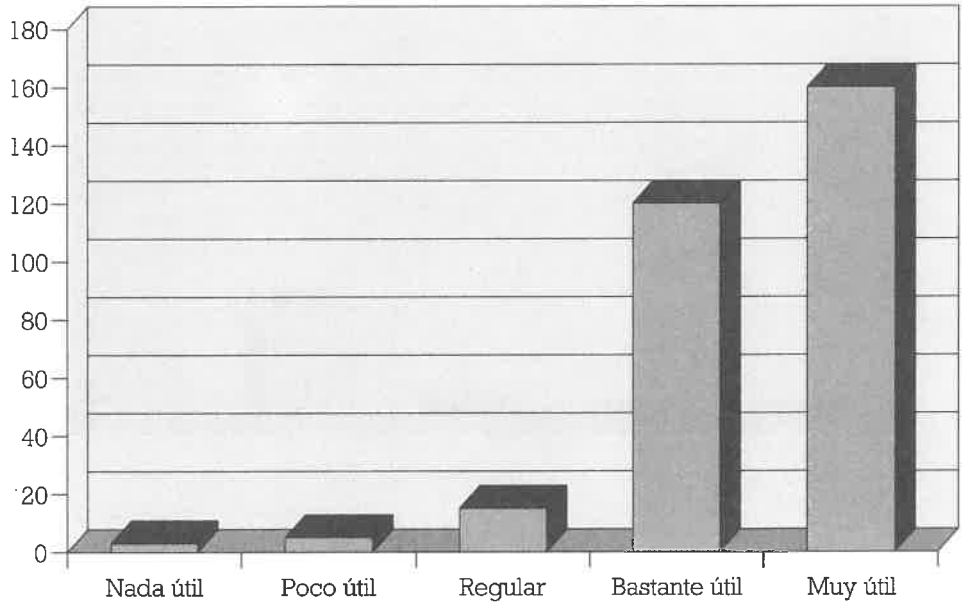
- La valoración de la relación que había mantenido con la enfermera monitora de prácticas, fue considerada en un 78% de los casos óptima, siendo sólo un 3% los casos en que ésta se consideró escasa. En frecuencias absolutas cabe destacar que sólo un alumno consideró nula la relación (Gráfico 6).

Gráfico 6: Relación con el monitor/a.



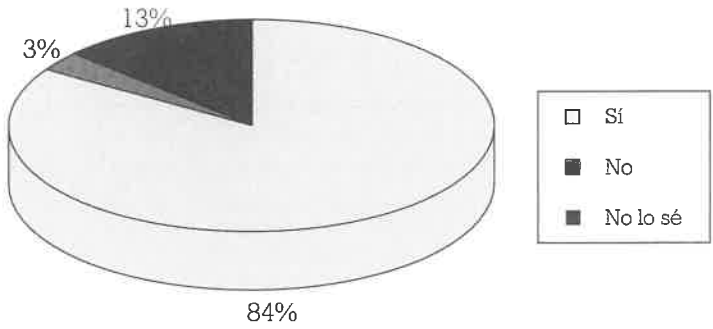
- Respecto a la valoración que los alumnos hacían de la documentación entregada, un 93% la consideró como bastante útil o muy útil (Gráfico 7).

Gráfico 7: Utilidad de la documentación.



- A la pregunta de si les hubiese gustado realizar otros talleres referentes a la salud y/o prevención de enfermedades, un 85% respondió que sí, un 13% no lo sabía y un 3% manifestó su negativa (Gráfico 8).

Gráfico 8: Interés en nuevos talleres.



- Tras la aplicación de la prueba de Jhi² y trabajando con un grado de error a= 0,05 hemos observado una relación significativa de dependencia (p= 0'00), entre las

preguntas relacionadas con la predisposición así como en las preguntas sobre el funcionamiento del taller.

- Para una error a= 0,05, también existe relación significativa entre el curso al cual va dirigida la formación y la importancia que le dan en cuanto a la adquisición de los conocimientos.
- Por último vemos que la relación con la monitora de prácticas ha sido una variable significativa (p= 0,00) para las variables de sexo, curso y ciudad donde se han realizado los talleres.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más importantes del estudio han sido que los alumnos hacen una valoración muy buena de este tipo de talleres, los encuentran interesantes y creen que es importante conocer las maniobras de RCP.

En algunos de los cuestionarios, se podían leer textos en forma de anotación que daban información añadida de cómo los alumnos habían vivido los talleres. Tales anotaciones eran del tipo: *«¡A tope tío! Nos lo estamos pasando muy bien»* o *«Nos lo hemos pasado tope bien. ¡A tope tío! ¡Qué fuerte!»*

Asimismo aparecían escritos en los que decían que sí les gustaría participar en este tipo de talleres por que *«Nos saltamos clase»*. Este tipo de comentarios nos hace pensar en que las motivaciones puede que no sean compartidas por parte del alumnado y del profesorado y que sería de gran utilidad un estudio cualitativo respecto a las motivaciones y las expectativas de los adolescentes a la hora de asistir a estas sesiones.

En el estudio se observa que el sexo es dependiente respecto a las cinco preguntas sobre la predisposición y la valoración del taller. Así vemos que las mujeres valoran más interesante y más útil el seminario que no los hombres. Creemos que en este sentido este resultado refleja una cuestión de género. Esto nos hace pensar que el sexo masculino puede que tenga una mejor percepción de sus capacidades y conocimientos.

En cuanto a la relación entre el alumnado y la profesora de prácticas, ésta ha resultado ser significativa para todos los parámetros de sexo, ciudad y curso. Esto nos indica que en cuanto a relación, la valoración de los hombres es inferior la relación que las mujeres. Así mismo vemos que los alumnos que provienen de un medio rural, han mantenido una relación mucho mejor que no los alumnos que estudian en una gran ciudad. Puede ser que en este aspecto, la cultura más tradicional y el entorno rural, tenga un aspecto positivo en cuanto a la relación. Cabe destacar que a cursos superiores se obtiene mejor relación con la profesora de prácticas.

La valoración de la documentación entregada a los alumnos, ésta ha sido positiva, con unos porcentajes semejantes entre las opciones: bastante útil y muy útil. El hecho que esta documentación fuera entregada al alumno en el mismo momento en que se iniciaba el taller y no haberla podido examinar a fondo con anterioridad, puede haber causado alguna valoración subjetiva en la respuesta del alumno.

El profesorado que ha realizado las sesiones ha valorado de forma muy positiva el haber realizado estos talleres, ya que para ellos han sido instructivos, divertidos y en muchos aspectos enriquecedores por el hecho de estar en contacto con alumnos jóvenes que tienen otra forma de ver el mundo y de vivirlo.

Dada la importancia que desde el ámbito de la educación para la salud tiene la formación en aspectos preventivos, creemos de vital importancia el mantener este tipo de talleres dirigidos a este grupo de población para fomentar actitudes y habilidades en cuanto a la prevención de accidentes y actuación frente a ellos, y en última instancia mejorar los cuidados de salud.

Análisis histórico de la intencionalidad propedéutica en la Enfermería

Paloma Moral de Calatrava(*)

(*) Profesora titular de Enfermería. Miembro del Grupo de Investigación EIPSE. Universidad de Murcia. Escuela de Enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

El análisis histórico de la intencionalidad de construir un conocimiento teórico y específico sobre la Enfermería que precise de un estudio y análisis previo de distintas materias, de tal forma que pudiera desarrollarse del mismo modo en que lo hicieran otras disciplinas científicas, es un tema inexcusable a la hora de abordar las causas que determinan que hoy en día la disciplina enfermera se esté construyendo como un cuerpo de conocimientos autónomo, con identidad propia y, por lo tanto, con fenómenos que recaen plenamente sobre su dominio intelectual.

A la hora de identificar las causas que han determinado esta característica de la Enfermería, es decir, su actual proceso de construcción científica y disciplinar, suele postularse como determinante la menor instrucción que, en otros tiempos, recibieron las mujeres, lo que supone que aún hoy este lastre se deje sentir en el corpus doctrinal. Sin embargo, esta relación causal no puede hacernos caer en la que, desde el grupo de investigación E.I.P.S.E., consideramos como una explicación incompleta.

2. CULTURA Y OBSTÁCULOS EPISTÉMICOS

El hecho de que desde la Prehistoria las mujeres, por determinación biológica, quedaran encargadas del cuidado, y que esta división de las tareas del grupo se perpetuara

bien entrada la Edad Antigua en todos las civilizaciones del mundo, no parece razón suficiente para la argumentación de la actual situación de la disciplina enfermera en el contexto de la Ciencia. Ciertamente, la estructuración de las labores cotidianas también se reflejó en los antiguos pueblos de la vieja Europa. En la Grecia clásica, la explicación es atribuida, paulatinamente, a causas naturales por lo que es considerada la cuna del pensamiento científico. El paso del *mythos* al *logos* se refleja en todos los ámbitos científicos, pero los cuidados continuaron estando enclaustrados en el pensamiento mágico, pues la nueva forma de acceso al conocimiento estuvo prohibida para las mujeres y los esclavos, que eran los encargados de proporcionar los cuidados directos a los enfermos (1).

En este escueto recorrido por la Historia de los Cuidados de la Prehistoria y la Historia Antigua, emerge un fenómeno significativo. El Cuidado fue siempre considerado una actividad manual que estaba lejos de las operaciones intelectuales necesarias para la reflexión sobre sus propias actuaciones, de hecho esta fase aún quedaría lejos, pero en las primeras civilizaciones antiguas, varones esclavos también estuvieron dedicados al cuidado. Estos hombres en la civilización Romana ejercieron como enfermeros o *nosocomi* en los *valetudinaria* u hospitales de campaña, mientras que otros con la condición de esclavos de médicos dispensaron cuidados delegados como auxiliares de los mismos en el ámbito familiar (2). Por un lado, la inclusión del hombre en una actividad que ha sido considerada tradicionalmente como un oficio típicamente femenino, nos obliga al replanteamiento de las posiciones historiográficas vigentes.

Así, pues, tan sólo podemos afirmar que la constante histórica que caracteriza a la Enfermería, es que el Cuidado siempre fue un fenómeno relacionado con las personas —hombres y mujeres— que estaban lejos del acceso al conocimiento, lo que impidió que se realizara la necesaria reflexión sobre sus principios y causas naturales. Ante la imposibilidad de transmisión escrita de los conocimientos adquiridos durante generaciones, éstos tuvieron que ser enseñados de forma oral y práctica, por lo que ante la ausencia de teoría que fundamentara sus intervenciones, el acceso a esta profesión se vio ligado a características morales, religiosas y físicas (3).

(1) Esta es la tesis defendida por JUANA HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Una análisis histórico de los Cuidados de Enfermería,* Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, 1995.

(2) ESPERANZA DE LA PEÑA TEJEIRO: «Repercusión de los conocimientos de la Medicina grecorromana», en FRANCISCA HERNÁNDEZ MARTÍN (coord.): *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días,* Madrid, Síntesis, 1996, p. 33.

(3) Las características de los aspirantes a enfermeros basadas en estos aspectos, se han perdurado hasta nuestros días. Así, en la Regla de San Isidoro de Sevilla (615-618), en el capítulo dedicado a los monjes enfermos dice: *«El cuidado de los enfermos ha de ponerse en manos de un monje sano y de vida observante, que pueda dedicar toda su solicitud a los enfermos y cumpla con la mayor diligencia todo lo que exija la enfermedad».* Cfr. J. CAMPOS RUIZ E I. ROCA MELIA (eds.): *Reglas monásticas de la época visigoda,* Madrid, B.A.C. 321, 1971, p. 122.

Las características físicas y morales de la Antigüedad que debía poseer el enfermero perduran y, a la vez se modifican, durante la Edad Media, ya que éstas concuerdan con el carácter y la disposición del «buen cristiano» (4). Las escuetas y ambiguas disposiciones sobre las enfermerías medievales se reducen al número de camas que poseía la institución y a la obligación por parte de ésta de asumir el sustento alimentario de los enfermos, sin que, en ninguno de los documentos medievales en general, se especifique otro tipo de praxis enfermera que no sea la delegada esporádicamente. A la parquedad documental se suma la multiplicidad de términos utilizados para la designación de estos cuidadores: *«hospitalera, hospitaler, donado, donada, "clauera", sirviente, sirvienta, "macipa", "mossa", ministro, enfermero, enfermera, practicante, barbero, esclavo, nodriza, freyre, freyra, dona qui ha carrech de les malaltes, dona qui ha carrech dels infants»* (5), son las diferentes denominaciones utilizadas en los hospitales de la Península Ibérica para la designación de los enfermeros. La multiplicidad de términos empleados para tal fin pone en evidencia que la identidad de este grupo no ha existido hasta fechas muy recientes, por lo que *«la humildad se constituye como actitud intelectual ante la praxis enfermera, impidiendo, al menos, la transmisión escrita de los contenidos de estas acciones»* (6).

---

(4) Los cuidados durante la Edad Antigua no abandonaron el ámbito privado y tan sólo Soranо de Éfeso, médico griego nacido durante la segunda mitad del primer siglo de nuestra Era, que ejerció en Roma en el tiempo de los emperadores Trajano (98-117) y Adriano (117-138) defiende la necesidad de que las matronas, única manifestación pública del ejercicio profesional enfermero en aquella época, contaran con una sólida formación teórica además tener una amplia experiencia práctica. *«Es necesario decir cuáles son las características de las buenas matronas, de modo que, por un lado, las mejores se puedan reconocer a sí mismas, y por otro, que las principiantes puedan fijarse en ellas como modelos. Asimismo, el público, cuando lo necesite, sabrá a quién dirigirse. Así pues, en términos generales, podemos decir que una matrona actúa correctamente si se limita a desarrollar su tarea médica; sin embargo diremos que es una buena matrona si va más allá, y además de manejar correctamente sus casos está muy versada en la teoría. Y más concretamente diremos que se trata de la mejor matrona posible si está entrenada en todas las ramas de la terapéutica (ya que algunos casos deben ser tratados con dieta, otros con cirugía, mientras que otros deben ser curados con fármacos); si es además capaz de prescribir reglas higiénicas para sus pacientes»*, SORANO: *Gyneacia* (trad. Owsei Temkin), Londres y Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1956, p. 6. No obstante, Sorano también realizó descripciones sobre las características físicas y morales de las matronas, que se resumen en la posesión de una buena memoria, saber leer y escribir y el deber de guardar el secreto profesional respecto a las características morales e intelectuales, mientras que entre las físicas destaca que la matrona debía poseer dedos finos y ser robusta.

(5) CARMEN DOMÍNGUEZ-ALCÓN: *Los cuidados y la profesión enfermera en España,* Madrid, Pirámide, 1986, p.16.

(6) JUANA M.ª HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería,* Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1995, p. 80.

Los cuidados de Enfermería en la Edad Moderna y la enseñanza de los mismos dejan de ser realidades históricas extrapolables de un lugar de Europa a otro. Durante este período la Reforma Protestante impulsada por Lutero marcó la diferencia. En la Europa del Norte los países adheridos a esta nueva forma de sentir religioso, transforman sus instituciones hospitalarias y los enfermos dejan de ser atendidos por personas más o menos formadas. En estos lugares la realización de buenas obras, como el cuidado a los necesitados, deja de ser un vehículo salvificador, la fe en sí misma y el estudio de la Biblia son los únicos medios esgrimidos para tal fin. Las órdenes religiosas dedicadas al cuidado fueron expulsadas, y los hospitales se convirtieron en un lugar de reclusión (7). Mientras, en la Europa Católica el impulso de la institución hospitalaria y el nacimiento de nuevas órdenes religiosas dedicadas al cuidado, son las características predominantes.

En este mismo período de tiempo en los países adheridos a la Reforma, las únicas personas dedicadas a la Enfermería fueron mujeres que *«eran reclutadas de entre antiguas pacientes, presas y de los estratos más bajos de la sociedad»* (8). Así, en la Europa de los siglos XVI, XVII y XVIII se observa un gran contraste entre la asistencia prestada a los enfermos, niños y mujeres más necesitados de la Europa Católica y los cuidados prestados a los más desfavorecidos que vivieron en las zonas reformistas. Ante la ausencia de personas formadas en el cuidado, estos países fueron el origen de la Enfermería profesional, mientras que en aquellos en los que la asistencia, de una forma u otra estaba asegurada, la preocupación por la formación de estas personas tuvo un reflejo posterior. Tan sólo en este contexto es posible comprender la obra y las directrices de la Fundación Nightingale, quien estudió tanto el sistema asistencial como el tipo y las características de la formación enfermera de los países católicos, para adaptarlos a las necesidades de su país.

3. DETERMINACIÓN HISTÓRICA DE LA INTENCIONALIDAD PROPEDÉUTICA DE LA ENFERMERÍA

El actual estado de estructuración de los conocimientos de la Enfermería, sin duda viene dado por el hecho de que el cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los que dar una explicación propia, e incluso carece de una sólida tra-

(7) PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería* (trad. María Picazo y Carmen Hernández), Barcelona, Doyma, 1988 (1.ª ed. inglesa, 1985), pp. 212-215.

(8) PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería,* op. cit., p. 231.

dición historiográfica que nos permita hoy día reconstruir nuestro pasado desde las fuentes primarias. Como ya se ha expuesto, con demasiada frecuencia la historiografía enfermera justifica esta tendencia universal argumentando que las personas encargadas tradicionalmente del cuidado eran mujeres a las que les estaba vedado el acceso al conocimiento. Sin embargo, y a pesar de la gran carga explicativa de este argumento, en las sociedades cristianas el valor social de los cuidados no tuvo su correspondiente concordancia lógica, lo que tan sólo puede ser explicado a través de la conceptualización que esta filosofía religiosa impuso, y que se puede resumir en una conceptualización del cuidar desde una dimensión religiosa-vocacional-caritativa (9). Pero es más, en el ámbito de influencia de la Iglesia Católica el desarrollo de órdenes religiosas masculinas fue muy importante, por lo que la argumentación de sesgo feminista queda delimitada en el tiempo y en el espacio, ya que tan sólo tendría validez para aquellas zonas donde la influencia católica fue menor y donde el cuidado doméstico e institucional estuvo tan sólo en manos de mujeres (10). Esta característica de vocación religiosa, y por tanto caritativa, es la que durante demasiado tiempo ha determinado el hecho de que la Enfermería fuera una actividad «ágrafa» y «acéfala», es decir que la actividad de cuidar ha carecido del incentivo necesario para reflexionar sobre lo que hacía así como para escribir qué hacía.

Esta situación se ha ido transformando durante este siglo de la mano de los esfuerzos realizados para procurar una formación de profesionales laicos. Este fenó-

(9) Las variables religión, vocación y caridad, forman parte de la argumentación del libro de JUANA M.ª HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Una perspectiva de los cuidados de Enfermería,* Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1995, basada en las concepciones historiográficas de Annales. Esta corriente puso de manifiesto la importancia de la localización y del estudio de las mentalidades y de su influencia en el desarrollo de un hecho histórico, por lo que el concepto de hecho histórico en sí mismo se vio modificado y pasó a considerarse hecho histórico todas las manifestaciones de una sociedad y denominando acontecimiento aquellos sucesos que, hasta el momento habían sido estudiados por la corriente historiográfica positivista.

(10) No sólo la bibliografía más antigua es un ejemplo en este sentido, sino que los estudios más recientes también presentan una explicación en el mismo sentido. Solo así pueden ser comprendidas las obras de ANNE MARIE RAFFERTY: *The Politics of Nursing Knowledge,* Nueva York, Routledge, 1996; BARBARA KATZ ROTHMAN: *In Labor. Women and Power in tha Birthplace,* Nueva York y Londres, W. W. Norton & Company, 1991; ROBERT DINGWALL, ANNE MARIE RAFFERTY y CHARLES WEBSTER: *An Introducction to the Social History of Nursing,* Londres, Routledge, 1988, o BARBARA KOZIER, GLENORA ERB y KATHLEEN BLAIS: «Influencias históricas y sociales en enfermería», en *Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería,* México, 1995, pp. 19-32.

meno, tuvo una gran fuerza fundamentalmente en los países en los que las órdenes religiosas habían desaparecido como consecuencia del pensamiento reformador luterano (11), y se vio reforzado por los esfuerzos filantrópicos que generaron una situación social, política y cultural que se vieron culminados con la obra de Florence Nightingale.

El imparable avance del conocimiento científico que se produjo desde la Ilustración no tuvo su correspondiente reflejo en los Cuidados de Enfermería, ya que éstos eran considerados como una actividad exclusivamente manual que no requería esfuerzo intelectual. Tal dicotomía entre mano y cerebro no es nueva, ya que, desde la época clásica griega, la ruptura entre el pensamiento y la acción en Enfermería, era patente (12). Sin embargo, en la panorámica general de la Ciencia se observa un crecimiento exponencial de los conocimientos científicos y una mejora paulatina en las técnicas de contrastación del Método General de la Ciencia o Método Científico. Desde la segunda mitad del siglo XVIII pasando por el siglo XIX y primeros años del XX, los esfuerzos por contemplar al racionalismo y al empirismo como formas de explicación científicas sinérgicas y no competitivas, dieron sus frutos en disciplinas tales como la astronomía, la física, la química, la biología o la medicina. De este modo, y como consecuencia de esta nueva visión científica, se comienza a especular con un posible origen natural del cosmos, la mecánica se hace cada vez más racionalizada y abstracta, la química descubre y afianza los conocimientos sobre la electricidad, estudia la composición del aire y descubre el oxígeno, establece el sistema métrico decimal y enuncia la teoría atómica moderna, las ciencias biológicas inician el esfuerzo taxonómico de la botánica, y crean teorías relacionadas con la influencia del medio, el uso y el desuso y enuncia la teoría celular, mientras que el empirismo médico describe fenómenos como el tifus, la disen-

(11) Esta nueva visión religiosa argumentó la salvación del alma por el hecho de tener fe en Dios, por lo que la vida social y política sufrieron serias transformaciones de las que principalmente se destaca la expulsión de las órdenes religiosas dedicadas al cuidado por dos razones principales. La primera de estas razones es la de que estas órdenes eran bastiones del pensamiento católico en esos lugares, y la segunda se deriva directamente de la filosofía reformista pues ahora era innecesario el dogma de realización de buenas obras, basadas en la imitación de los actos de Cristo y en la Bienaventuranzas, como medio para conseguir la salvación del alma. Cfr. JUANA HERNÁNDEZ CONESA, *op. cit.*, y M. PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería,* Barcelona, Doyma, 1988 pp. 187-255. (Esta versión en español es una traducción cuyo título original era *Nursing, The Finest Art. An Illustrated History,* publicada por C. V. Mosby Company en el año 1985.)

(12) BENJAMIN FARRINGTON: *Mano y cerebro en la Grecia antigua,* Madrid, Ayuso, 1974.

tería, la varicela o la diabetes basados en los emergentes estudios sobre anatomía, fisiología y microbiología (13).

El desarrollo científico comenzó a modificar la sociedad, pues ahora el conocimiento especulativo comenzaría a aplicarse con fines prácticos que llegaron a transformar los modos de vida. La estructura social se transformó con la creciente tecnificación e industrialización surgidas como consecuencias inevitables del progreso científico. Este camino de complementariedad entre la empresa científica y la técnica, se inició con Josef Fraunhofer en el campo de la óptica a principios del siglo XIX, quien mientras buscaba nuevos métodos para el examen de las lentes, encontró las líneas de absorción en el espectro solar, lo que posteriormente resultó un avance imprescindible para la mejora del telescopio y del microscopio, por lo que los avances *«en biología, medicina e higiene se deben en último término al desarrollo y perfeccionamiento científico de los aparatos ópticos»* (14).

Los intentos por describir y clasificar a los gérmenes microscópicos habían comenzado a finales del siglo XVIII, pero fue necesario que los descubrimientos de Pasteur y Koch confirmaran las conjeturas sobre el origen biológico de las enfermedades contagiosas, para que se instaurara definitivamente esta concepción y que comenzaran a perfilarse conceptos tales como asepsia, descubrimientos como las vacunas y los primeros esfuerzos por difundir la importancia de la higiene (15). Sin embargo, estos avances

(13) El estudio pormenorizado de los distintos descubrimientos científicos es una empresa harto difícil e imposible de realizar en una obra de estas características. No obstante, el lector interesado puede acudir a obras tales como PEDRO LAÍN ENTRALGO: *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea,* Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1962, que a pesar del tiempo transcurrido es un a obra de referencia obligada por el detallado estudio sobre el avance médico en estas épocas.

(14) WALTER GERLACH: «Progresos de las Ciencias en el siglo XIX», *op. cit.,* p. 300. Las transformaciones en el estilo de vida durante este siglo se hicieron patentes con la creación de la telefonía y la telegrafía, el alumbrado eléctrico, la fabricación del aluminio y el desarrollo del «sistema absoluto de unidades de medida» que sentó las bases para la creación de unidades tales como el metro o el kilogramo como medios comparativos.

(15) Louis Pasteur, químico de formación y contemporáneo de Florence Nightingale, fue aplicando sus investigaciones químicas en torno a la disimetría molecular y a la generación espontánea, hacia las enfermedades contagiosas de los animales y el hombre, de modo que sus experimentos sobre la rabia —provocación artificial de la enfermedad y vacunación preventiva en animales en el año 1881— culminaron en el año 1885 con la vacunación del niño alsaciano, Joseph Heister, mordido por un perro rabioso. Robert Koch, médico de profesión y contemporáneo de Pasteur, cultivó el estudio de las novedades técnicas —tales como el procedimiento para la tinción de bacterias o la esterilización mediante el vapor— los causantes de las infecciones quirúrgicas y la génesis y la epidemiología de varias enfermedades infecciosas, lo que terminó culminando con la descripción de medidas profilácticas tales como el cuidado de las aguas para prevenir el cólera, y en ensayo de procedimientos terapéuticos.

científicos no parecen haber tenido repercusión en la Enfermería del momento, ya que la higiene de las instituciones hospitalarias era aún muy deficiente.

En este ámbito científico y social es donde se desarrolla la obra y el pensamiento de Florence Nightingale. La contienda bélica que mantenía Inglaterra en Crimea provocó en el pueblo inglés un interés inusitado, ya que las crónicas del corresponsal William Howard Russell despertaron la indignación pública sobre los cuidados que se estaban proporcionando a los heridos británicos. Este periodista comparando la atención que el gobierno francés proporcionaba a sus heridos, preguntaba *«¿Por qué no tenemos Hermanas de la Caridad?»* (16). Dos días después de esta publicación Sir Sidney Herbert, Ministro de Guerra, escribió una carta a Florence Nightingale solicitando su ayuda para supervisar y reordenar los hospitales militares allí desplazados. Su labor en distintos hospitales militares, conocida por el pueblo inglés a través de los periódicos, se vio recompensada con las cincuenta mil libras recaudadas a través de donaciones particulares para levantar la conocida Fundación Nightingale (17).

El concepto de higiene en la obra de Florence Nightingale, ha sido considerado de especial relevancia, y como consecuencia de este concepto, es tomada como la primera teórica enfermera. Sin embargo, sus inquietudes teológicas prevalecieron sobre las intelectuales (18), ya que a pesar de que sus coetáneos Pasteur y Koch habían demostrado tanto la causa material como la causa formal de la infección (19), ella negó la validez de estas teorías ya que se apoyaba en la teoría de Adolphe Quetelet, un estadístico belga que afirmaba que la explicación al comportamiento podía hallarse en las condiciones pasadas y presentes. Nightingale, aplicó estas ideas a la salud, por lo que si las condiciones que provocaban la enfermedad eran transformadas, a través de la ventilación y la buena alimentación se podrían desterrar muchas enfermedades comunes en la época. Es decir, la explicación a la ausencia de salud podía hallarse en las situaciones pasadas y presentes, por lo que la modificación del ambiente, al igual que es necesaria para la modificación del comporta-

(16) *The Times:* «Despatches from the Crimea», 9, 12 y 13 de octubre de 1854.

(17) MONICA BALY: *Florence Nightingale and the nursing legacy. Building the Foundaton of Modern Nursing and Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.), pp. 6-18.

(18) Florence Nightingale mantuvo estrechos contactos con todas las religiones cristianas a lo largo de su vida. A la edad de diecisiete años sintió la llamada de Dios, si bien más tarde dudó de la existencia de tal vocación, pero no cesó de mantener contactos con todos a aquellos filósofos y teólogos relevantes que pudieran ayudarla a resolver sus dudas. *Monica Baly, Florence Nightingale and the Nursing Legancy. Building the Foundation of Modern Nursing Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.), pp. 25-29.

(19) Ver en *La explicación científica,* en el capítulo 1 las causas aristotélicas: formal, material, y teleológica.

miento, resultaría, desde estos presupuestos, imprescindible para la modificación del estado de la salud.

Florence Nightingale consideraba que los verdaderos elementos de la Enfermería eran desconocidos, pero, a pesar de ello, propuso el modo que consideraba más adecuado respecto a la intervención de una enfermera. La ausencia de una concepción clara supuso la mezcolanza de distintos elementos. En su libro más influyente, *«Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es»*, afirma: *«Al observar las enfermedades, (...) lo que más fuertemente llama la atención del observador más experimentado es que los síntomas o sufrimientos, generalmente considerados inevitables e inherentes a la enfermedad, a menudo no son en absoluto síntomas de una enfermedad, sino algo muy diferente —la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta; cada una de estas cosas o todas ellas»* (20). Estas observaciones a las que se refiere Nightingale se convierten en el hilo conductor de su obra a la hora de explicar la forma en la que deben actuar las enfermeras, pero, de acuerdo a su propia concepción existen dos elementos bien distintos: el primero de ellos engloba distintas necesidades de las personas —aire fresco, luz, calor, tranquilidad e higiene ya que el concepto de limpieza presenta una doble vertiente para esta autora— mientras que el segundo se caracteriza por describir características en la actuación de la propia enfermera, de modo que es patente la ausencia de conceptos clarificadores sobre la Naturaleza de la Enfermería.

Consideraba que los Cuidados de Enfermería eran radicalmente distintos a la Medicina, al menos en cuanto a sus objetivos. *«Escribiendo al Dr. Pattison Walker en 1866 decía que el propósito de la Medicina debía ser "hacer al público cuidar de su propia salud" mientras que la tarea y el objetivo propio de las enfermeras es el de ser misioneras sanitarias»* (21).

En los libros de Historia de la Enfermería y en los estudios sobre las teorías enfermeras, es frecuente hallar referencias a la obra *«Notas de Enfermería»*, libro donde Nightingale afirma que la obligación de las enfermeras es poner al paciente en una posición para que la Naturaleza actúe sobre él, por lo que es considerada como la primera teórica enfermera que utilizó la corriente higienista del momento como vehículo para el desarrollo disciplinar. Sin embargo, la que es tomada como fundadora de una disciplina científica, creía que el positivismo decimonónico conducía al ateísmo. Por esta razón, debemos entender el concepto de Naturaleza de Florence Nightingale como la manifestación de la Ley de Dios, por lo que sólo así cobra sentido que viera a la En-

(20) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es* (trad. M.ª José Castro Vizcoso), Barcelona, Salvat, 1990, p. 2.

(21) MONICA BALY, *op. cit.*, pp. 25-26.

fermería como una misión religiosa . En su libro de «Notas» incluye entre las materias propedéuticas para el estudio de la Enfermería, es decir las materias que permiten la aprehensión de lo que denominó los «verdaderos elementos de la Enfermería», el estudio de las leyes divinas. Para argumentar lo que consideraba un conocimiento escaso de la mente y el alma del hombre afirma:

«... pero a ninguna madre de familia de ninguna clase, a ninguna maestra de escuela de cualquier clase, ni a las enfermeras de los niños, ni a las enfermeras de hospitales, se les ha enseñado nada acerca de las leyes que Dios ha asignado a las relaciones de nuestros cuerpos con el mundo en que los ha colocado.»

De ahí, es decir de las concepciones filosóficas expuestas, podemos afirmar que la Fundación Nightingale sólo puede ser contemplada como un intento de réplica de las órdenes religiosas católicas que, por las circunstancias religiosas protestantes, no pudo contar entre sus filas con monjas. Esta hipótesis se confirma, como veremos, con el hecho de que Nightingale consideraba que la formación moral, el desarrollo de la personalidad y la autodisciplina de la enfermera, eran una parte fundamental de su formación, que debía ser más potenciada que su formación intelectual (24).

El concepto de enfermedad en Nightingale, no es una cuestión menor en el tema que nos ocupa pues, la visión de misión religiosa de la Enfermería tiene en este aspecto su reflejo correspondiente. Si Dios es el responsable de las relaciones entre nuestro cuerpo y el mundo, que se refleja en las leyes de la Naturaleza, la función de la enfermera es, entre otras, promover el plan divino, es decir, «dejar que la Naturaleza actúe sobre él», de tal forma que la Enfermedad es tan sólo un proceso reparador de esta relación.

«El proceso reparador que la naturaleza ha instituido, y que nosotros llamamos enfermedad, ha sido entorpecido por alguna falta de conocimientos o de atención en alguna o todas estas cosas, y entonces comienza el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo el proceso de recuperación» (25).

Este concepto de la enfermedad, impidió que Florence Nightingale tuviera un concepto teórico claro sobre la Enfermería que permitiera sustituir el conocimiento médico que recibían las estudiantes, por conocimiento enfermero, si bien el primer objetivo

(22) En el año 1860 escribió a Sir John McNeill una carta en la que afirmaba: *«La enfermería como misión religiosa —he ahí nuestro objetivo.» Missionary nurses —these are our aim,* Cfr. MONICA BALY, *op. cit.,* p. 25.

(23) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería,* op.cit., p. 5.

(24) MONICA BALY, *op. cit.,* p. 30.

(25) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería.* Op. cit., p. 2.

de esta escuela normalizada era el de elevar el nivel hasta el de una profesión . Para ello, en el contrato de las estudiantes de la primera década de funcionamiento de la escuela aparecen explicitados los siguientes puntos:

«Es necesario que usted sea sensata, honesta, responsable, digna de confianza, puntual, tranquila y ordenada, limpia y pulcra.

Puede esperar llegar a ser experta en:

1. *El vendaje de ampollas, quemaduras, inflamaciones, heridas y en la aplicación de emplastos, cataplasmas y vendajes menores.*
2. *Aplicación de sanguijuelas interna y externamente.*
3. *Administración de enemas para hombres y mujeres.*
4. *Manejo de bragueros y dispositivos en enfermedades uterinas.*
5. *El mejor método de masaje del cuerpo y las extremidades.*
6. *El manejo de los pacientes débiles, por ejemplo movimiento, cambio (changing), aseo personal, alimentación, mantenimiento del calor o del frío, prevención y vendaje de las úlceras por decúbito, cambios posturales, y otros.*
7. *El vendaje, vendas enrolladas, revestimiento de tablillas y otros.*
8. *Arreglo de la cama de los pacientes, y en el cambio de sábanas mientras el paciente está en la cama.*
9. *Usted es necesaria para asistir en operaciones quirúrgicas.*
10. *Ser competente para hacer gachas, arruruz, huevos pasados por agua, pasteles, bebidas para los enfermos y otros.*
11. *Comprender que la ventilación o el mantenimiento de la sala fresca por la noche es tan bueno como por el día; Ser cuidadosa para mantener pulcros todos los utensilios que utilice tanto para las secreciones como para aquellos que son necesarios para cocinar.*
12. *Realizar una observación estricta del enfermo siguiendo estos puntos: estado de las secreciones, expectoración, pulso, piel, apetito, conciencia, como delirio o estupor, respiración, sueño, estado de las heridas, erupciones, formación de pus, efectos de la dieta, de los estimulantes y de las medicaciones, y otros.*
13. *Aprender el manejo de convalecientes» (27).*

(26) Carta de FLORENCE NIGHTINGALE a J. MCNEILL, GLRO, HI/ST/NC3/SU123/, diciembre de 1859. Tomado de MONICA BALY, *op. cit.*, pp. 38 y 44.

(27) Tomado de MONICA BALY, *op. cit.*, p. 47.

Esta institución de enseñanza, que tuvo como principal contribución la del establecimiento de una formación para enfermeras laicas, logró que las enfermeras hicieran de los hospitales lugares más agradables, ya que estas obligaciones contractuales que las estudiantes debían observar durante sus años de formación las obligaba al mantenimiento de la higiene (28). Sin embargo, el objetivo de Nightingale no parecía ir más allá de lo que ya había conseguido, lograr el respeto de la sociedad protestante hacia sus enfermeras.

4. CONCLUSIONES

La actual situación de construcción disciplinar de la Enfermería resulta ahora comprensible si tenemos en cuenta que ésta se ha iniciado hace tan sólo cincuenta años. El retraso en la intención de construcción científica de la Enfermería, que incluye la condición sine qua non de introducir materias preparatorias para su estudio o materias propedéuticas, no viene dado por el hecho de que las mujeres tuvieran vedado el acceso al conocimiento científico y a las herramientas del mismo ya que, como hemos visto, los varones también pusieron en práctica acciones de Cuidado Humano. Este retraso vendría dado, en todo caso, por la imposibilidad de acceso al conocimiento de las personas que practicaron estos cuidados, ya que, bien por consideraciones filosóficas hacia el trabajo manual, bien por consideraciones religiosas hacia el cuidado y atención a los más desfavorecidos, estos enfermeros no tuvieron la posibilidad histórica de reflexionar sobre su praxis.

De otra parte, la que es considerada como primera teórica de la Enfermería, no mostró atisbos de intencionalidad de construir un conocimiento científico de la Enfermería, ya que ni tan siquiera la consideraba un conocimiento con idetida propia en el contexto general de la Ciencia. A todas consideraciones debemos añadir que Florence Nightingale consideró que la única materia propedéutica para la Enfermería era la del estudio de las leyes divinas o naturales, de tal forma que en su pensamiento esta ausente la idea de crear una disciplina científica del saber enfermero acumulado durante milenios.

Por lo tanto, tan sólo podemos concluir afirmando que la intención de construcción disciplinar aparece a mediados del siglo XX, es decir, al menos un siglo después de que se creara la Fundación Nightingale que transmitió la fórmula pedagógica empleada por esta mujer de la época victoriana. Es en este momento cuando la Enfermería comien-

(28) Estos años de formación y trabajo en el hospital tuvieron una duración de cuatro años, que en el año 1872 pasaron a ser de tres años, para luego trabajar en un hospital público, empleo que les era ofrecido por el Comité de Gobierno del hospital. Tal y como afirma MONICA BALY: *Las nuevas enfermeras podrían incrementar la limpieza y los hospitales podrían llegar a ser lugares más seguros y atractivos,* op. cit., p. 214.

za a preguntarse por su objeto de estudio, de tal forma que comienza a precisar de conocimientos propedéuticos tales como la Filosofía de la Ciencia, para el descubrimiento de la naturaleza y esencia de la Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

BALY, Monica: *Florence Nightingale and the nursing legacy. Building the Foundaton of Modern Nursing and Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.).

CAMPOS RUIZ, J., e I. ROCA MELIÁ (eds.): *Reglas monásticas de la época visigoda,* Madrid, B.A.C., 321, 1971.

DINGWALL, R.; ANNE MARIE RAFFERTY y CHARLES WEBSTER: *An Introducction to the Social History of Nursing,* Londres, Routledge, 1988.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmen: *Los cuidados y la profesión enfermera en España,* Madrid, Pirámide, 1986.

DONAHUE, Patricia: *Historia de la Enfermería* (trad. María Picazo y Carmen Hernández), Barcelona, Doyma, 1988 (1ª ed. inglesa, 1985).

FARRINGTON, Benjamin: *Mano y cerebro en la Grecia antigua,* Madrid, Ayuso, 1974.

HERNÁNDEZ MARTÍN, Francisca (coord.): *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días,* Madrid, Síntesis, 1996.

HERNÁNDEZ CONESA, Juana: *Historia de la Enfermería. Una análisis histórico de los Cuidados de Enfermería.* Madrid, Interamericana/Mc-Graw Hill, 1995.

KATZ ROTHMAN, Barbara: *In Labor. Women and Power in tha Birthplace,* Nueva York y Londres, W. W. Norton & Company, 1991.

KOZIER BARBARA, Glenora Erb, y KATHLEEN BLAIS: «Influencias históricas y sociales en enfermería», en *Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería,* México, 1995.

LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea,* Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1962.

RAFFERTY, Anne Marie: *The Politics of Nursing Knowledge,* Nueva York, Routledge, 1996.

FUENTES

FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es* (trad. M.ª José Castro Vizcoso), Barcelona, Salvat, 1990.

SORANO, Gyneacia (trad. Owsei Temkin), Londres y Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1956.

The Times, «Despatches from the Crimea», 9, 12 y 13 de octubre de 1854.

Las enfermeras y los grupos de apoyo comunitarios

Angustias González Rodríguez(*) y M.ª Isabel Mariscal Crespo(*)

(*) Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Huelva.

A medida que ha evolucionado la manera de entender el proceso salud-enfermedad, enfocado éste desde la responsabilidad colectiva, la comunidad va tomando conciencia de su protagonismo. Los cambios demográficos, estilos y nivel de vida así como los nuevos problemas de salud y el comportamiento de la población frente a los mismos, ha provocado un aumento de forma considerable de asociaciones de personas con necesidades específicas, los denominados grupos de apoyo y ayuda mutua, que de forma cooperativa intentan hacer frente a situaciones muy diversas. La demanda de información, colaboración, apoyo o, simplemente, la presencia de los enfermeros en relación con estos grupos identificada en los últimos tiempos, ha hecho que surja esta iniciativa de realizar un encuentro entre las diferentes asociaciones y el colectivo enfermero con el propósito de introducirnos en este tejido social con unas necesidades específicas de cuidados, ya que es un campo poco explorado.

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades especificas de cuidados en el entorno de las asociaciones de personas con problemas específicos de salud.
- Relacionar la oferta de servicios enfermeros con estas demandas.

- Buscar estrategias que propicien el conocimiento por parte de la población la oferta de servicios enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización de una jornada de trabajo de 10 horas (un día) con la siguiente programación:

- Conferencia sobre la oferta de los servicios enfermeros y el conocimiento que tiene la población sobre ellos.
- Mesa redonda, con la participación de diferentes representantes de asociaciones de personas con problemas de salud diversos y profesionales de enfermería.
- Trabajos de grupo (compuesto por 15 asistentes por grupo, entre profesionales, alumnos de enfermería, Trabajo Social y otras titulaciones) donde se analizaron las diferentes temáticas expuestas, posterior puesta en común y elaboración de conclusiones. Llevándose a cabo un análisis documental de los 10 trabajos realizados.

RESULTADOS

Al utilizar una metodología cualitativa se detallan a continuación los resultados más significativos.

- Necesidad de potenciar la oferta de servicios enfermeros y su comunicación (80% de los participantes).
- La apertura a la sociedad contribuiría a modificar la imagen de la enfermería (75% de los participantes).
- Los contenidos formativos del curriculum han de conectar más con la realidad social (63% de los participantes).
- Deben explorarse nuevos campos de prácticas con una visión más innovadora y no los estrictamente ceñidos a los ámbitos institucionales (44% de los participantes).

CONCLUSIONES

Se hace necesario integrar en el curriculum básico los contenidos necesarios que capaciten a los profesionales para adecuar el perfil a estas nuevas necesidades de cuidados.

Identificar nuevos campos de prácticas en la formación básica que provocaría nuevas expectativas profesionales.

Abordar las nuevas demandas que generaría una oferta profesional más amplia y diversificada.

La actuación de Enfermería en niños discapacitados deficientes y/o minusválidos en escuelas de Primaria estatales

Silvia Marín González(*), Joaquín Munuera Moreno(*) y Esperanza María Sánchez Vigara

(*) Alumnos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia.

ANTECEDENTES

Actualmente, en las escuelas primarias estatales de la Región de Murcia, entre el grupo de población de edad comprendida entre 6-12 años, existe un 41,75% que presentan discapacidad, deficiencias y/o minusvalías. Aunque la adaptación académica u pedagógica se ha culminado ya, según la Ley Ordenación General de la Educación (LOGSE), la asistencia sanitaria es efectuada a priori por personal del cuerpo del profesorado o por auxiliares técnicos pedagógicos.

Los objetivos de este estudio son: Analizar las repercusiones de la Enfermería de este ámbito y verificar la importancia del mismo en este grupo de población (niños de 6 a 12 años con discapacidad, deficiencias y minusvalía).

MÉTODO

Hemos escogido un diseño exploratorio para así verificar las estrategias metodológicas más adecuadas, estableciéndolas en el marco teórico de Dorothea Orem, según este modelo una persona presenta una agencia y una demanda de autocuidado en función de los requisitos que presente, ya que el autocuidado son todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por el individuo para proporcionar-

le y mantener el bienestar personal durante toda la vida, este autocuidado se presenta de tres formas:

A) Requisitos de autocuidado universales. Son comunes en todos los individuos (como, por ejemplo, ingesta de agua y alimentos, eliminación, etc.).

B) Requisitos de autocuidado en el desarrollo. Son aquellos requisitos que aparecen como consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como podría ser la pérdida de un ser querido, pérdida de la imagen personal, etc.

Cuando la demanda del requisito supera a la propia agencia se produce un déficit de autocuidado donde debe intervenir la Enfermería.

Utilizando esto como base hemos escogido como muestra niños de 6 a 12 años escolarizados en escuelas estatales que presentan necesidades especiales:

— Déficit de órganos internos de la función cardiorrespiratoria y gastrointestinal. Minusvalía e independencia física y de integración social como, por ejemplo, *Fibrosis Quística.*

— Déficit musculoesquelético, déficit mecánico y motriz en las extremidades.

Este grupo de población presenta además unas determinadas características que nos sirven para delimitar las variables a estudiar que son las siguientes:

Al ser un grupo cuya edad media oscila entre 6-12 años se encuentra en el grupo de la infancia que presenta un requisito especial (mala salud e incapacidad y limitación que presenta su agencia de autocuidado); al ser niños no tienen desarrollada plenamente su madurez intelectual, por lo que se les limita la falta de conocimientos y habilidades para proporcionarse su autocuidado, por lo que extraemos la siguiente valoración.

Hemos utilizado el proceso de Enfermería que sirve para la recogida de datos.

— Déficit de órganos internos de la función cardiorrespiratoria y gastrointestinal. Minusvalía de independencia física y de integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. Mantenimiento de un aporte de alimento suficiente y la provisión de cuidados apropiados con los procesos de eliminación y los excrementos.

3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
4. Requisito del autocuidado del desarrollo: mala salud o incapacidad.

— Déficit musculoesquelético. Déficit mecánico y motriz en las extremidades que produce una discapacidad de la excreción (dificultad excretoria incontrolada), discapacidad de la excreción. Minusvalía de integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción humana.
3. Requisitos del autocuidado del desarrollo: mala salud o incapacidad.

— Déficit viscerales de órganos internos que afectan a la función cardiorrespiratoria. Minusvalía de independencia física:

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. Mantenimiento entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento entre la soledad y la interacción humana.

Previsión de cuidados para mitigar los efectos negativos existentes en mala salud o incapacidad.

— Déficit mecánico y motriz de órganos internos lo cual produce una minusvalía de interacción social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Previsión de cuidados para mitigar los efectos negativos existentes en mala salud o incapacidad.

— Déficit músculo-esquelético, Déficit de extremidades, Déficit longitudinal de las partes proximales de las extremidades inferiores. Produce una discapaci-

dad de la excresión, discapacidad de higiene personal, discapacidad de la ambulación lo cual produce una minusvalía de movilidad e integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
4. Promoción de la normalidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD (PARA TODOS LOS GRUPOS DE LA MUESTRA)

— Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación preescritas dirigidas a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano.

LIMITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

Limitación para la acción:

— Falta de los conocimientos o de desarrollo de las habilidades necesarias para hacer operativas las decisiones sobre el autocuidado.

Debido a esta limitación este grupo de población se encuentra en un sistema Parcialmente Compensatorio en el cual los pacientes y el profesional de Enfermería realizan medidas de cuidados u otras acciones que implican tareas de manipulación o de ambulación.

RESULTADOS

Una vez concluida la valoración observamos que presentan un déficit de autocuidado porque la agencia no es capaz de satisfacer la demanda de autocuidado.

El principal problema que presenta este grupo de población es que en su entorno no existe una disciplina que utilice los métodos de ayuda con este grupo. La Enfermería en este tipo de entorno de la escuela de primaria puede mediante los cinco Métodos de Ayuda puede suplir esta demanda de autocuidado llevando a cabo las medi-

das pertinentes compensando las limitaciones del niño y ayudarlo en lo que necesite (Sistema Parcialmente Compensatorio).

CONCLUSIONES

La presencia de la Enfermería como disciplina universitaria con un perfil formativo adecuado a esta demanda garantizaría la calidad de la asistencia sanitaria citada en Real Decreto 732/1995 del «BOE», ya que en éste se refleja en concepto de Enfermedad Crónica, característica común que tiene esta muestra.

Implantación de la aplicación informática de cuidados. Formación para el cambio

Tomás Sebastián Viana(*) y Mercedes Cañas Gil(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos. Formación Continuada de Enfermería. Madrid

PALABRAS CLAVE

1. Experiencia Formativa.
2. Aplicación informática de cuidados.
3. Programa formativo.

INTRODUCCIÓN

Entre febrero y junio del año 1999 se procede a implantar la aplicación informática de cuidados en 15 unidades de nuestro hospital, la formación la realizó una consultora. Con esta implantación se llega tener alrededor del 65% del personal de enfermería de la hospitalización informatizada. A partir de ese momento se plantea que es necesario avanzar en la implantación y alcanzar la informatización de todas las unidades de enfermería. Para lograrlo se planteó que las labores de formación y consultoría se realizase por enfermeras de nuestro hospital, para ello se crea la unidad de coordinación de la aplicación informática de cuidados, con dos enfermeras y coordinada por la Dirección de Enfermería.

En la primera fase se planteó la formación con tres cursos independientes (Windows 95 de 6 horas de duración. Taller de metodología de cuidados de 18 horas de duración

y usuario de la aplicación de 12 horas de duración). La formación se realizó en la mayor parte dentro de la jornada laboral. Este hecho, unido a que cada semana se implantaba una unidad, provocó problemas puesto que en las últimas unidades en las que se informatizó, desde la formación de los profesionales hasta la implantación transcurrió un plazo excesivo de tiempo.

Por ello, al asumir el hospital la formación, se decidió cambiar la dinámica de formación e implantación. En primer lugar, en el diseño de la metodología y del programa, se partió de los que consideramos dos problemas fundamentales:

- El desconocimiento y el miedo que se tenía hacia las nuevas tecnologías.
- El escaso uso que existía de la metodología y del proceso de enfermería.

Partiendo de estas premisas, se decidió integrar los tres cursos en uno. Además se decidió formar a unidades completas en las tres semanas previas a la implantación, esto tenía como consecuencia la necesidad de hacer los cursos fuera del horario laboral que fue la situación que más problemas nos generó. En esta fase se mantuvo el apoyo directo de consultoría durante los turnos de mañana y tarde la primera semana de la informatización de la unidad, ya que se comprobó la efectividad de esta intervención durante la primera fase de la implantación.

En esta comunicación resume la actividad realizada por esta unidad en la implantación de la aplicación informática de cuidados en las unidades asistenciales.

OBJETIVOS

1. Describir el programa formativo llevado a cabo.
2. Evaluar la efectividad de las actividades realizadas por la unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para formar a toda la plantilla de las unidades asistenciales, se elaboraron dos cursos:

— Un curso dirigido a enfermeras de 28 horas de duración, distribuido en siete jornadas de cuatro horas cada una. La metodología era expositiva-participativa, con gran cantidad de prácticas en ordenador. El programa del curso integraba:

- Conocimientos de informática básica (4 horas). El objetivo, era dar una visión general de las posibilidades que tiene la informática, en el ámbito personal y profesional, con la intención de que las enfermeras perdiesen el miedo al ordenador.

- Aplicación de la metodología de enfermería en la aplicación informática de cuidados (12 horas). Desde una perspectiva de utilidad practica, se hacía un recordatorio del proceso de enfermería y del modelo de Virginia Henderson, a través de exposiciones cortas y dinámica de grupos.
- Usuario de la aplicación (12 horas), totalmente práctico y con un ordenador por alumno.

— Un curso dirigido a auxiliares de enfermería de 21 horas de duración, distribuido en cinco jornadas de cuatro horas y 15 minutos cada una, con la misma metodología que el curso para las enfermeras. El programa del curso integraba:

- Conocimientos de informática básica (4 horas), con la misma finalidad que en el caso de las enfermeras.
- Aplicación de los cuidados básicos de enfermería en la aplicación informática de cuidados (8 horas). En el que se reflexionaba sobre los cuidados básicos de enfermería, y la importancia de una correcta praxis y registro de ésta. Utilizando para ello exposiciones cortas y dinámicas de grupos.
- Usuario de la aplicación (9 horas). Con la misma metodología que en el curso dirigido a las enfermeras.

La formación se completó con una enfermera consultora en los turnos de mañana y tarde para resolución de dudas y problemas durante la primera semana de la implantación.

La evaluación de la actividad, se realizó mediante un estudio retrospectivo de las evaluaciones de los cursos.

Para evaluar la efectividad de la implantación se recogen datos de un estudio descriptivo transversal de todas las historias electrónicas de enfermería de los pacientes ingresados en unidades informatizadas. La recogida de los datos se realizó por unidades entre el 22 de diciembre de 2000 y el 2 de enero de 2001.

RESULTADOS

La formación empezó en marzo de 2000 y finalizó en diciembre de 2000. Al final de la implantación la cobertura de personal formado fue superior al 95% en todas las unidades, no se alcanzó el 100% por las bajas laborales, contrataciones posteriores a la formación, etc.

- Se impartieron 12 ediciones del curso dirigido a las enfermeras, con un total de 162 enfermeras formadas. Un resumen de las evaluaciones globales de todos los cursos está en la tabla 1.

Tabla 1: Evaluaciones cursos enfermeras.

	MUY BIEN	BIEN	ADECUADO	MAL
Interés de curso	32,4%	44,8%	20%	2,8%
Capacidad del Profesorado	64,1%	26,2%	6,9%	2,8%
Contenido	24,8%	46,8%	18,6%	9,8%
Calificación global del curso	21,3%	43,4%	28,2%	7,1%

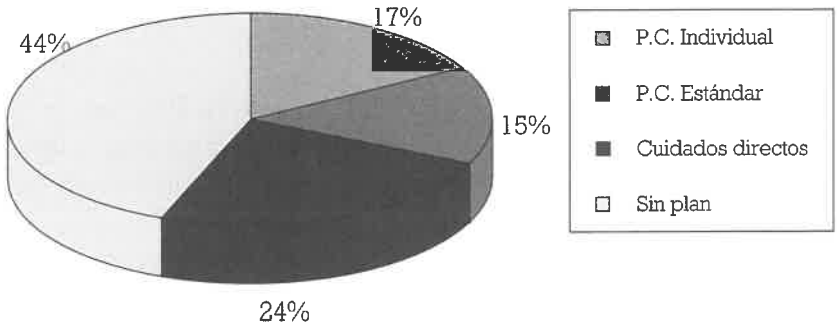
- Se impartieron diez ediciones del curso dirigido a auxiliares de enfermería, con un total de 126 auxiliares formadas. Un resumen de las evaluaciones globales de todos los cursos está en la tabla 2.

Tabla 2: Evaluaciones cursos auxiliares.

	MUY BIEN	BIEN	ADECUADO	MAL
Interés de curso	44,2%	46,9%	8,8%	0%
Capacidad del Profesorado	84,9%	12%	3,1%	0%
Contenido	24,8%	52,2%	17,7%	5,3%
Calificación global del curso	30,1%	54%	14,5%	1,4%

- Se realizaron 260 horas de apoyo directo de consultoría en las unidades asistenciales la primera semana de la implantación.
- En diciembre de 2001, en la práctica totalidad de las unidades se habían sustituido los registro habituales (gráfica, comentarios evolutivos, etc.) y ya sólo se utilizaban los registros informáticos. Además el porcentaje de historias sin plan de cuidados, era sólo del 44,8%, un 32% de los pacientes tenía plan de cuidados individualizado o estándar correctos metodológicamente, el 24% restante tenían planes de cuidados en los que se registra únicamente las actividades de enfermería. Se analizaron un total de 733 historias electrónicas.

Gráfico 1: Tipo de planes de cuidados.



CONCLUSIONES

Las evaluaciones de los cursos han sido buenas, pese a la limitación de realizarse fuera del horario laboral, hecho que apunta a que en muchos casos puede ser bueno utilizar como docentes y/o consultores a profesionales del propio centro.

Los resultados en la implantación de la metodología de la aplicación informática de cuidados, son aceptables, y evidentemente mejorables. Por ello se han planteado y se están planteando una serie de estrategias, para lograr que el 2001 sea el año de la consolidación del uso de la aplicación informática de cuidados en nuestro hospital.

Destacar como conclusión final que hemos recorrido un largo trecho. El que hoy la enfermería de nuestro hospital este informatizada, se haya sustituido casi en su totalidad los registros en papel y el que poco a poco la enfermería vaya avanzando en el proceso de implantar la metodología de enfermería al trabajo cotidiano, ha sido un gran logro. Sería injusto no reconocer el gran esfuerzo que han realizado y siguen realizando los profesionales de enfermería, que con su gran capacidad de adaptación y su esfuerzo diario se hacen dignos de nuestro más sentido reconocimiento y admiración.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería como coordinadora de calidad de cuidados

R. Buisán Pelay(*) y R. del Pozo Herranz(*) y M. Corral Bocos(*)

(*) Hospital Virgen de la Torre. Área 1 Especializada. INSALUD. Madrid

ANTECEDENTES

La idea de conocer la rentabilidad de las acciones formativas suscita un interés permanente en todos los sectores y el sanitario no es ajeno a él.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Área 1 de Atención Especializada del Insalud, comenzó su andadura en el año 1994 y desde entonces se ha ido avanzando en la evaluación de las Acciones Formativas, desde la elemental evaluación de reacción, a la de conocimientos y, posteriormente, a la evaluación sobre la aplicación de los temas impartidos.

OBJETIVO

Mostrar el desarrollo metodológico de *la evaluación de aplicación* y los resultados obtenidos en cursos impartidos sobre las distintas áreas del cuidado enfermero, durante los años 1995 al 2000.

METODOLOGÍA

Proceso previo: Integración de objetivos/demanda

Planificación del Programa de Formación

1. *Objetivos* institucionales del contrato de gestión del Área/Insalud.
   Objetivos institucionales internos.
   Demanda de formación específica de los profesionales para el desempeño del puesto de trabajo: encuesta bienal.
2. *Niveles estratégicos:* Capacitación en conocimientos, Entrenamiento en habilidades y Desarrollo personal del empleado.
3. *Elementos del programa:* Actividades docentes, Infraestructura y Presupuesto.
   Evaluación: Reacción-Conocimientos-Aplicación.

Resultados en la evaluación de la aplicación (1)

Área de metodología de cuidados

— Programa de Informe de Enfermería al Alta/Coordinación de cuidados.
— Sistema de Registros de Cuidados.
— Planes de Cuidados Estandarizados.

Área de mejora de la calidad

— Manual de Procedimientos enfermeros del Área.
— Protocolo y monitorización del Programa de Cuidados: Úlceras por Presión.
— Prevención y monitorización de accidentes y caídas de pacientes.
— Monitorización de Infección Nosocomial: venopunción, sondaje vesical, curas...
— Evaluación anual sistemática de cumplimentación de registros.
— Elaboración multidisciplinar de Vías Clínicas: implantación y evaluación.

Área de gestión

— Definición de puestos de trabajo de la División de Enfermería.
— Definición e implantación de Indicadores de Actividad.
— Elaboración y puesta en práctica de la Evaluación del Desempeño.

(1) En las Jornadas se presentarán los datos de los indicadores ampliados.

Área de coordinación

— Grupo promotor del Comité Asistencial de Bioética: primaria/especializada.

— Grupo de Recuperación Cardiopulmonar (R.C.P.).

Innovación de un perfil curricular en Enfermería en relación con la demanda social y su incremento en ésta

Antonio Boluda Aparicio(*), Andrés López Gázquez(*) y Fuensanta Murcia Nicolás(*)

(*) Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia.

ANTECEDENTES

Actualmente en la Diplomatura de Enfermería como titulación universitaria, permite a través de las asignaturas optativas y créditos de libre configuración que el estudiante oriente su educación universitaria, creando su propio perfil formativo en función del ámbito profesional que le interese.

Este proceso hace que el campo de actuación de la enfermería se amplíe debido a la existente demanda social, la cual exige unos profesionales mejor formadas y cualificados.

Los objetivos se este proyecto son:

— Analizar el estado actual de la repercusión de las intensificaciones curriculares en al ámbito profesional.

— Explicar las posibilidades de la orientación curricular al ámbito profesional.

MÉTODO

Hemos aplicado un diseño exploratorio para determinar las estrategias más pertinentes de acuerdo con el modelo teórico de Dorothea Orem.

Según este modelo una persona tiene una agencia y demanda de autocuidado en función de los requisitos que presente. El autocuidado con todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por el individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida. Este autocuidado se realiza en función de tres requisitos:

a) Universales: Son aquellos requisitos comunes en todos los individuos, como son: mantenimiento del aire, agua, ingesta de alimentos, descanso, etc.

B) Desarrollo: Aquellos requisitos universales de autocuidado específicos como consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como podría ser la adaptación a la pérdida de una esposa, cambios en la imagen corporal (quemaduras, alopecia, etc.), cambio de lugar de residencia.

C) Requisitos de desviación de la salud: Son aquellos que son consecuencia de un proceso patológico, lesión o desviación de la ejecución de su tratamiento. Abarca acciones como son: búsqueda de asistencia medica, ejecución del tratamiento prescrito y aceptar la vida con las consecuencias de la enfermedad o su tratamiento.

Cuando la demanda de su requisito supera a la propia agencia se produce un déficit de autocuidados en el cual debe intervenir el personal de enfermería.

Basándonos en esto, si tomamos como grupo de población, como muestra al diseño escogido, a los individuos entre 6-12 años con necesidades especiales (discapacitados, minusvalidos y deficientes) y aplicamos la Teoría General de la Enfermería de Orem, veremos que estas personas por su limitación en la agencia de autocuidados presentan un déficit en el mantenimiento y promoción de su bienestar personal.

Esta limitación se presenta principalmente por la falta de los conocimientos o de desarrollo de las habilidades necesarias para hacer operativas las necesidades de auto cuidado, lo cual imposibilita la acción de dicho autocuidado.

Aparte, si tenemos en cuenta que el grupo escogido tiene unos requisitos específicos de acuerdo a la etapa de vida a la que pertenecen, presentan unas condiciones que influyen en su evolución humana y que por lo tanto agrava la limitación de su agencia de autocuidado (mala salud o incapacidad y problemas de adaptación social).

Estas condiciones nos han servido para delimitar los criterios a estudiar que en este caso hemos escogido como variante los requisitos de autocuidado universal.

RESULTADOS

Una vez concluida la valoración de esta poblacion observamos tienen un déficit de acuerdo por que la agencia no es capaz de satisfacer los requisitos debido a que un re-

quisito del acuerdo del desarrollo es de carácter crónico (mala salud o incapacidad). A un teniendo este déficit, conforme vaya madurando el intelecto del niño, la limitación de la agencia de autocuidado irá disminuyendo y así ésta podría suplir la demanda de autocuidado terapéutico, es deber de la Enfermería que este proceso se realice de forma correcta mediante los cinco Métodos de Ayuda:

1. Actuar por otra persona o hacer algo por ella: este método requiere que la enfermería emplee las habilidades desarrolladas para el logro de resultados específicos. Debe tener en cuenta la naturaleza, grado y duración del déficit de autocuidado.
2. Guiar al otro: La Enfermería debe intervenir aquí cuando la persona debe hacer elecciones, o seguir el curso de una acción.
3. Apoyar a otro: aquí la Enfermería, con respecto a este grupo de personas, debe prevenir que tome una decisión equivocada o que se encuentre en una situación desagradable, ya que dando apoyo físico y emocional, la enfermería es capaz de estimular a la otra persona o perseverar en el desempeño de una tarea, pensar sobre una situación, o tomar una decisión.
4. Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo:

   Este método requiere que la Enfermería proporcione ayuda a que se establezcan condiciones del entorno que motivan a la persona ayudada a establecer los objetivos apropiados y ajustar su comportamiento para lograr los resultados especificados por los objetivos.
5. Enseñar a otro: este método es válido por este grupo de población porque necesitan instrucción para desarrollar el conocimiento de habilidades particulares, aquí la Enfermería debe tener en cuenta y ser consciente de que la persona a ayudar conoce plenamente todo lo que necesita saber.

   Debido a que este grupo de población llevaría a cabo algunas de las medidas de autocuidado, regula su propia agencia y acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera, se encuentra en un Sistema Parcialmente Compensatorio, además se encuentras en pleno desarrollo formativo, de forma que la Enfermería actúa aquí analizando las capacidades y limitaciones de este grupo de población.

   Pero para esto se necesitan unos conocimientos sobre este tipo de personas con necesidades especiales.

CONCLUSIONES

La implantación de asignaturas optativas y créditos de libre configuración (con contenido acerca de los Cuidados de Enfermería a este grupo de población) es actualmen-

te el mejor método para adecuar los perfiles formativos y posteriormente profesionales al mercado laboral, así como, genera una demanda de profesionales con mantenimientos específicos, porque la Universidad, «como principal centro formativo e investigador» puede adelantarse a esta demanda innovando los perfiles formativos.

Equipo de Enfemería versus enfermera/auxiliar de Enfermería

M.ª Elena Fernández Martínez(*), M.ª Aurora Rodríguez Borrego(*), M.ª Encina Castro González(*), José Manuel de Luis González(*), Ana López Alonso(**) y Francisco Javier Pérez Rivera(**)

(*) EUE León (Campus de Ponferrada. (**) EUE León.

INTRODUCCIÓN

Desde la Escuela de Enfermería de Ponferrada, hemos pretendido traer a estas Sesiones de Trabajo dos realidades que conformarían el equipo, ese equipo del que tanto se habla y del que forman parte: paciente, familia, enfermera, auxiliar de enfermería...

Quisiéramos introducirlo con una referencia de Rosalinda Alfaro cuando en las XVII Sesiones de Trabajo de la AEED dijo que «como científicos las enfermeras no podemos basar nuestra práctica en cuidados rituales. Debemos cuestionarnos constantemente qué hacemos y cómo podemos hacerlo mejor» [16].

Revisando los libros de las Sesiones de Trabajo de la AEED nos dábamos cuenta de que era un tema ya tratado, incluso desde las primeras sesiones, especialmente en lo relacionado con el equipo de Enfermería (Enfermera-Auxiliar de Enfermería) [2], [6], [9], [11], [8].

En 1991, Sagrario Almazán [11] indicaba que «en este país el sistema de personal de enfermería está constituído por dos colectivos perfectamente diferenciados, enfermeras y auxiliares de enfermería, que inmersos en la organización, es decir, en las instituciones de salud, constituyen un equipo de trabajo: el equipo de enfermería».

Volviendo a Alfaro, decía: «Debemos abrir nuevos caminos a través del liderazgo, la comunicación y la colaboración para juntos poder derribar las barreras existentes entre las enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud» [16].

Por tanto los *OBJETIVOS* que nos planteamos son:

1. Reflexionar sobre cómo se están prestando los cuidados enfermeros.
2. Conocer la aportación de las auxiliares de enfermería en España a los cuidados enfermeros a través de la revisión bibliográfica.
3. Fomentar el trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión bibliográfica.

INSTRUMENTOS

A. Libros de las Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Todos los editados desde su inicio.

B. Legislación:
   - — Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema educativo.
   - — Real Decreto 676/1993, de 7 de mayo.
   - — Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (publicado en el «BOE» el 5 de junio de 1995), por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.
   - — CANTÓN MAYO, Isabel: *Manual de organización de centros educativos,* Ed. Oikos-tau, Barcelona, 1996.

C. Proyecto de Carrera Profesional suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería.

D. Búsqueda en las siguientes revistas en el período 1991-2000:
   - — Enfermería clínica.
   - — Enfermería científica.
   - — Rol.
   - — Metas (desde su creación).

— Index (desde su creación).
— Nursing.

E. Veintidós números de la revista de *Auxiliares de Enfermería Nosocomio,* del número 1 al 24, pero nos faltan el número 6 y el 23.

RESULTADOS

— En los libros de las Sesiones de la AEED hemos encontrado ocho referencias al tema: 1982, 1986, 1989, 1990, dos en 1991, 1993 Y 1994.

— En la legislación vigente y en el proyecto de carrera profesional suministrado por el SAE se reflejan las funciones de los Auxiliares de Enfermería.

— En las revistas de enfermería sólo hemos encontrado un artículo sobre la evolución profesional de los Auxiliares de Enfermería y una carta al director en relación al título de técnico en cuidados auxiliares de Enfermería.

— En los números de la revista *Nosocomio* hemos encontrado cinco referencias al trabajo en equipo de enfermería: número 1, número 16, número 18, número 19 y número 22.

DISCUSIÓN

— A nivel de los libros de la AEED observamos un interés por fomentar el trabajo en equipo de enfermería desde diferentes perspectivas.

— Hay clara relación en cuanto a contenidos y reflexión del tema del auxiliar de enfermería en el artículo publicado en Enfermería científica titulado «La evolución profesional de los auxiliares de enfermería», la revista *Nosocomio*, el proyecto de carrera profesional del SAE y la legislación mencionada previamente.

— Respecto a las enseñanzas mínimas y competencias que se relacionan en el R.D. 546/1995 parece haber en relación a los cuidados básicos una gran confluencia con los cuidados básicos suministrados por la enfermería.

— En relación al proyecto suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, se da a entender que este colectivo basa su pertenencia al equipo en lo que ellas consideran la gran amplitud de cuidados que realizan de forma habitual e independiente de la enfermera.

CONCLUSIONES

1. Parece que sería indicado conocer desde el colectivo enfermero datos medibles de la actividad real de cuidados por parte de las Auxiliares de Enfermería.
2. Nos preguntamos si sería conveniente buscar el consenso entre las partes implicadas en el proceso del cuidado: enfermera, auxiliar, familia.
3. Todo esto nos puede llevar a buscar formas de integrar al colectivo de Auxiliares de enfermería plenamente en el equipo de enfermería:
   - — En la valoración de las necesidades de los pacientes.
   - — En la realización de planes de cuidados.
   - — En la ejecución de los mismos.
   - — En la evaluación del plan.
4. Y por último nos parecería necesario favorecer el feed-back mediante foros y reflexiones conjuntas, quizá éste sería uno bueno.

BIBLIOGRAFÍA

[1] *II Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1981, «La Formación postbásica en Enfermería».

[2] *III Sesiones de Trabajo de la AEED,* Barcelona, 1982, «La Enfermería en el sistema Sanitario».

[3] *IV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Granada, 1983, «Calidad en el trabajo de Enfermería».

[4] *V Sesiones de Trabajo de la AEED,* Torremolinos, 1984, «La Enfermería ante la Ley».

[5] *VI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1985, «La Enfermería en el sistema de Salud».

[6] *VII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Valencia, 1986, «La Enfermería para el 2000. Un reto, unas soluciones».

[7] *VIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Tenerife, 1987, «¿Quién dirige la Enfermería?».

[8] *IX Sesiones de Trabajo de la AEED,* Santander, 1988, «Enfermería, Salud y Sociedad».

[9] *X Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1989, «10 años de Enfermería en España. Análisis de una situación».

[10] *XI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cáceres, 1990, «La investigación en Enfermería».

[11] *XII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Toledo, 1991, «Enfermería, realidad en crisis».

[12] *XIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Sevilla, 1992. «Las enfermeras del tercer milenio».

[13] *XIV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Burgos, 1993. «Cuidados y Comunicación: La comunicación como fundamento del cuidado Enfermero».

[14] *XV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Barcelona, 1994. «Innovaciones en Enfermería: Construyendo cultura profesional».

[15] *XVI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Palma de Mallorca, 1995. «Ante los problemas de la marginación, las Enfermeras responden».

[16] *XVII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cuenca, 1996. «Las Enfermeras. Diversas miradas para una imagen».

[17] *XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cádiz, 1997. «20 años de formación Enfermera. Repercusiones en la práctica profesional».

[18] *XX Sesiones de Trabajo de la AEED,* San Sebastián, 2000. «20 años creando estilo enfermero. La propuesta de la AEED para la excelencia profesional».

[19] *Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema educativo.*

[20] *Real Decreto 676/1993, de 7 de mayo.*

[21] Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (publicado en el *BOE* el 5 de junio de 1995), por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

[22] CANTÓN MAYO, Isabel: *Manual de organización de centros educativos.* Ed. Oikostau, Barcelona, 1996.

[23] *Proyecto de Carrera Profesional suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería.*

[24] *Enfermería clínica,* 1991-2000.

[25] *Enfermería científica,* 1991-2000.

[26] *Rol,* 1991-2000.

[27] *Metas,* 1991-2000.

[28] *Index,* 1991-2000.

[29] *Nursing,* 1991-2000.

[30] *Nosocomio,* revista de Auxiliares de Enfermería, 1993-2000.

POSTERS

La formación continua en enfermería a través de Internet

Caridad Ropero Mengibar

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Son muchas las iniciativas que se han realizado en otros campos relacionados con la formación permanente en Intemet, el objetivo de esta comunicación es situar en el contexto actual de las nuevas tecnologías de la información como se ubica nuestra profesión y cuáles son las necesidades que por la naturaleza del ejercicio de la misma, nos hacen considerar la nuevas vías que nos ofrecen las tecnologías de la información.

METODOLOGÍA

La información en la que se apoya la presente comunicación se apoya en una labor previa de documentalismo, apoyada en los buscadores nacionales e intemacionales disponibles en la red, y en la experiencia en actividades de formación permanente del Centro de Recursos Telemáticos Agrobyte, asi como en el análisis de la situacióon actual del ejercicio cotidiano de la profesión de Enfermería.

RESULTADOS

La formación a distancia vía Internet es el único soporte que permite la deslocalización en el espacio y el tiempo de la información, este aspecto es el

que permite ofrecer un sistema de formación que se acomode a la casuística compleja de los horarios y turnos que rige un amplio colectivo de profesionales de nuestro campo. Los costes son inferiores que los asociados a la docencia presencias desde el momento en que desarrollado un curso la posibilidad de su difusion afecta un colectivo totalmente abierto a la demanda, reduciéndose por tanto la inversion por profesional formado. Por otro lado los costes de la actualización son más reducidos que los asociados a la forrnación a distancia en soporte papel, no solo por que se eliminan los costes del soporte sino por que se elimina asimismo los asociados a su difusión. Finalmente la extensión geográfica de su distribución permite el planteamiento asociado de cobertura de los costes de produccion de los modulos de formación.

Implantación de un programa informático para la asignación de plazas en las prácticas de Enfermería

Montserrat Vila Gangolells(*), Anna Escayola Maranges(*) y Pilar Reig Torremorell(*)

(*) Escuela de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Fundación Universitaria del Bages.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Una de las principales preocupaciones del personal docente de las escuelas de Enfermería ha sido y sigue siendo el desarrollo de la enseñanza durante las prácticas clínicas. El currículum del alumno consta de un 60% de teoría y prácticas en aula y un 40% de prácticas asistenciales. Es en este ámbito donde el alumno debe integrar los conocimientos teóricos y prácticos y, además, debe demostrar cualidades y competencia para el ejercicio de la profesión.

Para la realización de estas prácticas la Escuela ha trabajado desde sus inicios en la posibilidad de facilitar al máximo la realización del aprendizaje en centros a los que el alumno tenga afinidad o pueda acceder más fácilmente. Considerando la dispersión de las diferentes procedencias del alumnado, la planificación de los períodos de prácticas, se ha diseñado con la intención de favorecer al máximo sus preferencias, respetando siempre los objetivos de aprendizaje.

Los objetivos más importantes fueron:

1. Facilitar la elección de las plazas de los centros asistenciales por parte de los alumnos.
2. Asegurar la satisfacción de los alumnos posibilitando las opciones escogidas en primer lugar.
3. Facilitar la utilización del programa informático por parte de todo el profesorado coordinador de la Escuela.

METODOLOGÍA

Los alumnos de la Escuela de Enfermería de Manresa realizan las prácticas clínicas en centros asistenciales hospitalarios y en Centros de Atención Primaria, distribuidos en diferentes comarcas de la provincia de Barcelona. A cada alumno se le adjudica una plaza de los centros de prácticas donde tiene una enfermera de referencia que será quien asesore al alumno en su período de aprendizaje práctico.

Los alumnos realizan nueve rotatorios de prácticas, de cuatro o cinco semanas cada uno en dichos centros asistenciales durante todo el período formativo. El primero de ellos se realiza en primer curso, tres en segundo y el resto en tercero. Las prácticas pueden realizarse en horario de mañana o tarde. El alumno contempla la posibilidad de elegir el centro y también el servicio que les resulta más atractivo, siempre contemplando los requisitos del currículum práctico. Así la distribución de los períodos prácticos es la siguiente:

- Primer curso:
  - — Un período de cinco semanas en un centro hospitalario en unidades de hospitalización.
- Segundo curso:
  - — Dos períodos de cinco semanas en centros hospitalarios de los cuales uno se realiza en una unidad quirúrgica y otro en una unidad médica.
  - — Un período de cinco semanas en un Centro de Atención Primaria de Salud.
- Tercer curso:
  - — Un período de cuatro semanas en una Unidad de Hospitalización.
  - — Un período de cuatro semanas en una Unidad de Enfermo crítico (urgencias, UCI, y reanimación postquirúrgica).
  - — Un período de dos semanas en una Unidad de Materno-infantil.
  - — Un período de dos semanas en unidades especiales como Hemodiálisis, Salud mental, Centros de día de Oncología, PADES, UFISS, centros neuropsiquátricos, etc. Estas prácticas corresponden a créditos optativos de la asignatura Trabajo Práctico, por lo que no todos los alumnos las realizan.

— Un período de dos semanas en un Centro de Salud Comunitaria, donde se trabajan programas de atención a la comunidad.

Desde el inicio de la Escuela la asignación de los períodos prácticos ha ido aumentando su complejidad por el hecho que el volumen de alumnos ha ido creciendo respecto a los primeros años y que los períodos de prácticas se han ido modificando en tiempo y en diversidad de opciones.

Durante los primeros tres años de la apertura de la Escuela, la adjudicación de plazas se realizó de forma manual, cosa que generó múltiples problemas de coordinación, dedicación y de insatisfacción por parte de los alumnos.

A partir de aquí se planteó poder utilizar un programa informático que facilitara la distribución de las plazas solicitadas por parte de los alumnos. Para ello se utilizó un programa que utilizaba el lenguaje informático MUMPS. El resultado de su utilización fue positivo, puesto que respetaba en gran manera las opciones del alumno, aunque tenía dificultades en aspectos funcionales como la interpretación de los listados, poder introducir cambios y/o modificaciones puntuales en las plazas adjudicadas. Cualquier cambio requería de una nueva repartición de las plazas. Su utilización precisaba de un informático especializado en este lenguaje, lo suponía una dificultad añadida, pues el informático pertenecía a otra empresa y tenía que desplazarse. Por último, el proceso necesitaba 24 horas de funcionamiento para su ejecución.

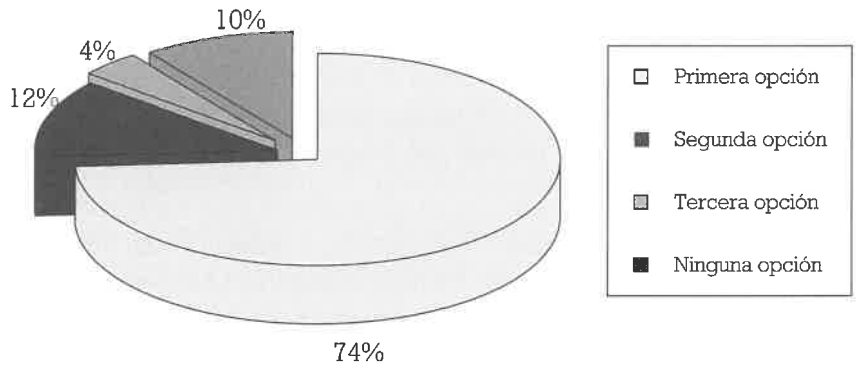
Durante el curso académico 1999-00, con la modernización informática por parte de la empresa, se diseñó un nuevo programa para efectuar la planificación de las plazas de prácticas de los alumnos. Su nombre es GESFUB y utiliza el sistema operativo Windows.

El alumno elige las opciones de las prácticas sobre una planilla diseñada con este fin (anexo 1 y 2), y los datos se introducen en el programa informático. Este proceso se hace de forma individualizada según las elecciones del alumno. Una vez activado el programa, éste emite un listado según centros, cursos y especialidades. Posteriormente se publica la planificación de todas las prácticas y los alumnos tienen la posibilidad de efectuar cambios. Las profesoras coordinadoras destinan un horario especial para efectuar dichos cambios.

RESULTADOS

- Con la utilización del nuevo programa informático, los alumnos han podido elegir de forma preferente el lugar de la realización de las prácticas, siendo un 89,59% los alumnos a los que se les ha asignado una plaza elegida según sus preferencias en primara, segunda o tercera opción.
- El porcentaje de asignación de las prácticas en primera opción ha sido de un 73,07%, de un 12,21% en segunda opción y de un 4,31% en tercera opción. Cabe destacar que este porcentaje se refiere a la totalidad de los siete rotatorios prácticos.
- A un 10,41% de los alumnos se les ha asignado una plaza que ellos no habían elegido previamente en alguno de los siete rotatorios (Gráfico 1).

Opciones en la elección de las prácticas



- El programa ha permitido introducir modificaciones individuales y entender su funcionamiento por parte de todos los coordinadores de las prácticas.
- Se han clarificado los listados; individualizados por alumnos, por centros asistenciales, por servicios y clasificado por rotatorios.
- Una vez introducidos todos los datos, la planificación de las prácticas se obtiene en un tiempo máximo de 10 segundos.

CONCLUSIONES

Con la utilización del programa GESFUB, la satisfacción del grupo de los alumnos se ha mantenido respecto a los primeros años.

La valoración de los profesores implicados en la planificación ha sido muy satisfactoria, puesto que ello ha reducido en gran medida el tiempo de dedicación para la planificación de las prácticas.

El hecho de respetar las opciones preferentes en un porcentaje tan elevado ha permitido que el número de cambios entre alumnos respecto a la planificación inicial, haya disminuido enormemente. A pesar de ello, es necesario disponer de un espacio de tiempo para la reasignación de aquellos rotatorios que no han sido contemplados de forma satisfactoria para el alumno.

Desde la Escuela se reconoce la agilización del proceso de asignación de prácticas y la mejora sustancial en el plano operativo.

Siguiendo en la misma línea de mejoras, se trabaja en la modificación de algunos aspectos que pensamos son aún mejorables, como puede ser la presentación de los listados, la agilización en la entrada de los datos y la posibilidad de la elección de horario por parte de los alumnos.

Paradoja entre la formación real de las enfermeras y la realidad percibida

Carmen Vives Relats(*), Virtudes Rodero Sánchez(*) y Sagrario Acebedo Urdiales(*)

(*) Universitat Rovira i Virgili. Escola Universitària d'Infermeria. Tarragona

Desde hace 25 años los programas de formación están orientados a formar profesionales que perciban y den respuestas a las necesidades de ayuda planteadas por la persona cuidada y su entorno.

Entendemos por percepción de Necesidad de Ayuda todas las situaciones de cuidados que van más allá de la medicalización y la técnica, tomando como eje fundamental de los cuidados la relación que se establece entre enfermera y cliente y la situación de cuidados percibida y contrastada.

Si profesionales e instituciones hubieran integrado los cambios de orientación de los planes de estudios, en este momento no nos preguntaríamos ¿cómo integrar las necesidades formativas con el avance en el conocimiento enfermero?

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

1. Plantear hipótesis relacionadas con los motivos o causas de la paradoja.
2. Dar posibles respuestas a las causas de esta situación o problema.
3. Plantear estrategias de integración y desarrollo de la formación recibida con la realidad percibida.

MÉTODO

La observación participante en los cursos formación y en la realidad de la práctica profesional.

RESULTADOS

Nuestros resultados parten de dar respuesta a:

¿Porqué las enfermeras habiendo recibido la formación centrada en la persona y su entorno no perciben situaciones de cuidados que van más allá de la medicalización y la técnica?

- Consideramos como punto central la evidente medicalización de la vida.
- Las enfermeras evalúan la necesidad de cuidados basándose en principios científicos de otras disciplinas y se aleja, tapa o no percibe las necesidades de cuidados de bienestar físico o mental.

¿Porqué cuando estas necesidades son percibidas no movilizan los recursos y sus fuerzas para la resolución? ¿Porqué no asumen el poder de decisión y resolución de problemas en los cuidados?

- Los cuidados se asocian a la práctica de la medicina, este arte y esta ciencia que se ocupa de hacerse responsable de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- La estructuración del trabajo de enfermería que viene determinado por la actividad que genera el tratamiento médico o por el control y seguimiento de los síntomas.
- Porqué la empresa no exige la prestación de servicios enfermeros. La responsabilidad enfermera consiste en ofrecer al cliente toda la ayuda necesaria en la satisfacción de las necesidades.
- Porque desde todos los ámbitos de poder en la realidad percibida se sigue aceptando que la medicina es totalmente responsable de los cuidados del cliente.
- Por la baja autoestima profesional quizá ligada a la aceptación personal de los valores expuestos.

COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO NOSOTROS APUNTAMOS LAS SIGUIENTES

- Intervenir en el planteamiento de los objetivos de Salud y Bienestar.
- Toma de conciencia de Gestores y Direcciones de enfermería de la Formación Real y la Realidad profesional.

- Vinculaciones de los profesores de enfermería de las Escuelas Universitarias.
- Homologación del segundo ciclo, que nos permitirá desarrollar el cuerpo de conocimientos. Nos dará la autoridad para la toma de decisiones y de resolución de problemas. Nos ayudará a consolidar nuestra autoestima profesional. Nos permitirá ampliar y profundizar en la percepción de ayuda implícita en los cuidados y rechazar como inaceptables los valores anteriormente expuestos.

CONCLUSIÓN

Si realmente hubiera conciencia que los cuidados de enfermería van dirigidos a dar respuestas a las necesidades de ayuda de la persona, no se daría la paradoja de preguntarse como integrar las necesidades formativas de las organizaciones y de los profesionales con el avance en el conocimiento enfermero, habría una coincidencia entre formación y praxis, esta se traduciría en investigación acción y por tanto en un avance en la construcción del conocimiento enfermero.

Formación de la Enfermería desde la Enfermería. Un nuevo proyecto en nuestra actividad asistencial

Fernanda Jiménez Moreno(*), Margarita Lubiano Angulo(*), Rosa Notario Tomás(*), Gea van Daalen(*) y Pilar Vázquez Chena(*)

(*) D.U.E. Quirófano de Pediatría. Hospital 12 de octubre. INSALUD. Madrid

ANTECEDENTES

En 1998 se planteó un nuevo proyecto de gestión para el manejo del tratamiento del dolor post-operatorio (UDAP) en el que, nosotros/as (enfermería) éramos el eslabón fundamental para su puesta en marcha.

Representaba una nueva dimensión en nuestra actividad profesional asistencial.

OBJETIVOS

Elaborar, desarrollar e impartir programas de formación dirigidos a:

— Pacientes y familiares (padres y/o tutores).

— Persona de enfermería.

MÉTODOS

Impartición de cursos, con contenidos teóricos y prácticos; en estrecha colaboración en el Departamento de Formación Continuada del Hospital.

Creación de folletos explicativos de la unidad dirigidos a los pacientes y familiares.

RESULTADOS

— Muy positivos.

— Cabe destacar la motivación por parte del personal del hospital, a quienes hasta la fecha han sido dirigidos los cursos, con una respuesta entre el 90%-100% de participación.

CONCLUSIONES

— Dinamizar nuestra profesión, dándole contenidos no sólo asistenciales, sino científicos.

— Demanda de formación de enfermería.

— Satisfacer las necesidades de los pacientes y/o familiares en el tratamiento del dolor agudo post-operatorio.

Recursos enfermeros en Internet: Una nueva forma de entender la Enfermería

Carmen Victoria Sobrín Valbuena(*)
y Ana M.ª Vega Fernández

(*) Ponferrada (León).

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Internet es un nuevo elemento que se está incorporando a todo el sistema sanitario con gran velocidad y, en el campo de la Enfermería, se pueden apreciar muchas de sus utilidades para mejorar la calidad de la asistencia en toda su esfera de relaciones, tanto desde su punto de vista burocrático como en el económico, en el social o como el profesional.

Internet es un modo de trabajo que con el tiempo cambiará la forma de entender el sistema sanitario y la relación enfermera-paciente, entre otras muchas cosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de las características de:

- Internet: Aspectos generales, estructura...
- Su influencia en la sanidad: Futuro de los servicios sanitarios y referencias sobre las nuevas tecnología del sistema sanitario que mejoran sus servicios.
- En el trabajo de enfermería:
  - — Los recursos de Internet en Enfermería: Proyectos en marcha para mejorar la relación con el paciente entre hospitales y entre profesio-

nales (recursos en el ámbito del trabajo de la Enfermería, de consulta en la biblioteca, recursos dentro de Internet).

— Internet y la consulta de usuarios: Tratamiento de patologías, explicación de los efectos de nuevos fármacos... puede dar lugar a problemas y cambios en la estructura de las comunicaciones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son la importancia de la utilización de Internet en el presente próximo para mejorar la calidad asistencial y dar un producto con mayor calidad y satisfacción.

CONCLUSIONES

Internet constituye el nuevo sistema de comunicación para la sanidad, la nueva relación entre los distintos profesionales sanitarios y los pacientes. Y para las enfermeras, la homogeneidad de los cuidados con un nuevo modelo de atención y un lenguaje propio, un medio para facilitar la investigación tan necesaria en la práctica enfermera, la formación de nuevos profesionales que pueden consultar de forma sencilla los procedimientos y protocolos, y también los problemas de enfermería específicos, facilitar la comunicación con la enfermera de Atención Primaria con el Alta para continuar con el seguimiento del paciente, y un largo etcétera de ventajas que nos ofrece este nuevo sistema de comunicación llamado Internet.

Una exploración de la importancia concedida al humor como rasgo, en una muestra de estudiantes de Enfermería

Begoña Carbelo Baquero(*) y Ena Barroso Pérez(*)

(*) Profesora Titular. Ciencias Psicosociales Aplicadas. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá. Madrid.
(**) Profesora Asociada. Ciencias Psicosociales Aplicadas. Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los talleres prácticos en la formación de las futuras enfermeras de materias como las Ciencias Psicosociales, ponen el acento en instruir a los alumnos en mejorar la comunicación, aprender a observar, escuchar, relajarse, reflexionar, practicar algunas habilidades, desarrollar la autoestima y el autoconocimiento, etc. Todos estos aspectos pensamos que son importantes para fomentar unas relaciones sanas y para desarrollar destrezas que permitan mejorar las mismas.

El humor es una parte de la comunicación humana que a menudo goza de un valor positivo, crea un clima de confianza, desarrolla la creatividad y facilita la relación social. Pensamos que es un rasgo humano de especial interés para tenerlo en cuenta en el campo de la enfermería. Nuestra motivación para llevar a cabo este trabajo, ha estado orientada hacia: el explorar la importancia y el interés que supone el humor para los alumnos, como aspecto humano y como cualidad a la prestan especial atención y que de hecho buscan, en sus amistades y compañeros y también en los miembros de su familia. Uno de los ejercicios realizados en un taller para el desarrollo de las relaciones interpersonales nos ha orientado en la importancia que ellos le dan a este aspecto genuinamente humano.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el desarrollo de un taller de Relaciones Interpersonales y como cuarto ejercicio para ese día, se pidió a un grupo de 29 alumnos de primero de enfermería que después de reflexionar durante unos minutos, escribieran en un papel la descripción que libremente hacían de una persona que para ellos era «interesante», ya fuera de su familia, o grupo de amigos. Elegimos «interesante», por ser un adjetivo neutro para lo que queríamos indagar en nuestro trabajo.

LOS RESULTADOS

Los resultados indican que el humor es la cualidad más considerada por los alumnos (36% lo eligieron) seguida de la inteligencia (33%) . Sin embargo no se categorizaron en la variable humor cualidades que pueden considerarse sinónimos del mismo: divertida (21%), abierta (12%), extrovertida (12%), simpática (6%), ingeniosa (6%), graciosa (6%), optimista (6%). Con éstas cualidades y otras nombradas: cariñosa, agradable, reservada, independiente, atractiva, sincera, comprensiva, sencilla, amable, activa, fiel, sentimental, elegante, paciente, bondadosa, delicada y segura de si misma, se pasó una prueba binomial (no paramétrica) y para una $p<0,05$, la proporción observada en cada una de las cualidades, sólo fue significativa para el caso de el humor y la inteligencia.

Podemos concluir que en esta muestra de estudiantes de enfermería el humor es valorado como una cualidad que destaca en interés, seguido de la inteligencia y que la valoran tanto en sus amistades como en su familia.

La formación continuada en las Sesiones de la AEED

Laura Martínez de Celis(*) Sara García López(*)
M.ª Elena Fernández Martínez(**)
y Francisco Javier Pérez Rivera(*)

(*) EUE león. (**) EUE león (Campus de Ponferrada)

INTRODUCCIÓN

Entre ios objetivos de estas XXII sesiones de trabajo de la AEED se encuentra definir ias aportaciones de la formación continua en el ámbito del mercado de trabajo al desarrollo del pensamiento enfermero y los contenidos básicos sobre los que elaborar una línea de trabajo que refleje la posicion de la AEED, respecto a la excelencia de los cuidados de enfermería.

Vamos a analizar en estas sesiones el presente y futuro de la formación enfermera y mercado de trabajo, pero además de un presente y futuro, para elaborar una línea de trabajo de nuestra asociación debemos de conocer y reflexionar sobre nuestra historia.

OBJETIVOS

Conocer las aportaciones publicadas hasta ahora sobre la formacion continua en los libros de las sesiones de la AEED.

MATERIAL Y MÉTODOS

A) 20 aportaciones entre conferencias, ponencias y participaciones en mesas redondas.

B) 44 Aportaciones en forma de comunicacion.

C) Al Analizar la aportación en el tiempo nos encontramos con que en los tres primeros lustros de la asociación 1980-1995, la aportación permanece constante en torno a los 17-18 articulos por lustro. En el último lustro, decaen el n.° de aportaciones siendo de 11.

D) Se analizan la evolucion de la temática y de las aportaciones.

E) En 12 de las aportaciones se aborda de forma monográfica el tema de las especialidades.

F) En 3 aportaciones se abordan la licenciatura.

G) En el resto se analizan experiencias en diversos campos, así como aportaciones teóricas y metodológicas.

Programa de formación para profesionales de nueva incorporación

Pilar Mercadal Pallicer(*) , M.ª Luz Capote Toledo(*)
y M.ª Isabel Zaldívar Laguía(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Una unidad de Cardiologia Intervencionista por sus características técnicas requiere el adiestramiento especial de los profesionales que acceden a ella. La Unidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid está compuesta de tres salas de Hemodinámica con una actividad anual de 5.000 procedimientos, la demanda asistencial y la complejidad de las técnicas exige un alto grado de formación de los profesionales que trabajan en ella.

Para todos los profesionales de nueva incorporación se ha elaborado y puesto en marcha un programa de acogida de la Unidad en el que está incluido el programa de formación. Consta de dos fases: en la primera la coordinadora de enfermería presenta y describe la unidad, organización y funcionamiento general, haciéndoles entrega de la documentación existente (Protocolos).

En una segunda se les presenta el Plan de Formación.

Los Objetivos de este programa son: Impartir el programa de formación al personal de nuevo ingreso en la Unidad.

Evaluar de forma periódica la capacitación de los profesionales para su nuevo puesto de trabajo.

2. MÉTODO

Es un estudio descriptivo del programa de formación elaborado y desarrollado por los profesionales expertos de la Unidad de Cardiología Intervencionista. Está estructurado en seis períodos de aprendizaje con sus correspondientes evaluaciones. Al profesional se le asigna una enfermera, que será la tutora de su formación durante tres meses con la que realizará las evaluaciones.

El profesional en formación *deberá:*

- *En los primeros 15 días:* conocer el manejo de los aparatos: desfibrilador, carro de parada, polígrafos etc.
- *A los 30 días:* desarrollar de forma práctica los conocimientos adquiridos dentro de los laboratorios de Hemodinámica, instrumentar los cateterismos diagnósticos y conocer las complicaciones más frecuentes.
- *A los 45 días:* recibir y preparar al paciente antes y después del procedimiento, aplicar los diferentes tipos de compresión femoral, controlar las posibles complicaciones.
- *A los 60 días:* manejar los procedimientos terapéuticos. Controlar al paciente crítico en el laboratorio: manejo del paciente y aparataje (respirador, bombas de infusión, contrapulsador, etc.).
- *A los 90 días:* desarrollar los protocolos especiales (Braquiterapia, Biopsia endomiocárdica, Coartación Aórtica, Valvuloplastia, etc.).

La evaluación se realiza en cada período con el profesional, la tutora y la coordinadora de enfermería utilizando valores del 1 a 10, siendo imprescindible superar el 7 para pasar al siguiente período.

3. RESULTADOS

El programa de formación se puso en marcha en abril del año 2000. Se ha impartido a cuatro profesionales de nuevo ingreso a lo largo del último año, todos han cumplido los objetivos según el calendario formativo que supone la totalidad de las incorporaciones desde que se ha puesto en marcha el programa.

4. CONCLUSIONES

El programa formativo cumple los objetivos para los que se creó.

Permite establecer el perfil adecuado para el puesto de trabajo en igualdad de condiciones para todos los profesionales interesados.

El programa de formación supone para la unidad una disminución de los recursos humanos disponibles durante tres meses, por lo que las incorporaciones deben siempre hacerse de forma progresiva.

El profesional de nuevo ingreso después del período de formación es capaz de desarrollar su actividad laboral de forma efectiva.

Necesidades del profesional de Enfermería para dar una formación práctica adecuada

Fernando Luján Rodríguez(*), Domingo Palacios Ceña(*) y María de la Loma Segarra Cañamares(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En las últimas décadas los profesionales de enfermería están siendo testigos de un proceso de cambio constante del sistema; aparición de nuevas formas de gestión, utilización de nuevas tecnologías, etc. Ante estos cambios es preciso dar una nueva orientación a la formación de los estudiantes de enfermería. Pero siempre y cuando no se olvide lo fundamental de la profesión, el cuidar y esa parte se consigue principalmente con la formación práctica. Y dentro de ésta hay que resaltar el protagonismo de los enfermeros/as de las distintas unidades, como elemento fundamental en la formación.

Al llegar a este punto es el propio profesional el que a veces se cuestiona su propia capacidad docente.¿Es el propio profesional de enfermería capaz de formar? ¿Tiene la capacidad formativa necesaria? ¿Cuáles son sus necesidades?

Los objetivos que nos planteamos fueron:

- Conocer las prioridades de los profesionales para dar una formación práctica a los alumnos.
- Comprobar la validez de la Técnica de Grupo Nominal (TGN) para obtener información de un grupo de expertos.

2. MÉTODO

Utilización de la TGN, en un grupo de ocho enfermeras asistenciales expertas en el área de formación del Hospital Universitario San Carlos, a las que se les pidió que identificaran sus principales necesidades para dar una formación práctica adecuada a los estudiantes de enfermería.

3. RESULTADOS

Durante la realización de la TGN se obtuvieron 25 necesidades expresadas, de las cuales se priorizaron 10: **1.** Motivación personal. **2.** Determinación de objetivos claros y específicos. **3.** Disposición enfermera. **4.** Apoyo formativo de docencia. **5.** Programas formativos en cada unidad. **6.** Tiempo personal. **7.** Tiempo de formación en la unidad. **8.** Apoyo formativo; Actualización enfermería. **9.** Motivación del alumno. **10.** Persona docente en la unidad.

4. CONCLUSIONES

- Se observa que 9 necesidades fueron votadas por el 50% o más del grupo de expertas.
- La TGN ha demostrado su validez para obtener una amplia información sobre las necesidades de los profesionales de enfermeria a la hora de formar a los alumnos.

Los autores esperan que este trabajo sirva de reflexión para apoyar la importancia de las necesidades del personal de enfermería para mejorar la formación práctica de los alumnos.

Experiencia de un grupo de apoyo para presentaciones científicas

Carmen Valverde Sánchez(*), Isabel Miguel Montoya(*), María Isabel Zaldívar Laguía(*), Rafael Crespo Sevilla(*) y Consuelo Bermejo Pablos(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El grupo de apoyo para las presentaciones científicas se constituyó en el año 1997 por distintos profesionales del hospital, pertenecientes a la División de Enfermería, conscientes de que el número de publicaciones, comunicaciones y ponencias de enfermería era menor en comparación con otras Divisiones del hospital. Basado en la necesidad de unificar y mejorar los criterios de selección, realización de comunicaciones a reuniones científicas y como complemento a la formación continua de las enfermeras.

El objetivo principal de esta comisión es fomentar la investigación y promover líneas de trabajo individuales para darles una difusión científica (pósters, comunicaciones, artículos en revistas, etc.).

2. MÉTODO

La comisión está de forma permanente al servicio del personal de enfermería del Hospital, bajo la coordinación de la División de Enfermería, para ayudar en la elaboración de comunicaciones, poniendo a su disposición medios tecnológicos, bibliográficos, enfoque cualitativo y asesoramiento en la metodología de trabajo.

La existencia del grupo de apoyo es conocida en el Hospital y aunque su trabajo es continuo, éste se ve intensificado ante la perspectiva de Congresos o Jornadas. Ante estos eventos, la comisión se reúne sugiriendo líneas a desarrollar que se difunden por las diferentes áreas de enfermería. En reuniones sucesivas se exponen al grupo las distintas aportaciones del personal interesado. A partir de ahí se orientan y clasifican las propuestas, se organiza la estructura y el diseño del estudio, canalizando los resultados estadísticos a la Unidad de Investigación.

Finalmente el grupo dirige, a través de la División de Enfermería, las ayudas institucionales en forma de becas o bolsas de viaje para asistencia a actividades científicas relacionadas con trabajos realizados.

3. RESULTADOS

Haciendo una revisión de las Memorias anuales del Hospital Clínico San Carlos en sus capítulos de Docencia e Investigación, las comunicaciones presentadas a Congresos Nacionales o Internacionales son las siguientes:

En el año *1996:* 23; *1997:* 50; *1998:* 61; *1999:* 63; *2000* (pendiente de recibir datos).

4. CONCLUSIONES

La experiencia de la Comisión de Ayuda a la Investigación demuestra que la existencia de un grupo de trabajo aumenta la producción científica del personal de enfermería de nuestro Hospital.

El personal de enfermería se siente más seguro y respaldado en el momento de poder desarrollar trabajos científicos.

Si después de tanta actividad eres capaz de formarte..., enhorabuena

Ana López Alonso(**), Margarita Brugos Flórez, M.ª Aurora Rodríguez Borrego, M.ª Fernández Martínez, M.ª Encina Castro González y Manuel Ángel Martínez Argüelles(**)

(*) E.U.E. León (Campus de Ponferrada. (**) E.U.E. León.

INTRODUCCIÓN

Todos somos conscientes que en nuestra profesión no estar al día puede resultar maleficiente por incompetencia. Virginia Henderson afirmaba: «Una buena enfermera no deja de estudiar nunca.» En base a esto nos hemos planteado un estudio con los siguientes objetivos:

1. Demostrar la sobrecarga de la enfermera asistencial.
2. Demostrar la falta de tiempo para la asistencia y para la formación continuada.
3. Llamar a la reflexión.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal.

Población A

Pacientes de la unidad de Urología y otorrinolaringología del complejo hospitalario de León, edificio Princesa Sofía. Muestra: número de camas en la planta 41.

Población B

Enfermeras del mismo servicio en turno de mañana (de 8 a 15 horas: 420 minutos), muestra 3.

Período

Abril y mayo de 1997.

Instrumento

Cuentakilómetros que portaban las enfermeras durante el turno de trabajo. Plan estándar de actividades enfermeras establecido en la planta. Hoja de registro pormenorizado de todas las actividades realizadas por las enfermeras durante ese turno, incluido el tiempo de ejecución.

RESULTADOS

1. Total de tiempo directo con los pacientes: 135 minutos por turno.
2. Total de tiempo por paciente: 6 minutos y medio por turno.
3. Kilómetros recorridos durante el turno: 5,7.
4. Media de ingresos/día: 5,89.
5. Traslados a otras plantas y movimientos dentro de la unidad: 1,6.
6. Media de quirófanos en días laborables: 5,4.

DISCUSIÓN

— ¿Descontaremos el tiempo que tardamos en andar los 5,7 kilómetros que caminamos?

— ¿En esos seis minutos y medio de trato más directo con el paciente tendré que darle los buenos días? ¿Deberé preguntarle qué tal ha pasado la noche?

— ¿Dónde queda el plan de cuidados individualizado?

— ¿Dónde queda el tiempo y las fuerzas para la formación continuada?

CONCLUSIONES

Se confirma el gran desajuste entre la necesidad de un plan de cuidados individualizado y la realidad asistencial. Ante este panorama parece evidente la imposibilidad de realizar la formación continuada en horario de trabajo. Se plantea en ese entorno la necesidad de buscar cauces de estímulo para la formación continuada.

¿Qué quieren nuestros estudiantes?

Elena Fariñas Portalo(*), Josefina Mena Boldo(*), Ana Martín Gómez y Javier Garrido Santiago(*)

(*) Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

La formación de los nuevos profesionales de Enfermería requiere un esfuerzo de adecuación y adaptación continuos a las demandas de una población cada vez más exigente.

Para los enfermeros docentes es importante conocer que demandan los alumnos para acceder a una formación que consiga incorporar el más amplio espectro posible en el terreno profesional.

Como objetivo nos hemos planteado conocer la demanda de los estudiantes de Enfermería en relación con su formación en las unidades asistenciales.

2. MÉTODO

Se ha seleccionado un grupo de estudiantes procedentes de distintas unidades asistenciales, y mediante una técnica de Grupo Nominal se han identificado y priorizado las necesidades de formación demandadas por el colectivo de alumnos.

3. RESULTADOS

Las diez necesidades priorizadas son:

1. Cumplir objetivos y ampliarlos en cada curso.
2. Aprender todas las técnicas para evitar problemas al terminar.

3. Obtener información de las distintas prácticas y el porqué de ellas.
4. Correcto trato enfermera-estudiante.
5. Ser evaluados por la enfermera que más haya estado con el alumno.
6. Enfermeras con capacidad docente.
7. Hacer más rotaciones.
8. Mayor autonomía para realizar las técnicas.
9. Variabilidad de fuentes de información.
10. Adquirir conocimientos teóricos y prácticos.

4. CONCLUSIONES

Las técnicas de investigación cualitativas actúan como una herramienta válida y rápida para la detección de necesidades.

Detectamos tres grandes grupos de necesidades, relacionadas con la necesidad de conocer y ampliar conocimientos, implementar las relaciones personales y acceder a un mayor grado de autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

GUILLEM ZANON, A.: «La técnica del grupo nominal», *Documentación administrativa,* 1990; 223:51-98.

RADFORD, M., y HUNT L.: «Development of a learning enviroment in theatres», *Br J Nurs,* 1999, mayo, 13-26; 8 (9).

PINEAULT, R., y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias,* Barcelona: Masson, S.A., y SG Editores, 1987, 172-188.

Programa de prácticas en nuestra residencia de ancianos

Carmen Pérez Blasco(*), Pilar Calafell Vert(**) y Begoña Llano de la Peña(***)

(*) D.U.E. Coordinadora de la Residencia «Bonanova», de Palma de Mallorca.
(**) D.U.E. Residencia «Bonanova», IBAS, Palma de Mallorca.
(***) Terapeuta ocupacional de la Residencia «Bonanova», IBAS.

ANTECEDENTES

El hecho de que el paso de los años va disminuyendo la capacidad de las personas para realizar las actrividades de vida diaria y que todo esto es mucho más notorio en los pacientes con demencia senil o Alzheimer, hace necesario que el personal de Enfermería tenga una serie de conocimientos que le permitan participan de manera más directa en la atención integral al residente.

OBJETIVOS

El estudiante de Enfermería que realiza las prácticas en nuestra residencia forma parte de un programa conjunto Enfermería-Terapia Ocupacional que pretende:

1. Conseguir una mejor comunicación con este tipo de pacientes.
2. Conocimiento del campo de rehabilitación cognitiva con la supervisión de la terapia ocupacional.
3. Conocimiento de las A.V.D. (actividades de vida diaria).
4. Contacto con las escalas de valoración de deterioro.

MÉTODO

Los estudiantes:

1. Establecen las actividades básicas de vida diaria a mantener.
2. Destinan una hora y media semanales por alumno, de las prácticas de Enfermería, a realizar actividades supervisadas por T.O. en pacientes con demencia senil o Alzheimer.
3. Se asignan grupos de residentes agrupados según grado de deterioro.
4. Se establecen las actividades por el terapeuta ocupacional.
5. Una vez ejecutada la actividad se pide la imitación y se corrigen las actuaciones de los alumnos.

RESULTADOS

Con este programa conjunto el alumno consigue:

1. Aumento de los conocimientos del deterioro cognitivo:
   - Comunicación.
   - Áreas deterioradas y estimulación.
   - Mantenimiento de A.V.D.
2. Aumento de la dinámica del centro.

CONCLUSIÓN

La importancia de la estimulación cognitiva y el mantenimiento de las A.V.D. en el anciano con demencia senil o Alzheimer, sobre todo en ancianos institucionalizados, hace necesario que se refuercen desde todos los ámbitos la formación de nuestros estudiantes de Enfermería, en este caso en el campo de la terapia ocupacional.

Educación de un paciente diabético con pie de riesgo

Francisco Alonso Tajes(*), O. Álvarez-Calderón Iglesias(*), M. C. González Martín(*), J. Janeiro Arocas(*), M. J. Pichel Guerrero(*) y C. Rosende Bautista(*)

(*) Escuela U. de Enfermería y Podología de Ferrol. Universidad de A Coruña.

OBJETIVOS

Reseñar los principales aspectos de hábitos y cuidados preventivos a tener en cuenta en la educación del paciente diabético con pie de riesgo para evitar la aparición de complicaciones secundarias.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica y base de datos, así como de guías y protocolos de actuación ante el paciente diabético.

CONCLUSIONES

Las actuaciones educativas en la labor de prevención de las complicaciones del pie de riesgo, son fundamentales para mantener una óptima calidad de vida del paciente diabético, tratando de reducir consecuencias graves, como las amputaciones, así como los costes socio-sanitarios.

Interacción de Enfermería con el paciente dentro de la formación en comunicación

Isabel María Pérez Ruiz(*) y M.ª José Muñoz París(*),

(*) Hospital Torrecárdenas. E.U.E. de la Universidad de Almería.

ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

En el presente estudio se ha diseñado una hoja de registro para medir mediante observación directa la cantidad y tipo de emisiones del alumnado de enfermeria durante la interacción enfermera o-paciente en un *rol-playing* que representa la «admisión del paciente en una unidad». A su vez puede servir como método de evaluación y autoevaluación de la comunicación que mantienen el alumnado o profesionales enfermeros y demás sanitarios con el paciente, dentro del marco de la formación académica o continuada de futuros o presentes profesionales.

MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en un laboratorio del Departamento de Enfermería de la Universidad de Almería y ha sido parte del aprendizaje práctico dentro de la asignatura teórico-práctica (TP) de Fundamentos de Enfermería. Se ha aplicado al alumnado del curso 1.° B (aproximadamente 60 alumnos) de Enfermería del año académico 2000-01, que para la ensenanza de esta asignatura se dividen en cuatro grupos, seleccionados por orden alfabético, (B1, B2, B3, B4) de 12 a 17 personas cada uno.

Se realizaron dos sesiones de dos horas cada una, distanciadas por una semana. En la primera sesión cada grupo recibió una clase teórica del plan de cuidados en la admisión del paciente en la unidad, incluido las emisiones verbales enfermeras (acciones y respuestas) y las barreras de comunicación a evitar; al finalizar la clase magistral se les pidió que se dividieran al azar en cuatro subgrupos y se les entregó cuatro hojas con los casos (A, B, C, D) del *rol-playing* que tendrian que ensayar para representarlo una semana después. Tanto el caso a ensayar como los papeles a representar se repartieron al azar entre los subgrupos y entre los miembros de cada subgrupo. En la segunda sesión se hacian las representaciones del *rol-playing* durante un tiempo aproximado de 10 ó 15 minutos para cada subgrupo. Mientras que un subgrupo actuaba, el resto de alumnado observaba y anotaba en la hoja de registro las emisiones (acciones, respuestas y barreras de comunicación) que identificaban en la enfermera/o que actuaba en ese caso, es decir cada alumna/o registraba todos los casos excepto el que representaba con su subgrupo.

RESULTADOS

Se muestra una descripción de la cantidad y tipo de emisiones: acciones, respuestas y barreras de comunicación que el alumnado de 1.er curso de Enfermería detecta o identifica por observación en cada interacción del *rol-playing* (casos A, B, C, D).

Se han realizado tres tipos de análisis de los resultados:

- Cuantitativo: cantidad, expresada en número cardinal, de emisiones: acciones, respuestas y barreras de comunicación registradas por los alumnos.
- Cualitativo: calidad, es decir el contenido dentro de cada una de esas emisiones.
- Comparación de los resultados entre los cuatro grupos de 1.° B (B1, B2, B3, B4) en cada uno de los casos (A, B, C, D) tanto a nivel cualitativo como cuantitativo en cada uno de los apartados del registro (acciones, respuestas y barreras de comunicación enfermera).

CONCLUSIONES

En el análisis cuantitativo encontramos que las acciones, emisiones y barreras de comunicación enfermeras varían sobre todo en cantidad de un caso a otro, y ello nos sirve para valorar en qué tipo de interacciones enfermera-paciente encuentran mayor dificultad el alumnado En el análisis cualitativo encontramos las emisiones que son deficientes y por tanto debemos potenciar para cada caso y para cada subgrupo. La comparación entre los grupos en cada uno de los casos nos sirve para valorar los aspectos a incidir respecto a comunicación en cada grupo.

Plantillas de evaluación informatizadas para la simulación de casos prácticos

Pedro A. Villanueva Jané(*) y Núria París López(*),

(*) Escola d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna (EUIFB). Barcelona

Plantillas utilizadas en la EUIFB para evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos en las clases teórico prácticas, en las que se contemplaban dos posibilidades de evaluación por concepto (Realizado/No realizado), hecho que limitaba la posibilidad de valorar la ejecución realizada no correctamente.

Debido a ello se estudió la creación de una nueva plantilla de evaluación con el objetivo de conseguir:

- Aumentar la objetividad en la evaluación.
- Unificar criterios de evaluación.
- Permitir la inclusión de un número ilimitado de conceptos, sin que ello signifique una mayor complejidad en la obtención de la nota final.
- Evitar errores de cálculo, aumentando la fiabilidad de la evaluación.
- Facilitar la corrección.

Se elaboró una plantilla utilizando como soporte informático el programa Microsoft Excel, en la que se instauraron tanto una valoración cuantitativa por concepto, como de la calidad global de la asistencia prestada.

El haber aumentado en cinco las posibilidades de evaluación por concepto, facilita la evaluación concreta de cada uno de éstos, incrementando con ello tanto la objetividad de la prueba, como la unificación de criterios en la evaluación.

El cálculo de la evaluación mediante el programa Microsoft Excel reduce en un 75% el tiempo dedicado al cálculo por parte del evaluador, aumentado la eficiencia y eliminando los posibles errores de cálculo.

Las nuevas plantillas de evaluación informatizadas se han mostrado como un método de evaluación más objetivo, preciso, seguro, rápido y eficiente.

Palabras Clave: Evaluación mediante plantilla informatizada, Simulación de casos, Eficiencia y precisión en la evaluación

ANTECEDENTES

Plantillas utilizadas en la EUIFB para evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos en las clases teórico prácticas, en las que se contemplaban dos posibilidades de evaluación por concepto (Realizado /No realizado), hecho que limitaba la posibilidad de valorar la ejecución realizada no correctamente. El cálculo para obtener la nota final debía ser efectuado manualmente.

OBJETIVOS

Crear una nueva plantilla de evaluación para:

- Aumentar la objetividad en la evaluación.
- Unificar criterios de evaluación.
- Permitir la inclusión de un número elevado de conceptos, sin que ello signifique una mayor complejidad en la obtención de la nota final.
- Evitar errores de cálculo, aumentando la fiabilidad de la evaluación.
- Facilitar la corrección.

MÉTODO

Se elaboró una plantilla utilizando como soporte informático el programa Microsoft Excel (ver anexo), en la que se instauraron tanto una valoración cuantitativa por concepto, como de la calidad global de la asistencia prestada.

Para la evaluación cuantitativa se fijaron cinco posibilidades de evaluación por concepto, mediante la utilización de cinco columnas creadas al efecto:

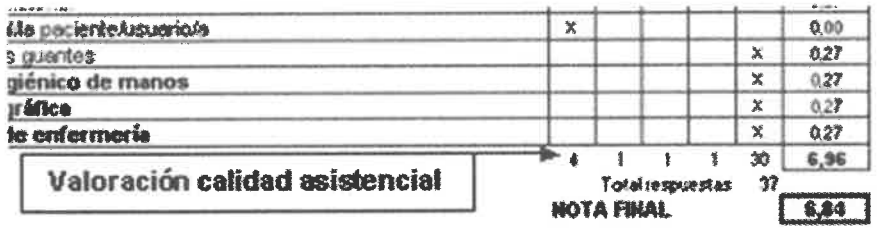
Tabla 1: Evaluaciones cursos enfermeras.

Columna	Nivel de realización	Valor numérico
0	No realizado	0,00
1	Realización deficiente	2,50
2	Realización media	5,00
3	Realización media alta	7,50
4	Realización óptima	10,00

Nota: El valor real por columna y concepto, será proporcional al número total de conceptos contemplados en el caso en cuestión.

De igual manera, en cada plantilla se establecieron una serie de conceptos de ejecución indispensable para conseguir una buena praxis; en el supuesto de que el alumno no realizara alguno de ellos, dicho concepto sería evaluado de forma negativa, para lo cual se asignó un valor máximo a descontar, el mismo seria aplicado de manera proporcional al número de conceptos de realización indispensable establecidos en cada caso.

La evaluación de la calidad asistencial prestada, se realizó mediante la contabilización del número de conceptos evaluados en cada una de las tres primeras columnas, si el resultado de la suma era igual o superior al obtenido al multiplicar el total de conceptos existentes en la plantilla por un porcentaje establecido, se procedía a descontar de la nota final el valor acordado previamente; dicho valor variaría proporcionalmente en función de si el porcentaje de referencia se había visto igualado o superado en una sola columna o en más de una, habiendo tenido en cuenta en el diseño de la plantilla todas las combinaciones posibles que podían darse.

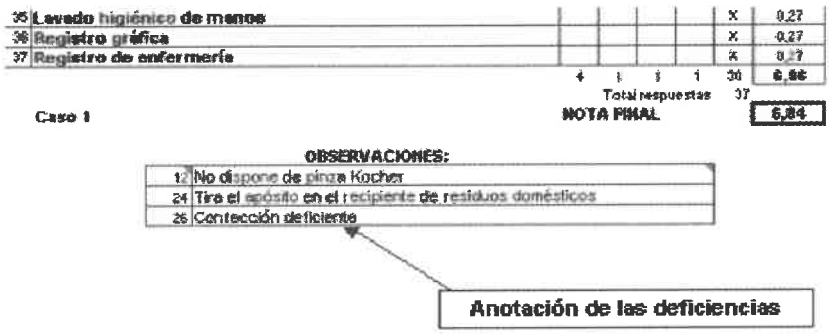


A cada concepto se le asignó un número de orden, con la finalidad de facilitar la anotación, al pie de la plantilla, de las anomalías observadas en la ejecución del concepto en cuestión, lo que facilita la revisión de examen.

Dado que cada caso implicaba la realización de más de una técnica y con el propósito de conseguir la mejor calidad asistencial posible, se estableció el orden de prioridad en que estas debían ser ejecutadas.

Se aplicaron una serie de filtros que nos permitían:

- Detectar automáticamente aquellos conceptos que por error tuvieran una duplicidad de evaluación o bien que carecieran de ella.
- En el caso de que no fuera detectada una duplicidad de evaluación, la nota asignada siempre sería la más favorable al alumno.
- La nota final obtenida por alumno no podía ser en ningún caso inferior a cero.



Se diseñaron cincuenta y una nuevas plantillas, una para cada caso simulado a evaluar, que englobaron más de un procedimiento de los impartidos en las clases teórico-prácticas; dichas plantillas se han utilizado durante los dos últimos cursos lectivos; en este periodo se ha procedido a la comparación mediante el cálculo manual e informatizado de la nota final obtenida.

RESULTADOS

El haber aumentado en cinco las posibilidades de evaluación por concepto facilita la evaluación concreta de cada uno de éstos, incrementando con ello la objetividad de la prueba.

Con el mayor desglose de conceptos, se incrementa la unificación de criterios en la evaluación.

Permite contemplar tanto una evaluación cuantitativa como de la calidad global de la asistencia prestada, sin que ello represente un mayor esfuerzo de cálculo para el evaluador.

El cálculo de la evaluación mediante el programa Microsoft Excel reduce en un 75% el tiempo dedicado al cálculo por parte del evaluador, aumentado la eficiencia y eliminando los posibles errores de cálculo.

CONCLUSIÓN

Las nuevas plantillas de evaluación informatizadas se han mostrado como un método de evaluación más objetivo, preciso, seguro, rápido y eficiente.

LIMITACIONES

El único inconveniente que presenta la nueva plantilla, es la de tener que realizar, durante el proceso propio de la evaluación, las anotaciones sobre el papel y posteriormente transcribir éstas en el soporte informático, lo cual representó un índice medio de error no superior al 2,5%, lo que puede significar una diferencia aproximada de ± 0,10 puntos de media sobre la nota final en una plantilla con un total de 50 conceptos a evaluar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a: A. Vidal, I. Pérez, G. López, M. Sanromà, M. Albiol, V. Valls y en especial a C. Oliver por su colaboración en la implementación de esta nueva herramienta de evaluación.

ANEXO

NOMBRE ALUMNO Berta López García
PROFESOR/A TPs Núria París López
FECHA 22/02/01

CASO 1

CAS:
Paciente sexo masculino, de 48 años de edad, ingresado para intervención abdominal. Comenta tener escalofríos; observamos que el apósito de la herida quirúrgica está manchado.

		0	1	2	3	4	NOTA
	01. ASPECTO PERSONAL						
1.1	Uniforme					x	0,00
1.2	Cabello recogido, barba recortada					x	0,00
1.3	Uñas, aspecto					x	0,00
1.4	Joyas	x					-0,13
	02. ASPECTOS GENERALES						
2.1	Informa y prepara al/la paciente/usuario/a					x	0,00
2.2	Controla el entorno y preserva la intimidad del/la paciente/usuario/a					x	0,00
2.3	Valora globalmente					x	0,00
2.4	Prioriza la actuación					x	0,00
2.5	Utiliza el lèxico profesional					x	0,00
							-0,13
	27. DETERMINACIÓN DE LA TEMPERATURA AXILAR						
	17. CURA TÓPICA DE HERIDAS						
1	**Lavado higiénico de manos**					x	0,27
	Preparar el material:						
2	Antiséptico					x	0,27
3	Carro de curas y bolsa para residuos					x	0,27
4	Gasas					x	0,27
5	Guantes de un solo uso					x	0,27
6	Kocher	x					0,00
7	Material para fijar el apósito					x	0,27
8	Pinza sin dientes					x	0,27
9	S.F.					x	0,27
10	Termómetro de mercurio					x	0,27
11	Tijeras					x	0,27
12	Entra en la habitación con todo lo necesario				x		0,00
13	**Lavado higiénico de manos**	x					-0,25
	Procedimiento:						
14	Comprueba que el termómetro no esté roto					x	0,27
15	**Coge el termómetro por la parte contraria al bulbo**					x	0,27
16	**Comprueba que la línea de mercurio esté por debajo de 35° C**					x	0,27
17	**Retira la ropa de debajo de la axila del/la paciente/usuario/a**					x	0,27
18	Situa el antebrazo cruzando el tórax	x					0,00
19	Controla el tiempo (5 - 10')					x	0,27
20	Lee correctamente la temperatura					x	0,27
21	**Lavado higiénico de manos**					x	0,27
22	Se pone los guantes de un solo uso					x	0,27
23	**Retira el apósito correctamente**					x	0,27
24	Tira el apósito sucio en la zona correcta		x				0,07
25	Se cambia de guantes					x	0,27
26	Confecciona una torunda			x			0,14
27	Valora las características de la herida					x	0,27
28	**Limpia la herida, realizando los movimientos correctos**					x	0,27
29	Utiliza el antiséptico adecuado					x	0,27
30	Realiza correctamente la oclusión de la herida					x	0,27
31	**Limpia el termómetro**					x	0,27
32	Recoge el material					x	0,27
33	Acomoda al/la paciente/usuario/a	x					0,00
34	Se retira los guantes					x	0,27
35	**Lavado higiénico de manos**					x	0,27
36	**Registro gráfica**					x	0,27
37	**Registro de enfermería**					x	0,27
		4	1	1	1	30	**5,96**
						Total respuestas	37
	Caso 1					**NOTA FINAL**	**6,84**

OBSERVACIONES:

12	No dispone de pinza Kocher
24	Tira el apósito en el recipiente de residuos domésticos
26	Confección deficiente

Formación continuada de las enfermeras de atención primaria

Jorge L. Gómez González(*), Ana García Laborda(**), Carlos Rodríguez Rodríguez(***), Francisco Megias Lizancos(*), Beatriz Carrasco Fernández(*), José M.ª García Santamaría(****)

(*) Profesor/a Departamento Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. (**) Enfermera Salud Mental. (***) Antropólogo. (****) Subdirector Enfermería de A.P. del Área 3 de Madrid.

¿Qué objetivos podemos destacar en la formación enfermera?

* Aumentar la calidad del servicio enfermero
* Aumentar la seguridad de la enfermera al ofrecer el servicio a la población.
* Adquirir habilidades en función de las necesidades de cuidados enfermeros de la comunidad

Es una necesidad que las enfermeras de primaria se comuniquen con los profesionales de los distintos centros de salud del área dentro de su proceso de formación continuada.

Se observa que los profesionales enfermeros que trabajan en atención primaria de salud, recurren a la formación fuera de su ámbito de trabajo, lo que responde muchas veces a inquietudes intelectuales del propio profesional y en menor medida a estrategias de los directivos, en el sentido de conseguir que los profesionales más motivados por algún área concreta de conocimiento, adquieran habilidades y conocimientos que reviertan en el desarrollo de programas específicos.

La formación interna es referida al ámbito de trabajo y que se desarrolla dependiendo de las necesidades de formación de los profesionales, para a su vez dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados que presenta la población de referencia.

La planificación de estas actividades de formación se deben desarrollar desde la dirección y las unidades docentes en las que han de estar representados los distintos profesionales que conforman los Equipos de Atención Primaria.

1. SESIONES CLÍNICAS

Actividad de exposición de un caso clínico donde se resalta el proceso llevado a cabo en la solución de los problemas de salud que presenta una persona o una familia, los objetivos marcados, el estado actual del problema y el análisis de alternativas y estrategias. Dicha actividad permite; compartir objetivos con el equipo, aportar soluciones desde los distintos profesionales y presentarse como una actividad fundamental en la formación de cada uno de los miembros del equipo.

Otra tipo de sesión que se lleva a cabo es aquella referida a un problema concreto de salud que por su relevancia se quiere actualizar conocimientos sobre el mismo.

Dentro de la coordinación entre niveles se deben organizar sesiones con los distintos especialistas del área de salud con el fin de planificar actuaciones y aportar soluciones a los problemas más frecuentes de derivación.

2. SESIONES DE ENFERMERÍA

En las sesiones de enfermería son las enfermeras, a través de la exposición de un plan de cuidados, quienes analizan y discuten la metodología enfermera y la solución de problemas.

La revisión bibliográfica es un tipo de sesión en la que, de manera conjunta, el equipo o un grupo de profesionales da lectura a uno o varios artículos sobre un tema concreto, se establece un debate entre la teoría y la práctica y se intenta llegar a conclusiones válidas para la práctica profesional.

3. INTERCONSULTA

La interconsulta debe de ser aquella consulta que se lleva a cabo conjuntamente entre el profesional de atención primaria y el profesional especialista.

Dichas consultas se realizan a demanda de la enfermera de atención primaria, tienen lugar en su consulta a la que se desplaza el especialista, siendo su finalidad la de dar respuesta los problemas puntuales del paciente así como adquirir conocimientos para resolver en el fututo y con autonomía otras situaciones de demanda de cuidados similares.

4. SESIONES GENERALES DE PLANES DE CUIDADOS

Las sesiones de planes de cuidados a nivel de área son el lugar de encuentro profesional donde se comparten experiencias con una perspectiva amplia, dando cumplimento en gran medida a la inquietud profesional de muchas enfermeras, contribuyendo al desarrollo profesional a través de la metodología enfermera, motivando a la investigación en cuidados enfermeros y en participación en las reuniones científicas. La difusión de este tipo de sesiones entre la comunidad científica enfermera es un salto cualitativo de gran interés en la formación de los enfermeros de atención primaria y que trasciende a las propias profesionales del área.

Interacción del paciente dentro de la formación en comunicación en enfermería

Isabel María Pérez Ruiz(*), M.ª José Muñoz París(**), Aurora Padilla Molina(***), Eva Alcalde Góngora(*), Gabriel Aguilera Manrique(**)

(*) Hospital Torrecárdenas. (**) EUE de la Universidad de Almería. (***) Centro de Salud de Benagadux (Almería).

ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

Este estudio pretende medir mediante observación directa la cantidad y tipo de emisiones del alumnado de enfermería cuando representa el papel de paciente y familiar durante la interacción enfermera/o-paciente en un rolplaying que simula «la admisión del paciente en una unidad». A su vez puede servir como método de valoración de la percepción del alumnado respecto al paciente y al familiar. tanto cuando lo representa como cuando lo observa, todo esto ayudará a la formación académica o continuada de futuros o presentes profesionales respecto a la comunicación en una situación de intervención social sanitaria

MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en un laboratorio del departamento de Enfermería de la Universidad de Almería y ha sido parte del aprendizaje práctico dentro de la asignatura teórico-práctica (TP) de Fundamentos de Enfermería. Se ha aplicado al alumnado del curso 1.° B (aproximadamente 60 alumnos) de Enfermería del año académico 2000-01, que para la enseñanza de esta asignatura se dividen en 4 grupos, seleccionados por orden alfabético, (B1, B2, B3, B4) de 12 a 17 personas cada uno. Se realizó dos sesiones de dos horas cada una, distanciadas por una semana. En la primera sesión cada grupo reci-

bió una clase teórica del plan de cuidados en la admisión del paciente en la unidad, al finalizar la clase magistral se les pidió que se dividieran al azar en 4 subgrupos y se les entregó cuatro hojas con los casos (A, B, C, D) del rol-playing que tendrían que ensayar para representarlo una semana después, Tanto el caso a ensayar como los papeles a representar se repartieron al azar entre los subgrupos y entre los miembros de cada subgrupo. En la segunda sesión se hacían las representaciones del rol-playing durante un tiempo aproximado de 10 ó 15 minutos cada subgrupo. Mientras que un subgrupo actuaba, el resto del alumnada observaba y anotaba en una hoja de registro las emisiones (respuestas, preguntas y barreras de comunicación) que identificaban en el paciente o familiar que actuaba en ese caso, es decir cada alumna/o registraba todos los casos excepto el que representaba con su subgrupo.

RESULTADOS

Se muestra una descripción de la cantidad y tipo de emisiones: respuestas, preguntas y barreras de comunicación que el alumnado de 1.° curso de Enfermería detecta o identifica por observación en cada interacción del rol-playin (casos A, B, C, D).

Se han realizado tres tipos de análisis de los resultados:

- cuantitativo: cantidad, expresada en número cardinal, de emisiones: respuestas, preguntas y barreras de comunicación registradas por los alumnos.
- cualitativo: calidad, es decir el contenido dentro de cada una de esas emisiones
- comparación de los resultados entre los cuatro grupos de l.° B (B1, B2, B3, B4) en cada uno de los casos (A, B, C, D) tanto a nivel cualitativo como cuantitativo en cada uno de los apartados del registro (respuestas preguntas y barreras de comunicación enfermera).

CONCLUSIONES

En el análisis cuantitativo encontramos que las emisiones del paciente y familiar varían sobre todo en cantidad de un caso a otro, y ello nos sirve para valorar que tipo de pacientes o familiares son más observados o mejor representados.

Necesidades formativas, ¿de quién?

Pilar Darriba Rodríguez(*), Remedios Hernández Adeba(*), Ángeles Rodeño Abelleira(*), Margarita Quintián Méndez(*), José Verde Santiago(*), M.ª Fe Sarille López(**)

(*) C. H. A. Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña.
(**) C. H. Xeral. Calde de Lugo.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El análisis de las necesidades formativas, previo a la elaboración de un plan formativo, es algo fundamental, pero también es necesario definir el tipo de análisis y hacia quienes se dirige, ya que de estas últimas premisas dependerá la orientación del Programa Formativo. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de realizar una detección de necesidades que tenga en cuenta los tres grandes pilares de nuestro trabajo: los profesionales, la empresa y la sociedad.

MÉTODO

Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica del tema, centrándonos posteriormente en el análisis de la detección de necesidades que se realiza en nuestro centro, comparándolo con los resultados obtenidos, no sólo de las actividades formativas realizadas, sino cómo han influido en los profesionales y en la innovación, adaptación o creación de estrategias, así como de los beneficios obtenidos.

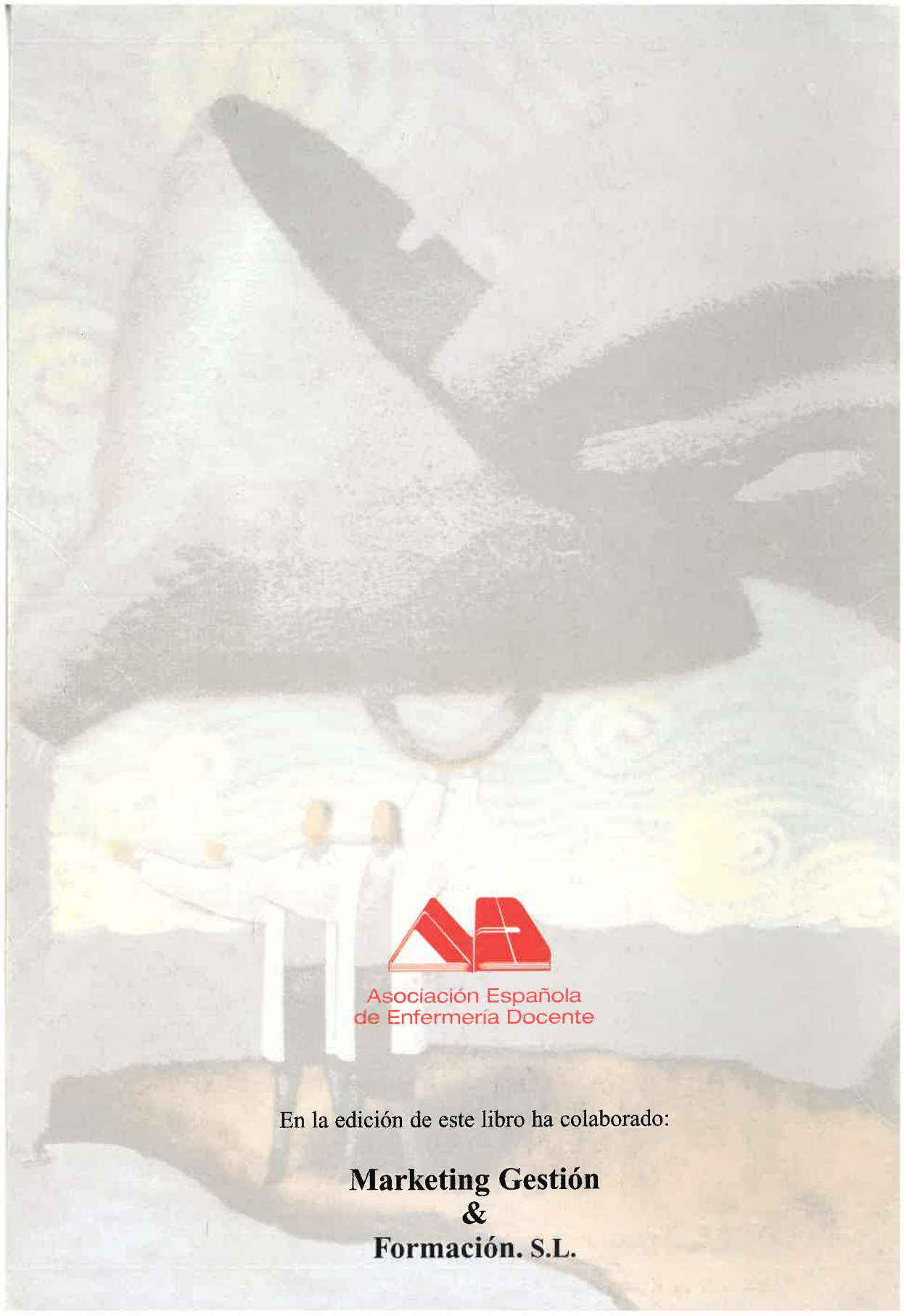
RESULTADOS

El análisis de necesidades formativas que se realiza en nuestro C. H. se basa en los tres pilares fundamentales citados anteriormente, y más concreta-

mente en ocho parámetros: objetivos estratégicos de la dirección de enfermería, valoración por parte de las diferentes Unidades de Enfermería del C? H., cuestionarios post-actividad formativa, reclamaciones y quejas reflejadas en la Unidad de Atención al Paciente, indicadores de disfuncionalidad recogidos en el servicio de Medicina Preventiva, necesidades detectadas por la Unidad de Formación Continuada de Enfermería, datos obtenidos de las reuniones de supervisores del C. H. y datos obtenidos de las reuniones de los integrantes de las diferentes Unidades de Formación del C. H. Actualmente, nos encontramos en fase de valoración de los resultados obtenidos y, aunque subjetivamente, nos parece que han sido positivos, esperamos comprobarlo realmente, tanto a través de las evaluaciones como de los cambios realizados (estrategias de adaptación, nuevos métodos, grupos de trabajo, etc.).

CONCLUSIONES

Los beneficios obtenidos a través de una adecuada detección de necesidades se reflejan en el Programa Formativos que, a su vez, refleja la dirección hacia donde se dirigen las actividades formativas que deberían abarcar tanto a los profesionales como los objetivos de la empresa y, sobre todo, a la sociedad en general, que es nuestro objetivo: realizar unos cuidados de Enfermería de calidad que satisfagan a todos: pacientes, profesionales y empresa.



Asociación Española
de Enfermería Docente

En la edición de este libro ha colaborado:

Marketing Gestión
&
Formación. S.L.