UNA EXPERIENCIA EN LA ENSEÑANZA DE LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Marilia Nicolás Dueñas
Profesora de Fundamentos de Enfermería
Esther Arrese Ibart
Profesora de Bioestadística
Escuela Universitaria de Enfermería "Puerta de Hierro"

RESUMEN

La finalidad de esta comunicación es argumentar la necesidad de integrar la enseñanza de la Metodología de la Investigación en el Currículum Básico de Enfermería.

Aunque la experiencia se va a seguir desarrollando durante todo este curso, consideramos que ya tenemos suficientes e interesantes datos que aportar y que puede ser enriquecedor el compartirlos con ustedes.

En la comunicación se narra una experiencia de enseñanza activa de la Metodología de la Investigación, llevada a cabo con los alumnos de Primer Curso, mediante la aplicación práctica al tratamiento de un problema y de forma secuencial.

INTRODUCCION

Todavía hoy se cuestiona en algunos foros la pertinencia o la necesidad de integrar la enseñanza de la Metodología de la Investigación en el currículum básico de Enfermería. Nosotros somos de la opinión de que el estudio de todos los temas referidos a la metodolofía del trabajo intelectual debe ser el comienzo de cualquier formación universitaria, pues constituye uno de los pilares fundamentales para desarrollar hábitos intelectuales, sin los cuales no es posible aproximarse a lo que significa formar profesionales en el más amplio sentido de la palabra.

A pesar de ello, somos conscientes de las limitaciones con que contamos, limitaciones de tiempo y de desnivel académico.

En cuanto a las limitaciones de tiempo, todos conocen la aglomeración curricular actual, que se verá incrementada en un futuro próximo, que no permite adjudicar al programa el número de horas

que, en rigor, serían necesarias para desarrollar correctamente esta materia.

La segunda limitación a la que hacía referencia es debida a la dispersión de procedencia de los estudiantes que acceden a nuestras Escuelas, mayores de 25 años, FP2 en diversas ramas, etc., problema que no podemos obviar pues tiene como consecuencia una desigual formación de base en las distintas áreas de conocimiento y, por tanto, una actitud diferente en cuanto hábitos de pensar, reflexionar, ser objetivo, exponer ideas y un largo etcétera.

Así y todo, creemos que se debe afrontar el reto de la formación en Metodología de la Investigación, pues pensamos que el estudio del método y los instrumentos de la ciencia contribuyen a desarrollar mentes analíticas, razonamiento lógico, hábito de estudio, curiosidad, analizar, sintetizar, criticar, indagar, recoger datos, sistematizar, buscar fuentes y ordenarlas, trabajar en equipo, discutir, redactar, concluir, presentar, etc., todos ellos instrumentos necesarios para la formación universitaria.

ANTECEDENTES DE NUESTRA EXPERIENCIA

En el curso académico 1986/87 se revisaron los contenidos de Primer Curso, ampliando, entre otros, los temas relativos a Método Científico: Metodología de la Investigación.

Con el fin de que los alumnos comprendieran la aplicación práctica inmediata de los contenidos del programa, durante ese curso se modificó la metodología de las clases, incrementando el número de trabajos de grupo en el aula y realizando un trabajo, también de grupo, pero fuera del aula.

Los trabajos de grupo en el aula consistieron en:

— Lecturas de artículos de prensa referidos a hallazgos de investigación, con el fin de identificar las etapas del método.
— Definiciones operacionales de conceptos.
— Niveles de medición de variables.
— Identificación de variables independientes, dependientes y extrañas en diferentes casos.
— Lectura crítica de artículos de revistas profesionales en los que se presentaban los resultados de alguna investigación.

El trabajo de grupo fuera del aula consistió en aplicar todo el proceso investigador al tratamiento de un problema de libre elección por parte de los alumnos, bajo la dirección de la profesora de esta materia.

A lo largo de todo el curso los alumnos iban presentando los resultados de cada etapa, registrándolos en un cuaderno de campo que revisaba la profesora, haciendo las recomendaciones oportunas. Finalmente, presentaron un informe de los resultados.

Si bien los trabajos del aula cubrieron los objetivos, en el segundo caso encontramos numerosos fallos que hicieron que no resultara operativo y que nos llevó, posteriormente, a reformular los objetivos. Los problemas que encontramos fueron los siguientes:

— Una enorme dedicación personal de la profesora para tutorizar a los grupos.
— Las limitaciones de tiempo y de recursos de los propios alumnos.
— La falta de integración de conocimientos de Estadística en el Método.
— La falta de rigor en la aplicación de los conceptos, fundamentalmente en lo referido a técnicas de muestreo y medidas de control. A modo de ejemplo, decir que los cinco grupos que se formaron, cuatro hicieron representación gráfica de los datos y, a lo sumo, manejaron éstos en porcentajes y medidas de tendencias central; el quinto grupo no hizo ni siquiera esto, sino que presentaron datos directos en grandes hojas, imposibles de interpretar y de sacar conclusiones.
— Otro problema fue que, a pesar de que habían estudiado la presentación de los resultados de una investigación, tres de los grupos no lo utilizaron, presentando el informe paso por paso, desde la selección del problemas, variables, hipótesis, etc., por separado en cada uno de los apartados.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA EN EL PRESENTE CURSO ACADEMICO

Como ya se ha dicho, de acuerdo a la evaluación realizada durante las experiencias de los cursos académicos del 87 al 89, en el presente curso se han introducido modificaciones en los contenidos teóricos de Metodología de la Investigación y de Estadística, así como en la forma y la secuencia de guiar los trabajos de grupo de los estudiantes.

La incorporación de una nueva profesora de Estadística, que tiene la doble condición de enfermera y psicóloga, ha brindado una excelente oportunidad para integrar los objetivos de ambos programas bajo una misma orientación.

Los objetivos comunes son los siguientes:

— Poner en práctica los conocimientos de los programas de Metodología y de Estadística.

— Aplicar los conocimientos de Estadística, a un trabajo de investigación dirigido desde el programa de Metodología, mediante la recogida de datos pertinentes, según las hipótesis establecidas: Técnica del cuestionario, así como el tratamiento estadístico adecuado según el diseño del citado cuestionario.
— Consultar fuentes bibliográficas y extraer conclusiones, a la vez que se inician en los conocimientos propios de Enfermería.
— Hacer juicios críticos de la lectura de informes de investigaciones, de interés para Enfermería.
— Afianzar la técnica del trabajo de grupo.

Nos planteamos que la mejor forma de lograr los objetivos era llevar a cabo un trabajo de grupo, durante un semestre, con las siguientes modificaciones en relación con las experiencias de cursos anteriores:

En primer lugar, partimos de un tema común, seleccionado por las profesoras. Dicho tema es "La satisfacción de los clientes de servicios de salud con los cuidados de Enfermería". El que se trate de un tema único concentra y reduce, por tanto, el esfuerzo en cuanto a la búsqueda de fuentes, al ser de un tema concreto y no de temas diversos. Además, y como verán un poco más adelante, el tema se puede estudiar desde múltiples y diferentes enfoques, lo que enriquece más la experiencia.

El esfuerzo de los estudiantes para definir el problema y situarlo en un marco teórico, les ha obligado a interesarse por una cuestión tan importante, como es "qué esperan las personas de las enfermeras cuando se ven necesitadas de ellas". Esto ha planteado interesantes debates en el aula, que han contribuido, además, a la introducción del concepto de Enfermería.

En segundo lugar, se entregó a cada grupo un guión de las etapas de investigación que debían ir cumpliendo, al finalizar el contenido teórico correspondiente.

Dadas las limitaciones de tiempo y los objetivos se les pidió que hicieran un muestreo sesgado, consistente en pasar el cuestionario a familiares, amigos o personas de su entorno que hubieran tenido alguna experiencia como pacientes/clientes, haciéndoles notar que se iban a introducir variables extrañas, tales como edad, patología familiar, etc.

Al unificar el cuestionario como instrumento de recogida de datos se han intercalado tres seminarios sobre este tema, los cuales fueron:

— Uno sobre la Teoría del Test: Validez, fiabilidad, tipificación.
— Otro sobre aspectos prácticos: Normas de redacción, tipos de preguntas y elementos de cuestionario, así como sugerencias

sobre motivación a los encuestados y adiestramiento de los observadores.

— Por último, coincidiendo con la finalización del diseño y para introducir las modificaciones pertinentes, se realizó un tercer seminario consistente en un rol-playing, representado por las profesoras, en el que dos representantes de cada grupo debían pasar todo el cuestionario que hubiesen elaborado a un paciente simulado para que los estudiantes y las profesoras criticaran todo el proceso, atendiendo a la presentación, raport entrevistador-entrevistado, claridad de las preguntas, pertinencia de las variables, aclaraciones necesarias y manejo de situaciones difíciles.

Para todo ello, sin conocimiento previo de los alumnos, se representaron seis papeles distintos, uno para cada grupo:

- Paciente ingresada, acompañada por un familiar que es el que responde sistemáticamente, sin dar opción a la paciente.
- Persona con actitud muy positiva que tiende a estereotipar las respuestas en sentido positivo.
- Persona muy negativa que tiende a estereotipar las respuestas en sentido negativo.
- Paciente pasivo con un alto componente de abandono personal y desinterés.
- Persona muy charlatana y que desvía el tema constantemente.
- Persona con muy bajo nivel de instrucción que desconfía de sí mismo y de la utilidad que pueda tener su información.

Las conclusiones finales del seminario se resumieron en los siguiente puntos:

— No estaba claramente definido el problema, pues no se habían definido las variables diagnósticas en el pre-cuestionario de los seis grupos.
— Cinco de los grupos no habían reflexionado sobre los objetivos.
— Las preguntas de test no tenían uniformidad en cuatro de los grupos: Tipo, modalidades, etc.
— Se hicieron numerosas sugerencias de corrección de redacción, amplitud de respuesta de cada item, entrenamiento de cada grupo, experiencia piloto, etc.

En una etapa posterior, los alumnos han trabajado en la revisión de los cuestionarios partiendo desde el planteamiento del problema y la selección de las variables, aplicando las sugerencias de corrección que se les había aportado en el seminario.

En el momento actual se han aprobado los siguientes planteamientos de los trabajos:

Primer Grupo: ¿Cuáles son los indicadores que más valoran los clientes en los cuidados de Enfermería?

Después de revisar las fuentes seleccionaron los siguientes:

— Comunicación/empatía.
— Habilidades técnicas.
— Capacidad de tomar decisiones.
— Seguridad.
— Satisfacción global.

Segundo Grupo: Relación entre satisfacción por los cuidados de Enfermería y las siguientes variables: edad, sexo, causa de la hospitalización, información recibida sobre cuidados y tratamiento, respeto a la intimidad.

Tercer Grupo: Relación entre la satisfacción con los cuidados de Enfermería en instituciones de la Seguridad Social y en instituciones de ámbito privado.

Análisis de las siguientes variables: atención extrahospitalaria, atención hospitalaria y, dentro de ésta, causa de ingreso, motivo de elección de institución privada (no tiene seguridad social, lista de espera, mayor confianza).

Cuarto Grupo: Se ha planteado analizar la información al paciente y la familia como indicador de calidad de cuidados.

Quinto Grupo: Estudio sobre la percepción de los clientes sobre la calidad de los cuidados y su relación con: sensación de seguridad (competencia, conocimiento de su enfermerdad, habilidades manuales), claridad de información recibida (sobre los cuidados, preparación para pruebas, normas de hostipal), preocupación por sus problemas (pregunta sobre dolor, comodidad, necesidades).

Sexto Grupo: Enfoca el tema desde el punto de vista de las personas que no han tenido ninguna experiencia directa de hospitalización ni cuidados de Enfermería, tratando de analizar las espectativas que tienen en cuanto a tareas que pueden desarrollar las enfermeras y cuidados que les pueden ofertar en caso de una supuesta hospitalización o necesidad de cuidados.

Puesto que el muestreo, además de ser escogido, se va a aplicar a un número pequeño de personas, se les han dado las siguientes recomendacines de tratamiento estadístico:

1.º Dependiendo de las modalidades de respuesta de los items:

a) *Igual número de modalidades* (estimación de la media parámetro —t de student— para determinar calidad global de cuidados) y/o *correlación con otras variables* (sexo, edad, causa del ingreso, tiempo de estancia, ingreso en instituciones privadas o públicas, etc.)

b) *En caso de número diferente de modalidades para los distintos items:* correlación entre ellos, aplicación de χ^2 y correlación entre items con otras variables como edad, sexo, causa del ingreso, etc.

2.° Ya que la mayoría de los cuestionarios plantean alguna pregunta abierta:

— Comparación de las respuestas a éstas con el resto de los items. Además, la interpretación de las respuestas a las preguntas abiertas, si bien son difíciles de tabular, pueden aportar sugerencias para la elaboración de nuevos cuestionarios con nuevas variables.

En este momento los alumnos han presentado el nuevo cuestionario con las correcciones sugeridas por las profesoras, pero todavía no lo han aplicado a la muestra total.

CONCLUSIONES

A pesar de que les hemos planteado una experiencia inacabada, creemos que ya estamos en disposición de concluir:

1. Que es necesario incluir la enseñanza de la metodología en el primer curso de formación, como base para el resto del currículum.
2. Que la mejor forma de que los estudiantes accedan a la comprensión y conozcan las múltiples dificultades de la construcción de nuevo conocimiento científico es la realización de una experiencia de campo.
3. Que este tipo de experiencias, a pesar de los múltiples sesgos, favorece el desarrollo de actitudes intelectuales, fundamentalmente la actitud sistemática de trabajo.
4. Cuando la experiencia está bien coordinada, sirve para que el alumno vaya elaborando el concepto de Enfermería.
5. Consideramos, asimismo, que los conocimientos relativos a metodología facilitan a otros profesores en los sucesivos cursos, la aplicación de cualquier área de conocimientos.

Como conclusión final, reforzando el planteamiento expuesto, deseamos hacer una cita, larga, pero muy enriquecedora, de Mario Bunge, que justifica así el estudio del Método Científico:

"El estudiante podrá obtener algunos de los siguientes beneficios:

a) No será prisionero de una filosofía incoherente y adoptada inconscientemente; podrá entonces sistematizar, corregir y enriquecer

opiniones filosóficas que de todas maneras integran su visión del mundo.

b) No confundirá lo que se postula con lo que se deduce, la convención verbal con el dato empírico, la cosa con sus cualidades, el objeto con su conocimiento, la verdad con su criterio y así sucesivamente.

En general, se enforzará por enterder los términos que emplea, tal como se esforzaron antes que él los científicos con mentaliudad filosófica que construyeron la ciencia moderna.

c) Se esforzará en explicar las suposiciones e hipótesis.

d) Se acostumbrará a ordenar sistemáticamente las ideas y a depurar el lenguaje; se habituará, en suma, a buscar la coherencia y la claridad.

e) Aplicará su bisturí crítico; la meditación epistemológica, al habituar a exigir pruebas, ES UN BUEN PREVENTIVO DEL DOGMATISMO."

BIBLIOGRAFIA

GARCIA MANZANEDO, H.: *Manual de Investigación Aplicado a los Servicios Sociales y de Salud.* Ed. La Prensa Médica Mexicana, S A. México, 1983.

GUTIERREZ SAEZ, R., y SANCHEZ GONZALEZ, J.: *Metodología del Trabajo Intelectual.* Ed. Esfinge (3.ª edición). México, 1977.

LAMSON WHITHEY, F.: *Elementos de Investigación.* Ed. Omega, S. A. (5ª edición). Barcelona, 1983.

LOPEZ CANO, J. L.: *Método e Hipótesis Científicas.* Ed. Trillas. Serie Informes Básicos. Area de Metolología de la Ciencia. México, 1980.

POLIT, D., y HUNGLER, B.: *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* Ed. Interamericana (2.ª edición). México, 1987.

RIVERA MARQUEZ, M.: *La Comprobación Científica.* Ed. Trillas. Serie Informes Básicos. Area de Metodología de la Ciencia. México, 1980.

RIVERO, G., y ROSAS, L.: *El Método Científico aplicado a las Ciencias Experimentales.* Ed. Trillas. México, 1982.

HABITOS DE SALUD EN ALUMNOS DE ENFERMERIA

Carmen Torres Penella
Salvador Sáez Cárdenas
Profesores de la E.U.E. de Lérida

INTRODUCCION

Son muchos los avances conseguidos en salud debido a las mejoras producidas por factores externos al individuo (potabilización de las aguas, higiene de los alimentos...). Sin dejar de lado dichos factores, en el momento actual, cada vez se valora más las conductas individuales para conseguir una mejor calidad de vida y prevenir enfermedades e incapacidades.

El estilo de vida determina, en relación con otros factores, la salud del individuo. La capacidad de autocuidado y autorresponsabilidad en las decisiones cotidianas, como: beber, hacer ejercicio, descansar, etc., aparecen como elementos que pueden decantar hacia uno y otro extremo del continuum Salud-Enfermedad.

Nuestra intención con este trabajo ha sido realizar desde este marco un estudio de los hábitos de salud en una población que por sus características —jóvenes supuestamente sensibilizados con estos problemas— optan estudiar una profesión de salud y, a su vez, conocer hasta qué punto los estudios de Enfermería influyen en la adquisición de dichos hábitos.

OBJETIVOS

Nos proponemos los siguientes objetivos:

1. Conocer los hábitos de salud de los alumnos de Enfermería de la Escuela Universitaria de Lleida.
2. Saber si los alumnos que eligen Enfermería tienen de entrada unos hábitos de salud diferentes a otros alumnos.
3. Conocer hasta qué punto los estudios de Enfermería influyen en la modificación de dichos hábitos.

Para esa comunicación presentamos lo referente a los dos primeros objetivos por carecer en este momento de resultados del tercer objetivo. (La investigación se completará al finalizar este curso académico.)

METODOLOGIA

El estudio se realizó en las Escuelas Universitarias de Enfermería y Empresariales de Lleida, es decir, dirigido a dos grupos de alumnos con una muestra de 58 y 35 sujetos, respectivamente.

La muestra de Enfermería representa la totalidad de los alumnos de primer año del curso Académico 1988/89.

Mientras que en los alumnos de Empresariales se tomó al azar una muestra representativa, también en primero del mismo curso Académico.

Descripción de la muestra:

		Enfermería	*Empresariales*
n		58	35
$\overline{X}$ Edad		21	18,2
Rango		17-39	18-26
Sexo	Hombre	6	21
	Mujer	52	14
Residencia	Urbana	56,8%	72%
	Rural	17 %	16%
	Semiurbana	25,8%	12%
Trabajan	Sí	24,5%	28%
	No	50,8%	48%
	A veces	24,5%	24%

Como instrumento para la recogida de datos se elaboró una encuesta sobre hábitos de salud con las siguientes variables:

— Deporte.
— Tiempo libre.
— Descanso.
— Higiene/Aseo personal.
— Uso de métodos anticonceptivos.
— Alimentación.
— Opiniones subjetivas sobre la salud.
— Automedicación.
— Tabaco.
— Alcohol.

La encuesta se pasó a ambos grupos de alumnos al iniciar sus estudios universitarios.

RESULTADOS

Presentamos a continuación los datos más relevantes:

Deporte

A la pregunta ¿Practicas algún deporte o ejecicio físico?

	Enfermería	*Empresariales*
Sí	39,6%	56%
No	60,9%	44%

Tiempo libre

Ambos grupos dedican la mayoría de su tiempo libre a estudiar, leer, escuchar la radio y ver la TV.

Nos ha parecido interesante resaltar la diferencia que dedican a los trabajos domésticos en su tiempo libre, los alumnos de Enfermería con un 60,2 por 100 frente al 16 por 100 los de Empresariales.

Horas de descanso al día

	—7 h/día	*de 7 a 8,30 h.*	*+8,30 h/día*
Enfermería	17,5%	77%	5,2%
Empresariales	16,2%	72%	8,2%

Higiene y aseo personal

¿Cuántas veces te duchas a la semana?

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*c/día*
Enfermería	1,7%	3,4%	17,2%	8,6%	10,3%	0	58,6%
Empresariales	0%	16%	20%	16%	24%	0	20%

Para esa comunicación presentamos lo referente a los dos primeros objetivos por carecer en este momento de resultados del tercer objetivo. (La investigación se completará al finalizar este curso académico.)

METODOLOGIA

El estudio se realizó en las Escuelas Universitarias de Enfermería y Empresariales de Lleida, es decir, dirigido a dos grupos de alumnos con una muestra de 58 y 35 sujetos, respectivamente.

La muestra de Enfermería representa la totalidad de los alumnos de primer año del curso Académico 1988/89.

Mientras que en los alumnos de Empresariales se tomó al azar una muestra representativa, también en primero del mismo curso Académico.

Descripción de la muestra:

		Enfermería	*Empresariales*
n		58	35
$\bar{X}$ Edad		21	18,2
Rango		17-39	18-26
Sexo	Hombre	6	21
	Mujer	52	14
Residencia	Urbana	56,8%	72%
	Rural	17 %	16%
	Semiurbana	25,8%	12%
Trabajan	Sí	24,5%	28%
	No	50,8%	48%
	A veces	24,5%	24%

Como instrumento para la recogida de datos se elaboró una encuesta sobre hábitos de salud con las siguientes variables:

— Deporte.
— Tiempo libre.
— Descanso.
— Higiene/Aseo personal.
— Uso de métodos anticonceptivos.
— Alimentación.
— Opiniones subjetivas sobre la salud.
— Automedicación.
— Tabaco.
— Alcohol.

La encuesta se pasó a ambos grupos de alumnos al iniciar sus estudios universitarios.

RESULTADOS

Presentamos a continuación los datos más relevantes:

Deporte

A la pregunta ¿Practicas algún deporte o ejecicio físico?

	Enfermería	*Empresariales*
Sí	39,6%	56%
No	60,9%	44%

Tiempo libre

Ambos grupos dedican la mayoría de su tiempo libre a estudiar, leer, escuchar la radio y ver la TV.

Nos ha parecido interesante resaltar la diferencia que dedican a los trabajos domésticos en su tiempo libre, los alumnos de Enfermería con un 60,2 por 100 frente al 16 por 100 los de Empresariales.

Horas de descanso al día

	—7 h/día	*de 7 a 8,30 h.*	*+8,30 h/día*
Enfermería	17,5%	77%	5,2%
Empresariales	16,2%	72%	8,2%

Higiene y aseo personal

¿Cuántas veces te duchas a la semana?

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*c/día*
Enfermería	1,7%	3,4%	17,2%	8,6%	10,3%	0	58,6%
Empresariales	0%	16%	20%	16%	24%	0	20%

¿Te lavas los dientes?

	Sí	*No*	*A veces*
Enfermería	75,8%	0	24,1%
Empresariales	76%	8%	16%

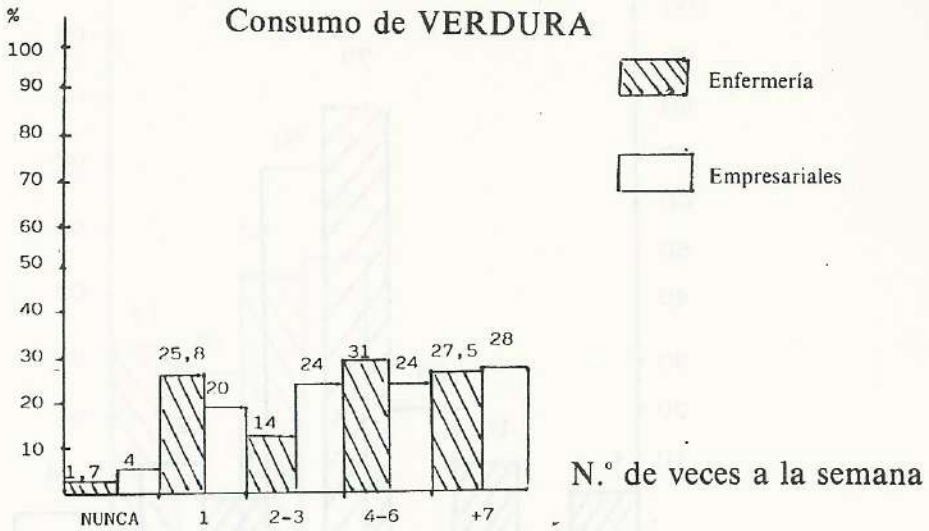
Sobre la higiene de las manos en diferentes situaciones.

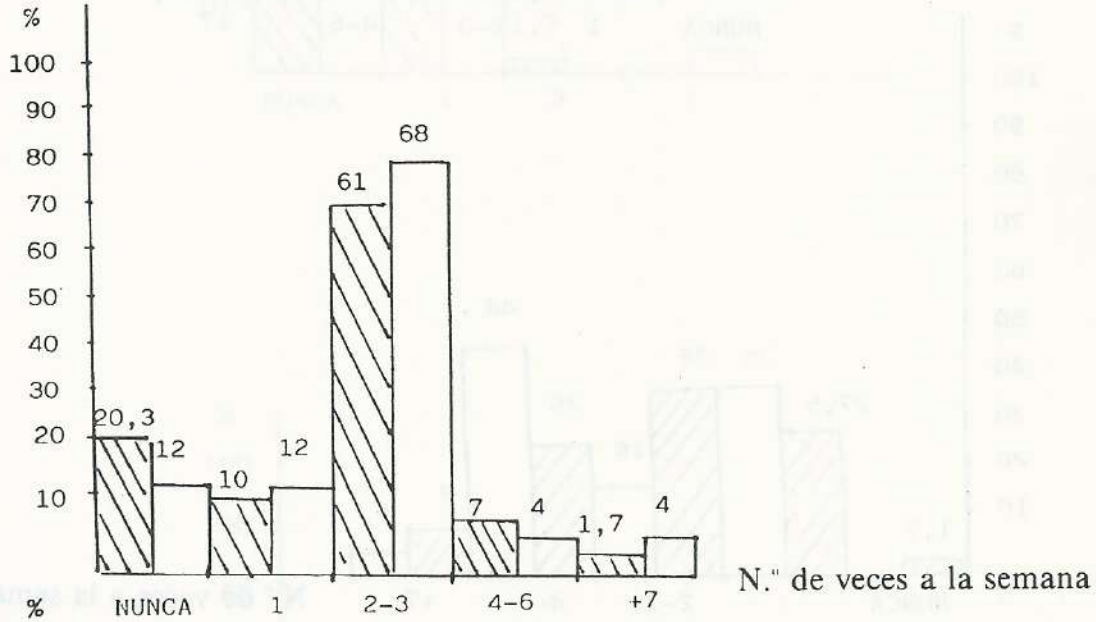
	Antes de cada comida		*Después de ir al WC*	
	Enfermería	*Empresariales*	*Enfermería*	*Empresariales*
Sí	86%	68%	89,6%	80%
No	0%	4%	0%	0%
A veces	13,7%	28%	8,6%	20%

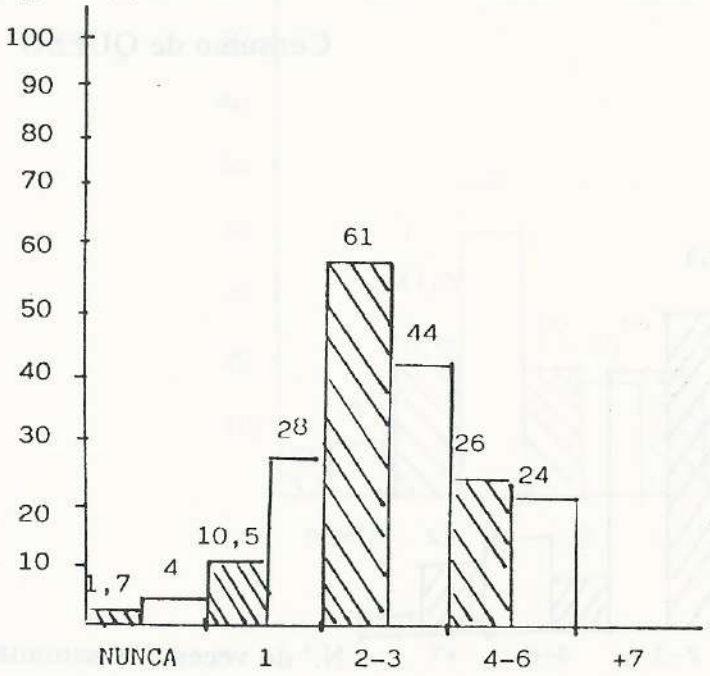
Uso de métodos anticonceptivos

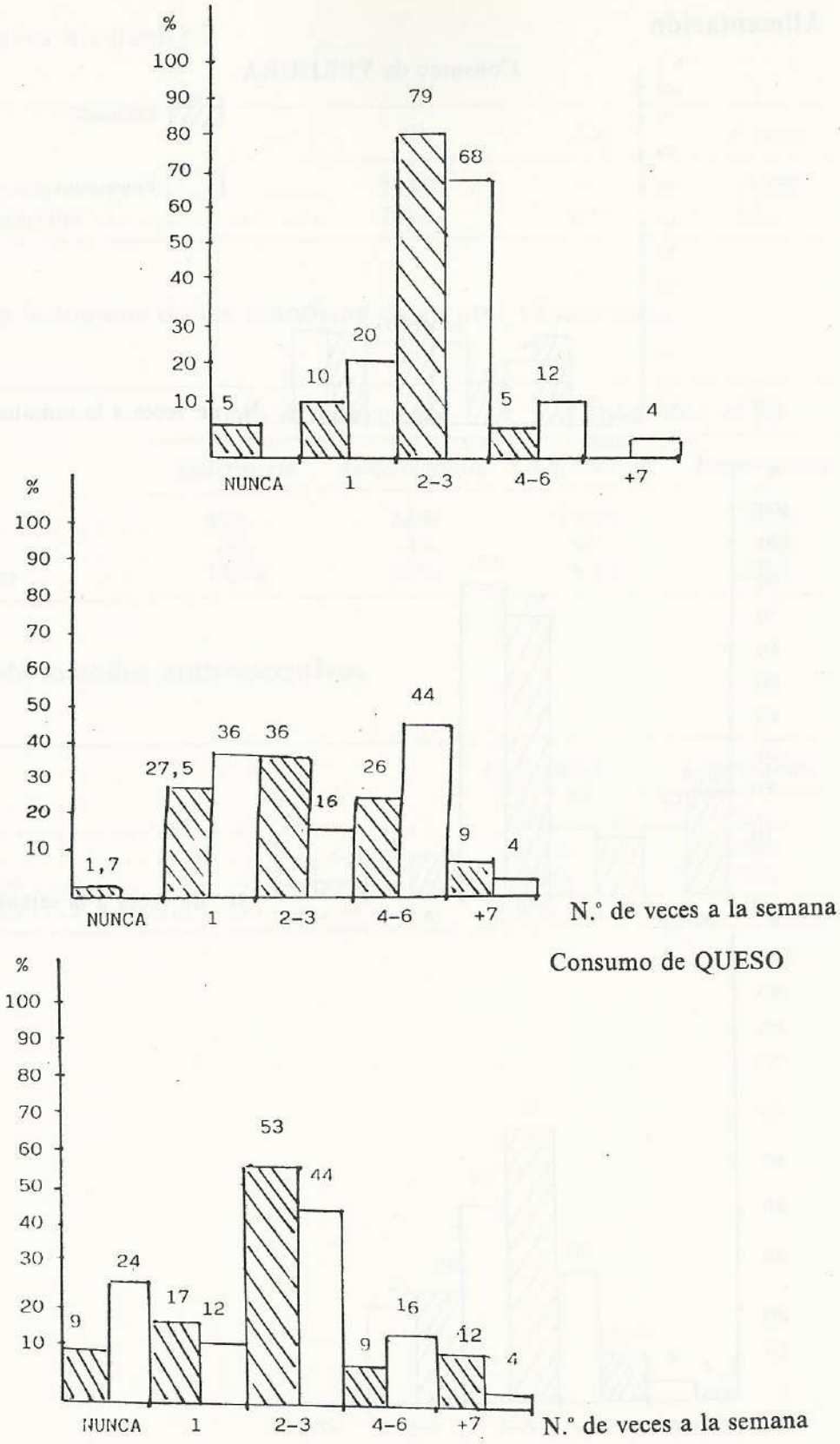
	Enfermería	*Empresariales*
Sí	24%	24%
No	63,7%	56%
A veces	8,6%	20%
N.C.	34%	0%

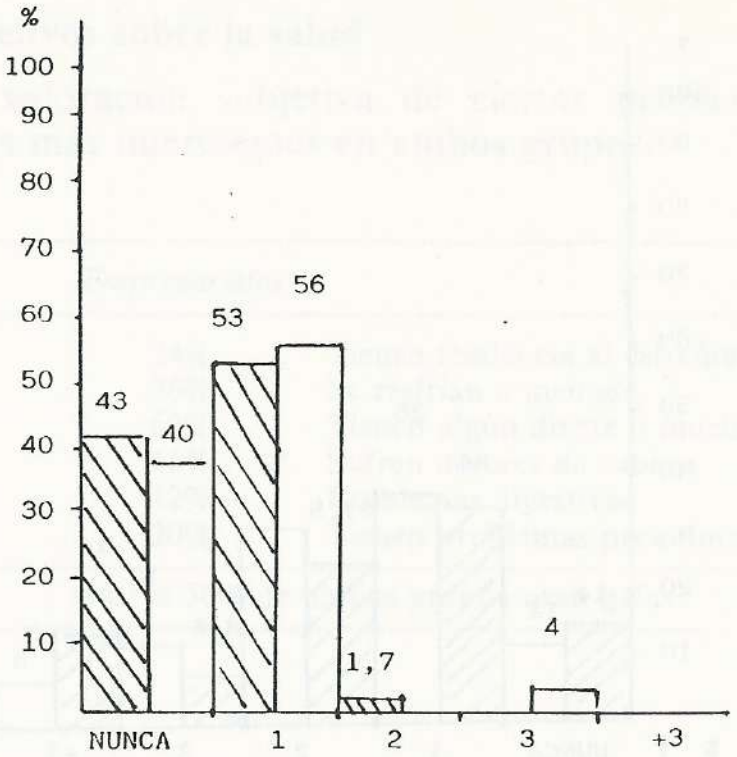
Alimentación

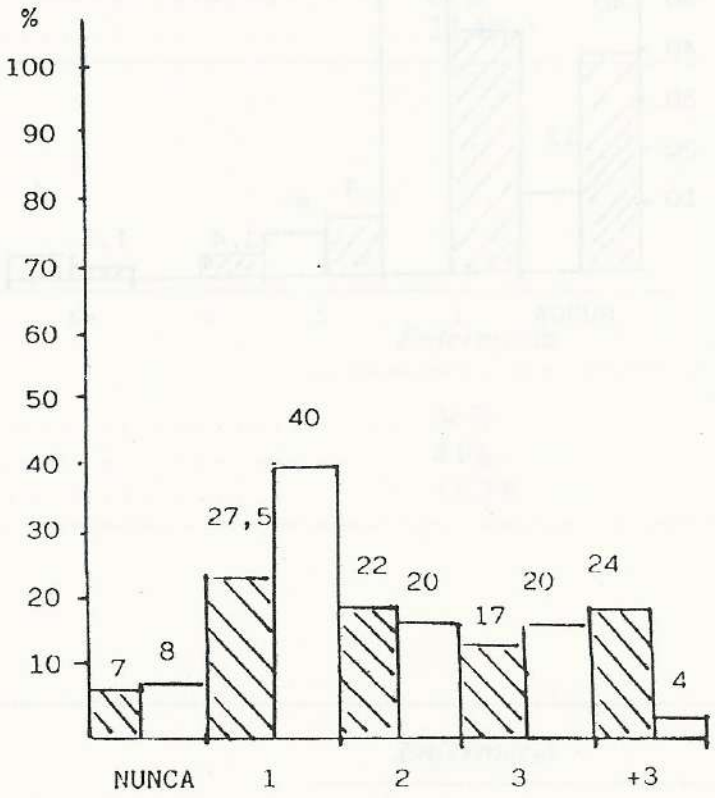


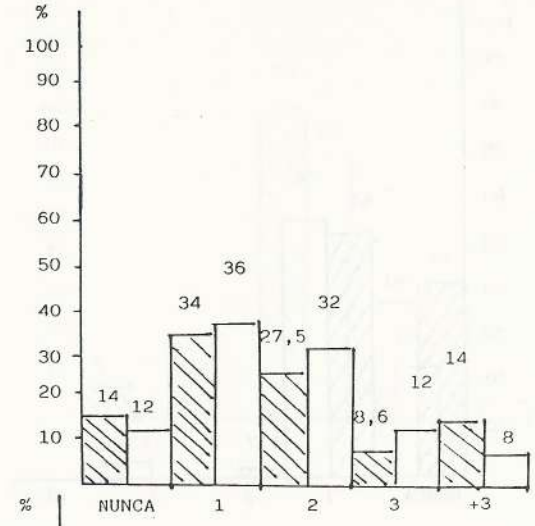


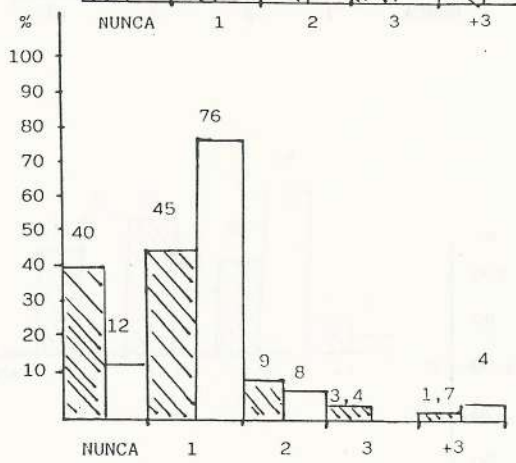



%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
5
10
20
79
68
5
12
4
NUNCA
1
2-3
4-6
+7
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
1,7
27,5
36
36
16
26
44
9
4
NUNCA
1
2-3
4-6
+7
N.° de veces a la semana
Consumo de QUESO
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
9
24
17
12
53
44
9
16
12
4
NUNCA
1
2-3
4-6
+7
N.° de veces a la semana


%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
43
40
53
56
1,7
4
NUNCA
1
2
3
+3


%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
7
8
27,5
40
22
20
17
20
24
4
NUNCA
1
2
3
+3


%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
14
12
34
36
27,5
32
8,6
12
14
8
NUNCA
1
2
3
+3


%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
40
12
45
76
9
8
3,4
1,7
4
NUNCA
1
2
3
+3

Aspectos subjetivos sobre la salud

Sobre la valoración subjetiva de ciertos problemas de salud, destacamos los más interesentes en ambos grupos:

Enfermería	*Empresariales*	
46%	24%	Tienen tendencia al estreñimiento
32%	36%	Se resfrían a menudo
63%	60%	Tienen algún diente o muela cariada
36%	16%	Sufren dolores de cabeza
20%	12%	Problemas digestivos
24%	20%	Tienen problemas para dormir
	Casi el 50% de ambos grupos usan gafas	

Medicación

¿Tomas algún medicamento?

	Enfermería	*Empresariales*
Sí	13,8%	8%
No	62%	76%
A veces	22,4%	16%

Tabaco

¿Fumas?

	Enfermería	*Empresariales*
Sí	36%	32%
No	44%	64%
A veces	17,2%	4%

Alcohol

	Enfermería	*Empresariales*
No bebo normalmente	57%	52%
Normalmente bebo	43%	48%

DISCUSION

1. Nos encontramos en general con alumnos sedentarios, especialmente en Enfermería.
2. El elevado porcentaje de dedicación a la ayuda en los trabajos domésticos por parte de los alumnos de Enfermería podría interpretarse por seguir siendo Enfermería una profesión femenina y lo femenino aún en nuestra sociedad se asocia a lo doméstico.
3. La mayoría de alumnos de ambos grupos descansan entre siete y ocho horas y media al día.
4. Los hábitos higiénicos son más frecuentes en Enfermería.
5. Si se asocia el uso de anticonceptivos con la práctica de las relaciones sexuales, constatamos que muy pocos hacen uso de ellos en ambos grupos. Los métodos más utilizados son los preservativos y anovulatorios.
6. Referente a los hábitos en la alimentación, pueden considerarse correctos en general. Notamos, sin embargo, bajo el consumo de lácteos y fruta en ambos grupos y elevado el consumo de carne y pescado también en ambos grupos.
7. Sobre los aspectos subjetivos de la Salud son los alumnos de Enfermería los que presentan en general más alteraciones y se medican más.
8. Al inicio de sus estudios, Enfermería tiene mayor número de fumadores.
9. Toman alcohol un 50% de ambos grupos.

Concluyendo, los alumnos de Enfermería, a diferencia de los alumnos de Empresariales, tienen como hábitos favorables para la salud la higiene, como desfavorables el consumo de tabaco y medicación y en general se sienten con más problemas de salud. El resto de los hábitos, favorables o no para la salud son iguales en ambos grupos.

¿SE FOMENTA LA ACTITUD CIENTIFICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA?

M. Inmaculada Ayuso Santos
M. del Coro Canalejas Pérez
Carmen Sellán Soto
Marina Soto Gónzalez
M. Luis Vera Cortés
Profesores
Catalina García Martín-Caro
Directora E.U.E. "La Paz". Madrid

INTRODUCCION

En la última década, las enfermeras españolas hemos visto aparecer en el panorama profesional un término que sentíamos ajeno a nosotras, pero con el que poco a poco nos hemos ido familiarizando. Nos estamos refiriendo a la investigación.

El contacto con esta palabra, unas veces mágica y otras utilizada con demasiada ligereza, se ha realizado por parte de las enfermeras, en algunos casos con timidez y cautela y en otros de forma abierta y arriesgada.

Tanto una actitud como otra han contribuido a incrementar el caudal de trabajos de investigación en nuestro país, pero con el inconveniente de que algunas enfermeras han ido con tanta lentitud en dicho acercamiento que nunca se han lanzado al conocimiento en profundidad, y otras, en cambio, con tanta rapidez que los errores cometidos les han llevado a la frustración y al abandono.

Partiendo de la premisa de que las enfermeras poseemos capacidad cognoscitiva para la resolución de problemas y que las habilidades se adquieren y perfeccionan con la práctica, no cabe duda que mejoraremos nuestra capacidad investigadora en la medida en que investiguemos. Sin embargo, nos planteamos dos interrogantes:

— ¿Tenemos los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para investigar?
— ¿En qué nivel estamos?

Aunque en el actual plan de estudios de Enfermería se contempla la enseñanza de Metodología Científica, como formadores nos hemos planteado hasta qué punto esto es suficiente para que los futuros profesionales lleven a cabo trabajos de investigación de forma más segura y si con ello, al menos, les proporcionamos el paracaídas que regule su vuelo en este espacio todavía en ocasiones desconocido.

PROPOSITO

Atendiendo a lo expresado anteriormente, con este trabajo pretendemos:

— Evaluar en qué medida los alumnos de la Escuela de Enfermería "La Paz" están preparados para investigar.
— Planificar estrategias educativas encaminadas al desarrollo de una actitud científica en los estudiantes.

ANTECEDENTES: ACTITUD CIENTIFICA

Previo al desarrollo del trabajo es necesario contestar el siguiente interrogante: ¿Qué significa tener una actitud científica?

Aunque hay múltiples opiniones al respecto, hemos recogido una cita del economista Hermann Max que consideramos resume el perfil del investigador: "Un buen investigador debe estar libre de todo prejuicio preconcebido, disponer de sentido común, dominar el pensamiento teórico y saber pensar en términos realistas..., y ante todo debe tener responsabilidad y honradez para inspirar la confianza de que los datos y antecedentes en que se basa su investigación son exactos y han sido correctamente utilizados" (1).

En definitiva, pensamos que un investigador debe poseer:

— Conocimientos amplios sobre metodología científica y su profesión.
— Capacidad para detectar, analizar y resolver problemas.
— Objetividad y espíritu crítico.

MATERIAL Y METODO

Con el fin de evaluar la situación en que se encontraban los alumnos de la Escuela de Enfermería "La Paz" en relación con la investigación, se diseñó un cuestionario de opinión (anexo) que contenía preguntas de diversos tipos relativas a:

1. Relación de la investigación y la profesión de Enfermería.
2. Estado actual de la formación de los estudiantes sobre metodología científica.
3. Contenidos y áreas de investigación considerados prioritariamente.

---

(1) MAX, H.: *Investigación económica: su metodología y su técnica.* Fondo de Cultura Económica. México, 1963. Mencionado en DE LA TORRE VILLAR, E., y NAVARRO DE ANDA, R.: *Metodología de la investigación.* Bibliográfica archivística y documental. México, 1982, p. 24.

La muestra de sujetos seleccionados para contestar este cuestionario fue el total de los estudiantes matriculados en el curso 1990-91, así como las enfermeras que finalizaron los estudios en junio de 1990. Se eligieron estos cuatro grupos con el fin de valorar las modificaciones de opinión existente, dependiendo del grado de formación que poseían.

El cuestionario era anónimo y se pasó simultáneamente el día de comienzo del curso académico 1990-91 a los cuatro grupos seleccionados. Del total de 192 sujetos que componían la muestra, contestaron 146 (75,6 por 100), distribuidos en la siguiente forma:

Grado de formación	*N.º de sujetos*	
	Seleccionados	*Contestan*
1.er curso	49	46
2.º curso	53	37
3.º curso	46	36
Profesionales	45	27
TOTAL	193	146

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los diferentes apartados del cuestionario fueron:

Investigación y profesión

La mayor parte de los encuestados opina que Enfermería es una disciplina científica (fig. 1) y que investigar es una función de las enfermeras, destacando que el porcentaje aumenta desde primer curso hasta los profesionales (fig. 2).

Asimismo, un alto porcentaje considera que en Enfermería se está comenzando a investigar en la actualidad, resaltando que las dificultades que tienen las enfermeras son debidas a (fig. 3):

— Escasez de recursos (50,7 por 100).
— Falta de motivación (50 por 100).
— Falta de formación específica (40,4 por 100).
— Infravaloración social de los resultados (38,3 por 100).
— Otros (14,4 por 100).

Hay que destacar que el 80 por 100 de los estudiantes opinan que las enfermeras pueden investigar de forma independiente, interdependiente y dependiente de otros profesionales. Resaltando que en los estudiantes

de primer curso es mayor el porcentaje que opina que sólo pueden participar en investigaciones planificadas por otros profesionales.

En relación con la pregunta referente a cuál es la situación más adecuada para investigar en Enfermería, un alto porcentaje de alumnos de primer y segundo curso responden que en el hospital y en contacto directo con el enfermo, mientras que los de tercer curso y profesionales consideran que pueden investigar en cualquier situación

Formación e investigación

Del total de los encuestados, el 61,6 por 100 señalan que a lo largo de la formación básica no desarrollan la capacidad investigadora, considerando el 36 por 100 que no se adquieren conocimientos ni habilidades suficientes, y el 25,6 por 100 que sólo se adquieren conocimientos (fig. 4).

El 84,2 por 100 opina que para investigar se necesita formación post-básica, bien obtenida por cursos sobre Metodología Científica o mediante formación como especialista

Areas de investigación

En relación con el campo de investigación de las enfermeras, el 61,7% opina que es amplio, destacando que el porcentaje asciende progresivamente desde el 39,1 por 100 en primer curso hasta un 85,2 por 100 en los profesionales.

Asimismo cabe señalar que en primer curso un 36 por 100 piensa que Enfermería no tiene campo propio para investigar.

En cuanto a las áreas prioritarias de investigación en Enfermería, resaltan las siguientes, por orden de importancia (fig. 5):

— Cuidados de Enfermería (62,3 por 100).
— Enseñanza de Enfermería (35,6 por 100).
— Conceptos de Enfermería (35 por 100).
— Realización de técnicas (33,6 por 100).

Sobre los temas específicos a investigar destacan, en primer lugar, "Aspectos psicológicos en el cuidado de los enfermos y relaciones interpersonales", seguidos por los de "Cuidado básico y planificación", "Atención Primaria", "Identidad profesional y reconocimiento social", "Técnicas y procedimientos" y "Enseñanza en Enfermería".

ANALISIS DE RESULTADOS

Considerando los resultados obtenidos en los grupos seleccionados, podemos afirmar que los alumnos progresivamente:

de primer curso es mayor el porcentaje que opina que sólo pueden participar en investigaciones planificadas por otros profesionales.

En relación con la pregunta referente a cuál es la situación más adecuada para investigar en Enfermería, un alto porcentaje de alumnos de primer y segundo curso responden que en el hospital y en contacto directo con el enfermo, mientras que los de tercer curso y profesionales consideran que pueden investigar en cualquier situación

Formación e investigación

Del total de los encuestados, el 61,6 por 100 señalan que a lo largo de la formación básica no desarrollan la capacidad investigadora, considerando el 36 por 100 que no se adquieren conocimientos ni habilidades suficientes, y el 25,6 por 100 que sólo se adquieren conocimientos (fig. 4).

El 84,2 por 100 opina que para investigar se necesita formación post-básica, bien obtenida por cursos sobre Metodología Científica o mediante formación como especialista

Areas de investigación

En relación con el campo de investigación de las enfermeras, el 61,7% opina que es amplio, destacando que el porcentaje asciende progresivamente desde el 39,1 por 100 en primer curso hasta un 85,2 por 100 en los profesionales.

Asimismo cabe señalar que en primer curso un 36 por 100 piensa que Enfermería no tiene campo propio para investigar.

En cuanto a las áreas prioritarias de investigación en Enfermería, resaltan las siguientes, por orden de importancia (fig. 5):

— Cuidados de Enfermería (62,3 por 100).
— Enseñanza de Enfermería (35,6 por 100).
— Conceptos de Enfermería (35 por 100).
— Realización de técnicas (33,6 por 100).

Sobre los temas específicos a investigar destacan, en primer lugar, "Aspectos psicológicos en el cuidado de los enfermos y relaciones interpersonales", seguidos por los de "Cuidado básico y planificación", "Atención Primaria", "Identidad profesional y reconocimiento social", "Técnicas y procedimientos" y "Enseñanza en Enfermería".

ANALISIS DE RESULTADOS

Considerando los resultados obtenidos en los grupos seleccionados, podemos afirmar que los alumnos progresivamente:

ASUMEN la investigación como una de las funciones propias de las enfermeras.

OPINAN que pueden llevar a cabo actividades investigadoras de forma totalmente autónoma.

CONSIDERAN que no necesitan dedicación exclusiva para ello, pudiendo realizar de forma simultánea otro tipo de actividad.

PIENSAN que ofrece un amplio campo para profundizar, no limitado a lugares a a situaciones concretas.

Asimismo comentan que no están preparados para investigar, ya que aunque adquieren conocimientos les faltan habilidades para ello, resaltando la necesidad de profundizar más mediante formación post-básica.

En relación a los problemas que consideran prioritarios para investigar hay que destacar que les preocupa principalmente el área de "Cuidados de Enfermería", y concretamente el aspecto psicológico de los enfermos y las relaciones interpersonales.

Ante esto cabría plantearse una serie de preguntas que podrían ser el inicio de nuevas investigaciones:

— ¿Por qué les preocupa más el aspecto psicológico?
— ¿Necesitarían desarrollar habilidades específicas en relaciones humanas a lo largo de los tres cursos?
— ¿Se debe modificar el programa de Ciencias de la Conducta?

CONCLUSIONES

Dado que detectamos que los estudiantes asumen la importancia de la investigación para el desarrollo profesional, pero se sienten inseguros para comenzar a investigar, nos hemos planteado en qué medida podemos ayudarles durante la formación básica a adquirir el "estilo de pensamiento y acción" que implica la actitud científica.

Por lo tanto, además de formación específica en Metodología Científica, que se imparte en el currículum básico, hemos planificado actividades a desarrollar progresivamente a lo largo de los tres cursos, encaminadas a profundizar en las siguientes áreas:

Primer curso

— Búsqueda y selección de fuentes bibliográficas.
— Métodos de recogida y registro de datos.

Segundo curso

— Elaboración de un proyecto de investigación, incluyendo:

- Definición de problemas.
- Planteamiento de hipótesis.
- Diseño de investigación.

Tercer curso

— Desarrollo de un trabajo de investigación siguiendo los pasos que componen el proceso, incidiendo en:
  - Análisis de datos.
  - Elaboración de un informe final.

Para llevar a cabo esta tarea de profundización se realizarán seminarios en cada curso, así como se desarrollarán trabajos en las diferentes asignaturas que componen el plan de estudios de Enfermería.

Para terminar deseamos resaltar que éste es un proyecto a evaluar a largo plazo, pero esperamos que al final los estudiantes puedan conseguir, al menos en parte, lo que dice Mario Bunge:

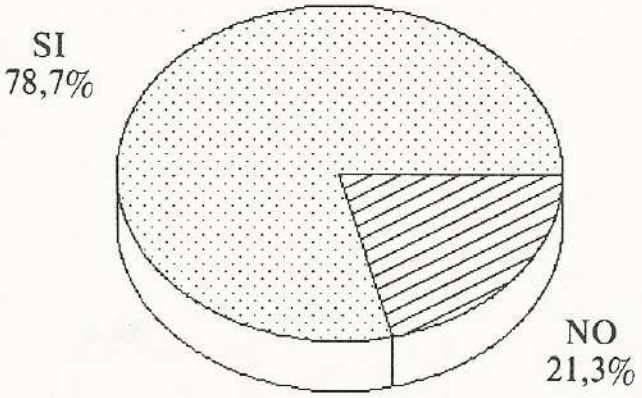
"La adopción de una actitud científica puede hacernos más sabios..., más cautos, sin duda, en la recepción de información, en la admisión de creencias; nos haría más exigentes en la contrastación de nuestras opiniones y más tolerantes con las de otros, nos estimularía a planear y controlar mejor la acción, a seleccionar nuestros fines y a buscar normas de conducta coherentes con esos fines y con el conocimiento disponible, en vez de dominados por el hábito y la autoridad..., y nos animaría a sostener una visión realista de la vida humana, una visión equilibrada, ni optimista ni pesimista" (2).

BIBLIOGRAFIA

BUNGE, M. (1983): *La investigación científica.* Ariel, Barcelona.
LOPEZ CANO, J. L. (1983): *Método e hipótesis científicos.* Trillas, México.
POLIT, D., Y HUNGLER, B. (1985): *Investigación científica en ciencias de la salud.* Interamericana, México.
RIVEROS, H., y ROSAS, L. (1982): *El método científico aplicado a las ciencias experimentales.* Trillas, México.
MAX, H. (1963): *Investigación económica: su metodología y su técnica.* Fondo de Cultura Económica, México.

(2) BUNGE, M.: *La investigación científica.* Ariel, Barcelona (1983), p. 51-53.

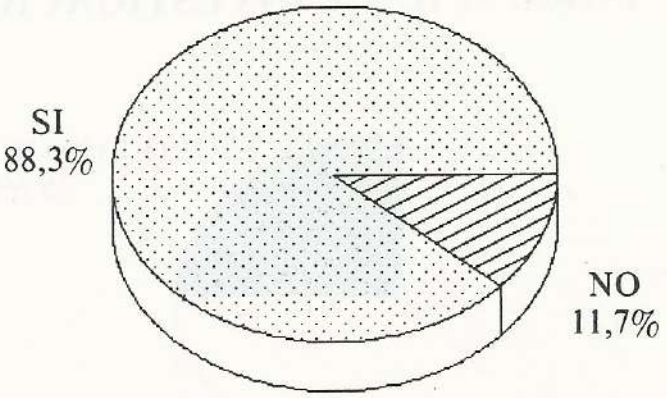
INVESTIGACION Y PROFESION



¿ES LA ENFERMERIA UNA DISCIPLINA CIENTIFICA?

Figura 1

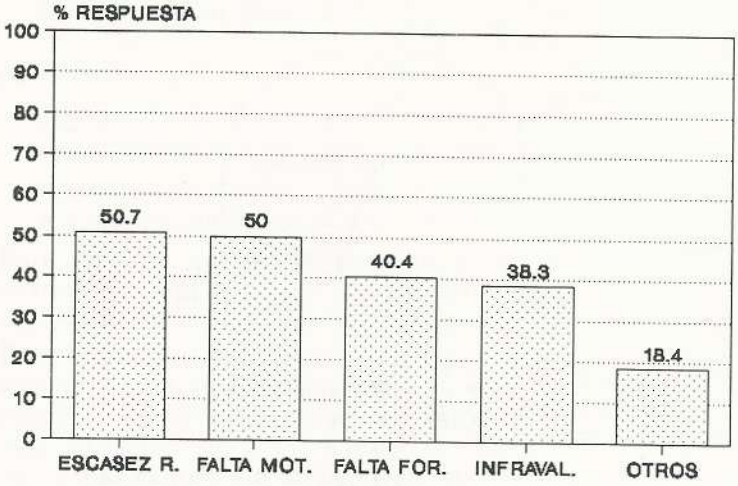
INVESTIGACION Y PROFESION



¿INVESTIGAR ES UNA DE LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERIA?

Figura 2

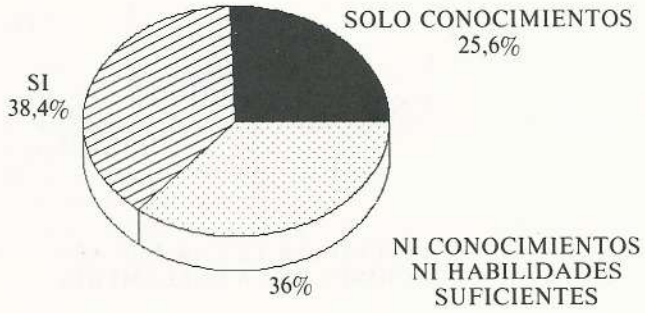
INVESTIGACION Y PROFESION



DIFICULTADES PARA INVESTIGAR

Figura 3

FORMACION E INVESTIGACION



DESARROLLO DE LA CAPACIDAD
DE INVESTIGACION EN LA FORMACION

Figura 4

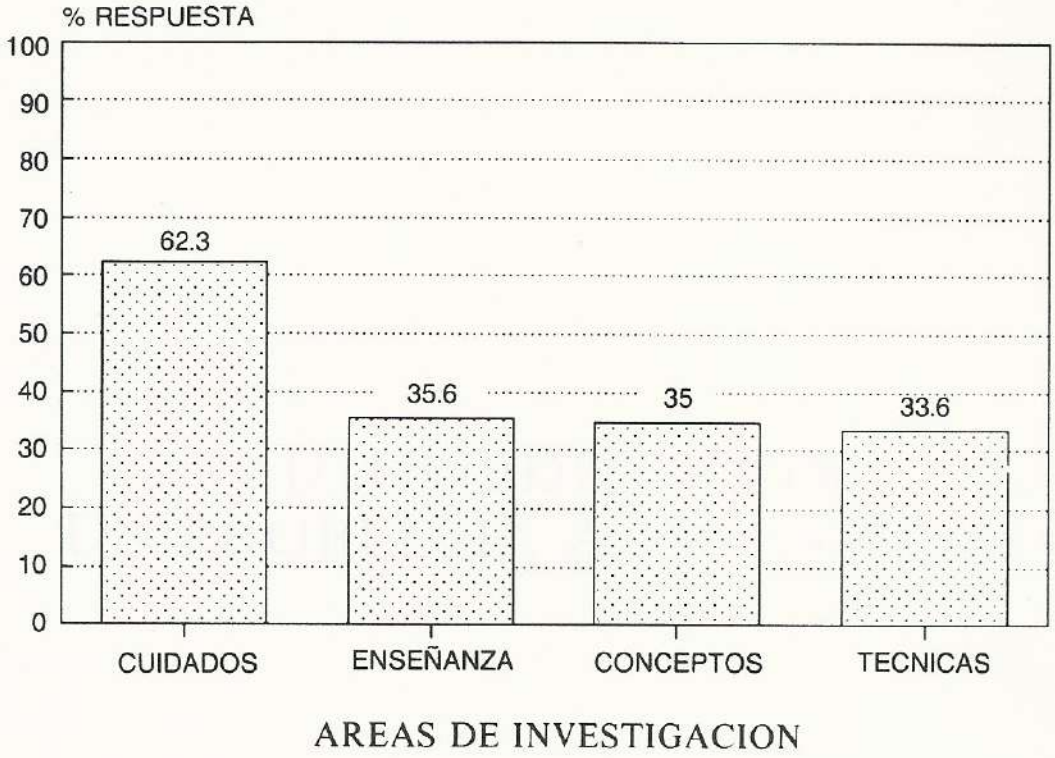

% RESPUESTA
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
62.3
35.6
35
33.6
CUIDADOS
ENSEÑANZA
CONCEPTOS
TECNICAS
AREAS DE INVESTIGACION

Figura 5

AUTOMEDICACION: UN PROBLEMA A INVESTIGAR

Piedad Pradillo García
Alicia Izquierdo Sanz
E. U. Enfermería, Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha

INTRODUCCION

Abordar los problemas de salud desde la perspectiva de la prevención es una alternativa que los sistemas sanitarios de todos los países de nuestro entorno están considerando como parte de las políticas de prioridad. No obstante, para que se puedan orientar las campañas específicas de educación para la salud, se precisan estudios de investigación sobre los hábitos de la población a la que están dirigidas, para que éstas sean adecuadas a su nivel cultural.

Por considerar que la automedicación es un comportamiento habitual en un sector importante de la población española, ya que el medicamento sufre del entorno consumista y, aunque los fármacos han conseguido éxitos memorables en lo que va de siglo en la lucha contra la enfermedad, su abuso, además de un gasto excesivo, puede originar graves problemas de salud.

Lo cierto es que la información que contienen los prospectos de los preparados farmacológicos no se sabe bien si van dirigidos al médico o al paciente; la desinformación del "ciudadano de a pie" es un factor no sólo conocido, sino lo que es peor, asumido por todos. Pero la gravedad del uso y abuso de fármacos sin ningún tipo de control es, desde nuestro punto de vista, algo totalmente desconocido por las personas que se automedican.

Por esta razón nos pareció de gran importancia plantear una interrogante referida al grado de automedicación y a si ésta es mayor en hombres o en mujeres. Dada la incidencia de este fenómeno sobre la salud, es, a nuestro juicio, importante conocer el alcance de dicha automedicación, así como conocer los factores que influyen en ella.

Todo esto nos indujo a realizar un trabajo cuyos objetivos fueron los siguientes:

— Determinar el número de fármacos automedicados.
— Conocer si estos son consumidos por hombres o mujeres en mayor o menor proporción.
— Establecer los grupos de fármacos más automedicados.

MATERIAL Y METODOS

La población objeto de este estudio está compuesta por 200 familias, a las que se les ha solicitado la cumplimentación de una encuesta. La información requerida por unidad familiar era la siguiente:

— Número de componentes de la unidad familiar.
— Número de preparados farmacológicos no prescritos.
— Nombre comercial de dichos preparados.
— Identidad del componente familiar que consumo habitualmente esos medicamentos.
— Cómo conocían la existencia de dichos fármacos.
— Qué les indujo a la automedicación.

POBLACION TOTAL INVESTIGADA

POR SEXOS

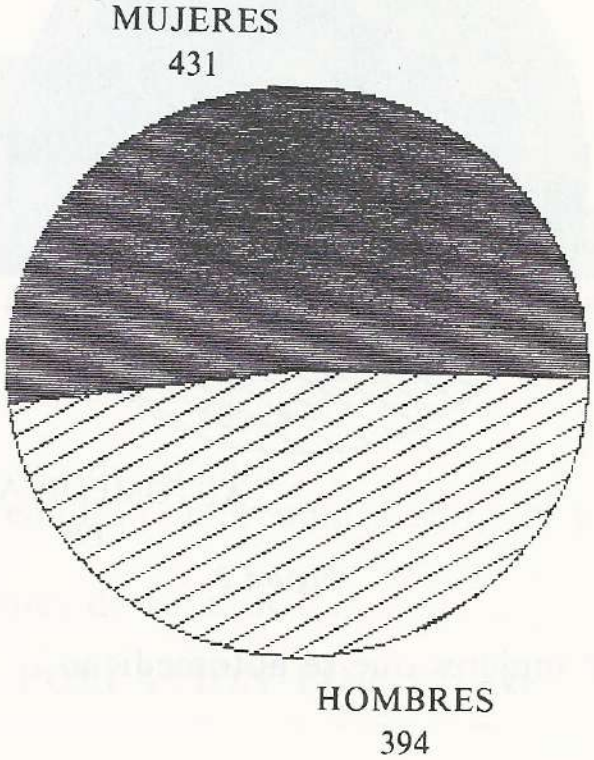


Figura 1

— Población total investigada	825
— Media de componentes por unidad familiar ...	4
— Número de mujeres	431 (52,2 por 100)
— Número de hombres	394 (47,8 por 100)

MUJERES AUTOMEDICADAS

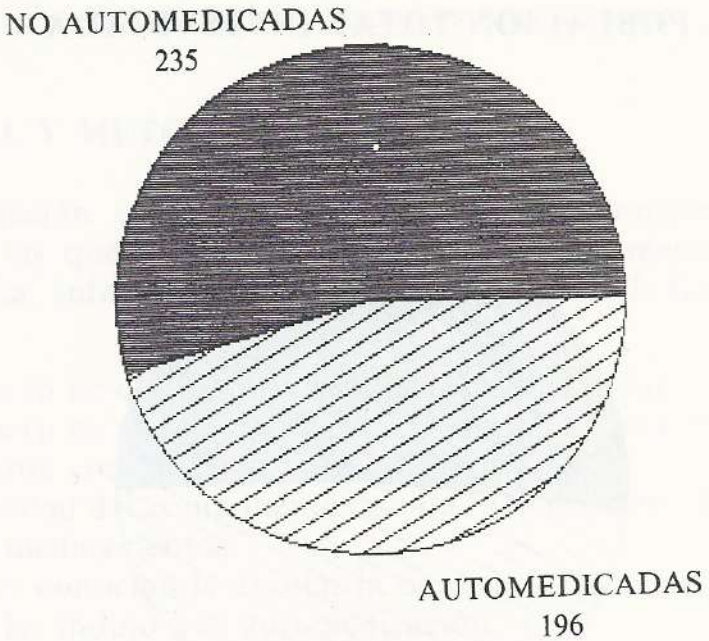


Figura 2

— Número de mujeres que se automedican ..... 196 (45,5 por 100)

HOMBRES AUTOMEDICADOS

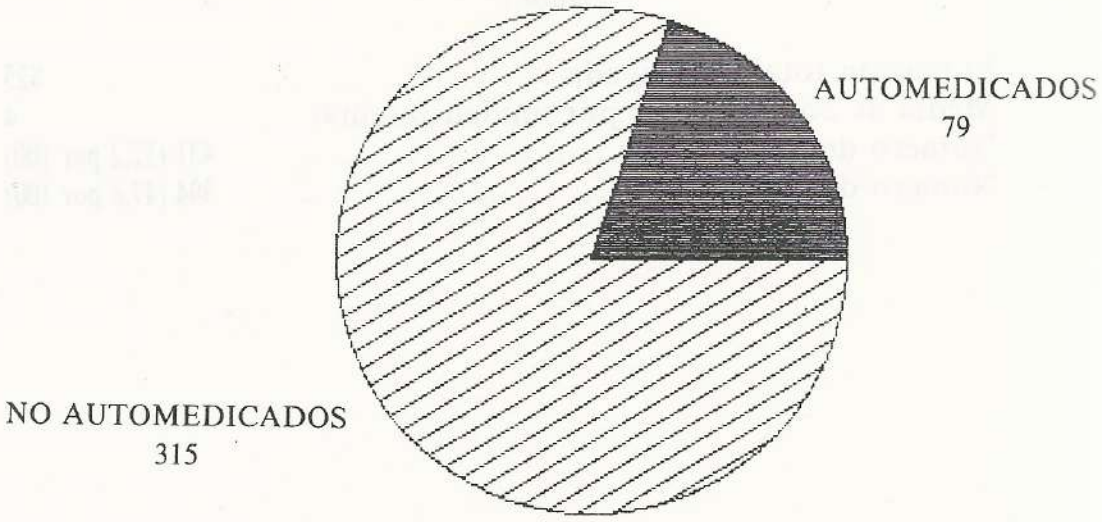


Figura 3

— Número de hombres que se automedican ..... 79 (20 por 100)

POBLACION POR EDADES

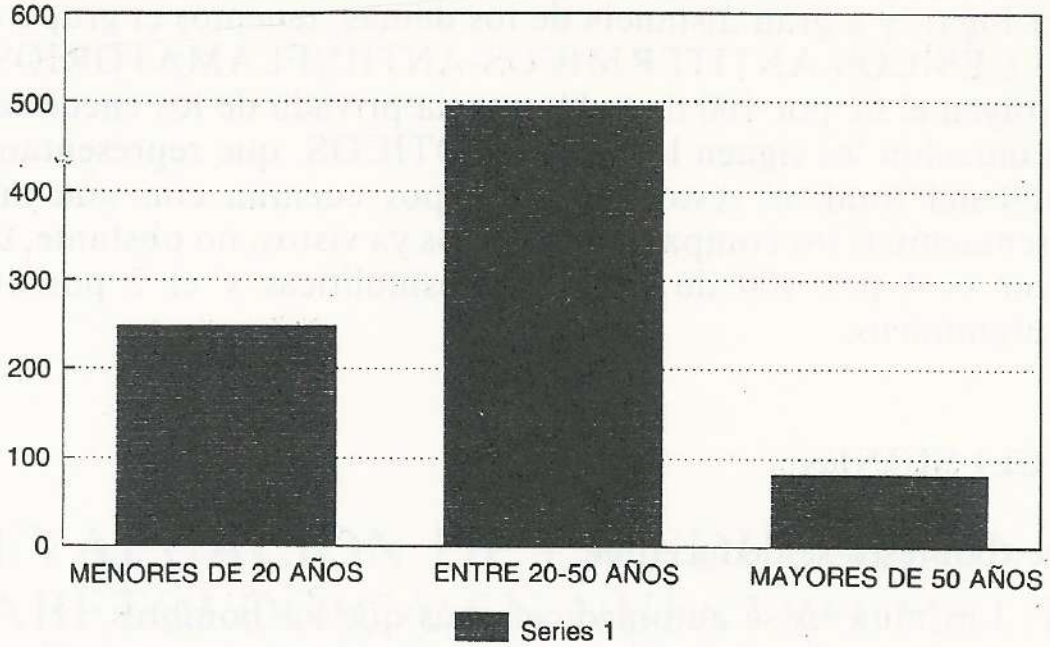


Figura 4

— Personas menores de 20 años ..... 248 (30,1 por 100)
— Personas con edades comprendidas entre 20 y 50 años ..... 496 (60,1 por 100)
— Personas mayores de 50 años ..... 81 (9,8 por 100)

POBLACION POR EDAD

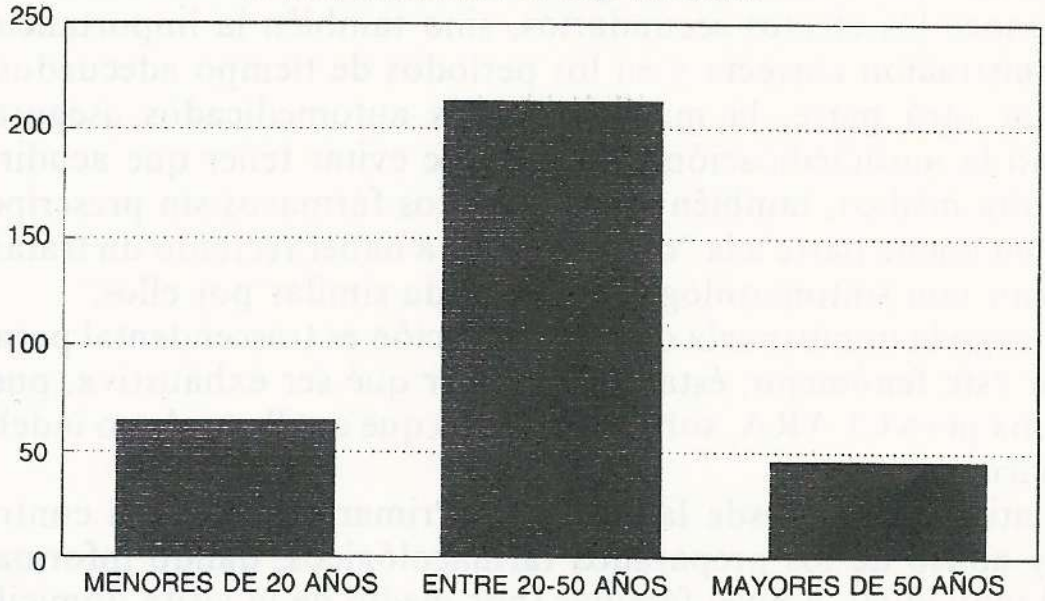


Figura 5

— Personas menores de 20 años que se automedican ..... 65 (26,2 por 100)
— Personas con edades comprendidas entre 20 y 50 años automedicadas ..... 213 (42,9 por 100)
— Personas mayores de 50 años que se automedican ..... 46 (56,8 por 100)

Con respecto a los grupos farmacológicos más automedicados, en primer lugar, y a gran distancia de los demás, tenemos el grupo de los ANALGESICOS-ANTITERMICOS-ANTIINFLAMATORIOS, que constituyen el 62 por 100 de la "farmacia privada de los encuestados"; a continuación les siguen los ANTIBIOTICOS, que representan el 25 por 100 del total; el resto de los grupos cuentan con una mínima representación si los comparamos con los ya vistos, no obstante, quiero destacar el 4 por 100 de drogas espasmolíticas y el 2 por 100 de antihistamínicos.

CONCLUSIONES

De todo esto se deduce que:

1. Las mujeres se automedican más que los hombres.
2. La franja de edad en la que se presenta una mayor incidencia de este fenómeno es la comprendida entre los 20 y 50 años.

Por último, y pese a no ser objeto de este estudio, sería curioso conocer si estas personas conocen los posibles efectos secundarios de dichos fármacos, sobre todo respecto al grupo de ANALGESICOS-ANTITERMICOS-ANTIINFLAMATORIOS. En relación con el grupo de ANTIBIOTICOS, probablemente el automedicado no sólo desconoce los efectos secundarios, sino también la importancia de la administración correcta y en los períodos de tiempo adecuados.

Por otra parte, la mayoría de los automedicados aseguran que inician la automedicación con el fin de evitar tener que acudir a una consulta médica; también el uso de estos fármacos sin prescripción se debe en buena parte a la "costumbre" y a haber recibido un tratamiento anterior con sintomatología considerada similar por ellos.

Luego la importancia de la información es trascendental para poder evitar este fenómeno; ésta no tiene por qué ser exhaustiva, puede ser mínima pero CLARA, sobre los riesgos que conlleva el uso indebido de fármacos.

Entiendo que desde la Atención Primaria se debería controlar el uso y abuso de los preparados farmacológicos, dando información a nivel individual, a nivel familiar (por medio de la visita domiciliaria o por recogida de información en el propio entorno) y a nivel comunitario por medio de campañas de difusión en los CENTROS DE SALUD y a través de los medios de comunicación.

EVALUACION DE LA EDUCACION DIABETOLOGICA EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO

Manuela Iglesias Gómez
Nieves Remedios Albuquerque
Consulta de Enfermería
Hospital San Pedro de Alcántara
Cáceres

JUSTIFICACION

La finalidad de este trabajo es ver la necesidad de la educación diabetológica en nuestro medio hospitalario.

Esta necesidad surge debido a las características inherentes a la *Diabetes mellitus:*

— La gran repercusión social y económica:

- Número de pacientes afectados, 2-3 por 100 de la población.
- Mortalidad temprana.
- Incapacitación laboral.

— Por las características de su terapéutica:

- Necesidad constante de adaptar el tratamiento a las distintas situaciones posibles: actividad física, cambios dietéticos, estados patológicos...

El fin de nuestro programa de educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del diabético, dotándole de un bagaje de conocimientos teórico-prácticos básicos y fundamentales sobre su enfermedad y tratamiento que le permitan cierta autonomía en su terapéutica. Esto conlleva:

— Una mayor aceptación de la enfermedad.
— Disminución de las complicaciones agudas.
— Retraso de la aparición de complicaciones tardías.
— Disminución del número de consultas médicas y hospitalizaciones.

Desde el mes de abril del presente año estamos realizando un programa de educación diabetológica dirigido a pacientes hospitalizados en las unidades de Enfermería de Medicina Interna.

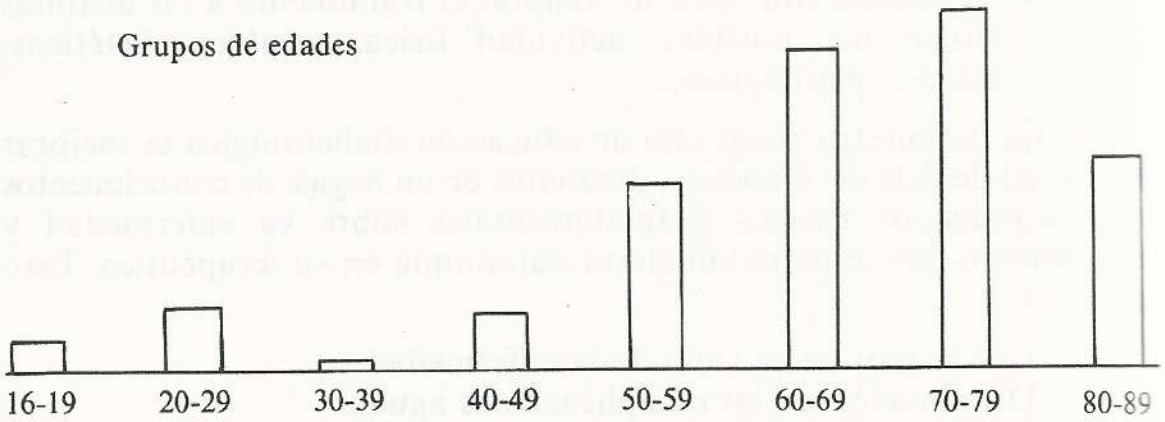
Los contenidos de dicho programa son:

1. Hipoglucemias.
2. Hiperglucemias.
3. Autoanálisis.
4. Manipulación y administración de insulina.
5. Hipoblucemiantes orales.
6. Principios de la dieta.
7. Importancia del ejercicio físico.
8. Cuidado preventivo de los pies.
9. Controles periódicos.

METODOLOGIA

Con el fin de valorar la viabilidad de la educación diabetológica se ha realizado un estudio sobre 149 pacientes cuyas edades quedan comprendidas:

De 15 a 19 años: 2,01 por 100.
De 20 a 29 años: 4,02 por 100.
De 30 a 39 años: 0,6 por 100.
De 40 a 49 años: 2,68 por 100.
De 50 a 59 años: 10,06 por 100.
De 60 a 69 años: 30,20 por 100.
De 70 a 79 años: 36,91 por 100.
De 80 a 89 años: 12,75 por 100.



- Edad media de los pacientes: 61,21 años.

De los 149 pacientes valorados, resultaron no susceptibles de educación 36, 4 pacientes rechazaron la educación, siendo educados un total de 109 pacientes.

De estos 109 pacientes educados, el 70 por 100 pertenece al medio rural y el 30 por 100 restante al medio urbano.

En cuanto al nivel cultural:

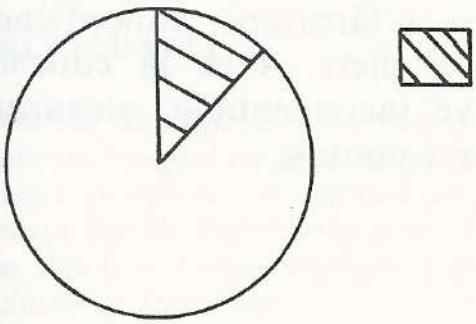
— 24 por 100 no saben leer ni escribir (analfabetos).
— 60 por 100 saben únicamente leer y escribir (analfabetos funcionales).
— 15 por 100 estudios primarios.
— 1 por 100 estudios secundarios.

El tiempo medio de educación empleado ha sido de 5-6 sesiones de 30-45 minutos cada una en pacientes diabéticos desconocidos, y de 3-4 sesiones en pacientes diabéticos conocidos.

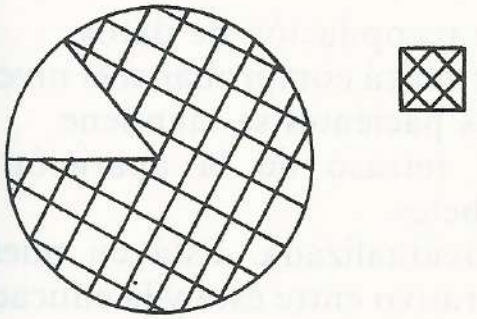
De los pacientes educados, el 85 por 100 ya había sido diagnosticado con un tiempo medio de evolución de la diabetes de 11 años. El 15 por 100 restante fue diagnosticado durante su ingreso.

RESULTADOS

Mediante cuestionario se valoraron los conocimientos de los pacientes anteriores a la educación, obteniéndose un porcentaje de cumplimentación del 14,43 por 100. Finalizada la educación, este porcentaje pasó al 86,56 por 100.



A = Indice de cumplimentación anterior a la educación.



B = Indice de cumplimentación tras educación.

$$\text{Indice de cumplimentación} = \frac{\text{Puntuación obtenida}}{\text{Puntuación máxima-no aplicables}} \times 100$$

Indice de cumplimentación por normas

	A (%)	*B (%)*
NORMA 1: Hipoglemias	9,96	81,11
NORMA 2: Hiperglucemias	5,91	64,02
NORMA 3: Autoanálisis	6,47	37,37
NORMA 4: Insulinoterapia	28,00	98,86
NORMA 5: Hipoblucemiantes orales	27,02	100,00
NORMA 6: Principio de la dieta	18,45	98,09
NORMA 7: Ejercicio físico	6,66	92,95
NORMA 8: Cuidado de los pies	5,50	96,15
NORMA 9: Controles periódicos	5,04	93,20

CONCLUSIONES

1. Los resultados ponen de manifiesto que el grado de conocimientos de los pacientes educados se ve incrementado significativamente una vez finalizada la educación.

2. El porcentaje menor obtenido corresponde a la norma 3 (Autoanálisis). Consideramos que la causa puede ser debida a la falta de concienciación del propio paciente, que delega esta responsabilidad en su médico de cabecera o a laboratorios particulares.

3. Siendo pilares del tratamiento del diabético ejercicio, dieta y fármacos, observamos que el porcentaje mayor de conocimientos anteriores a la educación corresponden a fármacos, concediéndole escasa importancia al ejercicio físico y dieta. Tras la educación observamos que esta importancia se ve incrementada, alcanzando similar grado de conocimientos en los tres puntos.

OBSERVACIONES

— Nos encontramos en una fase de recopilación de datos.
— Un estudio a medio plazo nos permitirá comprobar si el nivel de conocimientos adquiridos por los pacientes se mantiene.
— A largo plazo valoraremos el retraso de la aparición de complicaciones tardías en la diabetes.
— Hemos utilizado educación individualizada. Está en nuestro ánimo realizar un estudio comparativo entre ésta y la educación en grupo, para utilizar en un futuro la más eficaz.
— La edad media de los pacientes educados es de 65,21 años; el nivel cultural, más del 80 por 100 son analfabetos. Esto no ha impedido alcanzar un índice de cumplimentación alto: 86,56 por 100.

CUESTIONARIO DE EVALUACION

A = Valoración de conocimientos anteriores a la educación
B = Evaluación tras educación

Criterios	A			B			Criterios	A			B		
	SI	*NO*	*NA*	*SI*	*NO*	*NA*		*SI*	*NO*	*NA*	*SI*	*NO*	*NA*
1 - 1	14	93	2	88	13	8	4 - 7	11	62	36	49	1	59
2	13	94	2	88	13	8	8	26	47	36	50	0	59
3	5	101	2	86	15	8	5 - 1	26	48	35	54	0	55
2 - 1	7	100	2	65	36	8	2	14	60	35	54	0	55
2	6	101	2	65	36	8	6 - 1a	19	88	2	103	2	4
3	6	101	2	64	37	8	1b	15	92	2	103	2	4
3 - 1	7	95	7	22	39	48	1c	15	92	2	103	2	4
2	9	93	7	23	38	48	1d	15	92	2	103	2	4
3	4	98	7	21	40	48	1e	16	91	2	103	2	4
4	6	96	7	24	37	48	1f	11	96	2	103	2	4
5	7	95	7	24	37	48	2	36	76	2	103	2	4
4 - 1	25	48	36	50	0	59	3	31	76	2	103	2	4
2	23	49	37	49	1	59	7 - 1	7	98	4	66	5	38
3	25	47	36	50	0	59	2	7	98	4	66	5	38
4	22	51	36	50	0	59	8 - 1	6	103	0	100	4	5
5	21	52	36	48	2	59	9 - 1	7	102	0	76	5	28
6	3	44	62	2	0	107	2	4	105	0	75	6	28

BIBLIOGRAFIA

HANAK, M.: *Educación sanitaria del paciente y su familia.* Doyma.
Atención integral en Enfermería. Diabetes, cuidado y control. Doyma.
Manual de educación sanitaria del paciente. Doyma.
Revista *Rol de Enfermería,* núm. 140, 141 y 142.
The Teaching Letter. Diabetes Education Study of the European Association for the Study of Diabetes.

EXPECTATIVAS DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA

M. J. Agudo Tirado
C. Nespral Gaztelumendi
J. Zabala Blanco
Profesores de la E.U.E. "Casa Salud Valdecilla".
Santander

INTRODUCCION

La concepción actual de la salud y la definición de la Atención Primaria realizada en Alma-Ata en 1978 han supuesto un cambio radical en el planteamiento del sistema sanitario, y dentro de él la función que deben desempeñar los distintos profesionales en el nuevo modelo de atención a la salud.

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, inician el desarrollo de este nuevo modelo en España.

Se acomete la creación y puesta en marcha de los Centros de Atención Primaria y la enfermería que trabaja mayoritariamente en los hospitales se siente atraída por las nuevas expectativas de desarrollo profesional que se le brindan.

El objetivo de este trabajo es conocer el grado de satisfacción y cumplimiento de dichas expectativas en los profesionales que trabajan actualmente en los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

MATERIAL Y METODOS

La recogida de datos se efectuó mediante una encuesta dirigida a los 60 profesionales que trabajan en los 8 Centros de Salud que funcionan actualmente en Cantabria.

La encuesta constaba de 11 items en los que se valoraban los siguientes parámetros:

— Edad, sexo, tiempo y lugar de ejercicio profesional anterior, modo de acceso a la plaza de A.P., tiempo de antigüedad en la misma, motivaciones, grado de satisfacción alcanzado y valoración del trabajo que desarrolla la enfermería.

por 100 por falta de autonomía en el desarrollo de su trabajo; sólo al 39,5 por 100 le parece que desarrolla un trabajo adecuado.

No obstante, a pesar del incumplimiento de sus expectativas y pensar que no desarrollan el trabajo adecuado, la mayoría, el 81,4 por 100, no volvería a su trabajo anterior.

Finalmente, en cuanto a su grado de satisfacción:

— *Es alto* en la relación con sus compañeros, con su trabajo, por su autonomía y porque es compatible con su vida privada.
— *Es medio* en relación con el resto de los profesionales, aunque dentro de ellos en menor respecto al trabajador social, por la adquisición de nuevos conocimientos, por el prestigio profesional y porque posibilitan el desarrollo de aptitudes personales.
— *Es bajo* en cuanto a reconocimiento de su trabajo y retribución económica.
— *Es muy bajo* en las oportunidades de promoción y reconocimiento de sus derechos laborales.

DISCUSION DE RESULTADOS

A la vista de los datos, parece constatarse que pese a la percepción de que los profesionales de enfermería de A.P. no ven cumplidas sus expectativas profesionales, en su inmensa mayoría no volverían a su trabajo anterior, lo que demuestra que es más satisfactorio que el medio hospitalario del cual procedían mayoritariamente.

El principal motivo alegado para trabajar en A.P. es básicamente interés profesional, observándose más tarde como su mayor problema sin resolver. Lo que pone de manifiesto la necesidad de formación y como consecuencia el desarrollo de las especialidades.

Se manifiesta la falta de autonomía en el trabajo, indicativo de la escasa definición de funciones a desarrollar, común en la totalidad de los campos de actuación profesional. Planteándose una vez más la necesidad de la publicación de una ley de funciones para la enfermería.

Los indicadores de satisfacción baja y muy baja que como recordamos son: retribución, reconocimiento del trabajo, derechos y oportunidades de promoción, reflejan nítidamente la situación de estancamiento que vive nuestra profesión y la baja consideración tanto social como laboral. De esto se desprende la necesidad de la urgente puesta en marcha de la carrera profesional que permita reconocer elementos motivadores que no lleven al desaliento que se percibe actualmente en los profesionales de enfermería.

En estas XI Sesiones organizadas por la A.E.E.D., nosotros hemos querido hacer honor a su título, "Investigación y Enfermería",

mediante este trabajo de investigación, pero no queremos dejar pasar la oportunidad de recordar lo que aún nos falta por conseguir. Necesitamos definir con claridad y decisión cuál es el papel de la enfermería en la sociedad y las funciones consiguientes de cada uno de los niveles que confirman esta profesión.

A modo de conclusión quisieramos hacer nuestra la frase de Hein y Nicholson:

"La vitalidad de una profesión, su fuerza vital, proviene de las ideas; ideas que atrapen el pensamiento e imaginación de sus miembros, quienes vivan y luchen por ellas hasta que no sean por más tiempo ideas: SEAN REALIDADES."

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

SIERRA BRAVO R.: *Técnicas de Investigación. Teoría y Ejércicios.* Ed. Paraninfo. Madrid, 1985.

DOMINGUEZ ALCON C.: *Sociología y Enfermería.* Ed. Paraninfo. Madrid, 1983.

ZABALA BLANCO, J. y RUANO GOMEZ M. I.: *Satisfacción en el personal de Enfermería.* Tesina sin publicar.

ANTON NARDIZ, M. V.: *Enfermería y Atención Primaria de Salud.* Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1989.

HEIN, E. C. y NICHOLSON, M. J.: *Contemporay leaderhip behaviour: Selected reading.* Little Brown, 1983.

SEXO

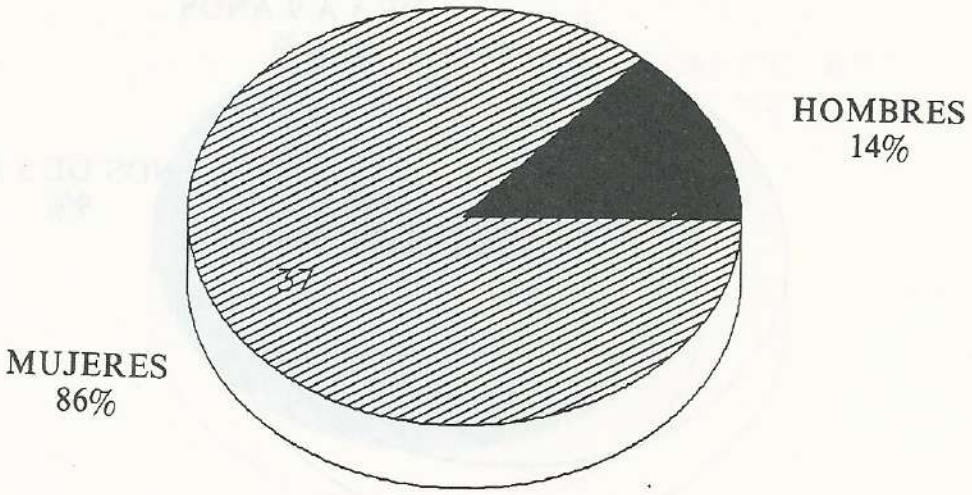


Gráfico 1

EDAD

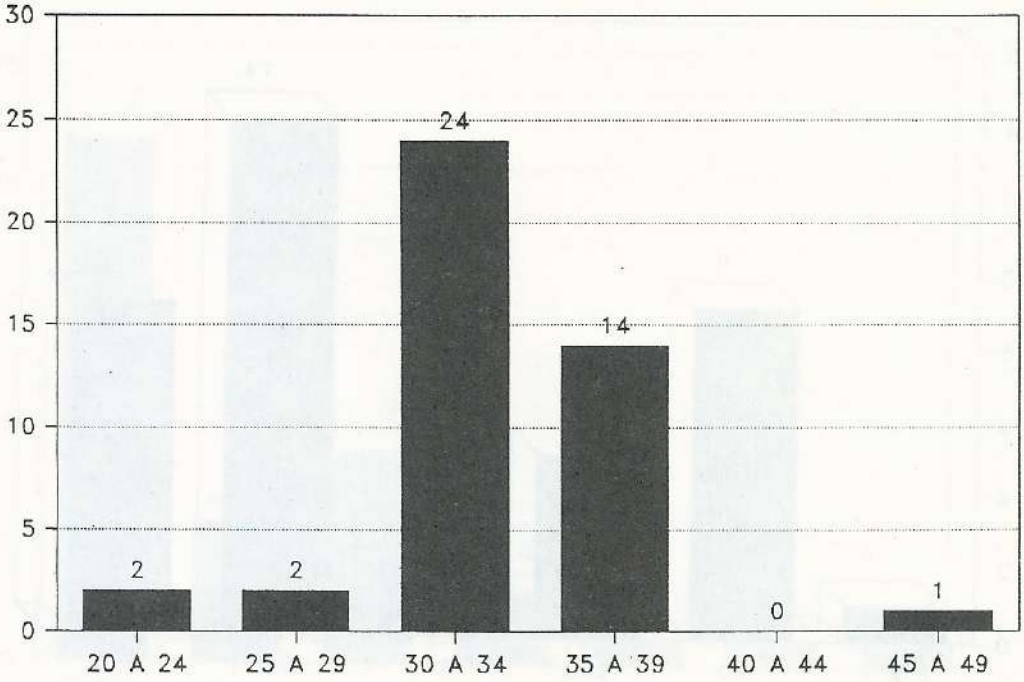


Gráfico 2

TIEMPO EJERC. PROFESIONAL

Gráfico 3

TIEMPO EJECICIO A.P.

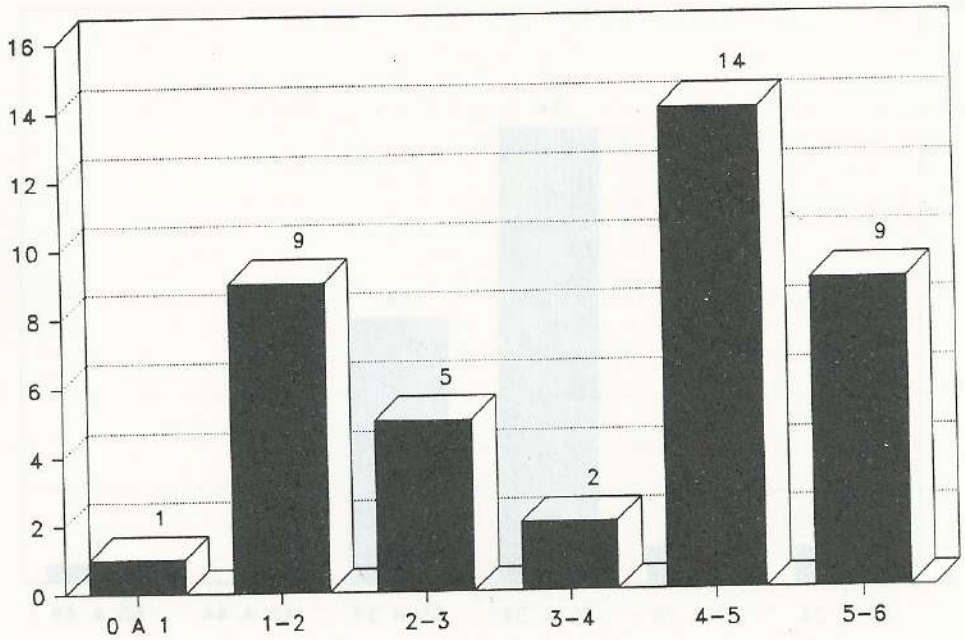


Gráfico 4

VIA ACCESO

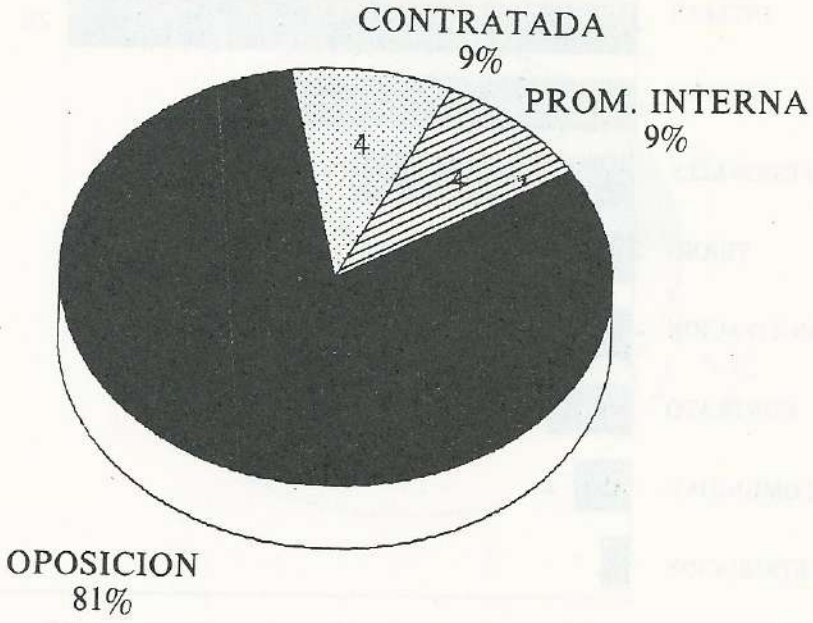


Gráfico 5

TRABAJO ANTERIOR

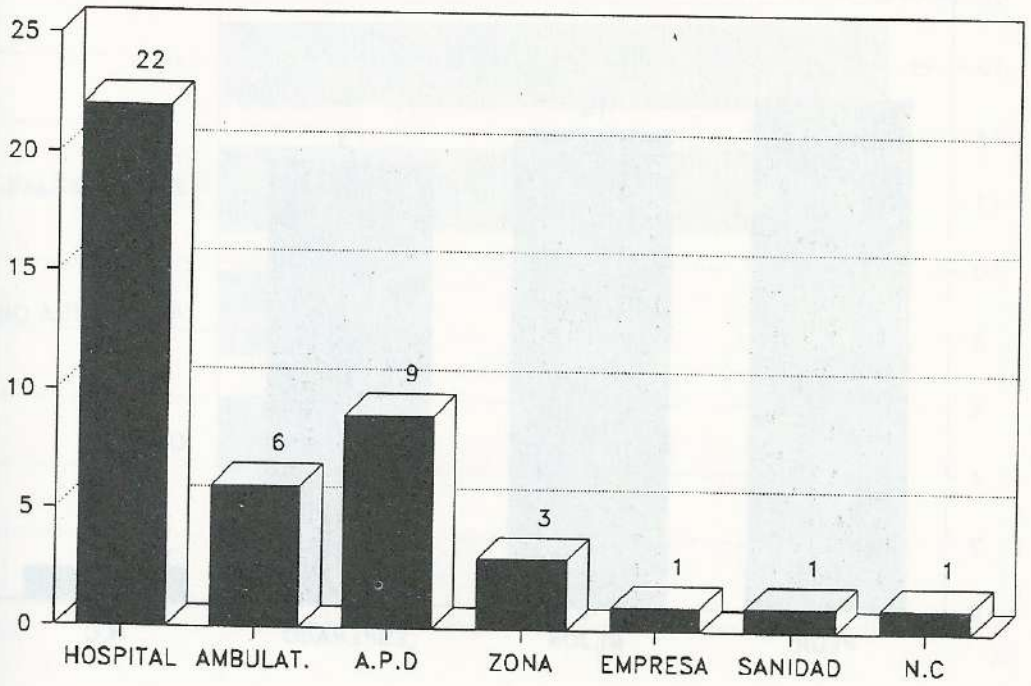


Gráfico 6

MOTIVOS

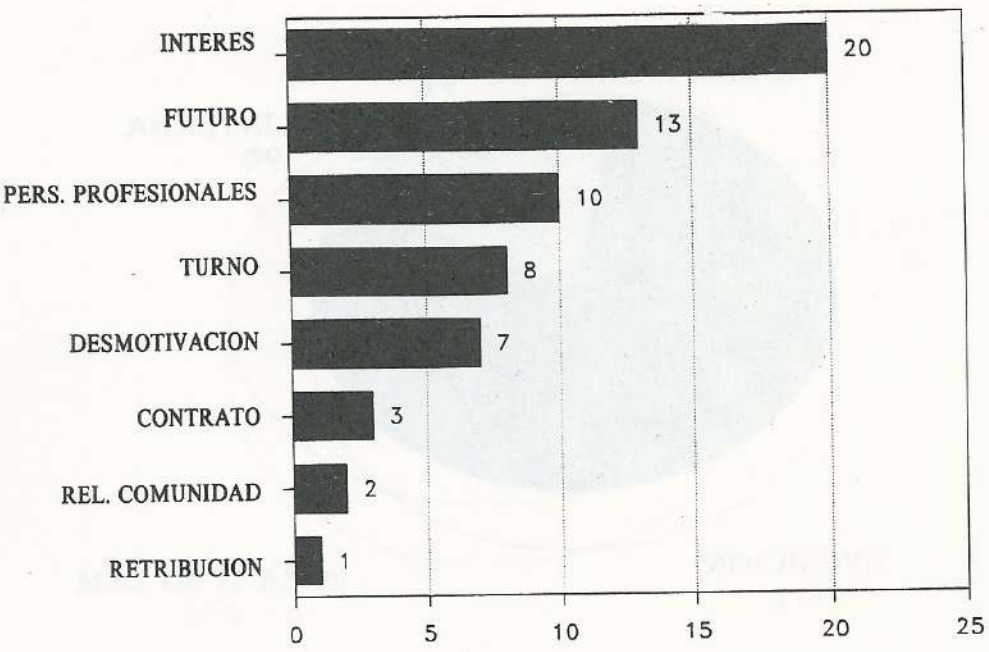


Gráfico 7

CUMPLIM. ESPECTATIVAS

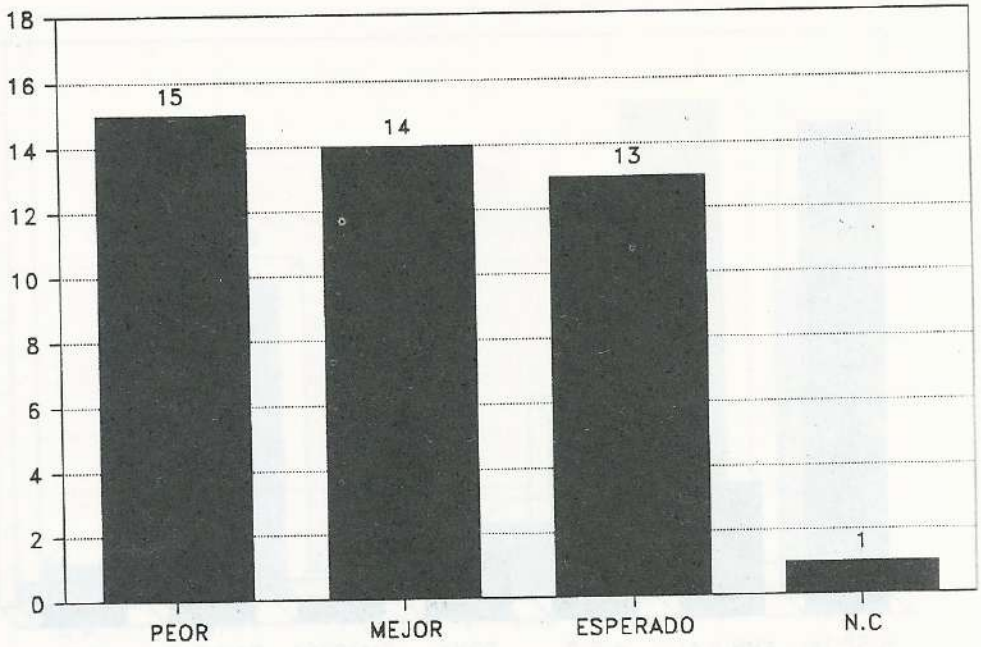


Gráfico 8

VOLVER TRABAJO ANT.

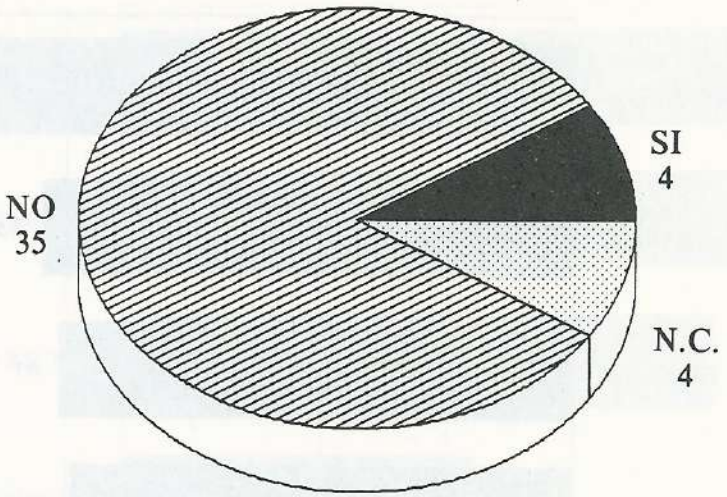


Gráfico 9

TRABAJO ADECUADO

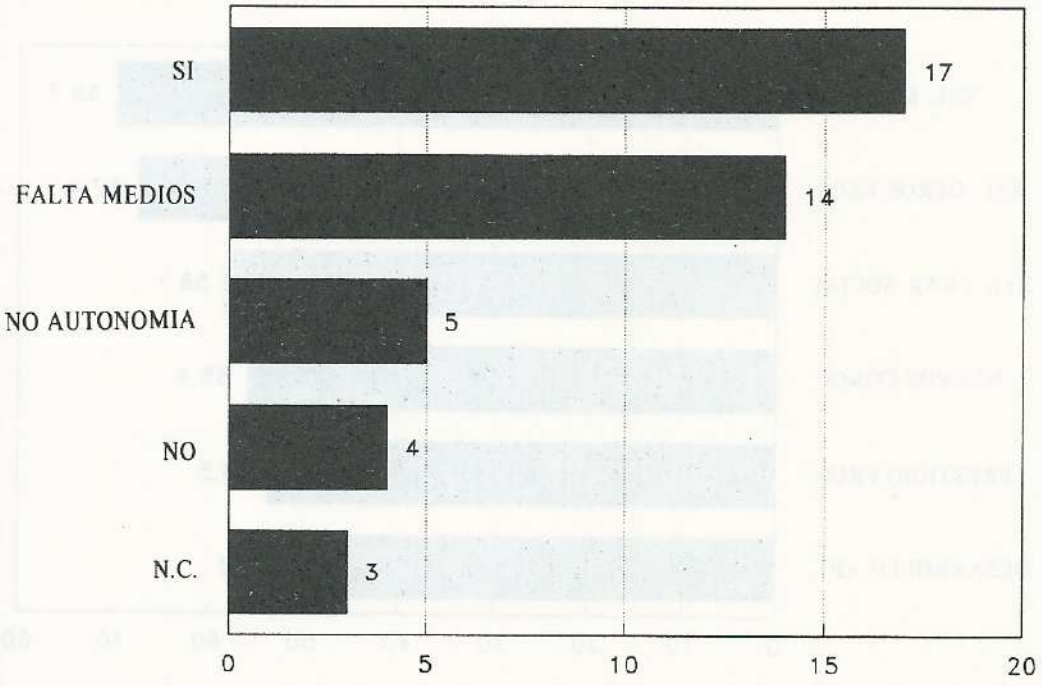


Gráfico 10

SATISFACCION (ALTA)
EN %

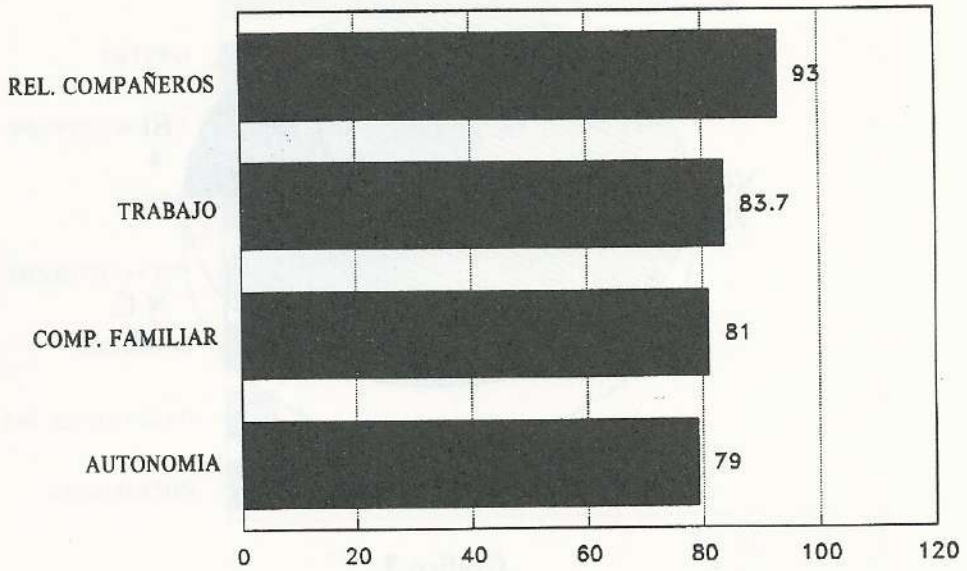


Gráfico 11

SATISFACCION (MEDIA)
EN %

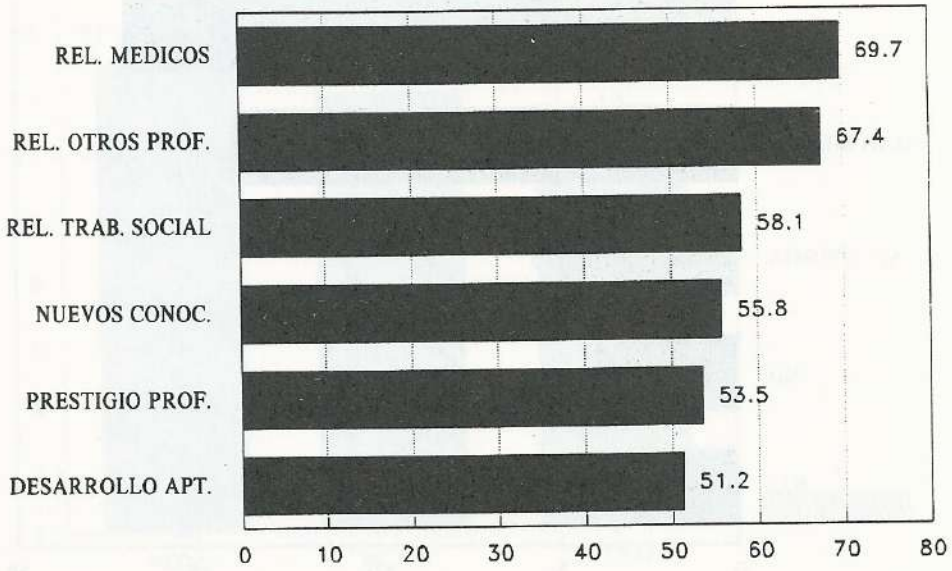


Gráfico 12

SATISFACCION (BAJA-MUY BAJA) EN %

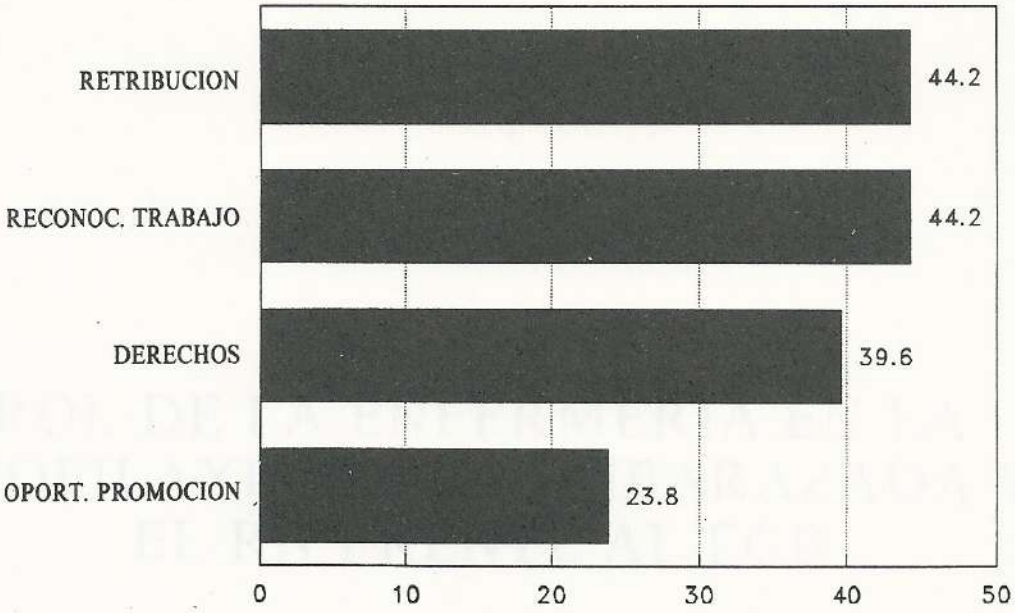


Gráfico 13

ROL DE LA ENFERMERIA EN LA PROFILAXIS DE LA EMBARAZADA Y EL RN FRENTE AL EGB

Carmen Arroyo López
Concepción Santos Lacomba
Carmen Corral Rubio
Enfermeras del Hospital Ruiz de Alda. Granada

INTRODUCCION

En consecutivas ocasiones, enfermería ha colaborado con otros colectivos en diferentes trabajos de investigación, tesis, trabajos individuales...

Enfermería es un almacén de datos que nunca ha transmitido en papeles, es decir, que en muy pocas ocasiones ha dejado reflejadas sus actuaciones, por lo que resulta difícil realizar trabajos de investigación en este campo.

Pero enfermería está despertando y dándose cuenta de la importancia de dejar plasmadas sus observaciones y actuaciones para poder así investigar. Para ello tiene que contar con el apoyo de otras ciencias como son la Estadística, Epidemiología...

Con esta comunicación queremos demostrar cómo Enfermería es capaz de llevar a cabo un trabajo de investigación, llegando así a conclusiones tan importantes como que de nuestra actuación depende la realización de una buena profilaxis en la embarazada y detección precoz en el RN, disminuyendo así la incidencia de determinadas enfermedades infecciosas y aumentando de esta manera el índice de supervivencia del RN.

Todo ello nos llevará a lograr un completo bienestar físico-mental y social del individuo, protegiendo, promoviendo y fomentando la salud.

Somos un grupo de tres enfermeras que trabajamos en Microbiología, y al ver la incidencia cada vez mayor y más alta de la implicación de EGB (o "streptococus agalactiae") en la patología infecciosa perinatal y del recién nacido como con la meningitis, septicemia... entre otras complicaciones que posteriormente veremos, comprendemos que de nuestra actuación en la correcta toma, transporte y manipulación de las muestras, junto con la importancia de que la embarazada cubra sus necesidades básicas, depende de detección precoz de la infección por EGB.

Para centrarnos un poco más en el tema recordaremos un poco la Historia de este microorganismo.

Hasta 1935 fue considerado como un microorganismo saprófito de vagina y cervix, y es a partir de esta fecha cuando aparecen las primeras descripciones de casos clínicos que le implican como patógeno humano.

Colebrook y Purdik descubrieron en 1937 el aislamiento de EGB en sangre en un caso de sepsis puerperal y en 1938 se aisló en tres casos mortales de infección post-parto.

En 1939 se presenta por primera vez como patógeno neonatal, se aisló en la sangre de tres niños recién nacidos tras su muerte.

En 1941 se recogen los primeros casos de meningitis en recién nacidos causadas por este microorganismo.

En los últimos años ha llegado a ser en muchos países la causa más frecuente de infección en el período perinatal.

Todo esto demuestra el aumento de la implicación de EGB en la patología infecciosa perinatal y de RN+.

Las diversas formas de presentación: infección perinatal, neonatal precoz y tardía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es cada vez más evidente que está aumentando considerablemente la incidencia de infecciones por EGB, con el consiguiente riesgo que supone tanto para la salud de la mujer embarazada, como para el recién nacido.

Observando este problema de salud, nos planteamos si es posible disminuir esta elevada incidencia conociendo que factores de riesgo están incidiendo en su aparición.

Para ello hemos elegidos dos variables:

— Necesidades básicas.
— Actuación de enfermeras en todo lo referente al estudio bacteriológico del microorganismo.

En cuanto a la variable de necesidades básicas, hemos elegido la alimentación, higiene, ejercicio como necesidad física, así como la situación socio-económica y cultural, y el estado de salud mental durante el embarazo como aspecto que inciden directamente en la cobertura de las mismas.

Por otra parte, la existencia de tomas rutinarias, falta de información y de reciclaje continuado, que repercute en la recogida, transporte y manipulación de las muestras (exudados frotis) incorrectas,

hace que se registren gran cantidad de errores a la hora de detectar precozmente este microorganismo.

Enfermería tiene por ello un papel decisivo a la hora de prevenir la infección por EGB, así como promover y fomentar la salud de la madre y del RN.

HIPOTESIS

La prioridad de cubrir la mujer embarazada sus necesidades básicas, su situación social y mental, junto con una correcta actuación en la toma, manipulación de las muestras para su posterior estudio bactereológico son variables decisivas en la detección de la infección por EGB.

OBJETIVOS

Específicos

1. Determinar el 90 por 100 de mujeres gestantes portadoras y recién nacidos con EGB de nuestro estudio en un plazo de seis meses.
2. Conocer en el 90 por 100 de mujeres de nuestro estudio de manera objetiva, su higiene física, mental y social en el mismo plazo de tiempo.
3. Impedir la diseminación de la madre portadora al hijo, detectando en las primeras 24 horas de vida el microorganismo y tratando lo más precozmente posible la infección.

Generales

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y prenatal de los individuos por EGB.
2. Aumentar y promover el nivel de la salud de la población materno-infantal, considerada como cuerpo de riesgo.

MATERIAL Y METODOS

Epidemología descriptiva

Se ha realizado un estudio de 100 mujeres gestantes elegidas al azar entre la 38 y la 42 semana de gestación seguidas en la unidad de vigilancia prenatal del Centro materno-infantil de Granada.

La edad media de las gestantes es de 28 años, y de 100 RN sin patología detectada en las primeras 24 horas de vida de la misma unidad durante seis meses.

Las muestras tomadas para la detección de portadoras de EGB fueron exudado vaginal y orina en la mujer, y frotis faríngeo, umbilical y ótico en el RN.

Se tomaron dos escobillones con medio de transporte, y fueron transportados al laboratorio de microbiología.

Parámetros fisiológicos, psicológicos y sociales

Los siguientes datos fueron recogidos mediante una entrevista personal. Que sintetizamos en este esquema:

I. HABITOS HIGIENICOS FISICOS:

A) Alimentación: Correcta
Incorrecta

B) Aseo: Cuidado
Descuidado

C) Actividad física: Nunca
Una o dos veces por semana
Diariamente

I. ASPECTO PSICOLOGICO:

A) Aceptación del embarazo: Sí
No

B) Sentimientos que expresa: Alegría
Tristeza
Miedo

DISCUSION Y VALORACION

De las 100 mujeres gestantes estudiadas, en 17 se aisló EGB en la vagina y orina. Con tasas de colonización de un 9 por 100 (vaginal) y un 16 por 100 (orina). Ocho mujeres presentaron colonización vaginal y de orina simultáneamente.

De estas 17 mujeres, 12 presentaron hábitos higiénicos incorrectos:

— Cuatro con hábitos tóxicos (tabaco, alcohol).
— Ocho presentaron una alimentación desequilibrada e incorrecta.
— Cinco con aseo personal deficiente.
— Diez, prácticamente la totalidad, no practicaban algún tipo de ejercicio físico.

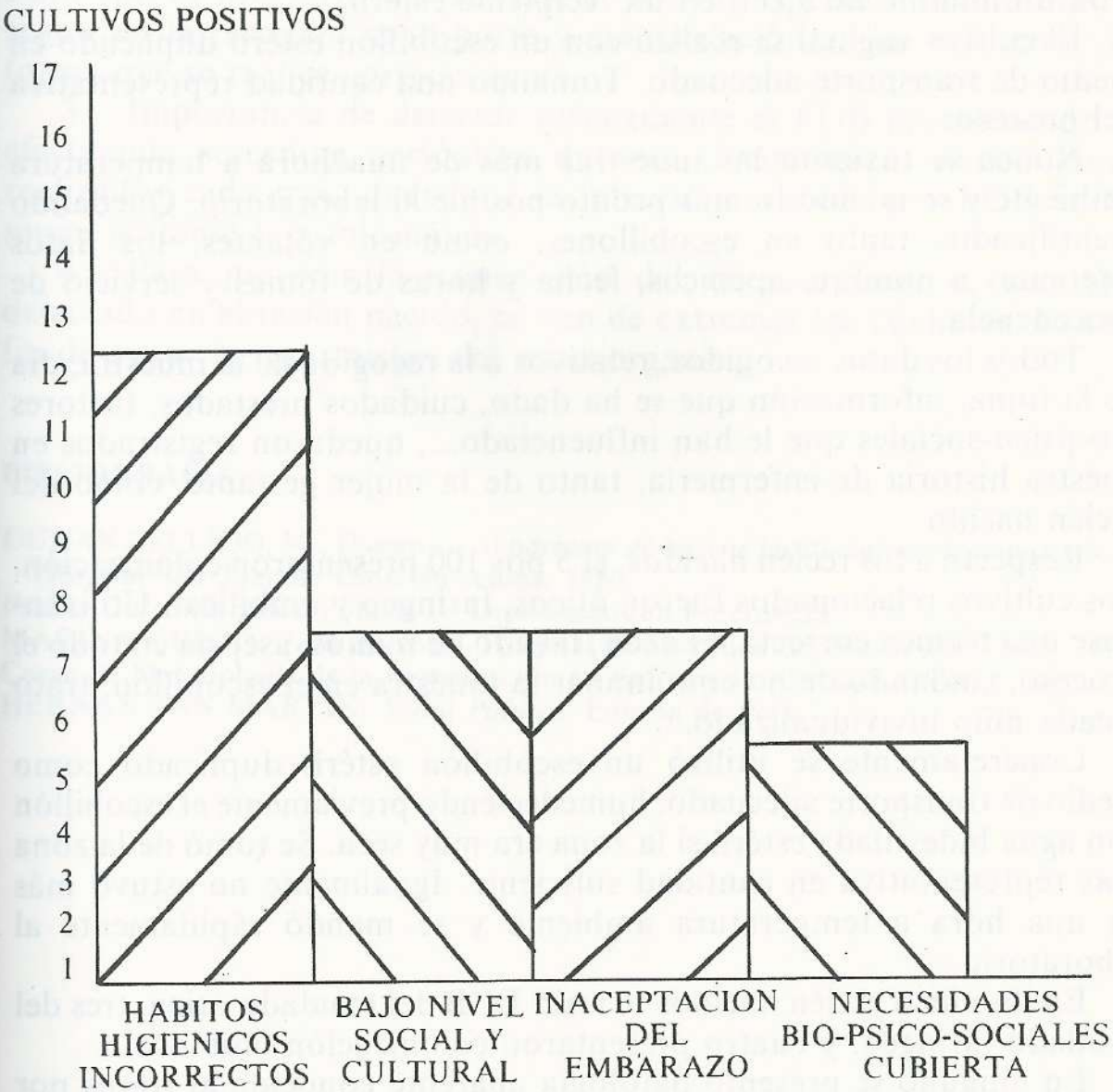
Asimismo, vimos que siete de ellas vivían en lugares marginados, con bajo nivel económico, cultural y trabajaban fuera de casa.

Igualmente hubo otras siete mujeres que presentaron inaceptación de su embarazo y poco interés en el cuidado con mismo.

Solamente cinco mujeres tenían conjuntamente la presencia positiva de estos tres factores, buenos hábitos higiénicos, adecuado nivel social y cultural, y buena salud mental.

Viéndose tras este estudio la influencia de los factores físicos, psicológicos y sociales en el desencadenamiento del proceso infeccioso.

RELACION CULTIVOS POSITIVOS. NECESIDADES BASICAS



Las muestras tomadas no presentaban variación en sus características respecto al resto de las muestras que no presentaban EGB.

La obtención de las muestras se realizó con una técnica correcta, pues es de todos sabido que la recogida de forma inadecuada representa el problema más frecuente y serio a la hora de dar un diagnóstico erróneo. Siendo una adecuada recogida, transporte y manipulación de la muestra, uno de los motivos fundamentales para realizar una profilaxis a tiempo.

Se le explicó a la señora que viniera a la consulta previamente aseada con agua y jabón, recomendándose que no usara antisépticos, ni desinfectantes en la zona a tomar la muestra, ni que se tratase con antibióticos antes de recogerla.

Nuestra actuación fue obtener la cantidad adecuada. En caso de la toma de orina, procedimos a recoger la parte media de la primera orina (con un mínimo de 5 cc.) en un recipiente estéril.

El cultivo vaginal se realizó con un escobillón estéril duplicado en medio de transporte adecuado. Tomando una cantidad representativa del proceso.

Nunca se tuvieron las muestras más de una hora a temperatura ambiente y se mandó lo más pronto posible al laboratorio. Quedando identificados tanto en escobillones, como en volantes, los datos referentes a nombre, apellicos, fecha y horas de tomas y servicio de procedencia.

Todos los datos recogidos, relativos a la recogida de la muestra, día de la toma, información que se ha dado, cuidados prestados, factores bio-psico-sociales que le han influenciado..., quedaron registrados en nuestra historia de enfermería, tanto de la mujer gestante, como del recién nacido.

Respecto a los recién nacidos, el 5 por 100 presentaron colonización. Los cultivos relacionados fueron óticos, faringeo y umbilical. Utilizándose una técnica correcta, es decir, lavado de manos, asepsia en todo el proceso, cuidando de no contaminar la muestra en el escobillón, trato a cada niño invividualizado.

Concretamente se utilizó un escobillón estéril duplicado como medio de transporte adecuado, humedeciendo previamente el escobillón con agua bidestilada estéril si la zona era muy seca. Se tomó de la zona más representativa en cantidad suficiente. Igualmente no estuvo más de una hora a temperatura ambiente y se mandó rápidamente al laboratorio.

En los cinco recién nacidos se aisló EGB del exudado ótico, tres del exudado faringeo, y cuatro presentaron colonización umbilical.

En ninguno se presentó patología aparente conocida al status por portador de EGB.

Se comprobó que tres de ellos habían sido de edad de gestación inferior a lo normal, y, por consiguiente, de bajo peso al nacer. En uno de ellos la madre presentó rotura prematura de membrana. Las madres

de estos niños eran portadoras de EGB. Presentando en este caso dos de ellas un bajo nivel económico y cultural, así como unos deficientes cuidados higiénicos.

CONCLUSIONES

1: Se ha visto que la actuación de la enfermera (informando y educando sobre aquellos factores físicos, sociales o psicológicos que la mujer gestante ha descuidado, bien por desconocimiento, desinterés o falta de medios) puede influir decisivamente en la prevención de la enfermedad infecciosa por EGB.

2. Evitar tomas para estudio bacteriológico de manera rutinaria. Para ello es necesario un reciclaje continuo respecto a las normas a seguir en la recogida, transporte y manipulación de las muestras, de forma que se realice correctamente.

3. Importancia de detectar precozmente el EGB promoviendo y efectuando screening periódicos durante el embarazo, siendo éstos realizados cada mes, dado que la infección urinaria por EGB en la mujer gestante es asintomática.

4. Para prevenir la transmisión del microorganismo, una vez detectado en el recién nacido, se han de extremar los cuidados, con el fin de evitar la transmisión del microorganismo.

BIBLIOGRAFIA

DURAN BELLIDO, M.: *Quinto curso nacional de higiene hospitalaria y epidemológica.* Hospital San Juan de Dios. Barcelona, 1980.
Primer Curso de Salud Pública de Diplomados en Enfermería.
MARINA CUETO: *Tesis doctoral.* Hospital de San Juan de Dios, 1988.
Curso de Metodología de la Investigación en Enfermería. Granada, 1988.
HERNAN SAN MARTIN: *Salud Pública.* Edición de 1985.

GRADO DE SATISFACCION DE LA FAMILIA ANTE EL ENTORNO DE LA U.C.I

Rocío Pérez Ruiz
María Jesus Dura Ros
Felicitas Merino de la Hoz
M.ª Visitación Sanchon Macías
Santander

INTRODUCCION

Paralelamente al desarrollo cultural y económico, asistimos en nuestro país a una demanda de Servicios Sanitarios con buen nivel técnico-profesional y unas condiciones de confort adecuadas.

Tras la universalización de cobertura de la Asistencia Sanitaria Pública es evidente un creciente interés de profesionales y Administración Sanitaria por el control de calidad.

Hoy más que nunca preocupa en los Modelos Sanitarios de los países de nuestro entorno la opinión del "cliente". Cómo percibe el usuario la calidad del servicio que recibe es algo que a veces tiene poco que ver con el "fondo", es decir, con las características técnico-profesionales teniendo más relación con la "forma" (información, trato recibido, condiciones de hostelería y cuidado del confort).

Conocer la opinión del paciente ingresado en U.C.I. es tarea difícil, pues no cabe duda que sus condiciones para la percepción de la calidad del servicio que recibe están en la mayoría de las ocaciones interferidas por su estado más o menos crítico. Una aproximación al conocimiento de esta cuestión puede resolverse obteniendo la información de los familiares más próximos al usuario, que en la mayoría de los casos han seguido "a pie de cama" la estancia del paciente en la Unidad de C.C.I.I.

La escasa bibliografía existente sobre estas cuestiones, así como nuestra inquietud por conocer cómo perciben los usuarios la calidad del servicio prestado, es lo que nos ha motivado a la realización de este trabajo. Para ello hemos realizado una encuesta a los familiares de los pacientes ingresados en el Departamento de C.C.I.I. del Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla" y hemos hecho fundamentalmente hincapié en los aspectos formales, como información, trato recibido, régimen de visitas, relaciones con el personal, etc.

La realización de este trabajo abarca la recogida de una muestra estadísticamente representativa y en este momento lo que presentamos son los principios resultados recogidos, es decir, una muestra parcial de lo que será el trabajo final nos lo hemos planteado en el plazo de un año.

OBJETIVOS

1. Recoger información de los familiares de los pacientes ingresados en U.C.I. sobre el grado de satisfacción que sienten en relación a la atención prestada por el personal que trabaja en estas Unidades.
2. Detectar las deficiencias existentes para poder plantear futuras soluciones que mejoren el nivel de calidad.

MATERIAL Y METODOS

La metodología utilizada se basó en una encuesta de opinión. La muestra se seleccionó englobando las cuatro Unidades de Intensivos existentes en nuestro Centro, es decir: Unidad de Politraumatizados, Polivalentes, Coronarias y Postoperados de Cardiovascular. La encuesta la realizamos personalmente mediante entrevista, seleccionando a los familiares más directos del paciente puesto que descubrimos en una fase piloto que eran los que más información tenían al respecto.

La recogida de datos se realizó una vez que el paciente había sido dado de alta de la U.C.I., con el fin de evitar que se sintieran coaccionados y ello pudiera alterar los resultados.

El cuestionario consta de 49 items y nuestro trabajo representa una muestra de 35 encuestas distribuidas de la siguiente forma: Politrauma. 10; Polivalentes, 11; Postoperados, 11, y Coronarias, 3.

Análisis de los resultados

A la hora de tabular los resultados, agrupamos los items en diferentes parámetros que abarcan:

1. *Datos personales del paciente.*
2. *Parámetro de identificación del encuestado.*
3. *Parámetro de ingreso.*
4. *Parámetro de información.*
5. *Parámetro de visitas.*
6. *Parámetro de relaciones interpersonales.*
7. *Parámetro de generalidades.*

1. **Datos personales del paciente**

En el primer apartado se recogen los datos de identificación del paciente, nombre, apellidos, tiempo de permanencia en la Unidad y situación clínica actual; datos todos ellos que no son necesarios destacar en esta exposición, tan sólo decir que el 68,5 por 100 de los ingresados han sido hombres.

2. **Parámetro de identificación**

Recoge datos sobre el sexo, edad, estudios, ocupción y relación de parentesco con el paciente, de los cuales destacaremos que el 80 por 100 de los encuestados fueron mujeres, lo cual está en relación directa con el porcentaje de hombres ingresados y con el rol innato de cuidadoras que tenemos las mujeres. En un 63 por 100 eran esposas de los ingresados, siendo su ocupación en un 57 por 100 sus labores.

3. **Parámetro de ingreso**

Este bloque de items recoge todas las circunstancias que engloban el ingreso de un paciente en la U.C.I., resaltando en un 63 por 100 que los familiares se encontraban con el paciente en el momento de su ingreso y que el 29 por 100 fue avisado por un familiar o vecino cercano.

El 36 por 100 de los encuestados expresó que fue el médico la primera persona que les atendió cuando llegó la Unidad, mientras que el 21,5 por 100 no supo distinguir la identidad de la persona que le recibió.

El tiempo que tuvo que esperar el familiar para poder ver al paciente fue inferior de 30 minutos en un 43 por 100, siendo este mismo porcentaje de familiares los que esperaron más de 60 minutos. Se hace una combinación de variables en relación con las distintas unidades donde están ingresados y se confirma que en la Unidad de post-operados, el familiar, por norma, espera la siguiente visita programada para poder ver al enfermo, mientras que el Politrauma el familiar visita al enfermo inmediatamente después de recibir información médica.

4. **Parámetro de información**

Partiendo de los derechos humanos del paciente promulgados por la Liga Nacional de Enfermería y la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, gestionada por el Insalud que dice *"el paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada en torno a lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento, riesgos y pronóstico"*; creemos necesario extrapolar este derecho a los familiares debido a la situación crítica del paciente.

Basándonos en palabras del escritor francés Euquem de Montaigne que dice *"la palabra es mitad de quien la pronuncia y mitad de quien la escucha"*; exponemos a continuación los datos recogidos respecto a cómo es dada la información.

Llama mucho la atención que el 91 por 100 de los encuestados refieran que el lenguaje empleado en la información que se les dio fue claro y comprensible. Contrasta esto con la idea general de que se utiliza un lenguaje técnico y el familiar a veces no entiende lo que realmente se le dice, siendo esto debido a la situación estresante que viven en ese momento.

El grado de satisfacción respecto a la información recibida en torno a la enfermerdad y complicaciones del paciente, es referido como muy satisfactoria y satisfactoria en un 94 por 100 de los encuestados, lo que nos hace deducir que los familiares de los pacientes ingresados en U.C.I., reciben un trato preferente en cuanto a la información, ya que ésta es individualizada y diaria.

La forma y el lugar de proporcionar información es a veces tan importante como el contenido de la misma; sobre este punto resaltaremos la deficiencia manifestada, ya que tan sólo el 23,5 por 100 recibió la información diaria en el despacho, siendo el resto informado en la entrada de la Unidad, en el pasillo y en la propia sala de U.C.I. Es importante resaltar que un 91 por 100 de los encuestados demanda la existencia de un despacho para recibir la información.

5. **Parámetro de visitas**

Las visitas de los familiares en la U.C.I. están programadas en períodos de 10 minutos, cuatro veces al día; tiempo que es adecuado, según lo considera el 66 por 100 de los encuestados, alegando que la ampliación del mismo es perjudicial para el estado del enfermo. Esto guarda relación con que el 75 por 100 no solicitó ver al enfermo fuera del horario de visitas y en el 23 por 100 de los casos fue el propio personal de enfermería el que prolongó dicha visita con el fin de animar al paciente o darle de comer.

Ante la normativa existente de realizar la visita a través de la ventana o entrando en la sala de U.C.I., quisimos recoger cúal era la preferencia de los familiares respecto a este punto; manifestando en un 77 por 100 que desean entrar en la sala, ya que esto les permite un contacto directo con el paciente.

Dada la distribución de los enfermos en la U.C.I., en módulos de 5-6 pacientes, próximos unos de otros y presencia continua de personal sanitario, pensamos a priori en base de nuestra experiencia que dichos factores podría alterar la intimidad de los familiares durante la visita, dato que contrastó extremadamente, ya que el 97 por 100 no se sintió privado de su intimidad durante la misma.

En nuestro hospital existe una sala de estancia reservada para los familiares de los pacientes ingresados en U.C.I. Sabemos que la existencia de esta sala no es común a todos los hospitales de la red sanitaria pública, por lo que consideramos importante preguntar a los usuarios sobre la necesidad de la existencia de dicha sala, a lo que respondieron positivamente el 97 por 100, aludiendo como razón prioritaria el ser éste un lugar que les permite estar localizados.

6. Parámetro de relaciones interpersonales

En este bloque se aborda cómo se realiza la identificación del personal sanitario, así como el interés y la preocupación que mostró el mismo respecto a la familia; destacaremos negativamente que el 46 por 100 de los encuestados intuyó a qué estamento pertenecía la persona que se dirigía a ellos, ya que tan sólo el 5,7 por 100 del personal sanitario se identificó personalmente. Si nuestro objetivo es aumentar la calidad de los cuidados, creemos que es imprescindible que exista una identificación del personal y de los familiares para conseguir que los mismos se sientan más seguros y confiados en el equipo que les atiende.

Respecto al interés y preocupación manifestada por el personal que les atiende, destacaremos que el estamento que muestra mayor interés y amabilidad es el de enfermería referido en un 62,5 por 100 en comparación con el estamento médico que se muestra interesado en el 34 por 100 y el de los celadores en un 31 por 100. Resaltaremos negativamente que en un 17 por 100 los celadores muestran un trato indiferente.

7. Parámetro de generalidades

Entendemos que por las características específicas de la U.C.I., como situación crítica del enfermo, el complejo y sofisticado aparataje existente en estas Unidades, así como los ruidos y la dinámica de trabajo del personal sanitario, hace pensar que dichas Unidades impactan a dichos familiares; sin embargo, al preguntar cuál fue el grado de impresión causado, tan sólo el 26 por 100 manifiesta haberles impresionado mucho, señalando en su totalidad como causa la gravedad del enfermo y el aparataje existente, mientras que el 51,5 no se sintieron impresionados, ya que muchos la conocían previamente y otros se la habían imaginado peor.

En el caso de pacientes terminales, el 69 prefieren permanecer junto a ellos en los últimos momentos. Respecto a este punto el comportamiento ha comenzado a variar, ofertándolo el propio personal sanitario sin que tenga que mediar la demanda del familiar.

Nos preocupaba la opinión que tenían los encuestados sobre la preparación del personal médico y de enfermería de estas Unidades, la valoración al respecto fue muy positiva, ya que en un 68,5 por 100 consideran la preparación de los médicos como buena y muy buena y en un 71,5 por 100 en el caso de las enfermeras.

La encuesta finaliza con dos items abiertos donde se recogen opiniones sobre lo positivo y negativo a destacar en la U.C.I. Como datos positivos son de resaltar la atención, ánimo y humanidad que ofrece el personal sanitario al paciente, coincide esto con una reciente declaración hecha por el profesor Pedro Carlevaris, que dice *"se puede afirmar sin error que hoy la Medicina Intensiva no deshumaniza, por el contrario se ha comprobado que el personal a su servicio muestra una sensibilidad superior a la de otras especialidades"*.

Otro punto importante a destacar como positivo es el aparataje de que están dotadas estas Unidades para la resolución de cualquier emergencia contribuyendo a dar seguridad al paciente.

Como puntos negativos se destacaron la gravedad del enfermo debido a su estado crítico y la demanda de mayor información por parte del personal de enfermería requerida durante el tiempo de visita.

CONCLUSIONES

Si partimos de la base que el cuidado integral del paciente incluye también la atención a la familia y que la enfermedad genera en ambos una situación de indefensión, coincidiremos en concluir que los cuidado prestados deben de ser lo más humanos posible.

Las conclusiones a los que nos llevó nuestro estudio, muestran que el grado de satisfacción de los encuestados es altamente positivo, constatado por los siguientes puntos:

— El lenguaje utilizado por el personal sanitario fue claro y comprensible.
— La buena información recibida en torno al curso de la enfermerdad y complicaciones del paciente.
— Adecuada frecuencia y duración en el tiempo de las visitas.
— No alteración de la intimidad de las mismas.
— Existencia de una sala de familiares que les permite estar localizados.
— Buena preparación de los profesionales sanitarios.

Destacaremos negativamente:

— La falta de identificación directa del personal sanitario.
— Inexistencia de una sala para informar a los familiares sobre la evolución del enfermo.

EL ALUMNO DE ENFERMERIA COMO ELEMENTO MOTIVADOR

A. Prieto Díaz
M. J. Pichel Guerrero
C. Castro Veiga
E.U.E. "Juan Canalejo"
La Coruña

INTRODUCCION

La comunicación que a continuación vamos a presentar solamente pretende ser un mensaje de optimismo y de compromiso entre profesionales asistenciales y docentes que queremos compartirlo hoy con vosotros.

Es el fruto de una experiencia a la que sólo nos referimos en cuanto al soporte necesario para facilitar el entendimiento de esta comunicación.

Recientemente hemos realizado un análisis en nuestra Escuela sobre el tan comentado y debatido Proceso de Atención de Enfermería, que nos aproxime a nuestra realidad, con el propósito de conocer las dificultades que supone la integración de la teoría en la práctica.

Este estudio fue presentado en las III Jornadas Nacionales de Investigación en Enfermería, celebradas en la Universidad de Santiago de Compostela y organizadas por el Departamento de Enfermería, por lo que sólo utilizaremos aquellos datos necesarios para dar validez y fabilidad que avalen una de las conclusiones que será el punto de partida de esta comunicación.

MATERIAL Y METODOS

De acuerdo con los objetivos del estudio, se consideró que la población a investigar debía estar constituida por profesionales de Enfermería y estudiantes. Se creyó conveniente que estuvieran representados todos los tipos de profesionales en función de su puesto de trabajo (hospitalización, hospitalización a domicilio y Atención Primaria).

El grupo de alumnos estaba formado por estudiantes de segundo y tercero (ya que los de primero no tenían conocimientos suficientes sobre el Proceso de Atención en Enfermería).

Se elaboró un cuestionario con las diversas variables contenidas en la hipótesis, se hizo un pequeño muestreo previo repartiendo 10 encuestas entre profesionales y alumnos, para a partir de éste confeccionar el formulario de encuestas definitivas.

Muestra real obtenida: Se entregó un total de 400 encuestas a profesionales y 99 alumnos. El resultado fue una muestra compuesta por 224 profesionales y 99 alumnos.

— Profesionales	224
— Alumnos de segundo	55
— Alumnos de tercero	44
TOTAL DE LA MUESTRA	323

CONTRASTE DE OPINION: UNA RESPUESTA MOTIVADORA

Pasaremos a analizar solamente el siguiente aspecto:

¿Qué aportación hace el alumno al grupo asistencial de sus conocimientos sobre el P.A.E.?

	Muy positiva (%)	*Positiva (%)*	*Nada positiva (%)*	*No contesta (%)*
Grupo general	46,2	25,3	16,7	11,8
Grupo especial responsabilidad	62,5	31,25	0,0	6,25

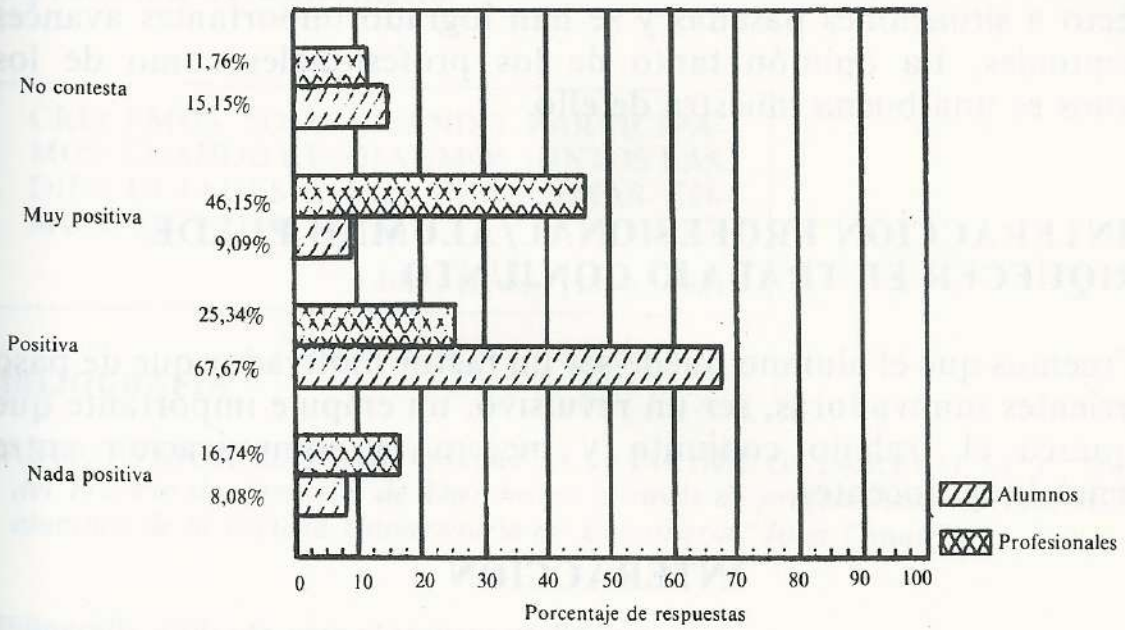
Tanto los profesionales en general como los de especial responsabilidad valoran muy positivamente la aportación de conocimientos del alumno. Quizá por ser un método utilizado para elaborar planes de cuidados durante sus estudios ofrecen un apoyo/colaboración que les facilita su integración en el grupo asistencial (entendemos por especial responsabilidad: supervisoras, coordinadoras...).

Sus conocimientos sobre el P.A.E., ¿qué aportación facilitan al grupo asistencial?

	Muy positiva (%)	*Positiva (%)*	*Nada positiva (%)*	*No contesta (%)*
Segundo curso	14,6	58,2	7,3	20
Tercer curso	2,3	79,6	9,1	9,1

La estiman positiva en su mayoría, aunque los de tercer curso son más prudentes quizá conscientes de su complejidad del método al integrarlo en práctica.

CRUCE DE RESPUESTAS ENTRE PROFESIONALES Y ALUMNOS.
PREG. CONSIDERACIONES SOBRE APORTACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE P.A.E. DEL ALUMNO



Finalmente, nos pareció necesario contrastar opiniones profesional/alumno. Nos llama la atención y nos parece muy positivo la gran aceptación de los profesionales hacia la aportación de conocimientos del alumno, así como la opinión del alumno, pues para éste sólo adquiere importancia aquello que sabe va a formar parte de sus futuras responsabilidades profesionales.

Hasta aquí hemos visto los resultados obtenidos que constituyen nuestro punto de partida, pues creemos que merecen que hagamos todos, asistenciales y docentes, una reflexión.

Todos estamos de acuerdo en que la responsabilidad de unos cuidados enfermeros de calidad dependen de asistenciales y docentes y que entre todos debemos encontrar una línea de comunicación que facilite el acercamiento entre ambos, conscientes de la dificultad que ello entraña.

IMAGEN PROFESIONAL UNIDA SOLIDARIA ASISTENCIALES-DOCENTES

Han pasado 10 años desde que se han reestructurado los estudios de Enfermería, que pueden ser muchos o pueden ser pocos, para que una profesión avance y se consolide.

Asistenciales y docentes hemos manifestado muchas veces la opinión sobre los aspectos negativos: opiniones del profesional de que el alumno no se integra en el equipo, que tiene una actitud pasiva...; por el contrario, el alumno manifiesta sentirse utilizado como mano de obra.

Pero todos sabemos por experiencia que vivimos en una sociedad en que todo cambia, indudablemente hay cambios significativos con respecto a situaciones pasadas y se han logrado importantes avances conceptuales. La opinión tanto de los profesionales como de los alumnos es una buena muestra de ello.

LA INTERACCION PROFESIONAL/ALUMNO PUEDE ENRIQUECER EL TRABAJO CONJUNTO

Creemos que el alumno puede ser un factor motivador que dé paso a corrientes innovadoras, ser un revulsivo, un empuje importante que enriquezca el trabajo conjunto y mejora la comunicación entre asistenciales y docentes.

INTERACCION

Alumno	*Profesional*
Creatividad	Experiencia
Sensibilidad	Objetividad
Espíritu crítico	Autoridad de la experiencia
Receptividad	Capacidad de análisis
Utopía	Selección
Participación	

Creemos que la mejor forma de aprender es enseñando. Los profesores aprendemos todos los días de nuestros alumnos, ya que éstos tienen grandes potencias de creatividad, sensibilidad, un espíritu crítico... Tratemos de aportar lo mejor de cada grupo y que los estudiantes se enriquezcan con la experiencia de los profesionales, propiciando un ambiente que fomente las opiniones mutuas.

Los resultados de este análisis nos motivaron a iniciar una etapa de colaboración a través de las direcciones de Enfermería Hospital-Escuela, coordinando esfuerzos para conseguir integrar los intereses de ambos, contribuyendo a generalizar el uso de una metodología propia de la Enfermería que mejora la calidad de la asistencia y de la enseñanza.

Estamos abordando las actividades que hagan posible la elaboración de planes de cuidados más sistematizados que permitan definir y medir la calidad de los mismos en un área médica en donde los usuarios tienen alta dependencia de cuidados de Enfermería con un compromiso de asistenciales, docentes y alumnos.

Nuestro deseo es seguir caminando para contribuir al desarrollo de la profesión de Enfermería.

> CRECEMOS SOLO CUANDO PARTICIPAMOS, CUANDO RESOLVEMOS JUNTOS LAS DIFICULTADES Y LOS PROBLEMAS COMUNES.
>
> John Dewey (1859-1952)

BIBLIOGRAFIA

CASTRO VEIGA, C.; PRIETO DIAZ, A., y PICHEL GUERRERO, M. J.: *Análisis del Proceso de Atención de Enfermería a través de profesionales de Enfermería y alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería "Juan Canalejo".*

Bibliografía utilizada para el trabajo preliminar

B.O.E. n.º 283, de 31 de octubre de 1977.

CARPENITO, L (1987): *Diagnóstico de Enfermería.* Madrid. Interamericana —McGraw— Hill.

MOMPART GARCIA, M. P.: "Necesidades de investigación en cuidados de Enfermería". *Revista Rol,* 145:19-23. Septiembre 1991.

EVOLUCION ACADEMICA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERIA MATRICULADOS POR PRIMERA VEZ EN 1984/85 EN LA E.U.E. DE BARCELONA

Lourdes García
Roser Valls
Pilar Antón
Enriqueta Force
M.ª Dolores Miguel
Gloria Seguranyes

Análisis Estadístico: **Mariona Monegal**
E.U.E. Universidad de Barcelona

INTRODUCCION

El presente trabajo es fruto del interés de un grupo de profesores pertenecientes al Consejo de Estudios de Enfermería por conocer las características generales de los estudiantes de Enfermería y su posible relación con el comportamiento académico de los mismos a lo largo de sus estudios.

Se analiza especialmente el rendimiento académico de los estudiantes en las distintas asignaturas y cursos que integran la carrera.

La promoción elegida para el trabajo fue la que inició sus estudios en el año 1984-85, con el propósito de que en la actualidad la mayoría de los estudiantes tuviesen sus estudios acabados.

El trabajo se planteó como un estudio descriptivo y retrospectivo, y las variables que en un inicio se plantearon como objeto del estudio fueron: edad, sexo, turno y vías de ingreso de los estudiantes en relación con el comportamiento académico.

En primer lugar se efectuó una revisión bibliográfica completa del tema. Seguidamente se inició la confección de una matriz, que sirvió para recoger los datos de una forma sencilla, sistemática y completa.

Este trabajo es una primera aproximación descriptiva al tema, pero creemos que sería interesante una continuación con el análisis de otras variables, como el trabajo de los estudiantes, que pueden condicionar de forma importante el rendimiento académico de los mismos, así como el estudio comparativo entre distintas promociones.

Por último, consideramos que la realización de estudios similares en otras Escuelas de Enfermería de España podría ser interesante para la contrastación de resultados.

Objetivos

1. Conocer las características generales del alumnado: edad, sexo y procedencia.

2. Estudiar los años de permanencia del alumno en la Escuela y el número de diplomados de esta promoción.

3. Comprobar si hay alguna asignatura con más dificultades de superar que otras en cada curso, así como observar si existen diferencias de comportamiento según turno, sexo y vía de ingreso.

MATERIAL Y METODOS

Fuente de datos

Los datos se han extraído del expediente de los alumnos, que se encuentra en el Negociado de la Escuela. Para llevar a cabo la recogida de datos se ha utilizado una matriz elaborada previamente que recoge datos generales del estudiante: nombre, sexo, fecha de nacimiento, vía de acceso y turno. Además, de cada asignatura se ha recogido: año de matrícula, calificación obtenida, convocatorias utilizadas y año en que supera la asignatura. La matriz incluye también un apartado de "observaciones" donde se registran los aspectos a destacar. Antes de iniciar la recogida de datos, la matriz se probó en un número reducido de expedientes.

Descripción de la población

El estudio se centra en el seguimiento de todos los alumnos (187) que se matriculan por primera vez en la Escuela, repartidos en dos turnos: mañana (93) y tarde (94). El estudio se continúa hasta el curso 1988-89.

Variables

— Edad.
— Sexo.
— Vía de acceso (C.O.U., Formación Profesional de segundo grado, mayores de 25 años, otras carreras).
— Turno.
— Calificación de la asignatura.
— Abandonos.
— Año de matrícula de cada asignatura.
— Año que supera la asignatura.
— Número de convocatorias suspendidas.
— Número de convocatorias no presentadas.

Análisis estadístico

El tratamiento de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS/PC, utilizando estadística descriptiva, y el chi cuadrado para el estudio comparativo.

RESULTADOS

Características generales de la población

— El 83 por 100 son mujeres y el 17 por 100 varones.
— La edad del grupo oscila entre 17 y 37 años, siendo la media 20,8 años, con una desviación estándar de 3,76 años (gráfico 1).

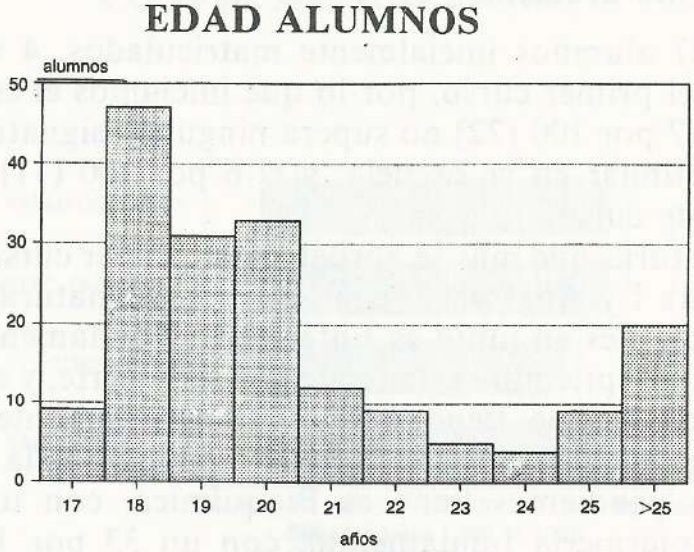
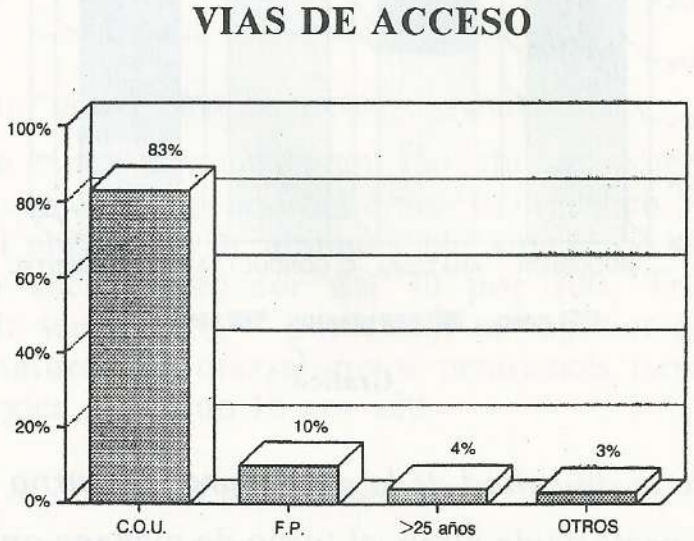


Gráfico 1

— El 83 por 100 de los alumnos proceden de C.O.U., el 10 por 100 de Formación Profesional y los restantes se reparten: 4 por 100 mayores de 25 años y 3 por 100 de otras carreras (gráfico 2).



Gráficos 2

Se debe precisar que al inicio del estudio los turnos son comparables en cuanto al sexo y formación al ingreso, aunque el turno de tarde recibe más del doble de alumnos de F.P. y de mayores de 25 años.

Estudio comparativo de la dificultad de las asignaturas en primer curso

Comportamiento académico de primer curso

De los 187 alumnos inicialmente matriculados, 4 renuncian a la matrícula en el primer curso, por lo que iniciamos el estudio con 183 alumnos. El 12 por 100 (22) no supera ninguna asignatura, por lo que no puede continuar en la Escuela, y el 6 por 100 (11) abandona los estudios en este curso.

Las asignaturas que más se aprueban en primer curso son: Ciencias de la Conducta I y Anatomo-Fisiología. La asignatura que tiene más alumnos pendientes en junio es Enfermería Fundamental, seguida de Bioquímica. En septiembre esta tendencia se invierte, y es la asignatura de Bioquímica la que tiene más alumnos pendientes. Analizando conjuntamente la convocatoria de junio y septiembre, la asignatura que más alumnos pendientes tiene es Bioquímica, con un 39 por 100; seguida de Enfermería fundamental, con un 33 por 100; Anatomo-Fisiología, 28 por 100, y Ciencias de la Conducta I, 12 por 100 (gráfico 3).

Gráfico 3

Relación entre la dificultad de la asignatura y el turno

En la convocatoria de junio, el turno de mañana aprueba más que el de tarde, siendo esta diferencia significativa en todas las asignaturas,

excepto en Ciencias de la Conducta I. Por el contrario, cuando analizamos los resultados globales entre junio y septiembre, observamos que no existen diferencias, salvo en la asignatura de Anatomo-Fisiología, que la aprueban más alumnos en el turno de mañana (gráfico 4).

ALUMNOS APTOS 1.er CURSO
CONVOCATORIA JUNIO

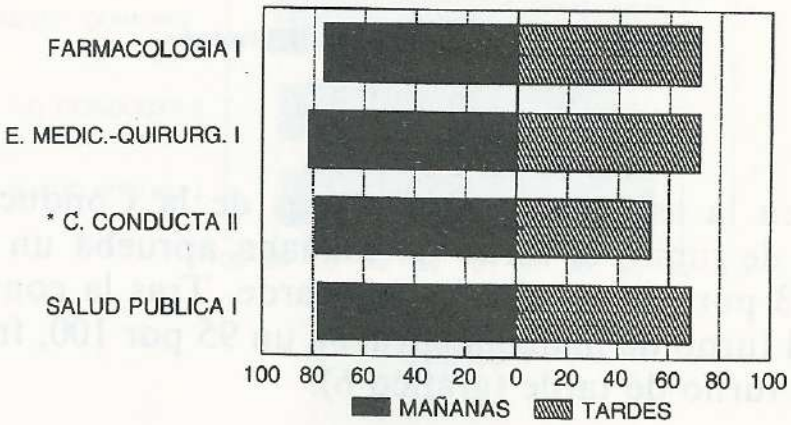


Gráfico 4

Relación entre la dificultad de la asignatura y el sexo

No se aprecian diferencias significativas en ninguna asignatura, ni en junio ni en septiembre, en relación al sexo.

Estudio comparativo de la dificultad de las asignaturas en segundo curso

Comportamiento académico de segundo curso

En segundo curso se matriculan 150 alumnos, pero durante el mismo se produce un abandono del 5 por 100 (gráfico 5).

En junio, el porcentaje de alumnos que supera las asignaturas de segundo curso oscila alrededor del 70 por 100. Transcurrida la convocatoria de septiembre, el porcentaje es superior al 80 por 100, siendo la asignatura que más alumnos pendientes tiene Enfermería Médico-Quirúrgica I, con un 16 por 100.

Relación entre la dificultad de la asignatura y el turno

En ambas convocatorias, los alumnos del turno de mañana aprueban más que los alumnos de tarde, pero la diferencia sólo es

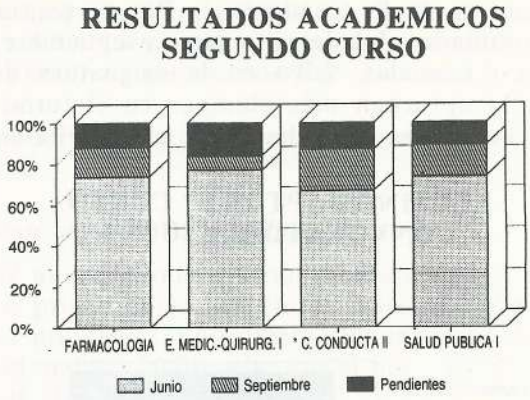


Gráfico 5

significativa en la asignatura de Ciencias de la Conducta II. En la convocatoria de junio, el turno de mañana aprueba un 79 por 100, frente a un 53 por 100 en el turno de tarde. Tras la convocatoria de septiembre, el turno de mañana aprueba un 95 por 100, frente a un 78 por 100 en el turno de tarde (gráfico 6).

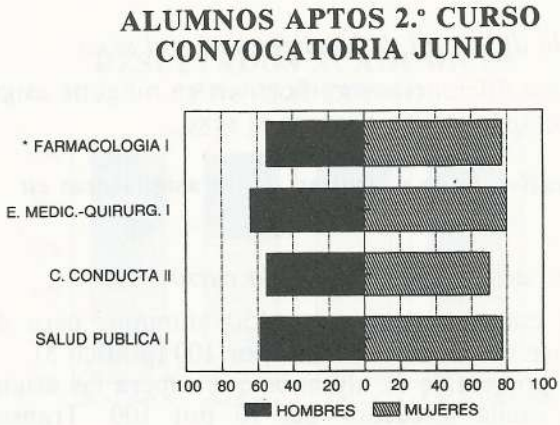


Gráfico 6

Relación entre la dificultad de la asignatura y el sexo

Se observa que el porcentaje de mujeres que aprueba es superior al de los hombres en todas las asignaturas. En la convocatoria de junio se aprecian diferencias significativas en la asignatura de Farmacología y

Dietética: el 77 por 100 de las mujeres la superan, frente al 55 por 100 de los hombres. Sin embargo, transcurrida la convocatoria de septiembre, encontramos diferencias significativas en la asignatura de Enfermería de Salud Pública I, que la liberan el 91 por 100 de las mujeres, frente al 77 por 100 de los hombres (gráfico 7).

ALUMNOS APTOS 2.º CURSO
CONVOCATORIA JUNIO

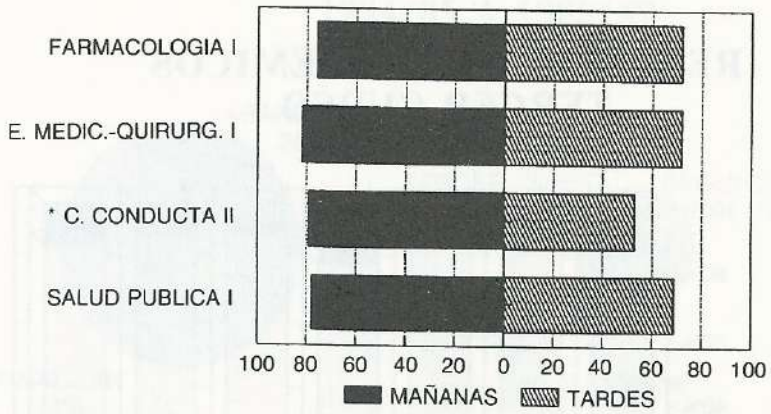


Gráfico 7

Estudio comparativo de la dificultad de las asignaturas en tercer curso

Comportamiento académico de tercer curso

En tercer curso se matriculan 141 alumnos, y durante el mismo todavía se produce un abandono del 3 por 100 (6). Dos alumnos convalidan la asignatura de Farmacología.

En la convocatoria de junio se observa una tendencia general a superar todas las asignaturas; al finalizar la convocatoria de septiembre, el porcentaje supera en todas las asignaturas el 90 por 100, excepto Enfermería de Salud Pública II, con un 89 por 100.

Relación entre la dificultad de la asignatura y el turno

En ambos turnos se observa una tendencia similar a superar las asignaturas, sólo existen diferencias significativas en la asignatura de Farmacología y en la convocatoria de junio. Por la mañana aprueba un 99 por 100, frente a un 92 por 100 por la tarde.

Relación entre la dificultad de la asignatura y el sexo

El porcentaje de mujeres que aprueban es superior al de los hombres en todas las asignaturas, excepto Farmacología, que, al

finalizar el curso, la superan el 100 por 100 de los hombres, frente al 97 por 100 de las mujeres, aunque estas diferencias no son significativas.

Comportamiento global de la promoción

De los 183 alumnos matriculados en primer curso, sólo finalizan los estudios en el año académico correspondiente (1986-87) el 52 por 100 (95) del total. Este porcentaje alcanza el 74 por 100 (135) en el año 1988-89, año de inicio de este estudio (gráfico 9).

RESULTADOS ACADEMICOS
TERCER CURSO

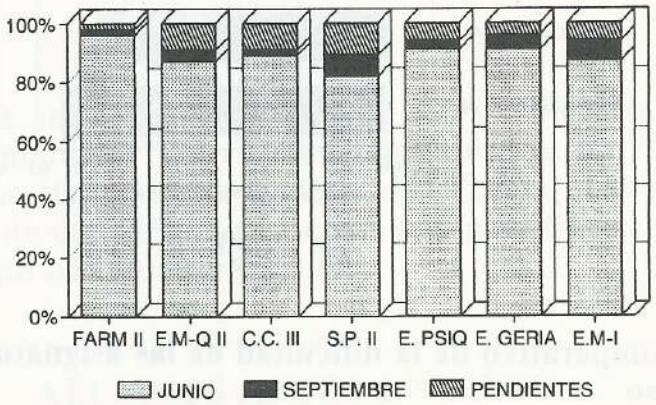


Gráfico 8

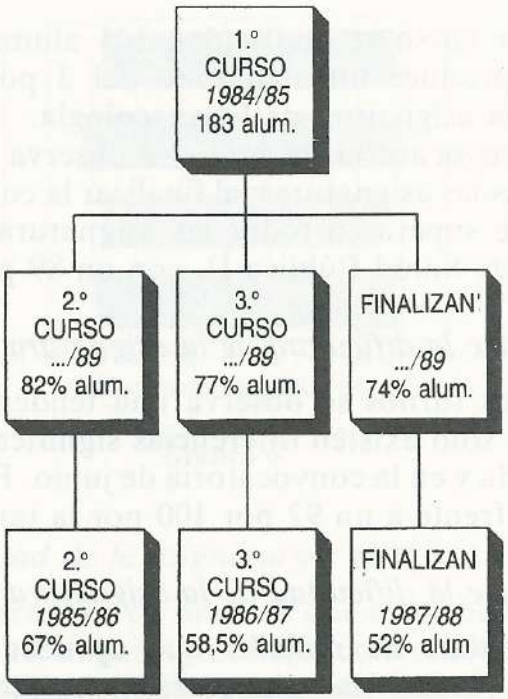


Gráfico 9

Hemos observado que se producen abandonos a lo largo de todos los cursos de la carrera. No obstante, el porcentaje más elevado de abandonos se produce, lógicamente, en primer curso (18 por 100), seguido de un 5 por 100 que lo efectúa en segundo curso y, finalmente, el 3 por 100 de los alumnos lo hace en tercer curso (gráfico de abandonos).

EVOLUCION DE LA PROMOCION 1984/85 A 1988/89

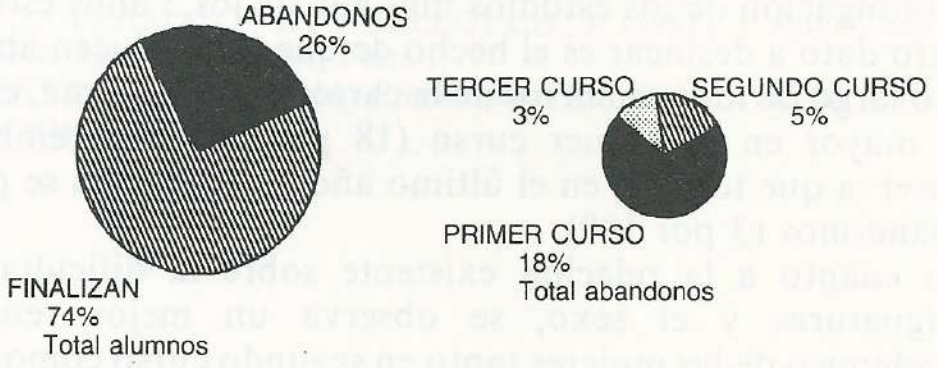


Gráfico 10

CONCLUSIONES

A título de conclusiones consideramos que merecen destacarse algunos datos que, a nuestro criterio, pueden permitir configurar un posible perfil del alumnado de Enfermería que inició sus estudios en el curso 1984-85.

— Enfermería sigue considerándose una carrera eminentemente femenina (83 por 100 mujeres).
— La media de edad de los estudiantes es de 20,8 años.
— La mayoría de los alumnos provienen del Curso de Orientación Universitaria (83 por 100).
— Se observa que los alumnos que ingresan por la vía del C.O.U. muestran una preferencia (aunque no es estadísticamente significativo) por elegir el turno de mañana, mientras que el turno de tarde tiene un mayor porcentaje de alumnos procedentes de Formación Profesional de segundo grado, mayores de 25 años y de otras carreras. Posiblemente, el motivo de elección de turno de tarde se deba a razones de trabajo (variable que no se ha estudiado en la presente investigación) y ello influya en el

mejor rendimiento de los alumnos del grupo de mañana, tanto en primer curso como en segundo curso. Sin embargo, esta tendencia tiende a igualarse en tercer curso, hecho que podría explicarse por la circunstancia de que muchos alumnos dejan de trabajar en este curso por la mayor exigencia académica.

— El porcentaje de alumnos que han finalizado sus estudios al inicio de este trabajo (1988-89) es el 74 por 100. Un dato que resulta sorprendente es el porcentaje limitado de alumnos (52 por 100) que finaliza sus estudios por tres años.
Podría explicarse por la dificultad que supone compaginar los estudios de enfermería con un trabajo estable, lo que produciría prolongación de los estudios más allá de los 3 años estipulados.

— Otro dato a destacar es el hecho de que se producen abandonos a lo largo de los tres cursos de la carrera; lógicamente, el número es mayor en el primer curso (18 por 100); sin embargo, se observa que todavía en el último año de la carrera se producen abandonos (3 por 100).

— En cuanto a la relación existente sobre la dificultad de las asignaturas y el sexo, se observa un mejor rendimiento académico de las mujeres tanto en segundo curso como en tercer curso.

— Si valoramos la dificultad de las diferentes asignaturas en cada curso, se podría concluir que:

- En primer curso, la dificultad principal está en las asignaturas de Enfermería Fundamental y Bioquímica, debido a la complejidad y al índice de dificultad de las mismas. La Enfermería Fundamental estaba constituida por 5 materias (Enfermería, Introducción a la Salud Pública, Pedagogía, Microbiología y Estadística), es muy probable que en junio les quedara una de estas materias (frecuentemente la Estadística) y tuvieran que presentarse en septiembre. Por otro lado, la Bioquímica es una asignatura que presenta dificultades para algunos alumnos por la característica intrínseca de la materia, que precisa de unos conocimientos previos.
- En segundo curso, la asignatura con mayor número de alumnos pendientes es la Enfermería Médico-Quirúrgica I, con un porcentaje de un 16 por 100.
- Ya para concluir añadir que en tercer curso se observa una tendencia general a aprobar todas las asignaturas, tanto en la convocatoria de junio como en la de septiembre.

BIBLIOGRAFIA

ANDER EGG, E. (1986): *Técnicas de Investigación Social.* Ed. Humanitas, Buenos Aires.

ARNAU, J. (1981): *Diseños experimentales en Psicología y educación,* vol. 1. Ed. Trillas, México.

DOMENECH, J. M. (1987): *Bioestadística: Métodos estadísticos para investigadores.* Ed. Herder, Barcelona.

LOPEZ LOPEZ, P. (1990): "Exito y fracaso académico en la Universidad", en *Papeles del psicólogo.* Ed. Colegio Oficial de Psicólogos. Epoca II, núm. 44-45, p. 103.

MARIJA, J. NORUSIS (1987): *SPSS/PC+ for the IBM PC/XT/AT, Statistics Guide SPSS Inc.* Chicago, Illinois.

OROVAL, ORRIOLS y TORRENT (1988): *Estudi pilot: Els resultats Académics a la Facultat de Dret desde l'any 1981-82 fins al 1985-86.* Ed. P.V.P., Barcelona.

SCHARTZ, A.; FLAMANT, R., y LELLOUCH, J. (1987): *L'Essai Therapeutique chez l'homme.* Ed. Flammarión, París.

UNIVERSITAT DE BARCELONA: *Estadística d'Estudiants,* 1982-88. Universitat de Barcelona, mayo 1990.

TRES AÑOS DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Paola Gil
Gloria Fernández
Daniel Rodríguez
Enfermeros Hospital "Príncipes de España"
Bellvitge (Barcelona)

INTRODUCCION

La investigación en Enfermería ha seguido un curso irregular, con altibajos, tal como suele ocurrir en la mayor parte de las disciplinas nacientes.

La práctica de la Enfermería y los servicios prestados por la enfermera a la sociedad es un fenómeno aún mal comprendido. Se necesitan estudios científicos para comprender y explicar las funciones y las formas de asistencia, para satisfacer las necesidades de la sociedad y ayudar a los individuos a recuperar o conservar la salud.

En los últimos 30 años, el método científico de investigación ha llegado a tener un papel cada vez más importante.

A lo largo de estos años cada vez ha sido mayor el número de enfermeras que se han ido preparando en Metodología Científica y que han realizado trabajos de investigación, buscando en los resultados la solución a los problemas que se les planteaban en los cuidados de Enfermería diarios.

Sin embargo, en nuestro país la investigación en Enfermería es un campo nuevo, ya que hasta fechas muy recientes esta necesidad no existía. Lo que se hizo durante largo tiempo fue ir absorbiendo los conocimientos de otras disciplinas afines a ella sin haber creado su propio marco conceptual.

Actualmente, Enfermería ha comprendido que necesita crear una infraestructura y potenciar la investigación para desarrollar un cuerpo de conocimientos propio. Esto será posible con la realización de trabajos y estudios, los cuales nos permitirán diseñar nuevas técnicas, medir los efectos de nuestros cuidados, valorar nuestra función y mejorar los métodos que utilizamos aumentando su eficacia.

EVOLUCION CRONOLOGICA

En este trabajo intentamos exponer el curso que ha ido siguiendo en nuestro Hospital la investigación en Enfermería.

El Hospital de Bellvitge se inauguró en el año 1972; muy al principio surge entre los facultativos la inquietud de organizar una Comisión de Investigación que controle y regule los ensayos clínicos, impulse proyectos de investigación y dote a la institución de recursos suficientes para todo ello.

En la documentación consultada consta que a las reuniones de esta Comisión de Investigación asiste una enfermera (miembro de Dirección de Enfermería), aunque su presencia parece ser más testimonial que efectiva.

El 17 de julio de 1986 es una fecha importante para el desarrollo de la investigación en el Hospital: el "Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social", organismo dependiente del Instituto Nacional de la Salud, acuerda acreditar a este centro como Unidad de Investigación del F.I.S.

La Junta Clínica del Hospital (formada por médicos y enfermeras) se plantea, en octubre de 1987, una reestructuración formal de las comisiones del Hospital, y entre ellas de la Comisión de Investigación.

En octubre de 1987, y a propuesta de la Junta Clínica, un miembro de Enfermería pasa a formar parte de derecho de la Comisión de Investigación del Hospital.

El primer objetivo que se plantea Enfermería es organizar una subcomisión íntimamente ligada a la Comisión de Investigación original (compuesta mayoritariamente por médicos), pero que esta comisión esté formada exclusivamente por personal de Enfermería.

Se abre un período para que el personal interesado solicite la pertenencia a dicha subcomisión, y, con el visto bueno de la Junta Clínica y de la Dirección de Enfermería, se inicia rápidamente su funcionamiento.

La filosofía que nos lleva a esta decisión no es de ninguna manera el actuar separados del colectivo médico porque sí. Muy al contrario, entendemos que la investigación en el terreno asistencial es algo propio de un Hospital de estas características, y en ella deben actuar conjuntamente médicos y enfermeras.

Pero la realidad que nos encontramos no es igual para los dos colectivos.

Si bien el colectivo médico tiene ya una larga experiencia en este terreno y su funcionamiento está perfectamente definido y delimitado, en el caso de Enfermería se ha de partir prácticamente de cero.

Por eso, la organización de que nos dotamos (Comisión de Investigación de Enfermería) pretende, más que encauzar las actividades

de investigación que ya se dan, motivar a Enfermería a que investigue y suplir en los ya motivados las diferencias de formación y medios de que pudieran adolecer.

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantea desde su constitución esta comisión son:

1. Crear la infraestructura suficiente para potenciar la investigación de Enfermería dentro del Hospital.
2. Dar apoyo metodológico, estadístico, bibliográfico y recursos audiovisuales a todo el personal de Enfermería del Hospital que esté interesado en la realización de trabajos de investigación.
3. Evaluar proyectos y conducirlos hacia las fuentes de financiación más adecuadas. Estas fuentes son: F.I.S., C.I.R.I.T., becas, laboratorios, etc.
4. Cuantificar y elaborar una relación de los trabajos realizados en el Hospital para así poder editar una memoria.
5. Elaborar, junto con Formación Continuada, cursos de Método Científico, Estadística e Informática para todo el personal que quiera ampliar conocimientos sobre estas materias.

COMPOSICION DE LA COMISION DE INVESTIGACION

La Comisión de Investigación de Enfermería la forman 10 miembros, que a su vez están participando de forma activa en las siguientes comisiones del Hospital:

— Un miembro (Presidente de la Comisión de Investigación de Enfermería) que a su vez es miembro de la Comisión de Investigación del Hospital.
— Un miembro de Formación Continuada.
— Un miembro en la Comisión de Estadística e Informática.
— Tres miembros en la Comisión de Cienciometría.
— Un miembro en la Comisión de Biblioteca.
— Un miembro en la Comisión de Audiovisuales.
— Dos miembros en la Comisión de Proyectos de Investigación.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

— Para estimular la realización de trabajos se creó el premio "Príncipes de España" para Enfermería, del que se han celebrado ya dos convocatorias.

— Se han realizado dos cursos de Metodología de la Investigación (de carácter gratuito) para la adquisición de conocimientos en Metodología Científica.
— Se han actualizado los recursos bibliográficos con la adquisición de nuevos libros sobre investigación, así como se ha facilitado el acceso a la base de datos de otras instituciones.
— Se ha realizado un curso de Estadística para el personal médico y de Enfermería (1989).
— Se introdujo en el Hospital la dinámica de realizar sesiones de Enfermería periódicas sobre temas monográficos.
— Se han elaborado dos memorias que corresponden a la actividad de la Comisión de Investigación durante los años 1988 y 1989:

1988:

- 6 trabajos en servicios especiales.
- 5 trabajos en servicios de cirugía.
- 9 trabajos en unidades de áreas médicas.
- 13 trabajos que optaron al premio "Príncipes de España".

1989:

- 6 trabajos del Departamento de Control de Calidad.
- 5 trabajos en el área quirúrgica.
- 2 trabajos en el área médica.
- 2 trabajos en el Servicio de Nutrición Parenteral.
- 16 trabajos en el área de Servicios Especiales.
- 7 trabajos optaron al premio "Príncipes de España".

Los resultados de estos ejercicios, aun no siendo espectaculares, nos permiten ir fijando nuevas metas para un futuro inmediato.

PROPOSITOS A CORTO PLAZO Y CONCLUSION

1. Determinar los intereses y conocimientos en investigación de los profesionales de Enfermería en nuestro hospital a través de datos obtenidos mediante encuesta.
2. Identificar aquellos factores por los que Enfermería tiene dificultad para investigar.
3. Establecer las estrategias necesarias para obtener nuevas aportaciones en el campo de la investigación que nos permitan mejorar los resultados obtenidos.

Tanto la constitución de la Comisión de Investigación de Enfermería como las actividades desarrolladas hasta ahora se han hecho con el fin de abrir nuevas perspectivas a nuestros profesionales por medio de una ampliación de conocimientos que nos permitirá reafirmarnos como miembros del equipo asistencial con identidad propia, así como mejorar la calidad técnica y humana de nuestro trabajo.

LA INVESTIGACION EN LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS: UNA EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

Benedicta Ojeda Perez
Rafael Vallespin Montero
Gloria Acosta Suarez
Profesores de Enfermería Fundamental. Las Palmas

INTRODUCCION

Durante los últimos cinco años la Escuela Universitaria de Enfermería de Las Palmas, más concretamente el profesorado de la asignatura de Enfermería Fundamental se propuso como uno de los objetivos principales la introducción del alumnado en la investigación en Enfermería. Con esta comunicación hemos pretendido, además de describirles nuestra experiencia, analizar objetivamente las posibilidades reales que tenemos los enfermeros de realizar esta función.

La experiencia que vamos a describir corresponde a los últimos cinco años. La Escuela Universitaria de Enfermería a la que pertenecemos tenía como titular un ente no universitario. En la actualidad acaba de integrarse en la Universidad de Las Palmas.

Según la Ley de Reforma Universitaria (L.R.U.) "la Universidad es un servicio público al que corresponde la educación superior y que lo realiza mediante la docencia, el estudio y la investigación". Al ser universitarios los estudios de enfermería está claro que en las Escuelas Universitarias de Enfermería se ha de realizar docencia, estudio e investigación. No obstante, según el artículo 33 de la propia L.R.U., "son los catedráticos y los profesores de Universidad los que tienen plena capacidad docente e investigadora, mientras que los catedráticos y profesores titulares de Escuelas Universitarias tienen plena capacidad docente y sólo plena capacidad investigadora cuando se hallen en posesión del título de doctor". Asimismo, según el artículo 8 de la L.R.U., "son los Departamentos los órganos básicos encargados de organizar y desarrollar la investigación", y según el artículo 31, "los Cursos del Doctorado son los que tienen como finalidad la especialización del estudiante y su formación en las técnicas de investigación dentro de un área de conocimiento".

Teóricamente, todas las normativas citadas cierran las puertas de la investigación a los profesores enfermeros de las Escuelas Universitarias

Adscritas, ya que ni son profesores titulares de Escuelas Universitarias ni están encuadrados en ningún Departamento. Sin embargo, y según nuestra experiencia, nada nos ha impedido de manera tajante que durante cinco años consecutivos nuestra Escuela haya realizado investigación y haya iniciado y preparado al alumnado para llevar a cabo la misma.

Las hipótesis que nos planteamos fueron las siguientes:

1. Ante la L.R.U. las Escuelas Universitarias de Enfermería Adscritas estás en clara desvestaja con respecto a los otros Centros Universitarios.
2. La Comunidad Universitaria desconoce y, por tanto, no valora, ni positiva ni negativamente, la investigación en la Escuela Universitaria de Enfermería.

METODOLOGIA

La muestra seleccionada para este estudio estuvo formada por 29 Departamentos de la Universidad de Las Palmas y por 120 profesores pertenecientes a las Facultades y Escuelas Universitarias de dicha Universidad.

Instrumentos

Se elaboraron dos cuestionarios. El primero de ellos consta de 11 items, formulados con la finalidad de recoger información de tipo descriptivo, sobre el estado de la investigación en los Departamentos de la Universidad de Las Palmas.

El segundo de los cuestionarios consta de 10 items formulados con la intención de recabar información sobre la opinión del profesorado acerca de la investigación en las Escuelas Universitarias y más concretamente en las Escuelas de Enfermería.

Igualmente se precedió una revisión cronológica de los trabajos de investigación realizados bajo la supervisión y coordinación del profesorado de Enfermería Fundamental, durante los últimos cinco años en nuestra Escuela.

Procedimiento

Los datos procedentes de los Departamentos fueron despreciados en base a la no representatividad de la muestra, ya que sólo respondieron cuatro. Este hecho lo tendremos en cuenta en las conclusiones.

Lo datos procedentes del profesorado fueron procesados en un microprocesador PC-IBM-80/386 por medio del programa SPSS, sin

poder ser tratados estadísticamente, debido a la escasez de la muestra resultante, ya que sólo respondió el 25 por 100 de la muestra original y por ellos sólo hemos elaborado los porcentajes correspondientes.

INTERPRETACION DE LOS DATOS

Las variables 1 y 2 que tratan de captar la importancia dada por los profesores a la investigación para mejorar la calidad de la profesión (la 1 en las Escuelas Universitarias y la 2 en Facultades), arrojaron idénticos resultados, ya que el 100 por 100 de los sujetos opinaron que la investigación es necesaria para esa mejora.

Respecto a las variables 3 y 4 que hacían referencia a la información del profesorado sobre los trabajos de investigación en carreras universitarias de grado medio, y qué opinión les merecen los mismos, nos encontramos con que el 50 por 100 tienen información sobre ellos y el otro 50 por 100 no la tienen; de los que tienen información el 60 por 100 la valoran como positiva y el 40 por 100 como muy positiva.

En cuanto a las variables 6 y 7, que tratan del objetivo e importancia de la investigación en Enfermería, el 95 por 100 opinan que Enfermería debe evaluar su trabajo con periodicidad para mejorar la calidad del mismo, con igual porcentaje se encuentran los que consideran importante la investigación en Enfermería.

Respecto a la variable número 8 que cuestiona si la investigación en Enfermería debe limitarse a ayudar a la investigación en Medicina, nos encontramos con que el 30 por 100 de los sujetos opinan que así debe ser.

Por último, veamos los resultados obtenidos en las variables 9 y 10 que cuestionan la cualificación del DUE para realizar investigación y ésta como función propia de Enfermería. Encontramos que el 40 por 100 opina que el DUE no está cualificado para llevar a cabo esta función mientras que un 83 por 100 creen que la investigación es una función propia de Enfermería.

De la revisión cronológica de los 35 trabajos de investigación realizados en la Escuela durante los últimos cinco años se desprende que los contenidos son de lo más diversos y sin llevar una línea clara de investigación. Volveremos sobre este tema en el apartado de las conclusiones.

Cuatro de trabajos realizados

CURSO 85-86:

- Escaras.
- Cuidados en el postoperatorio.

- Calidad de las analíticas.
- Higiene hospitalaria.

CURSO 86-87:

- Rol docente de los supervisores.
- Cuidados de enfermería en pacientes heparinizados.
- Tratamiento del paciente en el ingreso.
- Infecciones de las heridas en el postoperatorio.
- Control de catéteres y apósitos.
- Equivalencia de aprobados en DUE y ATS.
- La juventud encuesta a la juventud.
- Métodos anticonceptivos en la juventud canaria.
- Ansiedad en los tres últimos meses de embarazo.

CURSO 87-88:

- Estudio espirométrico en niños canarios.
- Enfermería y vocación.
- Control de la embarazada.
- Infecciones nosocomiales.
- Conocimiento y conciencia del S.I.D.A. en Enfermería.
- Hospitalismo.
- Alcohol: Dependencia en los adolescentes.
- Factores socioculturales que pueden derivar en demencia senil.
- Factores de la personalidad que propician la aparición de trastornos cardiovasculares.

CURSO 88-89:

- Autocuidados en la vejez.
- El estrés en los alumnos de Enfermería.
- Actitud del personal sanitario ante pacientes inmunodeprimidos.
- Donación de órganos para transplantes.
- Reacción de los estudiantes ante pacientes infectocontagiosos.
- El tabaquismo en la mujer canaria.

CURSO 89-90:

- Necesidades espirituales en el individuo.
- La enfermería ante la sociedad.
- La enfermería: ¿Hombre o mujer?
- Hábitos alimenticios en los ancianos.
- Actitud de enfermería ante el paciente geriátrico.

- Eficacia de la campaña de información sobre el cáncer del año 1989 en Europa.
- La deshumanización en Enfermería.

TOTAL: 35

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En primer lugar señalamos el hecho, para nosotros de mucha importancia, de no haber recibido respuesta por parte de los Departamentos a las preguntas formuladas en el cuestionario. Siendo totalmente benevolentes podemos justificar este hecho en base a lo inoportuno del momento (comienzo del curso, creación de la nueva Universidad, trabajo excesivo, etc.). En un nivel de interpretación más estricto podemos considerar este silencio como falta de coordinación, desconocimiento, etc. Sin embargo, lo que nos tememos es que detrás de ese silencio exista una desvalorización total hacia la Escuela de Enfermería. No obstante, y dado que lo expuesto son elucubraciones nos hemos planteado el replicar este estudio después de que la Escuela haya permanecido un año integrada de pleno derecho en la Universidad.

Con respecto a los datos procesados sobre la opinión del profesorado y a pesar de lo poco representativo que pueda resultar el 25 por 100 de las opiniones, si podemos pararnos en las siguientes reflexiones:

1. La Comunidad Universitaria, aún reconociendo la importancia de la investigación en las Diplomaturas, conoce poco o desconoce los trabajos de investigación que se llevan a cabo en las mismas. Esto quizá sea debido, no sólo al poco interés que representan en general, sino a la mala proyección y divulgación de los trabajos de investigación que realizamos. A pesar de ello, aquellos que sí conocen trabajos realizados por Escuelas Universitarias los han valorado muy favorablemente y consideran que los mismos poseen rigor científico.
2. Lo expuesto anteriormente se refiere a las Escuelas Universitarias en general. Particularmente y con respecto a Enfermería, todos los sujetos opinaron que es de gran importancia la investigación en la misma, aunque constatamos que la Comunidad Universitaria sigue considerando, en gran medida, nuestras funciones ligadas a las de Medicina y dependientes de la misma. Esto puede justificar la aparente contradicción en la que un 40 por 100 no considera a los DUE cualificados para realizar investigación, a la vez que un 85 por 100 incluye esta como una función propia de Enfermería.

Comprobamos que en los trabajos de investigación realizados durante los últimos cinco años no ha existido una línea clara de investigación; esto se debe, fundamentalmente, a que el objetivo primario no fue otro que enseñar al alumno el método científico y enseñarle a aplicar el mismo. Sin embargo, a lo largo de los años transcurridos observamos una inclinación hacia la línea que hoy, de forma clara y consciente, pretendemos seguir. Ante todo lo anteriormente expuesto llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La primera de nuestras hipótesis —que como recordarán planteaba que ante la LRU la Escuelas Universitarias Adscritas están en clara desventajas con respecto a los otros centros Universitarios— ha quedado insuficientemente demostrada, dado que los departamentos cuestionados no han dado respuesta. A pesar de ello seguimos considerando que la hipótesis sigue siendo válida y seguiremos profundizando en la misma como señalamos anteriormente.

2. La segunda hipótesis —que planteaba que la Comunidad Universitaria desconoce y, por tanto, no valora, ni positiva ni negativamente, la investigación en la Escuela de Enfermería— ha quedado demostrada. A pesar de ello, consideramos que se puede y se debe realizar investigación en todas las Escuelas Universitarias de Enfermería. Sería deseable que en los diferentes distritos universitarios en los que existan una o varias Escuelas Adscritas éstas se imbricaran en la línea de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad correspondiente, siempre y cuando éstos estén dirigidos por Enfermeras.

3. Es necesario que las enfermeras comuniquemos con mayor frecuencia los resultados de los trabajos de investigación realizados, no sólo a nivel de Enfermería, sino a nivel de toda la Comunidad Universitaria, con la finalidad de que ésta valore y critique nuestro trabajo.

4. Si Enfermería está integrada como un Departamento más de la Universidad, éste debe tener una línea clara y concreta de investigación, en este sentido el Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas, se propone la siguiente línea de investigación:

Los trabajos de investigación estarán dirigidos a la mejora de los cuidados integrales del individuo, haciendo especial hincapié en las funciones independientes de Enfermería y basándonos en la aplicación del PAE, como método sistemático de trabajo y utilizando los D.E. de la NANDA, a través de los cuales identificamos los problemas que tratamos las enfermeras. De esta forma seremos más útiles a la sociedad que servimos.

¿IMPORTA LA FORMACION PREVIA PARA INICIAR LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA?

M.ª Lourdes Sevilla Miguélez
Cristina Castanedo Pfeiffes
M.ª Luz Fernández Fernández
Profesoras de la Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla"

INTRODUCCION

En muy diversas ocasiones, los profesionales docentes hemos analizado y comentado los problemas generados en la formación como consecuencia del acceso a los estudios por las distintas vías, en especial aquellos que acceden por la opción de mayores de 25 años, cuya formación académica anterior es especialmente básica, así como edad elevada (en algunos casos) y la falta de hábito de estudio.

Dado que históricamente la formación de la profesión de Enfermería en España ha ido ligada a intereses del propio sistema sanitario, más que el enriquecimiento de la propia profesión, y que los responsables de la misma no eran enfermeros, no se hizo necesario analizar la trascendencia de esta formación, ni el aprovechamiento académico de los alumnos, pues en la mayoría de los casos la formación inicial era la misma. Destacar que en 1940 y 1941 se producen una serie de cambios en el plan de estudios que elevan el nivel previo requerido para cursar estudio de enfermería, fijándolos en tres años de Bachiller.

En 1952 por Decreto de 27 de junio se unifican los tres títulos existentes hasta el momento: Enfermería, Practicante y Matrona, en Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). Se produce una regulación de los estudios, que supone un paso importante para la profesión. La exigencia previa para acceder a las Escuelas es de cuatro años de Bachiller Elemental, adquiriendo los estudios un mayor nivel.

A pesar de esto, la formación estaba basada principalmente en contenidos técnicos y prácticos, dado que el principal objetivo era formar mano de obra tecnificada, que resolviera el problema sanitario. La habilidad y la destreza estaban por encima de una base de conocimientos, que diera respuesta adecuada al quehacer profesional, de aquí que a la enfermería se la formara sólo para obedecer y no para pensar, analizar o criticar. Este era un hecho que contribuía a que prácticamente todos los alumnos que comenzaban los estudios de esta carrera finalizaran éstos sin demasiada dificultad.

La falta de sustento teórico contibuyó a la formación autodidacta de los profesionales.

En 1977 por Real Decreto 2.128/77 la Enfermería española se integra en la Universidad, para poder acceder a estos estudios se hizo imprescindible tener C.O.U. Los contenidos teóricos experimentaron un cambio trascendental, ya que se reconoce el Area de Conocimientos Enfermería, permitiendo a los enfermeros ser los responsables de las Areas de formación con dicha denominación y produciéndose una más adecuada correlación teoría-práctica. Destacar que la formación se orienta al aprendizaje del cuidado integral del ser humano, distribuyéndose las enseñanzas en las siguientes Areas de Conocimientos:

Ciencias Básicas, Ciencias Médicas, Ciencias de la Enfermería, Ciencias de la Conducta y Salud Pública.

La entrada en las Escuelas previa titulación de C.O.U. se hacía (en la mayoría de ellas) mediante examen. No es hasta 1985 por Real Decreto, cuando el acceso a los centros univertarios se regula mediante las siguientes vías:

— C.O.U. Selectividad.
— F.P.2 (rama sanitaria).
— Mayores de 25 años.
— Otras titulaciones académicas.
— Extranjeros.

Como dato curioso aportar que (al menos en nuestra escuela) los que acceden de otras titulaciones son: Diplomados en E.G.B. o licenciados en Medicina, motivados aparentemente más por la posibilidad de trabajo que por el interés de la Profesión. Nos llama la atención este dato, ya que en este momento hay otras muchas carreras que no tienen posibilidad de trabajo.

Hecho todo este análisis, el objetivo fundamental de este estudio es conocer el rendimiento académico de nuestros alumnos en los diferentes cursos y asignaturas desde la implantación en 1985 de esta forma de acceso, para plantear alternativas que faciliten la homogeneidad de la formación previa al ingreso en la Universidad.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente estudio han sido revisados un total de 288 expedientes correspondientes a los alumnos que inician sus estudios en el curso 1985-86 hasta el curso 1989-90 (ambos inclusive).

Teniendo en cuenta (como era el objetivo de nuestro trabajo) las diferentes vías de acceso, se ha analizado el rendimiento académico de los alumnos en las distintas asignaturas del currículum básico.

La recogida de los datos se hizo extractando el número de aprobados desde la convocatoria de junio hasta la octava convocatoria (ya que en nuestro distrito universitario no ha existido límite de las mismas desde el año 1986 hasta el curso 1988-89) relacionando éste dato con la opción de entrada en la Escuela.

Se analizó también la correlación existente entre el número de alumnos que abandonan la carrera con la vía de acceso.

El tratamiento de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico Sigma y los gráficos con el programa Harward-Grafics.

RESULTADOS

Referentes a la vía de acceso

— Por Selectividad entraron 176 alumnos, que es un 61 por 100 del total.
— Por F.P.2 entraron 71 alumnos, que es un 25 por 100 del total.
— Por mayor de 25 años entraron 29 alumnos, que es un 10 por 100 del total.
— Por Carrera Profesional entraron 11 alumnos, que es un 3,8 por 100 del total.
— Por Extranjero entró 1 alumno, que es un 0,2 por 100 del total.

Referente a la evolución en las asignaturas

1. ANATOMO-FISIOLOGIA

En junio aprueba un 89,3 por 100, siendo un:

65,5 por 100 de Selectividad.
26,18 por 100 de F.P.2.
5 por 100 de mayores de 25 años.
3,2 por 100 de carrera profesional.
0,2 por 100 de extranjeros.

En septiembre aprueba un 7 por 100, siendo un:

47,4 por 100 de Selectividad.
15,8 por 100 de F.P.2.
31,6 por 100 de mayores de 25 años.
5,3 por 100 de carrera profesional.

En tercera convocatoria aprueba un 2,2 por 100, siendo un:

83,3 por 100 de Selectividad.
16,7 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de mayores de 25 años.

En quinta convocatoria aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de mayores de 25 años.

Más de siete convocatorias aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

2. *BIOFISICA-BIOQUIMICA*

En junio aprueba un 83,1 por 100, siendo un:

69,3 por 100 de Selectividad.
23 por 100 de F.P.2.
4,2 por 100 de mayores de 25 años.
3,2 por 100 de carrera profesional.
0,2 por 100 de extranjeros.

En septiembre aprueba un 10,8 por 100, siendo un:

53,6 por 100 de Selectividad.
39,3 por 100 de F.P.2.
3,6 por 100 de mayores de 25 años.
3,6 por 100 de carrera profesional.

En tercera convocatoria aprueba un 2,3 por 100, siendo un:

40 por 100 de Selectividad.
60 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,8 por 100, siendo un:

20 por 100 de Selectividad.
20 por 100 de F.P.2.
60 por 100 de mayores de 25 años.

En quinta convocatoria aprueba un 0,8 por 100, siendo un:

50 por 100 de F.P.2.
50 por 100 de mayores de 25 años.

En sexta convocatoria aprueba un 0,8 por 100, siendo un:

50 por 100 de F.P.2.
50 por 100 de mayores de 25 años.

Más de siete convocatorias aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

3. *CIENCIAS DE LA CONDUCTA-1*

En junio aprueba un 95,3 por 100, siendo un:

65 por 100 de Selectividad.
24 por 100 de F.P.2.
7,1 por 100 de mayores de 25 años.
3,7 por 100 de carrera profesional.
0,2 por 100 de extranjeros.

En septiembre aprueba un 2,5 por 100, siendo un:

14,3 por 100 de Selectividad.
42,9 por 100 de F.P.2.
42,9 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 1,4 por 100, siendo un:

25 por 100 de Selectividad.
25 por 100 de F.P.2.
50 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,7 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

4. *ENFERMERIA FUNDAMENTAL*

En junio aprueba un 66,2 por 100, siendo un:

66,1 por 100 de Selectividad.
25,1 por 100 de F.P.2.
5 por 100 de mayores de 25 años.
3,6 por 100 de carrera profesional.
0,2 por 100 de extranjeros.

En septiembre aprueba un 14 por 100, siendo un:

44,7 por 100 de Selectividad.
23,7 por 100 de F.P.2.
28,9 por 100 de mayores de 25 años.
2,6 por 100 de carrera profesional.

En tercera convocatoria aprueba un 2,2 por 100, siendo un:

83,3 por 100 de Selectividad.
16,7 por 100 de F.P.2.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de mayores de 25 años.

En quinta convocatoria aprueba un 0,7 por 100, siendo un:

50 por 100 de Selectividad.
50 por 100 de F.P.2.

En sexta convocatoria aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de mayores de 25 años.

En séptima convocatoria aprueba un 0,4 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

5. *CIENCIAS DE LA CONDUCTA-2*

En junio aprueba un 94 por 100, siendo un:

65,5 por 100 de Selectividad.
24 por 100 de F.P.2.
7 por 100 de mayores de 25 años.
3,5 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 5,1 por 100, siendo un:

63,6 por 100 de Selectividad.
18,2 por 100 de F.P.2.
18,2 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 0,5 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,5 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

6. *ENFERMERIA MEDIO-QUIRURGICA-1*

En junio aprueba un 79,1 por 100, siendo un:

68,5 por 100 de Selectividad.
23,5 por 100 de F.P.2.
4,9 por 100 de mayores de 25 años.
3,1 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 9,2 por 100, siendo un:

44,4 por 100 de Selectividad.
27,8 por 100 de F.P.2.
27,8 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 7,8 por 100, siendo un:

56,3 por 100 de Selectividad.
25 por 100 de F.P.2.
6,3 por 100 de mayores de 25 años.
12,5 por 100 de carrera profesional.

En cuarta convocatoria aprueba un 0,5 por 100, siendo un:

100 por 100 de F.P.2.

En quinta convocatoria aprueba un 3,4 por 100, siendo un:

71,4 por 100 de Selectividad.
28,6 por 100 de F.P.2.

7. FARMACOLOGIA-1

En junio aprueba un 84,6 por 100, siendo un:

67,4 por 100 de Selectividad.
24 por 100 de F.P.2.
4,6 por 100 de mayores de 25 años.
4 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 7,7 por 100, siendo un:

68,8 por 100 de Selectividad.
31,3 por 100 de F.P.2.

En tercera convocatoria aprueba un 5,8 por 100, siendo un:

45,5 por 100 de Selectividad.
18,2 por 100 de F.P.2.
36,4 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 1 por 100, siendo un:

50 por 100 de Selectividad.
50 por 100 de mayores de 25 años.

En quinta convocatoria aprueba un 0,5 por 100, siendo un:

100 por 100 de mayores de 25 años.

En sexta convocatoria aprueba un 0,5 por 100, siendo un:

100 por 100 de F.P.2.

8. SALUD PUBLICA-1

En junio aprueba un 82 por 100, siendo un:

68,9 por 100 de Selectividad.

23,4 por 100 de F.P.2.
4,2 por 100 de mayores de 25 años.
3,6 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 12,6 por 100, siendo un:

53,8 por 100 de Selectividad.
23,1 por 100 de F.P.2.
19,2 por 100 de mayores de 25 años.
3,8 por 100 de carrera profesional.

En tercera convocatoria aprueba un 2,9 por 100, siendo un:

33,3 por 100 de Selectividad.
33,3 por 100 de F.P.2.
33,3 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 1 por 100, siendo un:

50 por 100 de Selectividad.
50 por 100 de F.P.2.

En quinta convocatoria aprueba un 1,5 por 100, siendo un:

66,7 por 100 de Selectividad.
33,3 por 100 de F.P.2.

9. CIENCIAS DE LA CONDUCTA-3

En junio aprueba un 97,4 por 100, siendo un:

68,5 por 100 de Selectividad.
21,5 por 100 de F.P.2.
7,4 por 100 de mayores de 25 años.
2,7 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 2,6 por 100, siendo un:

75 por 100 de Selectividad.
25 por 100 de mayores de 25 años.

10. ENFERMERIA GERIATRICA

En junio aprueba un 96,8 por 100, siendo un:

68,9 por 100 de Selectividad.
20,9 por 100 de F.P.2.
8,1 por 100 de mayores de 25 años.
2 por 100 de carrera profesional.

En quinta convocatoria aprueba un 0,6 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

11. ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL

En junio aprueba un 90,9 por 100, siendo un:

68,8 por 100 de Selectividad.
21 por 100 de F.P.2.
8 por 100 de mayores de 25 años.
2,2 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 5,2 por 100, siendo un:

62,5 por 100 de Selectividad.
25 por 100 de F.P.2.
12,5 por 100 de carrera profesional.

En tercera convocatoria aprueba un 3,9 por 100, siendo un:

83,3 por 100 de Selectividad.
16,75 por 100 de F.P.2.

12. ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA-2

En junio aprueba un 90,3 por 100, siendo un:

71,7 por 100 de Selectividad.
20,3 por 100 de F.P.2.
6,5 por 100 de mayores de 25 años.
1,4 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 3,2 por 100, siendo un:

20 por 100 de Selectividad.
40 por 100 de F.P.2.
40 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 2,6 por 100, siendo un:

50 por 100 de Selectividad.
25 por 100 de F.P.2.
25 por 100 de mayores de 25 años.

En cuarta convocatoria aprueba un 1,9 por 100, siendo un:

33 por 100 de Selectividad.
66,7 por 100 de carrera profesional.

En quinta convocatoria aprueba un 1,9 por 100, siendo un:

66,7 por 100 de Selectividad.
33,3 por 100 de F.P.2.

13. ENFERMERIA PSIQUIATRICA

En junio aprueba un 98,7 por 100, siendo un:

68 por 100 de Selectividad.
20,9 por 100 de F.P.2.
8,5 por 100 de mayores de 25 años.
2,6 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 0,6 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

En tercera convocatoria aprueba un 0,6 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

14. FARMACOLOGIA-2

En junio aprueba un 94,2 por 100, siendo un:

68,3 por 100 de Selectividad.
20,7 por 100 de F.P.2.
8,3 por 100 de mayores de 25 años.
2,8 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 1,3 por 100, siendo un:

50 por 100 de Selectividad.
50 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 3,8 por 100, siendo un:

83,3 por 100 de Selectividad.
16,7 por 100 de F.P.2.

En quinta convocatoria aprueba un 0,6 por 100, siendo un:

100 por 100 de Selectividad.

15. SALUD PUBLICA-2

En junio aprueba un 93,5 por 100, siendo un:

68,3 por 100 de Selectividad.
21,1 por 100 de F.P.2.
7,7 por 100 de mayores de 25 años.
2,8 por 100 de carrera profesional.

En septiembre aprueba un 3,2 por 100, siendo un:

60 por 100 de Selectividad.
20 por 100 de F.P.2.
20 por 100 de mayores de 25 años.

En tercera convocatoria aprueba un 3,2 por 100, siendo un:

80 por 100 de Selectividad.
20 por 100 de F.P.2.

Referente a las personas que abandonan la carrera:

40 por 100 de Selectividad.
20 por 100 de F.P.2.
20 por 100 de mayores de 25 años.
10 por 100 de carrera profesional.

DISCUSION

Ante los resultados obtenidos podemos decir que el mayor índice de suspensos corresponde a los mayores de 25 años, principalmente en las Ciencias Básicas y Enfermería Fundamental, lo que parece deberse a una mayor dificultad por parte de estos alumnos para la comprensión de los conceptos de estas materias limitadas por su deficiente formación.

En referencia a la asignatura de Ciencias de la Conducta el número de aprobados es alto en primera convocatoria, en los tres cursos, esto puede deberse a una mejor comprensión de esta materia para ellos.

La evolución posterior del alumno mayor de 25 años que consigue superar el primer curso no es significativamente diferente del resto.

El tanto por ciento más elevado de alumnos que aprueban en la primera convocatoria corresponde a los de selectividad seguidos de los de carrera profesional.

Los alumnos de F.P.2 que entraron suelen superar las asignaturas entre las dos primeras convocatorias siendo bastante aceptable su rendimiento académico.

Sin embargo, el mayor índice de aprobados en primera convocatoria corresponde a los alumnos de tercer curso, esto parece deberse a diferentes causas entre ellas, la no superación del primer curso en las diferentes convocatorias, el estancamiento de algunos alumnos entrando en incompatibilidad con ciertas materias troncales conduciéndoles al abandono o a la estancia permanente en los estudios de Enfermería. Esto conlleva que lleguen al final del tercer curso los alumnos mejor preparados, selectividad, otras carreras profesionales y F.P.2.

En lo referente al número de alumnos que abandonan la carrera teniendo en cuenta que entran en el estudio los alumnos que en este momento cursan 2.° y 3.° no podemos ofrecer los datos completos. Hasta el momento tenemos registrados 20 y el mayor tanto por ciento corresponde a los que han accedido a los estudios por mayores de 25 años.

CONCLUSIONES

La discusión de los resultados nos aportan las siguientes conclusiones:

1. El mayor índice de suspensos corresponde a los alumnos que acceden por mayores de 25 años. Que fracasan principalmente en el primer curso.
2. Que corresponde también a los mayores de 25 años el más índice de abandonos.
3. Que cuanto más elevada es la formación previa al acceso a la Escuela, el rendimiento académico es mejor.

Como conclusión final decir que si se sigue manteniendo esta forma de acceso a la Universidad, sería necesario plantear alguna alternativa con el grupo de mayores de 25 años, ya que como sabéis entran todos los que aprueban el examen previo, lo que puede interferir en la formación del resto del alumnado.

BIBLIOGRAFIA

DOMINGUEZ-ALCON, C. (1986): *Los Cuidados y la Profesión de Enfermería en España.* Ed. Pirámide, Madrid.
Terceras Sesiones de Trabajo de la AEED. Barcelona, 1982.
Sextas Sesiones de Trabajo de la AEED. Madrid, 1985.
Séptimas Sesiones de Trabajo de la AEED. Valencia, 1986.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE MATERIAL DIDACTICO EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS ALUMNOS EN PRACTICAS DE SALUD PUBLICA

Salvador Sáez Cárdenas
Coordinador E.U.E. de Lleida

Eva M.ª Artigues Barberá
D.E. Atención Domiciliaria

Francisca Esputz Santamaría
D.E. CAP de Onofre Cervero

Miquel Flores González
D.E. CAP de Prat de la Riba

Juana Montalvo Grima
D.E. CAP de Ronda

Peña Navarro Blasco
D.E. CAP de Dr.ª Castell

Pilar Morón Taberner
CAP de Prat de la Riba

M.ª del Mar Fraga Martínez
D.E. CAP de Ronda

Pilar Balaña Prim
D.E. Servicio vacunaciones de Sanidad
Lerida

INTRODUCCION

El estudio estadístico de un material didáctico creado para aumentar la calidad de las prácticas de Salud Pública es el contenido fundamental de la siguiente comunicación.

Un elemento básico de la formación de las futuras profesionales de Enfermería es la etapa práctica de su currículum.

Desde hace cinco años, el área de Salud Pública de la E.U.E. de Lleida y los responsables de los centros de prácticas trabajan conjuntamente para aumentar el nivel docente de dichas prácticas.

El mencionado equipo de trabajo se propone dos nuevos e importantes objetivos:

1. Que el alumno participe de manera más activa y personal en el proceso de las prácticas.
2. Aumentar la calidad docente de las mismas.

Se presentan diferentes propuestas para lograr dichos objetivos, pero para el siguiente trabajo sólo vamos a analizar lo que denominamos la "Guía didáctica de las prácticas de Salud Pública".

La Guía es un material didáctico en continuo proceso de elaboración por parte de los responsables directos de las prácticas, el coordinador de las mismas y las aportaciones y críticas de los alumnos al finalizar el período práctico.

Consta de los siguientes apartados:

1. Introducción y presentación del servicio.
2. Objetivo del servicio.
3. Objetivo del alumno: habilidades, conocimientos y actitudes.
4. Elementos propios del servicio:

— Conocimientos teóricos.
— Habilidades y técnicas.
— Protocolos más utilizados.
— Apéndices referentes a la dinámica del servicio.

5. Criterios de evaluación.

La Guía es entregada al alumno al comienzo de sus prácticas.

Realizadas las primeras valoraciones entre profesionales y alumnos aparecen opiniones totalmente opuestas. Pero lo cierto es que las opiniones positivas fueron mayoritarias. No conformes con ello, decidimos plantearnos hasta qué punto el uso de la Guía didáctica puede influir en la valoración del rendimiento académico y en la consecución de los objetivos de prácticas.

Surge así el tema de estudio. ¿El uso de la Guía didáctica en las prácticas de Salud Pública influye en el rendimiento académico del alumno? Dicha influencia se analiza desde dos vertientes: por un lado, la valoración de los profesionales responsable de su formación práctica y, por el otro, la visión autoevaluativa del propio alumno.

METODOLOGIA

Se aceptan como hipótesis de trabajo, partiendo de las experiencias del último año y de la revisión de fuentes, que:

1. El uso de la Guía didáctica en las prácticas de Salud Pública no influye en el rendimiento académico (H_0).
2. El uso de la Guía didáctica en las prácticas de Salud Pública influye positivamente en el rendimiento académico del alumno (H_1).

Deseamos validar la hipótesis a un nivel de confianza del 99 por 100 ($p = 0{,}99$) $\alpha = 0{,}01$.

Consideramos como variable independiente el uso de la Guía didáctica, siendo la variable dependiente el rendimiento académico, entendido éste como calificación de fin de curso.

En el rendimiento académico se tendrá en cuenta, de manera independiente, la valoración del profesor y la autoevaluación del alumno.

Para poder conocer la influencia del material, en el rendimiento académico, se usan los mismos instrumentos que se vienen utilizando para dicha valoración hasta la fecha:

a) La consecución de los objetivos de enseñanza y apredizaje.
b) Criterios de evaluación.

Se forman dos grupos de alumnos tomados al azar. Un grupo utilizará la Guía en sus prácticas y el otro no.

Al finalizar el período práctico el alumno, por un lado, se autoevaluará y, por otro, lo hará el profesional, ambos utilizarán el mismo material para la evauación.

Se trabaja con una muestra de N = 27, divididos en dos subgrupos independientes, $n_a = 15$ y $n_b = 12$. Todos ellos designados al azar. El mismo procedimiento se siguió con la elección del grupo que debe utilizar el material. Así tenemos, n_a el grupo de 15 alumnos realizará las prácticas sin material y n_b, con él. Las prácticas se llevan a cabo con alumnos de 2.° Curso y en los centros de Atención Primaria de Lleida capital.

Para el logro de nuestros objetivos y con dos grupos independientes, elegimos como método estadístico más adecuado la Prueba "U", de Mann-Whitney, para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Autoevaluación por parte de los alumnos

Alumnos	*Grupo A sin guía*	*Grupo B con guía*
1	7,5	8
2	8	9
3	8	9
4	7,5	8,5
5	8	9
6	8	9
7	7	9
8	8	9,5
9	7,5	9,5
10	8	9,5
11	7	8,5
12	6,5	8,5
13	9	9,5
14	7	9
15	7	8,5

$R_a = 131$ $U = 214$

$R_b = 334$ $U = 11$

Para $U_{(15,15,0,10)} = 56$

Luego $56 < 131$ No podemos rechazar H_0

$56 > 11$ Rechazamos H_0 y aceptamos H_1

Valoración por parte de los profesionales

Alumnos	*Grupo A sin guía*	*Grupo B con guía*
1	8,3	9,2
2	7	8
3	9,5	8,4
4	8	8
5	8	9
6	9,5	8
7	8	7
8	9	8
9	8	9
10	8	8,9
11	8	8,6
12	8,5	8,6

$R_a = 141,5$ $U = 68,5$

$R_b = 158,5$ $U = 51,5$

Para $U_{(12,12,0.01)} = 31$

Tenemos pues: $31 < 68,5$

$31 > 51,5$

Luego en ambos casos no podemos rechazar H_0

DISCUSION

Del conjunto de los resultados expuestos podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. Existen diferencias significativas en el grupo en que los alumnos han utilizado la Guía a lo largo de sus prácticas, quedando demostrada la influencia positiva en su rendimiento académico. No siendo así en los alumnos que no la utilizaron.
2. En cuanto a la valoración por parte de los profesionales, vemos que el uso de la Guía por parte de los alumnos no influye en la calificación académica.

Consecuentemente, se confirma la hipótesis de que el uso de la Guía didáctica en las prácticas de Salud Pública no influye en el rendimiento académico cuando la valoración la realizan los profesionales y sí que influye positivamente cuando son los mismos alumnos los que se autoevalúan.

Desde una perspectiva más educativa, podemos decir que la creación de un material didáctico de ayuda y guía en las prácticas de Salud Pública en los alumnos de 2.º curso de la E.U.E. de Lleida, de la

promoción 88.89, les ha ayudado en su rendimiento académico personal. Pero no ha influido para nada a la hora de calificar al alumno por parte de los profesionales responsables de su prácticas.

Juntamente con estos resultados, quizá más objetivos, se analizarán otras aportaciones docentes del uso de la Guía (calidad de las prácticas, elemento facilitador de su participación, guía y autoreferencia...) que decantaron por el uso del material y su continuo y necesario perfeccionamiento, puesto que creemos, a la luz de los resultados obtenidos, se demuestra la influencia positiva de la guía, como ayuda y referencia a nivel individual en la participación más activa del alumno en sus prácticas. Facilitando con ello la consecución de los objetivos y acercándonos poco a poco a una mayor calidad docente.

¿QUE HACEN LAS ENFERMERAS HOSPITALARIAS? UN ANALISIS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

Marilia Nicolás Dueñas
Profesora E.U.E. "Puerta de Hierro"
Isabel Mayoral
Adoración Hernanz
Angeles Renedo
Carmen Panadero
Julia López
Rosa Antona
Elvira Castro
Alumnos E.U.E. "Puerta de Hierro"

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Enfermería del Hospital "Puerta de Hierro", a las enfermeras y auxiliares, que nos ayudaron y facilitaron el trabajo de recogida de datos y acceso a las historias de Enfermería.

A los pacientes, sin los cuales no tendría razón de ser este trabajo, ni nuestra existencia como profesionales.

PROLOGO

La experiencia que vamos a exponer en esta comunicación son los resultados de uno de los trabajos de grupo realizados por los alumnos de 1.er curso durante el desarrollo del programa de Metodología de la Investigación.

A pesar de su simplicidad, tengan en cuenta que se trata de alumnos de 1.er curso y de que, evidentemente, se pueden encontrar puntos débiles en la aplicación de la metodología y de la estadística, lo hemos escogido entre todos por creer que refleja y se adapta muy bien a la filosofía y los objetivos que tenemos planteados para la iniciación de los alumnos en el estudio de la Metodología de la Investigación.

Queremos hacerles notar el gran esfuerzo que supuso la dirección de los grupos, pero que se vio recompensado por los resultados finales.

Cabe destacar que, si bien cometieron algunos fallos que ustedes podrán detectar con la lectura posterior de esta comunicación, no es menos cierto que hubo algunos detalles que reflejaron una gran seriedad en la realización y presentación del trabajo. A título de ejemplo, presentaron fotocopias de todas las historias de Enfermería que constituyeron la muestra de este estudio, a fin de que la profesora pudiera verificar la veracidad de los datos; asimismo, cubrieron con etiquetas los datos de identificación del paciente para mantener la confidencialidad de la información.

El informe final se presentó con el siguiente esquema:

— Agradecimientos.
— Resumen.
— Introducción.
— Objetivos.
— Material y métodos.
— Resultados.
— Análisis de resultados.
— Conclusines.
— Bibliografía.

RESUMEN

Tenemos la idea, bastante generalizada, de que las enfermeras hospitalarias centran más su actividad en el cumplimiento de las órdenes médicas que en acciones propias de Enfermería.

El presente estudio, partiendo del análisis de los registros de Enfermería, llega a la conclusión de que esta idea es errónea; asimismo, aporta datos sobre las acciones que realizan las enfermeras con más frecuencia en el trabajo hostipalario en relación con las necesidades del paciente.

Posteriormente, se presenta la relación que guardan los registros de acciones de Enfermería relativas a necesidades fisiológicas y no fisiológicas con los temas tratados en los artículos de revistas profesionales.

INTRODUCCION

Los cuidados de Enfermería pueden analizarse desde diferentes enfoques y uno de ellos puede ser el estudio y la discusión en función de las acciones que realizan las enfermeras al prestar sus servicios. Otro enfoque de estudio puede realizarse analizando la razón última o la finalidad por la que se realizan dichas acciones, esto es, la función profesional. Desde este último enfoque, en el momento actual, se consideran dos tipos de funciones en el ejercicio de la Enfermería, de acuerdo a la autonomía profesional.

La función independiente, o función propia, se refiere a aquellas acciones que se desempeñan basadas en las responsabilidades del área de compromiso de Enfermería, no existiendo otro tipo de trabajador que pueda llevarla a cabo. La enfermera es la responsable desde que las inicia hasta que las termina. Dentro de ellas se incluyen todas las

acciones que competen al campo del diagnóstico, tratamiento y evaluación de Enfermería.

Virginia Henderson define la función propia de la enfermera como "atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su restablecimiento o a evitar padecimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible".

A título de ejemplos, las siguientes acciones corresponden a la función propia de Enfermería:

— Valoración del paciente en la forma de cubrir sus necesidades básicas.
— Diagnóstico de los problemas que requieren una actuación de Enfermería.
— Elección de las actuaciones de Enfermería que pueden ayudarle a mejorar su salud.
— Llevar a cabo medidas que sirvan para motivar, orientar, apoyar, aconsejar o educar al paciente, a la familia o a ambos.
— Remitir al paciente a otros miembros del equipo de salud cuanto esté indicado.
— Valoración de las respuestas del paciente a los cuidados de Enfermería.

La función dependiente o derivada se refiere a aquellas acciones que la enfermera asume por delegación de otros profesionales con los que trabaja, bajo la dirección y supervisión de éstos. Por tanto, en este caso, la enfermera actúa complementando la función propia de otro profesional. El ejemplo característico de las acciones que contribuirían a esta función es el cumplimiento de las órdenes de tratamiento y la colaboración en pruebas de diagnóstico médico.

Dorothy Hall, en su Documento Básico sobre Enfermería, dice que las tareas de la función dependiente son sólo una de las obligaciones de las enfermeras; por tanto, no debemos consentir que la administración de tratamientos médicos y las tareas burocráticas ocupen todo nuestro tiempo.

Partiendo de estos conceptos sobre función propia y derivada, nos planteamos un interrogante sobre si las enfermeras hospitalarias consideran en igual medida los dos tipos de funciones y en qué proporción realizan acciones de una u otra clasificación.

De acuerdo a esta pregunta, planteamos dos hipótesis de trabajo a las que tratamos de responder a lo largo del presente estudio:

— El trabajo de las enfermeras hospitalarias se centra más en las acciones que se derivan del diagnóstico y tratamiento médico que en acciones de la función propia.
— En general, las enfermeras centran más su trabajo en atender las necesidades fisiológicas que las de tipo socio-cultural y psicológicas de los pacientes a su cargo en el hospital.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Atendiendo a las hipótesis planteadas, con este estudio nos proponemos:

1. Averiguar qué tipo de acciones realizan las enfermeras con mayor frecuencia.
2. Determinar si en la actualidad las enfermeras de hospital incluyen en su área de compromiso o de actividad la satisfacción de necesidades de orden no fisiológico.

Cuando analizamos los primeros resultados, nos propusimos dos nuevos objetivos:

3. Analizar la frecuencia con la que aparecen, en las revistas de Enfermería, artículos referidos a cada tipo de necesidad.
4. Establecer una relación comparativa entre los datos obtenidos del análisis de las acciones de las enfermeras y los artículos publicados en revistas profesionales.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se llevó a cabo en un hostipal de la red del Insalud de Madrid, que dispone de 620 camas de especialidades médico-quirúrgicas.

Para cubrir los objetivos 1 y 2 se realizó un estudio de registros de Enfermería, seleccionando al azar en distintas unidades de hospitalización 70 historias de Enfermería. Hay que señalar que el documento de observaciones de Enfermería no estaba estructurado, sino que era redactado libremente por cada enfermera, aunque se debía ajustar a las normas establecidas por la Dirección de Enfermería.

Para analizar los registros y obtener los datos se diseñó un protocolo en el que se contemplaban aspectos a observar referidos exclusivamente a las necesidades básicas relacionadas con la función propia de Enfermería (anexo 1). Además, se diseñó un segundo protocolo para registrar los datos referidos a actividades relacionadas con pruebas de diagnóstico y tratamiento médico, por tanto, de la función derivada (anexo 2).

Se analizaron un total de 704 anotaciones existentes en las 70 historias seleccionadas. Hay que destacar que del total de las anotaciones reflejadas en estas historias se excluyeron las que hacían referencia a:

— Datos de diagnóstico o de pronóstico médico.
— Motivo de la hospitalización.
— Datos personales y demográficos.
— Antecedentes médicos.
— Vacunaciones, alergias, transfusiones.
— Prescripciones médicas.

Con el fin de controlar la posible subjetividad de los observadores que analizaron las historias, se realizó previamente un estudio piloto para unificar criterios de clasificación de datos. Este estudio piloto consistió en el análisis de cinco historias, realizado por cada miembro del grupo por separado y la comparación posterior. Partiendo de estos resultados se elaboró una guía más completa en la que se especificaban los datos que se debían considerar incluidos en cada una de las necesidades establecidas en el protocolo de recogida de datos (anexo 3). La mencionada guía fue utilizada por cada observador sistemáticamente en cada historia analizada.

Para cubrir el tercer y cuarto objetivo se seleccionaron 39 revistas de Enfermería, publicadas entre 1984 y 1987. El total de artículos analizados fueron 442. Se excluyeron del estudio un total de 72 artículos, dado que hacía referencia a temas no relacionados con nuestro estudio, como:

— Administración y dirección de Enfermería.
— Entrevistas.
— Referencias bibliográficas.
— Imposibilidad de clasificar por contener varios aspectos referentes a diferentes necesidades.

Los 370 artículos seleccionados para el estudio se clasificaron en dos grupos:

— Referidos a necesidades fisiológicas.
— Referidos a necesidades no fisiológicas.

RESULTADOS

Del análisis de las historias seleccionadas se obtuvieron los siguientes datos.

TABLA 1

Anotaciones clasificadas

Necesidades fisiológicas	329	(46,73%)
Necesidades no fisiológicas	35	(4,97%)
Total función propia	364	(51,70%)
Acciones relacionadas con diagnóstico o tratamiento médico	340	(48,29%)
Total	704	(100%)

Las anotaciones referidas a cada necesidad —fisiológicas o no fisiológicas— fue la siguiente:

TABLA 2

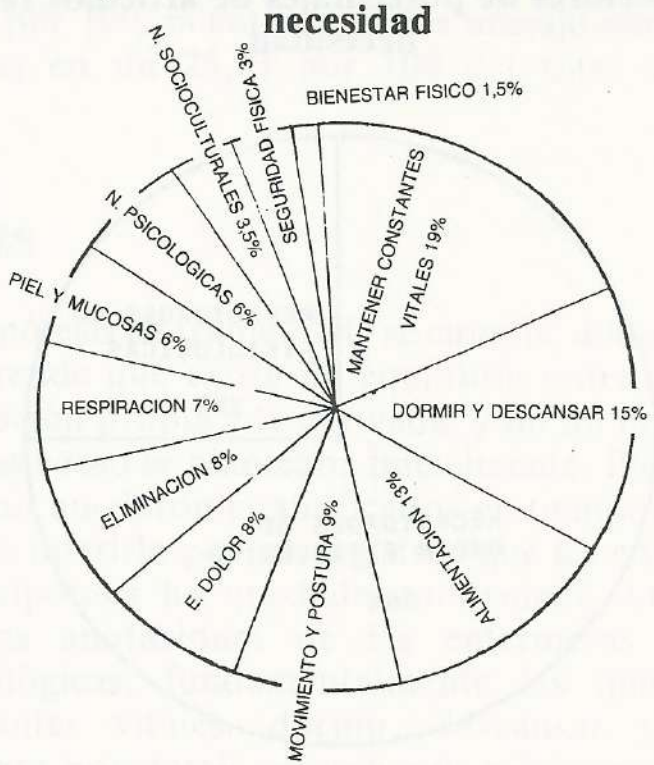
Clasificación de anotaciones

Necesidad	*N.º de anotaciones*	*% del total*
Respitación	27	7,41
Alimentación	48	13,19
Eliminación	29	7,97
Movimiento/Postura adecuada	32	8,79
Dormir y descansar	54	14,83
Mantener constantes	70	19,23
Piel y mucosas	23	6,32
Dolor	29	7,97
Arreglo personal/Bienestar físico ...	6	1,65
Seguridad física	11	3,02
Psicológicas	22	6,04
Socio/Culturales	13	3,57
Total	364	100,00

En la figura 1 se puede observar la representación gráfica por sectores:

FIGURA 1

Representación por sectores de anotaciones referidas a cada necesidad



Los resultados del análisis de los artículos seleccionados de las revistas de Enfermería fueron los siguientes:

TABLA 3

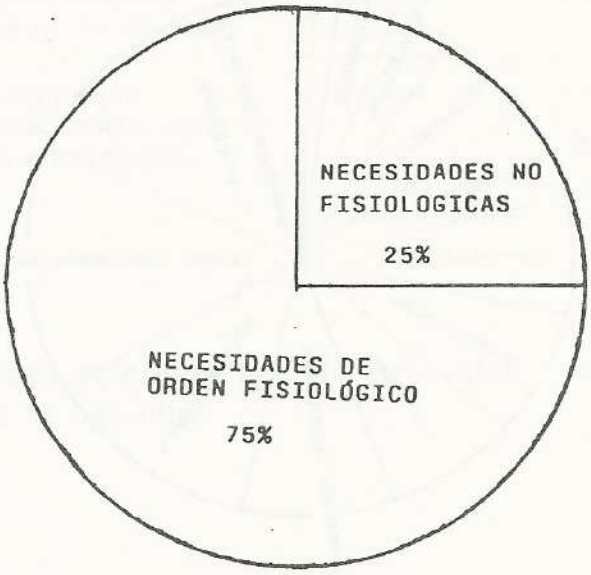
Artículos por temas tratados

Revistas	*Número*	*Artículos*	*N. Fisiológicas*	*N. no fisiológicas*
Rol 86	11	76	53	23
Rol 87	2	30	12	18
Nursing 84	8	112	89	23
Nursing 86	9	90	69	17
Nursing 87	3	24	16	8
Enf. Cient.	6	38	38	4
Total	39	370	277	93

En la figura 2 se puede observar la relación entre artículos referidos a necesidades fisiológicas y no fisiológicas.

FIGURA 2

Diagrama de sectores de porcentajes de artículos referidos a cada necesidad



ANALISIS DE RESULTADOS

Del análisis de resultados de la tabla 1 se desprende que las enfermeras realizan un 48,29 por 100 de anotaciones referidas a acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, frente a un 51,70 por 100 de anotaciones referidas a acciones de la función propia.

De las anotaciones referidas a acciones de la función propia se ha detectado que el 46,73 por 100 están centradas en las necesidades fisiológicas.

Del análisis de los datos de la tabla 3 se puede observar que la frecuencia de las anotaciones referidas a cada área de necesidad, por orden de importanica, en la siguiente:

1. Mantener constantes vitales 19,23%
2. Dormir y descansar 14,85%
3. Alimentación 14,18%
4. Movimiento y postura adecuada 8,79%
5. Dolor/Eliminación 7,97%
6. Respiración 7,41%
7. Piel y mucosas 6,32%
8. Psicológicas 6,04%
9. Socioculturales 3,57%
10. Seguridad física 3,02%
11. Arreglo/Bienestar 1,64%

En relación a los temas tratados en los artículos de las revistas estudiadas, los resultados nos informan que las necesidades fisiológicas ocupan un 74,86 por 100, mientras que las necesidades no fisiológicas son contempladas en un 25,13 por 100 del total de los artículos analizados.

CONCLUSIONES

La primera hipótesis de trabajo NO se cumple, dado que del análisis de datos se desprende que existe un equilibrio entre el porcentaje de acciones de la función propia y la derivada, y no un mayor peso de las acciones derivadas como se planteaba inicialmente. Bien es verdad que estos resultados no quedaron cuantificados en tiempos de enfermería, pues no es posible inferirlo por los registros que las enfermeras hacen.

La segunda hipótesis ha quedado confirmada, ya que el mayor porcentaje de las anotaciones de las enfermeras se centran en necesidades fisiológicas, fundamentalmente las que se refieren a mantener constantes vitales, dormir, descansar y alimentación. Asimismo, el menor porcentaje corresponde a las necesidades psicológicas y/o socioculturales de seguridad física, arreglo personal y bienestar físico.

Hay que destacar que, en relación con una acción tan claramente específica de Enfermería como es el aseo personal y el procurar bienestar físico, en las anotaciones de Enfermería no suele figurar. Sería interesante indagar las causas por las cuales las enfermeras le conceden tan poca importancia.

Si comparamos el porcentaje de anotaciones que realizan las enfermeras referidas a necesidades psicológicas y socioculturales con el número de veces que se tratan estos temas en las revistas, se observa que existe una relación directa, apoyando la hipótesis planteada en segundo lugar.

Sería necesario realizar una nueva investigación, más profunda y detallada, para obtener unas conclusiones. Pensamos que en este estudio habría que incluir las opiniones de las enfermeras al respecto. A través de estas opiniones se podría detectar si es la inseguridad de las enfermeras, por falta de preparación científica en estos temas, la causa que motiva la menor atención a las necesidades psicosociales o, por el contrario, ello es debido a que la mayoría de las enfermeras no cree que el atender a dichas necesidades entra dentro del área de competencia de Enfermería. Otra causa posible sería la escasez de tiempo y la priorización de acciones relacionadas con el primer nivel, necesidades de supervivencia, que son en las que tradicionalmente se han centrado las enfermeras.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ GONZALEZ, M. T.: "La metodología de Enfermería. Una meta necesaria", *Revista Rol de Enfermería,* 1987; 101: 22-26.

HENDERSON, V: *Principios Básicos de los cuidados de Enfermería.* Suiza. Skarger, 1971, 7.

IYER, C. W.; TAPTICH, D. J., y BERNOCHI-LOSEY, D.: *Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería.* Ed. —Interamericana. Madrid, 1987, 6-19.

LLISTAR VERDU, S., y SANCHEZ MONTAÑA, J.: "¿Se puede informatizar la Enfermería?", *Revista Rol de Enfermería, 1986. Sept. 89: 13-16.*

MARRINER, A.: El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico. Ed. El Manual Moderno. México, 1983.

POLETTI, R.: *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales.* Ed. Rol, S. A. Barcelona, 1980.

ROPER, N.; LOGAN, W. W., y TIERNY, A. J.: *Proceso de atención de Enfermería. Modelos de aplicación.* Ed. Interamericana. México, 1983.

SASTRE DOMINGO, H.: "Plan de humanización de la asistencia hospitalaria", *Revista Rol de Enfermería,* 1987. Enero 101: 86-92.

NOTA: Las fuentes fueron utilizadas, tanto para las definiciones como para elaborar los protocolos de clasificación de anotaciones por necesidades.

ANEXO 1

Necesidades fisiológicas

1) RESPIRACION: Ver si figuran datos como fatiga, secrecciones, fumador, etc.

N.º Historia	*Sí*	*No*

N.º Historia	*Sí*	*No*

2) ALIMENTACION: Hábitos que tiene normalmente, dieta actual: blanda, líquida, hipocalórica, con sal, hipercalórica, alimentos que le gustan.

N.º Historia	*Sí*	*No*

N.º Historia	*Sí*	*No*

3) ELIMINACION: Urinaria y fecal. Ver si presentan datos respecto a esta necesidad, si es o no extreñido, laxantes, aspecto, dolor, hemorroides, etc.

N.º Historia	*Sí*	*No*

4) MOVERSE Y MANTENIMIENTO DE POSTURA ADECUADA, al caminar, sentarse, acostarse o cambiar de una posición a otra.

Historia	*Sí*	*No*

Historia	*Sí*	*No*

5) DORMIR Y DESCANSAR

Historia	*Sí*	*No*

Historia	*Sí*	*No*

OBSERVACIONES DE LOS ENFERMOS RESPECTO A OTRAS NECESIDADES FISIOLOGICAS

6) Mantenimiento constantes vitales: 100%
7) Estado de piel y mucosas
8) Dolor
9) Arreglo personal y bienestar físico
10) Seguridad física

Necesidades de orden psicológico

1. ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD: Temperamento, estado emocional, disposición de ánimo.

2. RELACION ANTE LA DEPENDENCIA, CRONICIDAD, INMOVILIDAD: Normal, eufórico, hiperactivo, ansiedad, agitación, temor, histeria, deprimido, hipoactivo, de preocupación, hábito de buen humor, etc.

N.º Historia	*Sí ¿Cuáles?*	*No*

3. REACCION ANTE AMBIENTE HOSPITALARIO: Con el personal sanitario y con otros pacientes. Conducta ante la entrevista (verbal, no verbal).

4. SI SE OCUPA UN PROFESIONAL ANTE UN PROBLEMA DE ESTE TIPO.

N.º Historia	*Sí ¿Cuáles?*	*No*

Orden sociocultural

1. Estudios cursados.
2. Condiciones de la vivienda.
3. Situación familiar.
4. Actividades recreativas
5. Visitas deseadas.
6. Religión.

N.º Historia	*Sí ¿Qué explicación figura?*	*No*

ANEXO 2

Datos relacionados con el diagnóstico médico

Analítica: Sangre, orina, L.C.R., esputo, heces, etc.

Preparación para pruebas diagnósticas y cuidados posteriores:

— Radiología.
— Endoscopias.
— Ecografías y resonancia magnética nuclear.

— Biopsias.
— E.C.G., E.E.G.
— Exploración, auscultación y palpación clínica.
— Otras técnicas de Enfermería relacionadas con el diagnóstico.

Datos relacionados con el tratamiento médico

Medicamentos: Efectos, dosis, vías de administración, duración del efecto, contraindicaciones, efectos secundarios, etc.

Instauración y/o administración de otros tratamientos:

— Oxigenoterapia.
— Rehabilitación.
— Monitorización.
— Biopsias y tratamientos quirúrgicos.
— Otras técnicas de Enfermería relacionadas con el tratamiento.

Historia	*Sí*	*No*

ESQUEMA DE PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS REFERIDOS A FUNCIONES DERIVADAS

ANEXO 3

Guía para la recogida de datos

Necesidad básica	*Aspectos a considerar*	*¿Son valorados?*	
		Sí	*No*
Respiración	— CARACTERISTICAS: Frecuencia, profundidad, ritmo, sonido. — FACTORES QUE INFLUYEN: Edad, peso, color de piel y mucosas, temperatura, estado emocional, nivel actividad, frecuencia, pulso. — DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA POSTURA. — TOS: Cuándo se presenta, con qué frecuencia, qué la alivia, relación con el tabaco, esputo: cantidad, color, olor. — TABAQUISMO: Cuándo se adquirió el hábito, forma de consumo, frecuencia, intención de dejarlo, relación con la enfermedad. — DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA AL RESPIRAR.		
Ingesta de alimento y bebida	FACTORES QUE INFLUYEN: Edad, sexo, estatura, peso, actividad, estado de boca y dientes, estado emocional, capacidad para tomar alimentos y bebidas, ambiente físico. — HABITOS: Horario y lugar donde como, si tiene compañía, cantidad y calidad de la dieta, apetito, consumo de alcoho, gustos y desagrados en alimentación. — CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES CON RESPECTO A: Efecto de la dieta sobre la salud, obesidad y alcoholismo, higiene de la alimentación. — UTENSILIOS PARA CONSERVAR LA INDEPENDENCIA: Mecánicos, ayuda humana. — TIPO DE DIETA: Líquida, sólida, blanda, semiblanda, hipocalórica. — MODO DE ALIMENTACION: Masogástrica, endovenosa, normal. — MOLESTIAS Y DOLOR: Náuseas, vómitos, acidez, indigestión y flatulencia, ansiedad por los estudios médicos, estomatitis, hábitos, halitosis, dolor: localización, intensidad, tipo y duración.		
Eliminación urinaria y fecal	— FRECUENCIA DE LAS MICCIONES Y EVACUACIONES: Factores que afectan. — BALANCE HIDRICO. — ASPECTO: Olor y composición (orina).		

Necesidad básica	*Aspectos a considerar*	*¿Son valorados?*	
		Sí	*No*
Eliminación urinaria y fecal	— DEPENDENCIA E INDEPENDENCIA: Falta de movimiento, trastornos psicológicos, sondaje vesical, estar encamado. — MALESTAR RELACIONADO CON LA MICCION: Dolor, escozor o con la defecación: dolor, ansiedad, hemorroides, meteorismo, impactación, colostomía (manejo de estoma). — INCONTINENCIA: Antecedentes y naturaleza de la misma. — COMPOSICION DE HECES, CANTIDAD, ASPECTO, DIARREAS. — HABITOS: Dietéticos, aseo, consumo de fibra, estreñimiento.		
Actividad y movimiento	— ESTADO MUSCULO-ESQUELETICO: Fuerza, masa y tono musculares, amplitud de movimiento en extremidades, modos, integridad del sistema nervioso y cardiopulmonar. — DEPENDENCIA PARA MOVILIZARSE: Ayuda de enfermera, bastón, muletas, silla de ruedas, paciente encamado. — CONOCIMIENTOS SOBRE NECESIDADES DE EJERCICIO CORPORAL. — HABITOS DE ACTIVIDAD: En su casa, trabajo. — ACTITUD ANTE LA INCAPACIDAD FISICA.		
Bienestar físico: Aseo y arreglo personal	— COMPORTAMIENTO EN EL SUEÑO HABITUAL: Número de horas de sueño normales, hora de acostarse y levantarse, si depierta durante el sueño, características de este despertar, ronquidos. — ESTIMACION DEL PACIENTE SOBRE SU SUEÑO HABITUAL: Duerme bien o mal, al levantarse siente que descansó, estado de ánimo al despertarse. — FACTORES QUE PERTURBAN EL SUEÑO: Ruidos, estado de ánimo, preocupación, ansiedad, aprehensión, aburrimiento, dolor, insonnio, despertar muy temprano. — NIVEL DE CONCIENCIA: Coma, etc. — OTROS FACTORES QUE INFLUYEN: Ritmo biológico, ejercicio, medicamentos. — FACTORES QUE INFLUYEN: Sexo y etapa del desarrollo, hábitos, cambios: de su imagen, del ambiente, valoración de la falta de intimidad, dependencia o independencia en la limpieza, limitación del movimiento, nivel de conciencia, trastornos sensoriales, limitaciones por enfermedad, trastornos psicológicos, molestias relacionadas con el aseo.		

Necesidad básica	*Aspectos a considerar*	*¿Son valorados?*	
		Sí	*No*
Bienestar físico: Aseo y arreglo personal	— PIEL: Aspecto, color, turgente, arrugada, húmeda, equimosis. Baño: Frecuencia, hora, ayuda necesaria, baño en cama. Otras zonas discontinuas: Maceración, enfermedad o lesión cutánea, traumatismo, incisión. — NECESIDAD DE HIDRATACION. MASAJE. — MANOS Y UÑAS: Limpieza, anormalidades, hábitos para el lavado y mantenimiento de uñas. — BOCA Y DIENTES: Humedad y sequedad de boca, lengua y labios, olor del aliento. Dientes: Aspecto, prótesis, hábitos de lavado y ayuda necesaria. — PELO: Aspecto, seco, graso, presencia de caspa o liendres. Relación con la dieta o salud. Hábitos en el lavado. — VESTIR: Problemas de movimiento, modificaciones necesarias o ayuda requerida. Incomodidad con ropa de hospital.		
Seguridad física	— CONSERVAR UN AMBIENTE SEGURO: Etapa de desarrollo en que se encuentra. Alteración de la percepción: vista, oído, tacto, gusto, olfato, mareos. Capacidad para desplazarse y aparatos que necesita. Seguridad para el inmovilizado: uso de barandilla lateral, aplicación de sujecciones:almohadas, protección de la piel en puntos de riesgo, posición anatómica correcta: evitar contractura articular, pies en equino. Conciencia del peligro y actitud frente a él. Personalidad, temperatura. Comportamiento no peligroso. Tabaquismo, alcoholismo. Lavado de manos y protección contra infecciones. Uso de ropa protectora.		
Control de la temperatura corporal	— MEDICION DE LA TEMPERATURA CORPORAL. — COMPARACION CON EL PATRON NORMAL DEL INDIVIDUO SANO. — SENSACION SUBJETIVA DE FRIO O CALOR. — INDICADORES DE TEMPERATURA ANORMALMENTE ALTA: Rubor de piel, aumento de la frecuencia pulso, disminución del gasto urinario, diaforesis, anorexia.		

Necesidad básica	*Aspectos a considerar*	*¿Son valorados?*	
		Sí	*No*
Control de la temperatura corporal	— INDICADORES DE TEMPERATURA ANORMALMENTE BAJA: Palidez, escalofrío, disminución frecuencia respiratoria y pulso, trastornos de la conciencia.		
Comunicación	— ETAPA DEL DESARROLLO DEL PACIENTE-CLIENTE. — FACTORES FISICOS: Percepción visual y auditiva. — FACTORES PSICOLOGICOS: Nivel de inteligencia, nerviosismo, extensión de vocabulario, nivel de respeto de sí mismo. — FACTORES SOCIOCULTURALES: Lengua materna, tipo de vocabulario, aspecto personal y vestuario, gesticulación, congruencia enhtre lenguaje verbal y no verbal. — EXPRESION DE SUS NECESIDADES Y SENTIMIENTOS CON OTRAS PERSONAS.		
Psicológica	— REACCION ANTE EL NUEVO AMBIENTE: Desconoce el ambiente y al personal, falta de orientación. — REACCION ANTE SU ENFERMEDAD Y ANTE LA DEPENDENCIA: Ansiedad, tranquilidad. — GRADO DE COMUNICACION: Expresión de necesidades y emociones. — REACCIONES ANTE FAMILIARES Y AMIGOS. — PREPARACION ANTE PRUEBAS DIAGNOSTICAS O INTERVENCIONES QUIRURGICAS. — CIRCUNSTANCIA QUE RODEAN A LA MUERTE DEL PACIENTE: Molestias y grado de dolor. Conocimiento de pronóstico. Talante y comportamiento: temor, angustia. Religión: Creencias sobre la muerte y el morir (capellan). Deseos del enfermo terminal. Situación de los familiares: conocimiento del pronóstico, comprensión de sus implicaciones, reacciones ante el pronóstico, necesidad de apoyo emocional y preparación y apoyo en el duelo. — CAMBIOS IMPORTANTES EN SU VIDA. — ATENCION.		
Estima, aceptación de su imagen	— GRADO DE PARTICIPACION DEL PACIENTE EN SUS CUIDADOS. — COMO VALORA EL PACIENTE SU NUEVA IMAGEN. — RECIBE INFORMACION ADECUADA: La utiliza a su favor o en su contra. — AYUDA A ADQUIRIR CONOCIMIENTOS.		

Necesidad básica	*Aspectos a considerar*	*¿Son valorados?*	
		Sí	*No*
Ocupación y actividad en tiempo libre	— FACTOR FISICO: Capacidad e incapacidad, capacidad de comunicación. — FACTOR PSICOLOGICO: Motivación, temperamento, rasgos de su personalidad. — FACTOR CULTURAL Y RELIGIOSO. — CAMBIOS DE AMBIENTE Y HABITOS: Separación de familiar, trabajo, recreación. — ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE PUEDE REALIZAR: Según su capacidad actual, edad, estado emocional, grado de confianza y seguridad. Comunicación y participación en actividades de grupo. Importancia que le da él a la recreación. Determinar la ayuda de psicoterapeuta. Fecha de últimas vacaciones. Lugar y tiempo dedicado al trabajo. Reacción ante el abandono del trabajo y separación de grupos de trabajo. Determinar la ayuda de un asistente social.		
Expresión de la sexualidad	— ETAPA DEL DESARROLLO SEXUAL. — ANTECEDENTES Y CRITERIOS PERSONALES: Regiliosos, sociales. — GRADO DE EXPRESION: Comportamiento general, aspecto, comunicación verbal. — EFECTOS DE LA HOSPITALIZACION SOBRE LA SEXUALIDAD: Relaciones sexuales satisfactorias para ellos, incomodidad ante un ambiente extraño a la pareja. — INFORMACION ADECUADA AL ESTADO DEL PACIENTE: Conocimiento de sus limitaciones, actuación de acuerdo con ellas.		

¿LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA DENTRO DEL CURRICULUM BASICO?: UNA EXPERIENCIA

Esperanza Rayón Valpuesta
Profesora de Enfermería Médico-Quirúsgica
Alicia García Gurria
Profesora de Salud Pública
Lidia de Dios Contzen
Alumna de 3.º de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra

Es conocido de todos que, tradicionalmente en la formación universitaria, la investigación se sitúa en los estudios de postgrado.

Y dentro del ámbito universitario general es el doctorado, máximo grado de educación superior, la enseñanza que además de acreditar para la actividad docente, reconoce la capacidad investigadora de quienes lo realizan. El título de doctor y su identificación con el término "investigar" es inmediato.

Recientemente, con la aparición de nuevos cursos de postgrado, se amplía la posibilidad de incluir materias relacionadas con la investigación, no quedando reservados en exclusiva para el doctorado. Esto ocurre fundamentalmente fuera de España.

Así, algunos Master, en concreto en países anglosajones, incluyen cursos o seminarios de iniciación a la investigación, exigiéndose la realización de una tesis final. O el "Master of Philosophy", dedicado exclusivamente a la investigación.

En Francia existe el "Diplôme d'Etudes Approfondies" (D.E.A.), que es un programa de iniciación a la investigación con una tesis final.

En España, sin embargo, es la realización de programas de doctorado, lo que da opción a la "Suficiencia para el desarrollo de tareas de investigación".

Estas breves referencias ilustran respecto a la ubicación de programas con contenidos en investigación dentro del ciclo docente: se constata que nunca se encuentran en el currículum básico.

Pensando en nuestra profesión, inmediatamente reconocemos que:

1. En España no existe el grado de doctor en Enfermería que asegure la capacitación y suficiencia investigadora.

2. Tampoco existen otras enseñanzas de postgrado con estas características. Algunos Master, de reciente aparición, están más bien orientados a preparar a las enfermeras para el desempeño de funciones profesionales de alto nivel (Administración).

3. La formación básica no permite incluir materias de investigación por dos razones muy claras:

— Por la insuficiente capacitación curricular previa de los alumnos para asimilarlas.
— Por la densidad de nuestro plan de estudios, que obliga a priorizar contenidos.

Y, sin embargo, es indiscutible la necesidad de adquirir conocimientos de investigación en Enfermería.

Indiscutible por varias razones.

La primera, porque, de hecho, existe de modo más o menos riguroso desde hace tiempo.

Efectivamente, dado que nuestra profesión se ejerce en la práctica asistencial (intra o extrahospitalaria), donde los avances científicos y tecnológicos son continuos, está sometida a la constante adaptación, reflexión y resolución diaria de muchos "porqués", y a la propuesta de nuevas soluciones.

La segunda razón es que investigar es lo propio de toda profesión que exige una toma de decisiones para actuar.

La tercera, que nuestras enseñanzas se imparten en el seno de la Universidad, y aunque en España sea en Escuelas Universitarias y no en Facultades, debemos emplear este instrumento —la investigación— si de veras queremos formar universitarios, es decir, personas con una real voluntad de servicio a la sociedad, a través de un trabajo bien hecho, y con la capacidad de crítica que hace posible el progreso.

La investigación se adaptará a nuestras características de Escuela Universitaria, pero debe estar presente.

Copio textuales palabras de un Rector de Universidad:

> "Puede afirmarse que la tarea investigadora se realiza allí donde el hombre se plantea preguntas y busca respuestas, y que la Universidad debe constituir un pilar fundamental sobre el que se sustenta la investigación, ya que en ella se da las condiciones que esta actividad necesita." (1)

Entonces: ¿dónde está el lugar dentro del currículum para impartir los conocimientos que formen en investigación? o ¿hay que dejar que cada cual aprenda por su cuenta en función de su interés personal? Esto último, sin duda, es una posibilidad que no hay que descartar, porque la propia iniciativa es fundamental, pero se hace necesario encontrar la respuesta para la primera cuestión. Como responsables del desarrollo de nuestra profesión, y de la formación completa de nuestros alumnos, no podemos esperar a que el simple correr del tiempo nos lo resuelva.

Debemos ensayar los procedimientos que convengan en cada momento para incluir estos contenidos en los programas de formación. Y esto, sin duda, en el postgrado, que es donde mejor encajan. Pero pensamos que es necesario hacer ya una aproximación en el pregrado.

Decimos "aproximación" porque, como se ha señalado anteriormente, no da para más; aunque sí puede ser suficiente para ir conformando esa mente crítica, inquieta, que será capaz, más adelante, de realizar un trabajo riguroso y de eficaz servicio a la sociedad.

Los modos concretos podrán adaptarse a las posibilidades de cada profesor, Escuela, etc. Y es ahí donde nos permitimos transmitir una experiencia, muy sencilla.

Se trata de un Curso de Atención Primaria en el que participaron 10 estudiantes de Enfermería de nuestra Escuela durante el verano pasado.

Dicho Curso se englobó en un Programa de Cooperación al Desarrollo del Estado de México (en gran parte subvencionado), situándose en una zona deprimida social y económicamente, un valle de 15.000 habitantes.

En el plano de la formación el curso tuvo los siguientes objetivos:

1. Mejorar los conocimientos de Atención Primaria a la Salud del grupo de participantes.
2. Incorporar las actitudes necesarias para una adecuada relación humana en gentes y culturas diferentes a las conocidas.
3. Despertar la conciencia social de los alumnos.

Además de diversas tareas que ayudaron al trabajo de las promotoras de salud de la zona, se planteó la necesidad de llevar a cabo proyectos concretos aplicados a cada comunidad, que supusieron una respuesta eficaz a las demandas de salud de la población.

Dichos proyectos, en total 10, resultaron una rica experiencia como iniciación a la investigación. Por los títulos enunciados a continuación, puede deducirse que algunos de ellos se plantean como trabajos de investigación y otros son más bien estudios o simple recogida de datos para un posterior análisis, no reuniendo, por tanto, todos los requisitos propios de un trabajo de este tipo. Sirven, sin embargo, y esto nos parece interesante para aprender y ejercitar alguno de los pasos que toda investigación requiere. Por ejemplo:

— La observación empírica de una realidad centrada en necesidades reales de salud.
— La determinación de las posibles causas.
— El enunciado de una hipótesis.
— La selección de una muestra.
— La búsqueda de un método.
— El manejo de bibliografía.
— La puesta en práctica de diversos programas paliativos o tendientes a solucionar un problema, etc.

Los títulos de los citados trabajos son:

1. "Relación de la desnutrición de II y III grado con la deficiente higiene familiar y fomento de hábitos higiénicos".
2. "Validez de una serie de acciones como medio de motivación de la promotora de salud en el desarrollo de su trabajo".
3. "Eliminación de basuras en la comunidad de Cerritos".
4. "Estudio de los hábitos de las madres de niños de 0 a 3 años en relación con la higiene personal de sus hijos y ensayo de su modificación".
5. "Programa educativo para mejorar la alimentación en la comunidad de Santa Rosa".
6. "Fomento de hábitos de higiene en la comunidad de San Antonio en niños de 1 a 10 años."
7. "Educación maternal: Cuidados del lactante".
8. "Evaluación de un curso de educación sanitaria impartido a madres de familia con hijos desnutridos".
9. "Promoción de hábitos higiénicos y antialcohólicos en una zona rural".
10. "Formación de la promotora como educadora de salud de la comunidad".

Pasamos a explicar a continuación uno de los proyectos. En concreto, el que se refiere a la "Relación entre la desnutrición de II y III grado con la deficiente higiene familiar y fomento de hábitos higiénicos".

En un estudio realizado por Dr. A. Chavez, del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" de México, y que versaba sobre la desnutrición en zonas rurales, se observaba la mayor incidencia de enfermedades infecciosas en los niños mal nutridos, especialmente diarreas, y, además, la persistencia de las mismas.

Al estudiar los lugares que actuaban como foco de contaminación fecal se detectó que el delantal, el trapo y las manos de la madre eran una de las principales fuentes de diseminación de bacterias.

Ante estos hechos realizamos un estudio en varias familias de una de las comunidades para verificar si el fomento de hábitos higiénicos resultaba una medida efectiva en la mejora del problema, y para detectar el mejor procedimiento que lo hiciera factible.

La muestra se seleccionó aplicando como criterio la existencia de, al menos, un hijo con grado de desnutrición II o III.

Señalamos dos objetivos: uno, a corto plazo, que consistía en fomentar los hábitos de salud mediante la educación sanitaria. El otro, a más largo plazo, pretendía reforzar lo conseguido, y comprobar los cambios en el número y persistencia de cuadros diarreicos.

En cuanto al primer objetivo, los pasos seguidos y el método fueron:

1. Obtención de datos respecto al estado higiénico de las madres e hijos, mediante la aplicación de una escala de valoración adaptada al caso.

2. Realización de la educación, mediante el uso de rotafolios, en los que se mostraban situaciones contrapuestas, de buenos y malos hábitos de higiene. Las madres debían pronunciarse al respecto y, según la respuesta, se les iba enseñando lo correcto.

3. Evaluación de los datos obtenidos.

En este apartado nos interesó detectar, por un lado, los conocimientos que habían adquirido las madres. Para ello utilizamos dibujos de viñetas que representaban situaciones variadas, y a las que debían enjuiciar como correctas o no. Por otro lado, valorar si se había producido algún cambio en los hábitos higiénicos.

Entre los resultados encontramos que el nivel de conocimientos era adecuado en todos los casos, no así la incorporación de hábitos higiénicos que no se modifican en las madres. Sin embargo, sí respecto a los hijos.

Como conclusiones provisionales se señalan:

1. La necesidad de un refuerzo continuado de los conocimientos.

2. La constatación de que las madres son capaces de mejorar la higiene de los hijos, pero no comprenden que son ellas uno de los principales focos de contaminación.

Ambos datos marcaron los pasos que conducirán al logro del segundo objetivo en los meses siguientes.

Hasta aquí ha sido la exposición de una experiencia que intenta reflejar, de modo más o menos claro, los dos propósitos que nos han movido a presentar esta comunicación:

1. Expresar que el fomento de una cierta actitud investigadora en los alumnos es posible y necesaria desde el currículum básico.

2. Pero que es en el postgrado donde tienen plena cabida y verdadero sentido estas enseñanzas. Por tanto, resulta más necesaria aún la adecuada configuración de materias y procedimientos en este área, que estén bien conectados a la realidad, y que respondan a las necesidades de formación de la enfermería en el terreno de la investigación.

REFERENCIAS

(1) VILLAPALOS SALAS, G.: Diario ABC. 23 de mayo de 1989.

HERRERA MESA, L.: *Comunicación al Congreso Internacional "Cultural Europea"*. Pamplona, 23 al 17 de octubre de 1990.

APUNTES SOBRE LA INVESTIGACION HISTORICA EN ENFERMERIA

Juana M.ª Hernández Conesa
M.ª Pilar Almansa Martínez
Carmen Isabel Gómez García
Profesoras E.U.E. de Arrixaca. Caceres

Somos conscientes, al igual de todos ustedes, de que la investigación histórica en enfermería es algo imprescindible para conocernos como disciplina.

Asimismo, optamos por incidir en que su habilidad, en cuanto al método, debe ser objeto de enseñanza y aprendizaje desde las Aulas de formación básica.

Una vez más, es en la Sede las Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D. donde se nos brinda la oportunidad de reflexionar en voz alta sobre las claves a seguir, a nuestro juicio, para descubrir el gran entramado histórico de nuestros orígenes, en nuestras ciudades y en los archivos de nuestros viejos hospitales, al margen de investigaciones al más alto nivel (1). Como las de Ventosa Esquinaldo, Domínguez Alcón y Eseverri Chaverri, entre otros.

Todos podemos afirmar que: la Historia es un registro significativo de los logros humanos. No puede reducirse a una lista cronológica de sucesos; es un relato verdadero y completo en el que las personas y los acontecimientos son examinados en relación con un determinado tiempo y lugar.

La Historia sirve al hombre para comprender el pasado y tratar de entender el presente a la luz de los sucesos y progresos del pasado.

El análisis histórico puede dirigirse hacia un individuo, un grupo, una idea, un movimiento o una institución. Pero ninguno de estos objetos de la observación histórica puede ser considerados aisladamente. Ningún hombre puede ser sometido a una investigación histórica sin tener en cuenta su interacción con las ideas, movimientos o instituciones de su tiempo. El foco determina únicamente el punto significativo hacia el cual el historiador dirige su atención. (2)

---

(1) Ventosa Esquinaldo.

(2) Best. J. W. Como investigar en educación, pp. 73.

La investigación realizada por los historiadores ha diferido de la que llevan a cabo la mayoría de los científicos de una manera fundamental. Tanto es así, que podríamos hablar de dos corrientes de opinión sobre la pregunta de cuándo pueden ser consideradas las actividades de historiador como científicas, o si existe algo como la investigación científica en el campo de la Historia.

Es evidente que aquellos que adoptan la posición negativa pueden especificar ciertas limitaciones, tales como:

1. Aunque el propóstico de la ciencia es la predicción, el historiador no siempre puede generalizar sobre la base de hechos pasados. Como tales hechos no estuvieron a menudo sujetos a un plan, o no se desarrollaron como planificados, a causa de que había muchos factores incontrolados y de que la influencia de uno o unos pocos individuos fue muy crucial, nunca se repite el mismo patrón o modelo de factores.

2. El historiador debe depender de las observaciones informadas por otros, con frecuencia testigos de dudosa competencia y, a veces, de poco garantía en su objetividad.

3. El historiador es, en cierto grado, una persona que intenta completar un complicado rompecabezas en el que faltan algunas piezas. Sobre la base de lo que puede ser evidencia incompleta ha de llenar las lagunas, deduciendo lo que ha sucedido y por qué.

4. La Historia no opera en un sistema cerrado tal y como puede crearse en el laboratorio de ciencia física. El historiador no controla las condiciones de observación ni manipula las variables significativas. (3)

Por otro lado, quienes pretenden que la investigación histórica debe tener algunas de las características de la investigación científica, afirman cuatro argumentos:

1. El historiador delimita un problema, formula hipótesis o hace surgir cuestiones para ser contestadas, recoge y analiza datos primarios, prueba las hipótesis, como consistentes o no, con la evidencia, y formula generalizaciones o conclusiones.

2. Aunque el historiador no haya presenciado un hecho ni recogido los datos de una manera directa, puede disponer del relato de un cierto número de testigos que han observado aquel hecho desde diferentes puntos de vista. Es posible que acontecimientos subsiguientes hayan provisto de información adicional no disponible para los observadores contemporáneos. El historiador sujeta a la evidencia a un análisis crítico riguroso, en orden a establecer su autenticidad, veracidad y precisión.

---

(3) Ibid, p. 75.

3. Al buscar conclusiones, el historiador emplea principios de probabilidad similares a aquellos que se usan por los científicos físicos.

4. Aunque sea cierto que el historiador no puede controlar las variables directamente, esta limitación caracteriza también a la mayoría de la investigación de la conducta, en particular la no realizada por el laboratorio en sociología, psicología social y economía. (4)

Sin entrar en este tipo de debates epistemiológicos, sí podemos afirmar que la Historia "no es una Reconstrucción cualquiera del pasado" como nos recuerda NEVINS (1983). Para que se le pueda llamar histórica debe reflejar el espíritu de la inquisición crítica que tiende a lograr una representación fidedigna de los eventos pasados.

Como afirma DONAHUE (5) es difícil identificar y descubrir de forma adecuada los orígenes precisos de la enfermería, pero esto, lejos de desmotivarnos, debe crear en nuestros alumnos y en nosotros mismos la curiosidad intelectual necesaria para hacernos con los instrumentos de la investigación histórica, y utilizarlos para descubrir parcelas de nuestra histórica inéditas.

Para ello, nuestra reflexión va dirigida, como comentábamos, a la forma de crearnos habilidades en cuanto al uso de los documentos por parte del historiador de la Enfermería.

Como consecuencia, la reconstrucción del pasado, que se llama historia, se basa en inferencias realizadas a partir de documentos, entendiendo que un documento histórico es una impresión dejada por un ser humano en un objeto físico. La impresión puede hacerse con tinta en un trozo de papel, con el cincel de un escultor en un trozo de piedra, con el pincel de un pintor en un lienzo, con la mano del alfarero en la arcilla blanda y de cualquier otra manera en que un ser humano puede dejar un rastro de su actividad. (Esta concepción de un documento deriva de GOTTS CHALK (1945), quien no distingue entre impresiones escritas y otras impresiones.)

Asimismo, hemos de ser conscientes de que los documentos siempre se derivan de las fuentes, y un observador particular es un ejemplo de fuente, ya que puede ser fuente de muchos documentos. Sin embargo, la palabra fuente tiene otro significado, según el cual se llama comúnmente a un documento fuente de información.

Se hace necesario utilizar una clasificación común de las fuentes en *primarias* y *secundarias*. Así una *fuente primaria* es la que ha tenido alguna relación física directa con los eventos que se están reconstruyendo. Las *fuentes secundarias* son aquellas que no tienen una relación física

(4) Ibid, p. 75.

(5) Donahue, P., p. 2.

directa con el evento que constituyen el objeto de estudio, sino que están relacionadas con él a través de algún proceso intermedio. Muchas fuentes incluyen elementos primarios y secundarios que el historiador de la Enfermería debe saber seleccionar.

Puesto que el investigador no ha vivido en la época que se encuentra estudiando y puede quedar influido por los hechos que investiga, debe, a menudo, depender de la deducción y del análisis lógico, utilizando la experiencia registrada de otros, más bien que la observación directa. Para asegurar que esta información sea lo más cierta posible ha de basarse sobre datos primarios, "de primera mano". Encontrar fuente de datos exige imaginación, duro trabajo y determinación.

Hemos señalado que el historiador no emplea el método de la observación directa. Los hechos pasados no pueden repetirse a voluntad. Como ha de obtener gran parte de sus datos mediante los informes de quienes presenciaron o participaron en dichos sucesos, los datos han de quedar sujetos a un cuidadoso análisis para separar lo verdadero de lo irrazonable, falso o engañoso.

Los datos verídicos que pueden utilizarse en la investigación histórica son conocidos como evidencia histórica. Son aquel conjunto de hechos comprobados e informaciones que pueden ser aceptadas como verdaderas y que constituyen una base válida para la comprobación e interpretación de la hipótesis.

La evidencia histórica deriva de los datos históricos mediante el proceso de la crítica. Esta es de dos tipos: Crítica externa y crítica interna.

Crítica externa

La crítica externa establece lo auténtico o genuino de los datos. El resto o documento ¿es verdadero o una falsificación, una impostura, o una broma? Pueden emplearse varias pruebas de autenticidad.

El problema de establecer la época o la autoridad de documentos puede llevar consigo muchas complicadas pruebas de firma, escritura, redacción, alfabeto, ortografía, lenguaje propio de la época, documentación, conocimientos de que se disponía en la época y adecuación consistente con lo que ya conocemos. Puede implicar análisis y pruebas físicas y químicas de tinta, pintura, papel, pergamino, tela, piedra, metales o madera. ¿Tienen esos elementos la debida consistencia respecto a hechos conocidos referentes a la persona, a los conocimientos disponibles y a la tecnología del período en el cual se creó el resto de el documento en cuestión?

Crítica interna

Cuando se ha establecido la autenticidad del documento o resto histórico, queda todavía el problema de valorar su exactitud o su mérito. Aunque sea genuino, ¿revela un cuadro verdadero?, ¿que sabe del escritor o creador?, ¿era competente, honesto, recto; conocía bien los hechos o fue demasiado antagonista o demasiado simpático hacia éstos para poder dar un cuadro verdadero?, ¿tuvo algún motivo para deformar el relato?, ¿estaba sujeto a presiones, temor o vanidad?, ¿cuánto tiempo después del suceso registró su testimonio y fue capaz de recordar exactamente lo que ocurrió?, ¿se halla el testigo de acuerdo con otros testigos competentes y veraces?

Esas cuestiones son, muchas veces, difíciles de contestar; pero el historiador ha de procurar obtener seguridad sobre la exactitud y veracidad de los datos. Solamente entonces puede aceptarlos como evidencia histórica, digna de una consideración seria. (6)

En la actualidad, los que intentamos recorrer el camino de la investigación histórica en Enfermería nos encontramos con una de las mayores dificultades de todo, principalmente en este campo, que es el de delimitar el problema. Con excesiva frecuencia, establecemos un problema demasiado amplio, mientras que el investigador experimentado es consciente de que la investigación Histórica debe ser confinada a un análisis penetrante de un problema limitado, más bien que a un examen superficial de un sector amplio.

También hemos de comertar que: Aunque las hipótesis no son siempre establecidas explícitamente en las investigaciones históricas, suelen estar implicadas. El historiador recoge evidencia y valora cuidadosamente su veracidad y valor. Si la evidencia es compatible con las consecuencias de la hipótesis queda confirmada. Si la evidencia es incompatible, o es negativa, la hipótesis no queda confirmada. A través de tales síntesis es como se establecen las generalizaciones históricas.

No obstante, existe alguna diferencia de opinión, incluso entre historiadores de reconocido prestigio, respecto a si las investigaciones históricas pueden establecer o no generalizaciones. La mayoría de los historiadores podrían estar de acuerdo en que son posibles algunas generalizaciones, pero no lo están sobre la validez de aplicarlas a diferentes tiempos y lugares. (7)

Una vez que el historiador de la Enfermería es conocedor de que la preparación de una "historia" no es sólo la exhumación de los datos, sino que el estudio de los documentos suscita a menudo complejos problemas respecto de cuales son los hecho y de los juicios implícitos,

---

(6) Best, J. W., p. 81.

(7) Gottschalk, Louis: "Categories of Historical Generalization" en *(7) Generalization in the Writing of History.* Louis Gottschalk.

está en disposición, una vez completada la investigación básica de las fuentes, de iniciar el denominado *proceso de síntesis.*

Evidentemente, existen controversias sobre cómo redactar el informe. Podemos partir de una primera premisa: De que no se puede separar claramente la búsqueda de documentos, y su examen y estudio, de su síntesis en una obra coherente, ya que la síntesis del material histórico está estrechamente vinculada con todo el problema de la deducción de inferencias a partir de los datos históricos.

No obstante, los informes deberían ser escritos en un estilo digno y objetivo.

Sin embargo, al historiador se le permite un poco más de libertad al escribir. Homer Carey HOCKETT sugiere que "el historiador no se halla condenado a un estilo desnudo, llano, falto de atractivo" y que "para aliviar la monotonía de una afirmación tras otra de meros hechos es permisible, de cuando en cuando, que incurra en un poco de colorido". Concluye, sin embargo, advirtiendo que "por encima de todo, los adornos no deben constituir una aspiración suprema ni dar por resultado una ocultación o distorsión de la verdad".

Una evaluación de los proyectos de investigación histórica de los estudiantes revela generalmente una o más de las siguiente faltas:

1. Un problema demasiado amplio.

2. Tendencia al empleo de fuente secundarias de datos, fáciles de encontrar, más bien que suficientes fuentes primarias, más difíciles de localizar, pero usualmente más fidedignas.

3. Crítica histórica de los datos inadecuada debido a la incapacidad para establecer la autenticidad de las fuentes y la veraciadad de los datos. Por ejemplo, muchas veces existe una tendencia a aceptar una afirmación como necesariamente verdadera cuando coinciden algunos observadores. Es posible que uno haya influido sobre otro o que los dos fueran influidos por la misma fuente inexacta de información.

4. Análisis lógico defectuoso como consecuencia de:

a) Hipersimplificación: Incapacidad de reconocer el hecho de que las causas de los sucesos son más a menudo múltiples y complejas que únicas y sencillas.

b) Hipergeneralización: Actuando con una evidencia insuficiente y falsos razonamientos por analogía basando las conclusiones sobre semejanzas superficiales de situaciones.

c) Incapacidad de interpretar palabras y expresiones a la luz de su significado aceptado en una época anterior.

d) Incapacidad de distinguir entre los hechos importantes de una situación y los que son insignificantes y sin importancia.

5. La expresión de parcialidades personales reveladas por aislamiento del contexto de afirmaciones con propósitos de persuasión,

adoptando de un modo demasiado generoso, o desprovisto de crítica, una actitud hacia una persona o idea (o siendo demasiado hostil o crítico), la excesiva admiración por el pasado (a veces conocida como la manía "del viejo cubo de roble"), o una admiración igualmente no realista por lo nuevo o lo contemporáneo suponiendo que todo cambio significa progreso.

6. Mala redacción en un estilo aburrido e incoloro, demasiado florido o petulante, demasiado persuasivo, de tipo "familiar' o ignorante de las reglas gramaticales.

La investigación histórica, por consiguiente, aparece llena de dificultades y exigencias. La recogida de la evidencia histórica requiere largar horas de cuidadoso examen de documentos, tales como registros civiles, cuerpos legislativos, cartas, diarios, minutas oficiales de organizaciones y otras fuentes primarias de datos. La investigación histórica puede suponer viajes a lugares distantes para examinar los restos de documentos necesarios. De hecho, cualquier estudio histórico significativo presenta unas demandas que para su cumplimiento pocos estudiantes tienen el tiempo, recursos financieros, paciencia o experiencia que se necesita. Por estas razones, los buenos estudios históricos no suelen intentarse para el propósito de cubrir exigencias académicas de grado (9). Podíamos afirmar que el conocimiento de la metodología de la investigación histórica por nuestros alumnos puede suponer para el futuro de nuestra profesión, un avance de incalculable valor si tenemos en cuenta que serán esas nuevas generaciones, las que puedan seguir escribiendo sobre nuestro pasado.

Así, la asignatura de Historia de la Enfermería podría encontrar el espacio filosófico adecuado e independiente en nuestro currículum, de lo que somos plenamente partidarios.

A nuestro juicio, esta nueva perspectiva de los contenidos de la Historia de la Enfermería crearía situaciones que permitirían al alumno vivir experiencias que promoverían cambios, estimulándolos para aprender por sí mismos a través del descubrimiento facilitándole saberes inacabados, mostrándoles lo que se conoce y lo que se ignora de nuestra historia, enseñándole a su vez a razonar, a investigar y a valorar críticamente nuestro pasado y nuestro presente.

BIBLIOGRAFIA

BEST, J. W.: *Como investigar en educación.* Ed. Morata.
DONAHUE, P.: *Historia de la Enfermería.* Ed. Doyma.
ESEVERRI CHAVERRI, C.: *Historia de la Enfermería española e hispanoamericana.* Ed. Salvat.
ROBERT M. W. TRAVERS.: *Introducción a la investigación educacional.* Ed. Paidos.
REMO-FORNACA.: *La investigación histórico-pedagógica.* Ed. O Ikos-Tau.

(8) Hockett, H.C., p.139.

ENFERMERIA... ¿VOLVERIAS A EMPEZAR?

Jaime Zabala Blanco
Enfermero
Director Técnico E.U.E. "Casa Salud Valdecilla"
Mercedes Inmaculada Ruano Gómez
Enfermera
Supervisora de Area Funcional. Hospital "Cantabria"
Raquel Seco García
Enfermera
Hospital de Liencres
Santander

INTRODUCCION

Hace ya tiempo que la profesión de Enfermería se desvió de su trayectoria histórica y comenzó a desarrollar su propio marco conceptual y a consolidarse como profesión independiente dentro de las ciencias de la Salud; iniciando la "lucha" por ocupar el lugar que le corresponde en el equipo multidisciplinario de atención a la salud.

Son cambios profundos los que ha registrado nuestra profesión; cambios no sólo en la forma, sino también en la propia actividad del día a día. Pero no se nos esconde por otra parte la lentitud con que el Sistema Sanitario va ajustándose a la nueva realidad de la Enfermería.

Son muchos los factores contribuyentes para que este cambio no sea todo lo rápido que desearíamos y si es verdad que los factores políticos, económicos, etc., tienen un peso específico, es también cierto que en gran medida dependerá del propio colectivo el reivindicar y poner en marcha los mecanismos necesarios para que este cambio se produzca.

En relación a todo lo anterior, por el contacto con gran cantidad de compañeros, hemos podido observar la heterogeneidad existente a la hora de expresar cuáles fueron los motivos que les llevaron a la elección de la Enfermería como profesión. Por ello nos planteamos la realización de este estudio, cuyo objetivo es constatar el grado de cumplimiento de las expectativas iniciales respecto al contenido de la profesión y si volverían (en el caso hipotético de poder) a iniciar de nuevo sus estudios de Enfermería, tras la experiencia acumulada en el ejercicio profesional.

MATERIAL Y METODO

I. El estudio se centró en el personal de Enfermería titulado; tomándose como población sólo al personal con plaza con propiedad

y con funciones en enfermería no especializada, del Hostipal "CANTABRIA" de SANTANDER.

II. La obtención de datos se hizo a través de una encuesta realizada a una muestra representativa de los profesionales de Enfermería.

III. Se informó uno por uno a los profesionales seleccionados para realizar la encuesta, poniendo a su disposición un sistema de recogida que garantizaba el anonimato.

IV. Utilizamos la variable Sexo para objetivar si existían diferencias y si estas eran significativas entre los profesionales masculinos y femeninos.

V. Al obtener la muestra representativa nos vimos en la necesidad de sobredimensionar al grupo de hombres para asegurar que los datos finales obtenidos serían porcentualmente fiables.

RESULTADOS

Partiendo de la población total de la Enfermería con plaza en propiedad del Hospital "CANTABRIA" de SANTANDER, seleccionaremos una muestra de 126 profesionales.

TABLA 1

Composición de la muestra según sexo

Hombres	26	20,6%
Mujeres	100	79,4%

A la pregunta formulada: SI VOLVIERA A EMPEZAR TU VIDA PROFESIONAL ¿ESTUDIARIAS DE NUEVO ENFERMERIA?

Los resultados obtenidos quedan reflejados en la tabla 2.

TABLA 2

Valoración elección enfermería
Empezar de nuevo estudios

Sí	77,8%
No	22,2%

Ante la lectura de los resultados, nos llama poderosamente la atención que un 22 por 100 de la muestra, o lo que es lo mismo, uno de

cada cuatro profesionales encuestados, no volvería a iniciar sus estudios de Enfermería.

Al introducir la variable sexo a los datos de la pregunta anteriormente formulada, los resultados los ponemos de manifiesto en la tabla 3.

TABLA 3

Valoración elección enfermería
Empezar de nuevo estudios

	Mujeres	*Hombres*
Sí	81%	65,3%
No	19%	34,7%

Por los datos obtenidos en esta tabla 3 constatamos que un 34,7 por 100 de los hombres y un 19 por 100 de las mujeres no volverían a realizar estudios de Enfermería. Dichos resultados ponen de manifiesto que la insatisfacción es mayor en los profesionales masculinos que en los femeninos.

La siguiente pregunta formulada fue: DESDE LA PERSPECTIVA DE HABER EJERCICIO LA PROFESION HASTA HOY ¿EN QUE GRADO SE HAN CONFIRMADO TUS EXPECTATIVAS INICIALES RESPECTO AL CONTENIDO DE LA PROFESION?

A) MEJOR DE LO ESPERADO.
B) LO ESPERADO.
C) PEOR DE LO ESPERADO.

Los resultados los recogemos en la tabla 4.

TABLA 4

Evaluación expectativas iniciales
Contenido profesión

Lo esperado	46,6%
Peor de lo esperado	40,5%
Mejor de lo esperado	11,1%
No contestan	0,8%

Al analizar los datos de la tabla 4 observamos que un 40,5 por 100 del total de la muestra opina que sus expectativas, respecto al contenido de la profesión de Enfermería, no sólo no se han cumplido, sino que han sido peor de lo esperado.

Relacionado este resultado con los datos recogidos en la tabla 2, observamos que un grupo significativo de profesionales aproximadamente el 20 por 100, pese al incumplimiento de sus expectativas, volvería a iniciar sus estudios de Enfermería.

SEXO
TOTAL MUESTRA

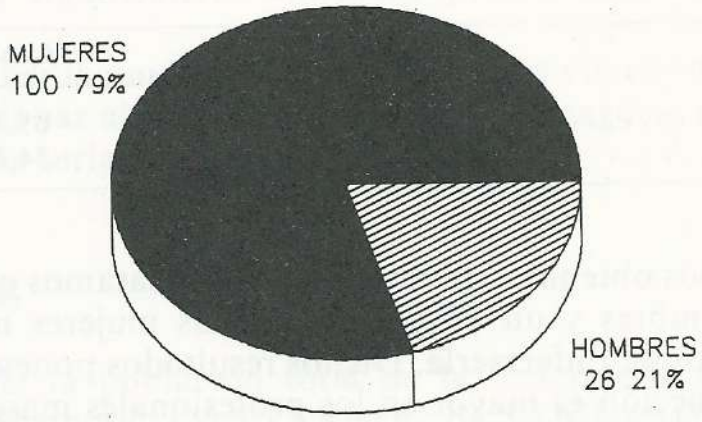


Gráfico 1

¿VOLVERIAS A EMPEZAR?
TOTAL MUESTRA (EN %)

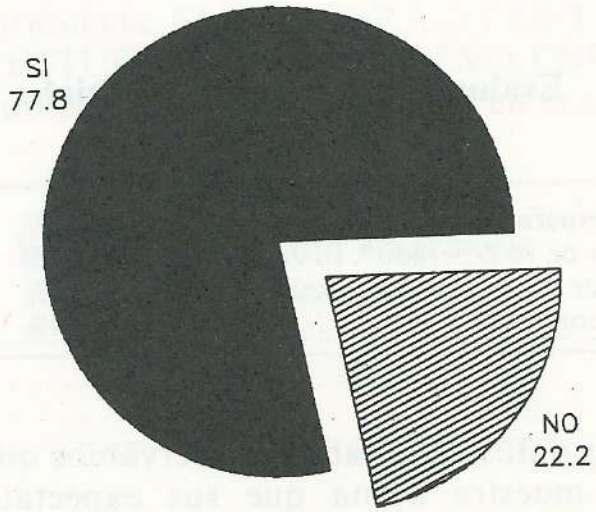


Gráfico 2

¿VOLVERIAS A EMPEZAR? SEXO (EN %)

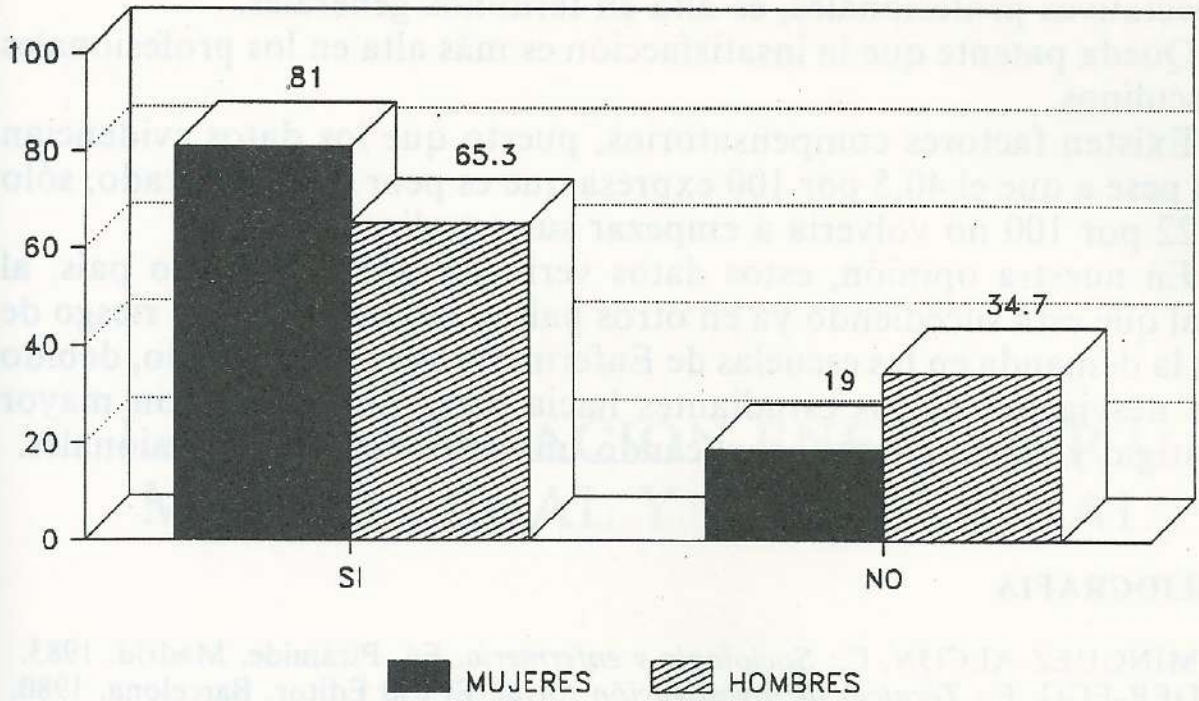


Gráfico 3

ESPECTATIVAS/CONTENIDO PROF. TOTAL MUESTRA (EN %)

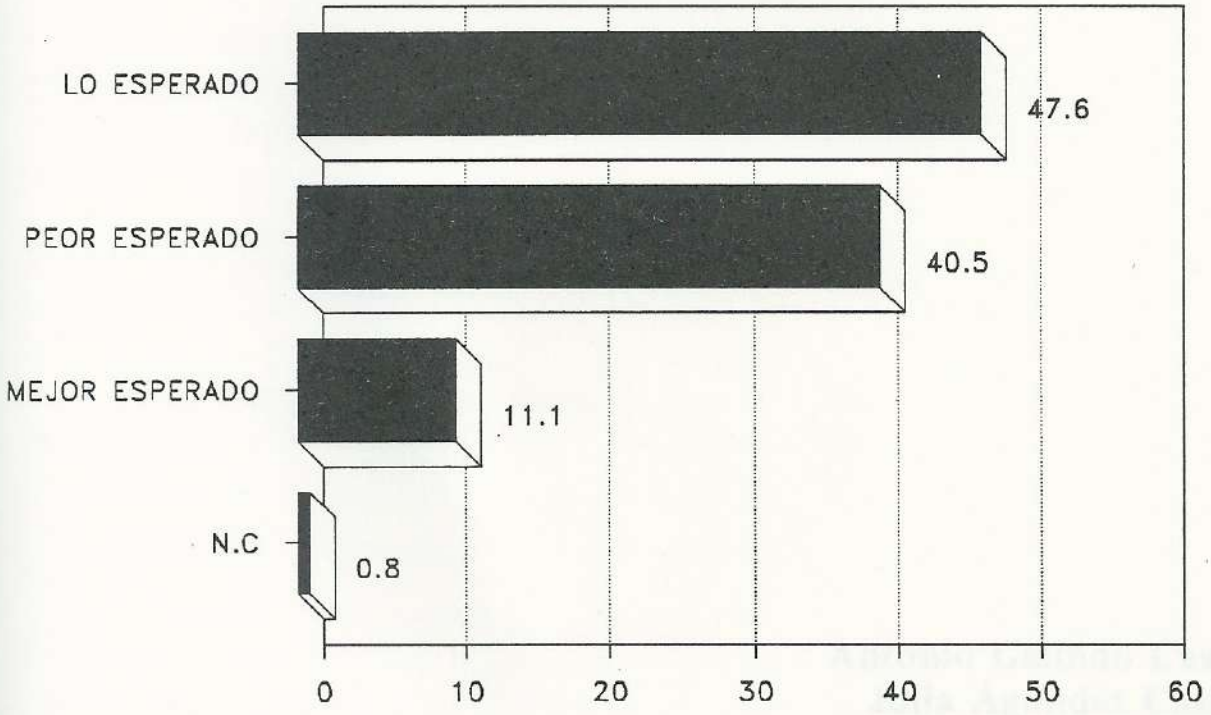


Gráfico 4

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados, la insatisfacción, respecto a las expectativas profesionales, es alta en términos generales.

Queda patente que la insatisfacción es más alta en los profesionales masculinos.

Existen factores compensatorios, puesto que los datos evidencian que pese a que el 40,5 por 100 expresa que es peor de lo esperado, sólo un 22 por 100 no volvería a empezar sus estudios.

En nuestra opinión, estos datos verifican que en nuestro país, al igual que está sucediendo ya en otros países, se corre el grave riesgo de que la demanda en las escuelas de Enfermería vaya decreciendo, debido a la desviación de los estudiantes hacia otras disciplinas con mayor prestigio y expectativas, provocando un déficit real de profesionales.

BIBLIOGRAFIA

DOMINGUEZ-ALCON, C.: *Sociología y enfermería.* Ed. Pirámide. Madrid, 1983.
ANDER-EGG, E.: *Técnicas de investigación social.* El Cid Editor. Barcelona, 1980.
WHITNEY, J. C.: *Elementos de investigación.* Ed. Prentice-Hall. Nueva York, 1979.

LA INVESTIGACION ENFERMERA: MARCO LEGAL Y PROFESIONAL

Antonio Galindo Casero
Julia Agundez Castela
Hospital "San Pedro de Alcántara". Cáceres

INTRODUCCION

La investigación como actividad enfermera, además de una exigencia profesional, es una realidad reconocida y avalada, tanto por la normativa legal como por las diferentes instancias profesionales.

La Ley General de Sanidad dedica expresamente un capítulo a fomento de la Investigación.

También el Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, desarrollando lo expresado en la Ley General de Sanidad, compromete a los hospitales en la función Investigadora. Y siendo aún más precisos, al referirnos a enfermería, el Real Decreto determina en qué forma de investigación es responsabilidad de las Direcciones de Enfermería.

Desde el punto de vista profesional la investigación se reconoce como una función que han de realizar las enfermeras y cuyo desarrollo va íntimamente ligado al desarrollo de la profesión misma. Así lo evidencian organismos e instituciones profesionales, tanto nacionales como internacionales.

LA INVESTIGACION Y LA NORMATIVA LEGAL

La Ley General dedica íntegramente el Título IV a la Docencia y la Investigación, y el capítulo segundo de este título, expresamente, al tema de la Investigación (1)

Lo hace en los siguientes términos:

1. La actividad investigadora debe fomentarse en todo el Sistema Sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.

2. La investigación biomédica y en ciencias de la salud se desarrollará principalmente en función:

— De la política nacional de investigación.
— De la política nacional de salud.

3. La investigación en Ciencias de la Salud ha de contribuir a la promoción de la salud.

Teniendo especialmente presentes:

— La realidad socio-sanitaria.
— Las causas y mecanismos que la determinen.
— Los modos y medios de intervención preventiva y curativa.
— La evolución de la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

4. Se prevé la creación de organismos de investigación capaces de asumir la investigación, tanto a nivel de Estado como de Comunidad Autónoma.

5. Deben coordinarse los programas y las asignaciones de recursos a fin de garantizar la máxima productividad en las investigaciones.

6. Se reconoce a los organismos de Investigación capacidad para establecer programas prioritarios y acreditar unidades de investigación.

7. En las áreas y objetivos prioritarios se desarrollarán programas específicos de formación de recursos y se regularan la dedicación a la investigación de quienes participan en otras tareas sanitarias.

8. Se prevé un sistema progresivo de financiación de la investigación hasta alcanzar un 1 por 100 de los presupuestos globales de salud.

9. Se exige la evaluación sanitaria y económica de las inversiones en Investigación.

10. La administración sanitaria del Estado deberá valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria.

El reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales (2) determina lo siguiente:

1. Los hospitales tendrán como funciones primordiales... "la investigación y la docencia..."

2. Corresponde a las Direcciones Médicas y de Enfermería, en igual medida:

"Promoner, dirigir, coordinar y evaluar las actividades y calidad de la asistencia, docencia e investigación en sus ámbitos de responsabilidad correspondiente."

3. Todo hospital deberá contar, entre otras comisiones, con la de Docencia, Investigación y Formación Continuada.

Plan de Gestión por Objetivos de la atención especializada del INSALUD (3)

A nivel de objetivo institucionales de toda la red de atención especializada se exige:

"Impulsar la formación continuada, mejorar la docencia de postgrado y facilitar la investigación en todos los niveles de atención."

A nivel de objetivos institucionales del área de salud para la atención especializada se demanda la necesidad de contar con: *Objetivos de investigación.*

Cada hospital de la red pública del Insalud deberá establecer objetivos de investigación anuales dando cuenta de cuáles son los proyectos de investigación más relevantes en cada ejercicio de gestión.

Específicamente en Enfermería cada hostipal deberá de establecer en número de proyectos de investigación sobre aspectos de cuidados de enfermería (necesidades técnicas de valoración y de enfermería, actividades de cuidados, etc.) y porcentajes de personal implicado.

LA INVESTIGACION DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL

La investigación desde la óptica profesional es reconocida como una realidad inseparable del ejercicio enfermero "La investigación —afirma M.ª Paz Mompart— aporta, a través del incremento del conocimiento y la mejora de los servicios, un elemento fundamental para la profesionalización de todo el colectivo, al validar los hallazgos, sentar las bases y definir los modelos de atención enfermera más adaptados a la práctica, y contribuir a delimitar las áres de responsabilidad propias de la profesión" (4).

La investigación enfermera es una realidad reconocida, tanto desde instancias profesionales nacionales como internacionales, que es necesario conocer para situarla en el entorno adecuado en el cual se realiza y que es uno de los objetivos de estas XI Sesiones.

A nivel Nacional

La investigación enfermera desde la perspectiva nacional es ahora, en general, más un deseo que una realidad. No se dan, en estos momentos, las condiciones objetivas que nos permitan hablar de líneas de investigación en desarrollo. Si bien es verdad que se apuntan voluntades, recursos y proyectos que propiciarán un plan de investigación real.

Es verdad que desde el Consejo General algunos colegios Provinciales, determinadas Direcciones de Enfermería y otras instituciones se han dispuesto algunos recursos, fundamentalmente económicos, para

la Investigación. Pero desconocemos que exista ningún proyecto, que desde instancias profesionales haya explorado primero y propuesto después un plan global de investigación enfermera en nuestro país.

Es verdad que el Fondo de Investigaciones Sanitarias (F.I.S.) está en estos momentos procurando activamente "promover e impulsar la investigación en Enfermería para mejorar la calidad de los cuidados" (5). Pero aún es pronto para poder emitir un juicio sobre los resultados de este proyecto.

Sin embargo, me gustaría destacar, aquí y ahora, dos cosas, a mi modo de ver, fundamentales en este trabajo que se inicia.

1. Que el eje central o telón de fondo de todas las actividades a desarrollar es la persona o grupo social que requiere cuidados y, en consecuencia, la elevación de la calidad del servicio, que han de prestar las enfermeras.

2. Que la actividad no se centre en la justificación o defensa "profesional", sino en ser motor y palanca del desarrollo de la investigación en cuidados.

La investigación enfermera en España deberá, en cualquier caso, guardar relación con:

— El estado de salud de la población.
— La estrategia nacional de salud.
— La situación de la enfermería en nuestro país.

A nivel internacional

A nivel internacional, la investigaión enfermera tiene una referencia y respaldo institucional desde distintas instancias.

Pero me parece especialmente significativo y destacable el posicionamiento del Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E.). para el C.I.E. "la investigación en enfermería y la investigación hecha por enfermeras son dos elementos importantes de progreso en la profesión en beneficio de los que requieren actuación de enfermería". (6)

La investigación en enfermería según el C.I.E. debe incluir lo que se refiere a un plan de investigación global y lo que puede ser estudiado de forma independiente. En investigación en Enfermería deben utilizarse todos los recursos existentes a diferentes niveles de desarrollo y la investigación debe conformarse a las reglas éticas en vigor.

La investigación enfermera deberá responder a un imperativo de progreso y desarrollo profesional que al margen de fronteras tenga en cuenta las peculiaridades y diferencias existentes en los distintos países en materia de salud y de Enfermería.

Todos los países, y todos los profesionales, deben contribuir, en la medida de sus posibilidades a promover la investigación.

LA INVESTIGACION AHORA Y EL FUTURO

Expresábamos antes que hablar de trabajos de investigación enfermera en nuestro país representa, salvo excepciones, más una declaración de intenciones que una realidad.

Reconociendo que esto es así, procedería preguntarse el porqué de esta situación. Situación que a nuestro juicio respondería a las siguientes razones.

1. La formación básica inadecuada de los enfermeros en contenidos específicamente de enfermería.
2. Falta de preparación en metodología científica y de investigación.
3. Ausencia de motivación profesional en relación a actividades investigadoras.
4. Falta de conocimiento práctico y aplicación de la investigación.
5. Indefinición de campos, proyectos y líneas de investigación específicamente enfermeros.
6. Desinterés por falta de experiencia en este campo.
7. Insuficiencia de recursos e instrumentos de apoyo a la investigación tanto estratégicos como logísticos.

Descrita brevemente la situación en que se encuentra la investigación enfermera en la actualidad, parece aconsejable abordar esta cuestión con proyección de futuro.

Lo primero que debemos expresar es que sin investigación no existe futuro profesional. Lo que traduce la imperiosa necesidad de propiciar investigación real y pertinente sobre aquello que aporte la enfermería al campo de las ciencias de la Salud.

Nuestra propuesta la cifraríamos en el abordaje de las siguientes áreas de trabajo:

1. Investigación histórico-sociológica en relación con la profesión enfermera.
2. Estudio sobre el proceso administrativo enfermero.
3. Estudio sobre métodos y técnicas educativas en el campo enfermero.
4. Investigación sobre cuestiones relacionadas con la aplicación y procedimientos de técnicas terapéuticas y diagnósticas.
5. Estudio sobre cuestiones referentes a aspectos clínicos y cuidados de enfermería por áreas de especialización.
6. Estudios sobre aspectos relacionados con la conducta de las personas en situación de enfermedad.
7. Investigación en todos aquellos campos en que la enfermería trabaja en colaboración con otros profesionales.

La investigación enfermera en el futuro deberá, en definitiva, tomar como punto de referencia fundamental su contribución al desarrollo de la salud y los cuidados de aquellos a quienes sirve.

BIBLIOGRAFIA

(1) B.O.E.: Ley General de Sanidad (B.O.E. de 29 de abril de 1986).

(2) B.O.E.: R.D. por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el INSALUD (B.O.E. de 16 de abril de 1987).

(3) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Plan de Gestión por objetivos de la Atención especializada del INSALUD. Madrid, 1989.

(4) MOMPART, M. P.: "Necesidades de Investigación y Cuidados de Enfermería", *Revista Rol de Enfermería,* n.° 145. Barcelona, 1990.

(5) F.I.S.: Documento Inicial del grupo de trabajo Enfermería (F.I.S.) mecanografiado. Madrid, 1990.

(6) C.I.E.: Guías para el desarrollo de la Investigación en Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra, 1985.

ANALISIS DE LAS PUBLICACIONES DE ENFERMERIA EN ESPAÑA. 1988-1990

M.ª Luisa Robledo de Dios
Profesora titular de C. de la Conducta. E.U.E. Ciudad Real
M.ª Angeles Moreno
Profesora titular de E. materno-Infantil. E.U.E. Ciudad Real
Julia Pinilla Coello
Profesora titular de E. Fundamental E.U.E. Ciudad Real
María Mansilla López
Profesora titular de E. Médico-Quirúrgica. E.U.E. Ciudad Real

INTRODUCCION

El fundamento del presente estudio es hacer un análisis de la investigación actual de la enfermería en España, en relación con los conocimientos durante el período de formación en las E.U.E.

PROBLEMATICA

Este trabajo va a consistir en el análisis de las publicaciones sobre enfermería relacionadas con las siguientes materias impartidas en la E.U.E.:

— Salud Pública.
— C. de Conducta.
— Enfermería Fundamental.
— Enfermería Materno-Infantil.
— Enfermería Médico-Quirúrgica.

MATERIAL

Hemos tomado como parámetros los artículos publicados en las revistas de enfermería de divulgación nacional: "ROL', "ENFERMERIA CIENTIFICA" y "NURSING"; durante los años 1988, 1989 y seis meses del año 1990.

METODO

Se ha revisado el número total de artículos publicados en este período de tiempo, seleccionando aquellos que guardan relación con las materias en estudio.

Hemos recopilado los siguientes datos:

— Número de temas publicados total y por revistas.
— Número total de temas relacionados con las materias elegidas.
— Perfil profesional de los autores.
— Zonas geográficas a la que pertencen los autores.

OBJETIVOS

Conocer:

1. El número total de temas publicados:

— Global.
— Por revistas.

2. Número total de temas en relación con las materias elegidas y años.

3. ¿Quién investiga más en enfermería? El campo docente, el asistencial o los trabajos realizados en colaboración.

4. Qué zonas geográficas son las que más publican.

RESULTADOS

Al hacer la revisión hemos descartado los datos de la revista "Nursing" por ser los autores prácticamente en su totalidad extranjeros.

1. *A)* Se han publicado en total durante los tres años 445 artículos, de los cuales 325 están relacinados con las materias de estudio y 125 otros temas (ver gráfico 1).

TEMAS PUBLICADOS
1988-90

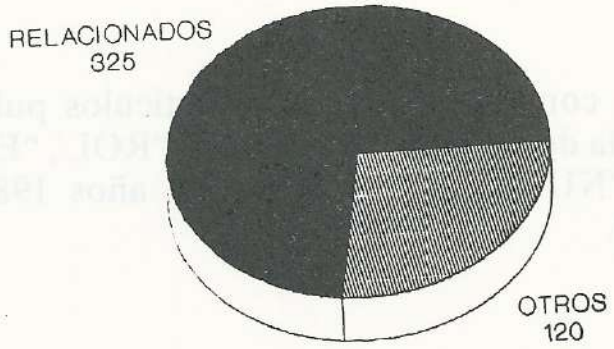


Gráfico 1

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

TEMAS PUBLICADOS
1988-90

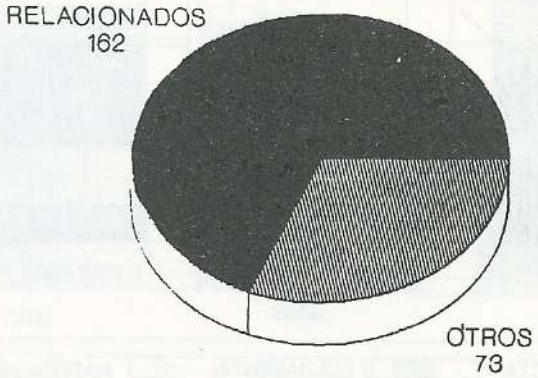


Gráfico 2

Revista: "Rol".

TEMAS PUBLICADOS
1988-90

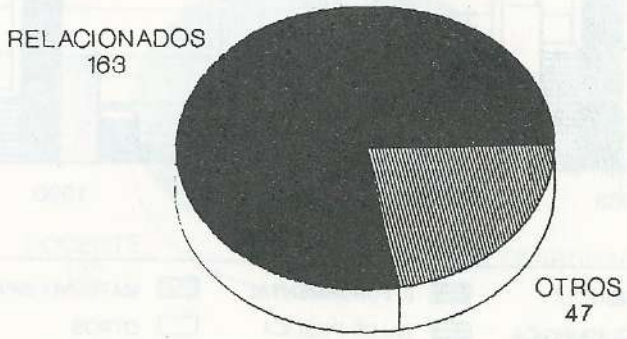


Gráfico 3

Revista: "Enfermería Científica".

RELACION CON ASIGNATURAS

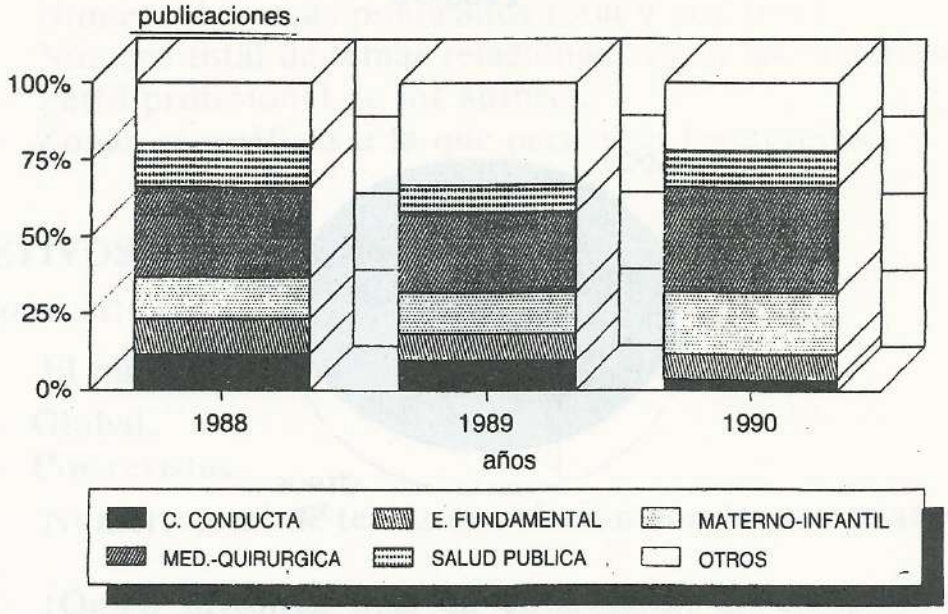


Gráfico 4

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

RELACION CON ASIGNATURAS

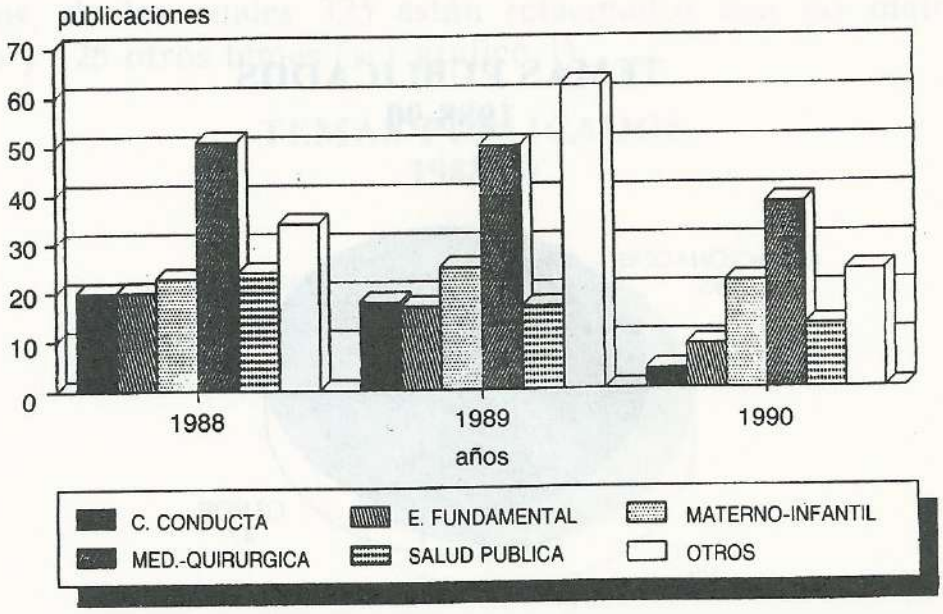


Gráfico 4

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

ARTICULOS PUBLICADOS
PERFIL DEL AUTOR

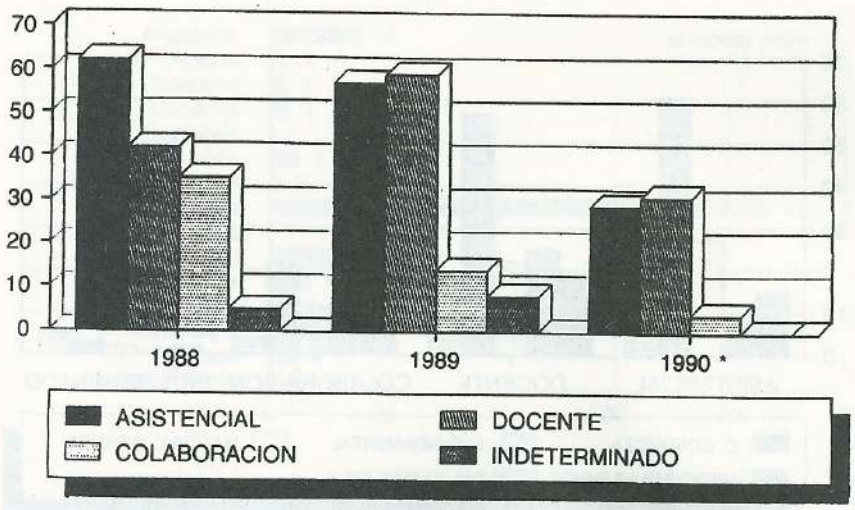


Gráfico 5a

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

PERFIL DE LOS AUTORES
AÑOS 1988-90

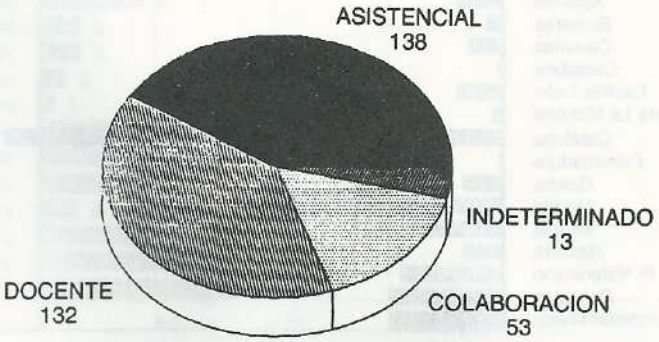


Gráfico 5b

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

PERFIL DEL AUTOR POR TEMAS

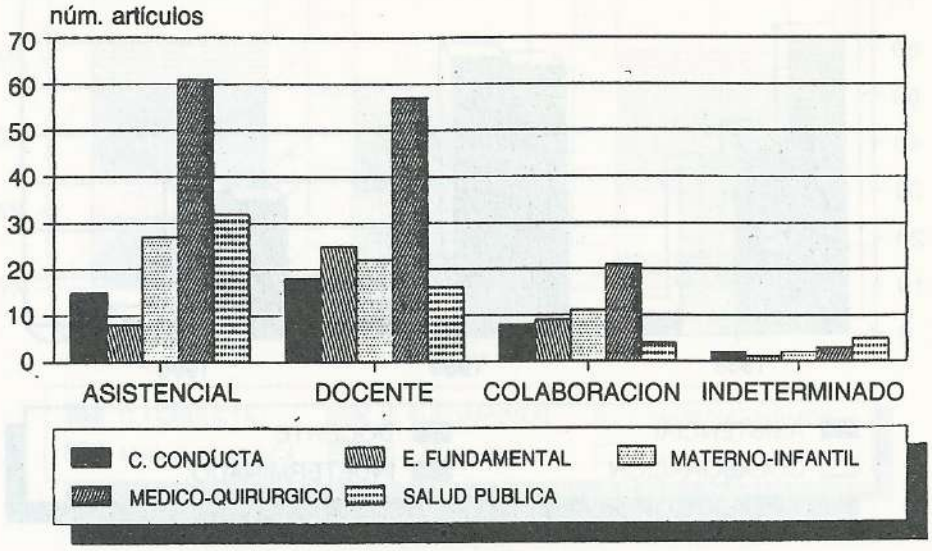


Gráfico 5c

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

AUTORES DISTRIBUCION GEOGRAFICA

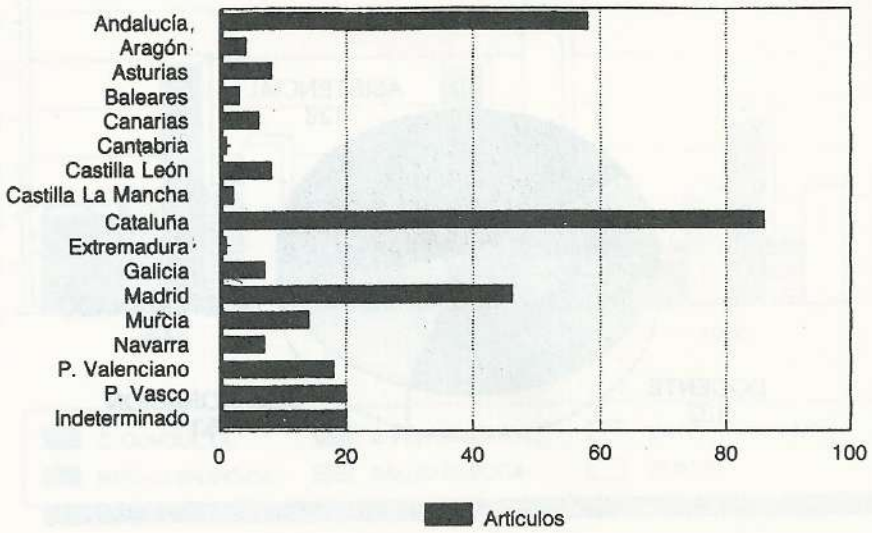


Gráfico 6a

Revistas: "Rol" y "Enfermería Científica".

AUTORES
DISTRIBUCION GEOGRAFICA

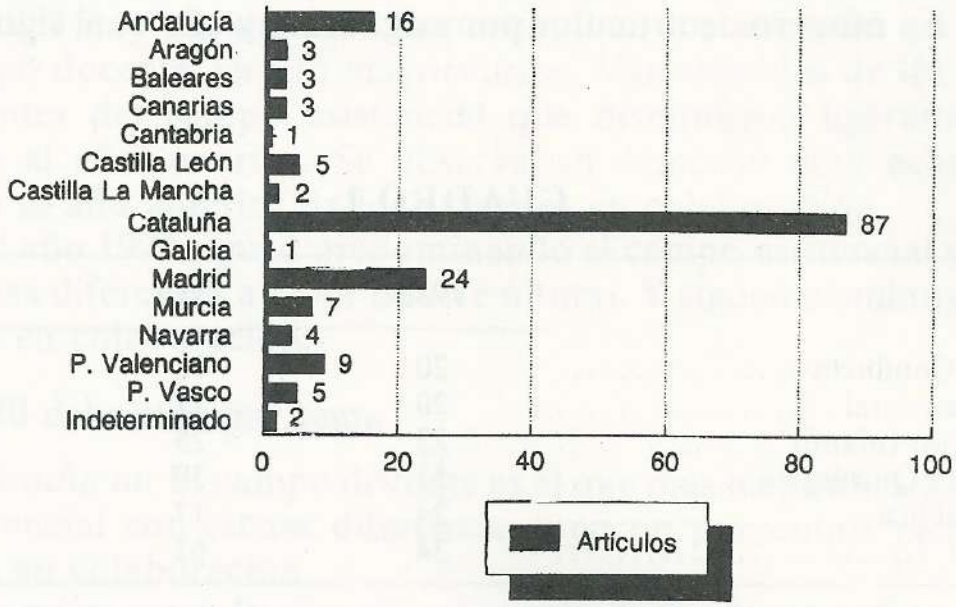


Gráfico 6b

Revista: "Rol".

AUTORES
DISTRIBUCION GEOGRAFICA

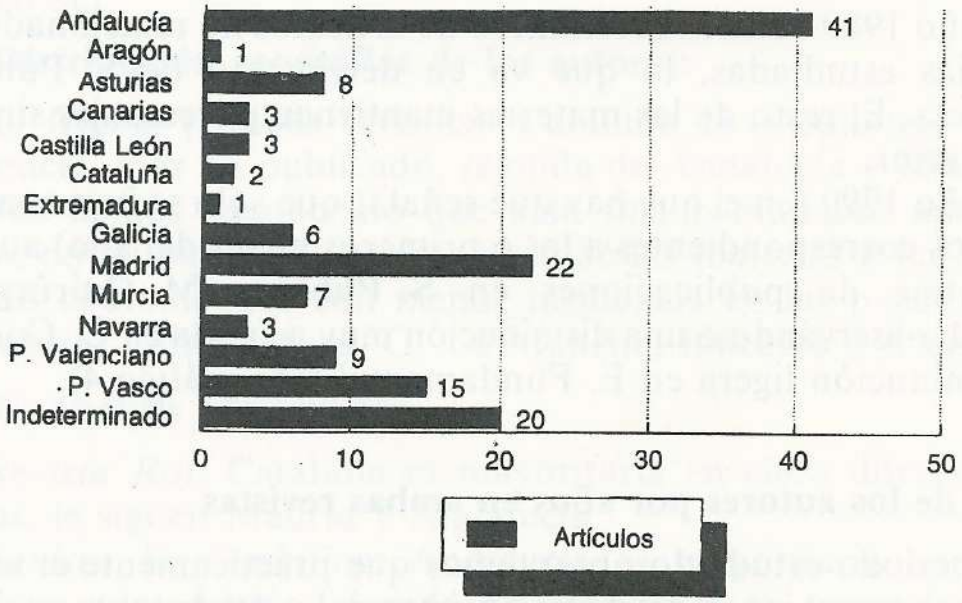


Gráfico 6c

Revista: "Enfermería Científica".

B) Revista "Rol" ha publicado 162 temas relacionados con las materias elegidas y 73 relacionados con otros temas (ver gráfico 2).

Revista "E. Científica" ha publicado 163 temas en relación con las materias en estudio y 47 referidos a otros temas (ver gráfico 3).

2. En número de artículos por asignatura y año es el siguiente (ver cuadro 1).

CUADRO 1

	1988	*1989*	*1990*
C. de la Conducta	20	18	4
E. Fundamental	20	17	9
E. Materno-Infantil	23	25	22
E. Médico-Quirúrgica	51	50	38
Salud Pública	24	17	13
Otros	34	62	24

Revistas "Rol" y "E. Científica"

En este gráfico se puede observar que la materia sobre las que más se ha publicado durante los años en estudio ha sido "Médico-Quirúrgica", siendo "C. de la Conducta" y "E. Fundamental" sobre las que menos se ha escrito.

En el año 1988 es E. Médico-Quirúrgica la materia sobre las que más se ha publicado, manteniéndose las otras cuatro en un porcentaje similar.

En el año 1989 aumenta el número de artículos no relacionados con las materias estudiadas, lo que va en detrimento de S. Pública y C. Conducta. El resto de las materias mantienen porcentajes similares al año anterior.

En el año 1990 (en el que hay que señalar que sólo se han analizado los números correspondientes a los 6 primeros meses del año) aumenta el porcentaje de publicaciones en S. Pública, M. Quirúrgica y M. Infantil; observándose una disminución muy acusada en C. Conducta y una disminución ligera en E. Fundamental (ver gráfico 4).

3. Perfil de los autores por años en ambas revistas

En el período estudiado observamos que prácticamente el número de autores que provienen del campo asistencial y del docente es similar. Siendo escasos los trabajos hechos en colaboración (ver gráfico 5a y 5b).

En el análisis individual por años observamos:

En 1988 los autores que proceden del campo asistencial son mayoritarios, encontrándose los trabajos en colaboración y los que proceden del campo docente en un porcentaje similar, siendo ligeramente superiores estos últimos.

En 1989 hay un aumento importante en los artículos procedentes del campo docente, siendo mayoritarios. Van seguidos de los artículos procedentes del campo asistencial que disminuyen ligeramente con respecto al año anterior. Se observa un descenso muy acusado con respecto al año anterior de los artículos en colaboración.

En el año 1990 siguen predominando el campo asistencial y docente con escasa diferencia a favor de este último. Y siguen disminuyendo los trabajos en colaboración.

4. Perfil del autor por tema

C. Conducta: El campo docente es el que más ha publicado, seguido del asistencial con escasa diferencia, y en un porcentaje pequeño los trabajos en colaboración.

E. Fundamental: Predomina el campo docende sobre los otros dos. Observándose que es en esta materia donde predominan los trabajos en colaboración.

M. Quirúrgica: Hay un ligero predominio del campo asistencial sobre el docente.

M. Infantil: Hay un predominio ligero del campo asistencial sobre el docente.

S Pública: Destacan las publicaciones provenientes del campo asistencial. Es la materia que menos trabajos tiene en colaboración (ver gráfico 5c).

5. Distribución geográfica de los autores:

A) Global (Ambas revistas). Cataluña es la comunidad que, con diferencia, más ha publicado, seguida de Andalucía y Madrid.

Nos hemos encontrado que sólo una comunidad autónoma, La Rioja, no ha publicado nada acerca de las materias estudiadas.

Las comunidades con menor incidencia en las publicaciones son Cantabria, Extremadura, C. La Mancha, Baleares y Aragón.

B) Análisis por revistas.

Revista Rol: Cataluña es mayoritaria en clara diferencia con las demás, le siguen Madrid y Andalucía.

Revista E. Científica: Andalucía es mayoritaria con diferencia respecto a las demás, seguida de Madrid y, en tercer lugar, el País Vasco.

Las comunidades que menos han publicado en esta revista son Cataluña y Aragón (ver gráfico 6a, 6b y 6c).

CONCLUSIONES

En resumen podemos decir:

1) La materia sobre la que más se ha publicado con amplia diferencia del resto es la E. Médico-Quirúrgica, y sobre la que menos se ha publicado ha sido C. Conducta, que presenta además una pérdida a través de los años analizados.

2. Los autores proceden en un porcentaje similar del campo asistencial y docente, existiendo una ostensible disminución en los trabajos realizados en colaboración.

3. Las zonas geográficas que más publican son Cataluña y Andalucía.

Nos llama la atención que mientras en la revista Rol Cataluña es ampliamente mayoritaria, en E. Científica sólo ha publicado dos artículos.

Reflexionando acerca de las conclusiones, nos surgen algunas preguntas:

1. ¿Por qué publica más el campo de la enfermería Médico-Quirúrgica?

Una de las respuestas posibles es que en el currículum de la carrera de Enfermería esta asignatura es la más amplia en contenidos. También es el campo profesional que cuenta con más profesionales.

2. ¿Por qué existe tan poca colaboración, a la hora de publicar, entre el campo asistencial y el campo docente?

3. ¿Qué pasa con el resto de la geografía española?, ¿por qué no publica?

BIBLIOGRAFIA

BUNGE, M.: *La investigación científica*". 2.ª edición. Barcelona. Ariel, 1989.

REVISTA "E. CIENTIFICA" 1988-1989-1990 (6 meses). Ed. Alberti Valdés. F. Madrid.

REVISTA DE ENFERMERIA "ROL" 1988-1889-1990 (6 meses). Ed. Rol, S. A. Barcelona.

LA ENFERMERIA DESDE LA PRENSA

Eduardo Candel Parra
Profesor E.U.E. Albacete

Juan Gargía García
Profesor E.U.E. Albacete

Elías Rovira Gil
Profesor E.U.E. Albacete

INTRODUCCION

¿Refleja la prensa española la realidad actual de la Enfermería?

En 1984 Imogéne King afirma: "Las fuerzas motivantes de la Enfermería están enraizadas en la dinámica del sociedad".

La vinculación de la Enfermería con la sociedad parece clara, a pesar de que durante un largo período de tiempo sus intereses no confluyesen. La Enfermería, integrada dentro del Sistema de Salud, se ve condicionada por factores socioeconómicos; lo que implica su íntima relación con la sociedad. La imagen que la sociedad tiene sobre el profesional de Enfermería se moldea a través del contacto directo con dicho profesional, de la imagen que el Sistema de Salud proyecta y de la información que recibe por los medios de comunicación más diversos.

El poder que la prensa tiene, como medio de información de masas que es, resulta obvio. Es por ello que aún desconociendo la existencia de estudios anteriores sobre este campo, nos resultó interesante el abordar qué tipo de información recibe la sociedad sobre la Enfermería por parte de la prensa, así como abrir una línea de trabajo en este sentido.

Al ser nuestro planteamiento inicial que la prensa transmite una información sesgada de la realidad actual de la Enfermería, es por lo que nos marcamos el siguiente objetivo: "identificar el tratamiento informativo que la prensa realiza de la Enfermería y sus profesionales".

METODO

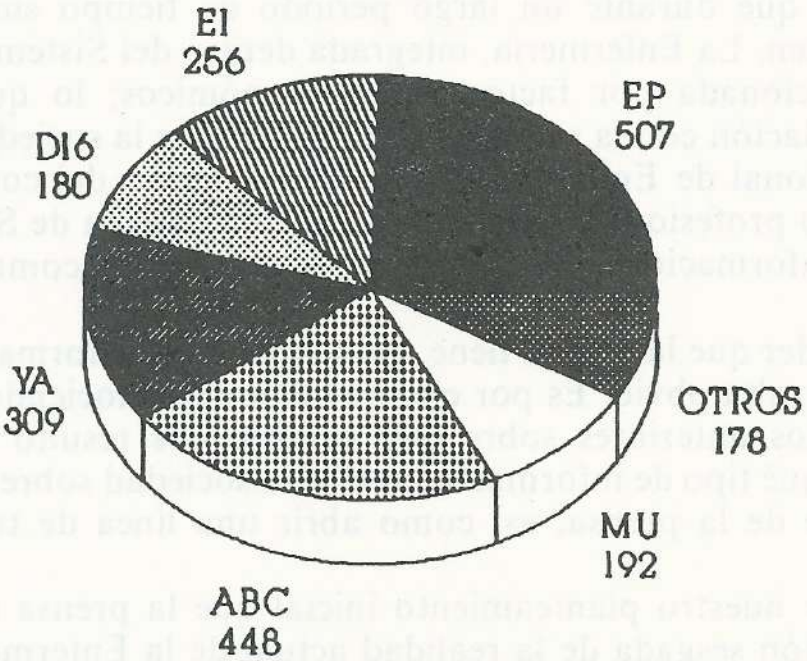
El presente trabajo es un estudio descriptivo de las distintas noticias referentes a Enfermería de los diarios de tirada nacional, regional y provincial del Estado español.

Para ello ha sido seleccionada una muestra de dossieres de prensa procedente del Consejo General de Colegios de Enfermería, que abarca las noticias publicadas sobre el tema desde el 1 de enero de 1989 hasta el 30 de junio de 1990; el tamaño de la mencionada muestra ha sido de 2.070 noticias sanitarias, vaciándose de los siguiente diarios: ABC, Diario 16, El Independiente, El Mundo, El País, Ya y Otros (donde se incluyen los diarios de ámbito regional y provincial).

RESULTADOS

Del total de noticias sanitarias, 2.700 se han extraído 322 que son las referentes a Enfermería, lo que supone un 15,55 por 100 del total como se presenta en los Gráficos 1 y 2.

ENFERMERIA Y PRENSA
NOTICIAS SANITARIAS POR DIATIOS. 1989-90

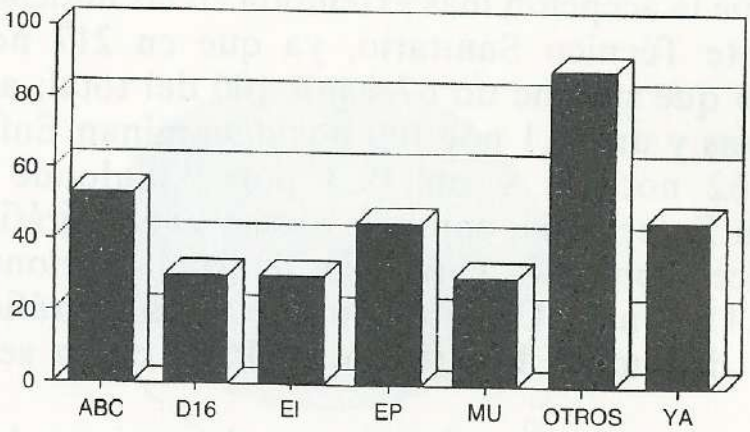


D16: Diario 16.
MU: El Mundo.
EP: El País.
El: El Independiente.

Gráfico 1

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
NOTICIAS DE ENFERMERIA POR DIARIOS. 1989-90



D16: Diario 16.
MU: El Mundo.
EP: El País.
El: El Independiente.

Gráfico 2

Elaboración: Propia

La ubicación de las diferentes noticias de Enfermería por páginas se refleja en el gráfico 3. De entre las noticias que conocemos su situación, resaltar que el 30,1 por 100 se ubica en página par, de menor importancia periodística.

Respecto a la extensión que los diarios dedican a las noticias de Enfermería los resultados se presentan en el gráfico 4. Destacar que el mayor número de noticias estudiadas se sitúan en la extensión B (entre 30 y 59 líneas). Por el contrario, las noticias de mayor extensión D (más de 90 líneas), corresponden al área Sindical. A las que menos extensión se dedica en forma global son las áreas de Empleo, Funciones y Docencia Pregrado.

Las áreas de mayor interés para distintos diarios se refleja en el gráfico 5, del que destacamos que el área de mayor interés para la prensa son la Sindical, Calidad Hospitalaria y Etica, por este orden. Por el contrario, las de menor interés son Empleo, Funciones y Docencia Pregrado, por este orden.

En los titulares de los diarios se hace referencia a la Enfermería en un 62,73 por 100 del total de noticias, no mencionándola en un 37,27 por 100, de ellos son los diarios Ya y El Mundo los que más mencionan en el titular, como se observa en el gráfico 6.

El área en la que la Enfermería figura más en el titular es la Sindical en términos absolutos y para todos los diarios, no obstante, en términos relativos se nos menciona en el titular en las áreas de

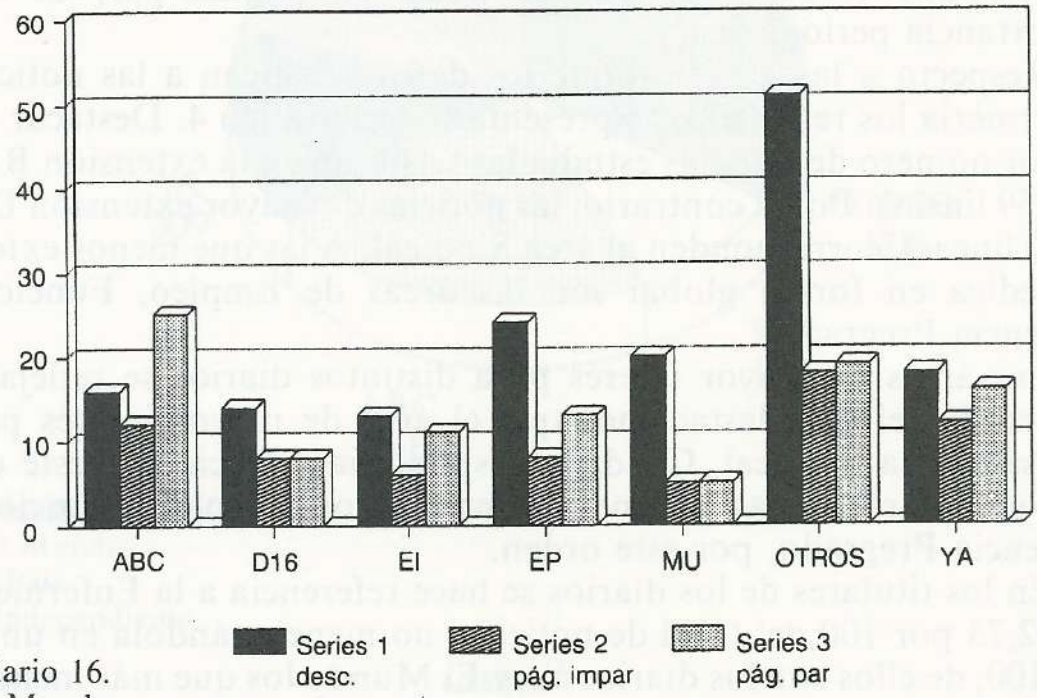
Colegiación, Docencia Pregrado y Enfermerades Profesionales, como se observa en el gráfico 7.

Destacar, respecto a la denominación de los profesionales de Enfermería, que la acepción más extendida en las noticias estudiadas es la de Ayudante Técnico Sanitario, ya que en 217 noticias así nos denominan, lo que supone un 67,4 por 100 del total; a continuación, con 113 noticias y un 35,1 por 100 nos denominan Enfermera, y, por último, con 62 noticias y un 19,3 por 100 donde se nos llama Diplomado en Enfermería, como se observa en el gráfico 8.

De estas acepciones, los periódicos de tirada nacional que más nos denominan ATS son ABC y Ya, como se ve en el gráfico 9. Siendo el que más nos denomina Enfermera El País, como se aprecia en el gráfico 10.

Por áreas temáticas, donde más nos denominan ATS es por este orden y de mayor a menor: el área Sindical, Laboral, Calidad Hospitalaria y Enfermedades Profesionales; nos denominan más Enfermera cuando la noticia habla de Etica y Calidad Hospitalaria; y nos denominan Diplomado en Enfermería cuando se habla de Docencia Pregrado, Docencia Postgrado y artículos de Opinión.

ENFERMERIA Y PRENSA
NOTICIAS DE ENFERMERIA Y UBICACION

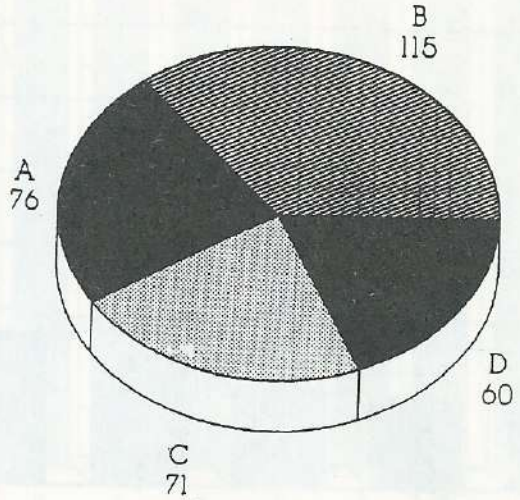


D16: Diario 16.
MU: El Mundo.
EP: El País.
El: El Independiente.

Gráfico 3

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
EXTENSION DE LAS NOTICIAS DE ENFERMERIA



A: < 30 líneas
B: 30-59 líneas
C: 60-89 líneas.
D: 90 y más.

Gráfico 4

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
NOTICIAS DE ENFERMERIA SEGUN AREAS

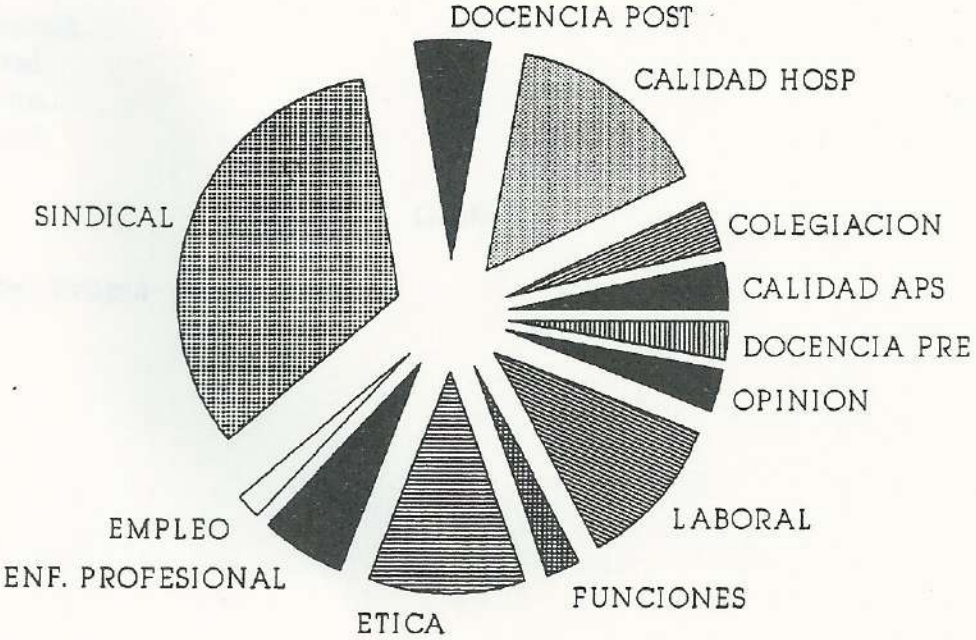
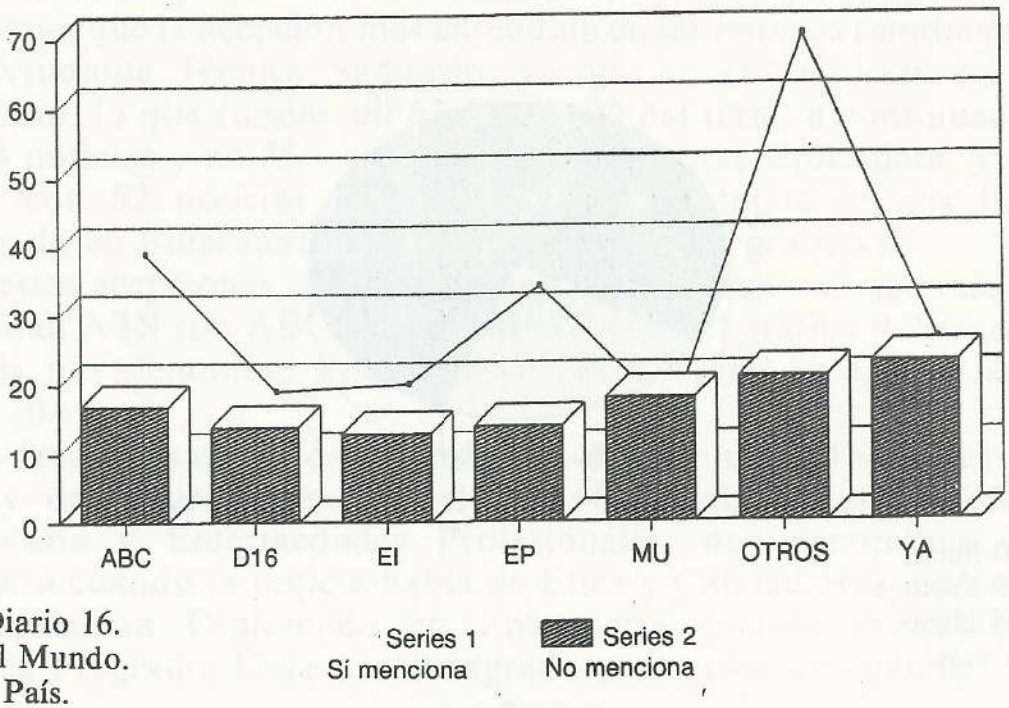


Gráfico 5

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
TITULAR NOMBRA ENFERMERIA

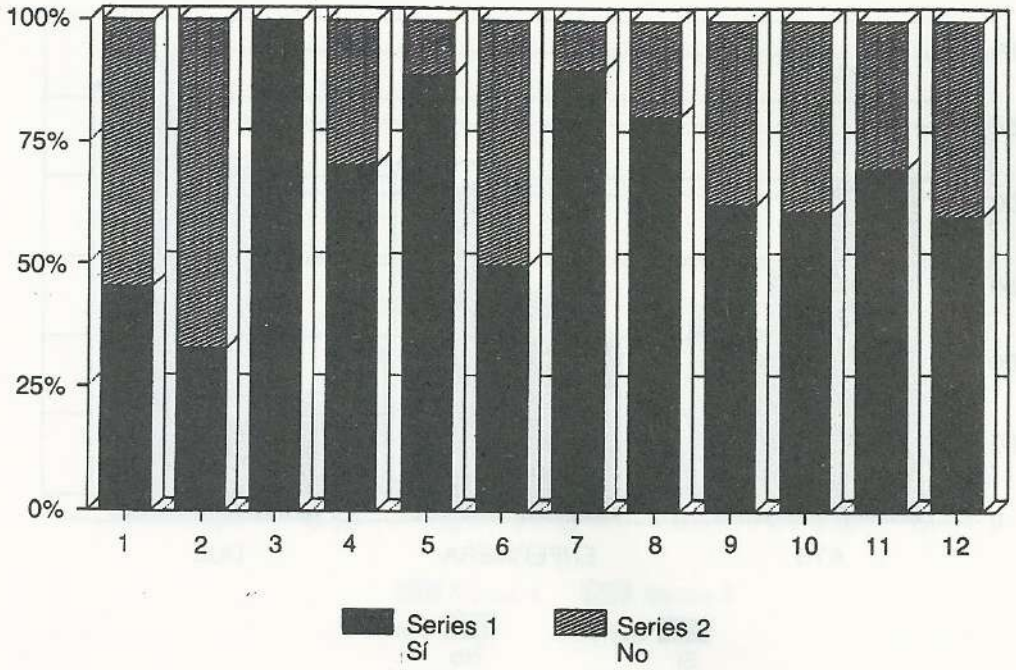


D16: Diario 16.
MU: El Mundo.
EP: El País.
EI: El Independiente.

Gráfico 6

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
AREAS EN QUE ENFERMERIA FIGURA EN TITULAR



1. Calidad Atención Primaria de Salud 2. Calidad Hostipalaria.
3. Colegiación.
4. Docencia postgrado.
5. Docencia pregrado.
6. Empleo.
7. Enfermedades profesionales.
8. Etica.
9. Funciones.
10. Laboral.
11. Opinión.
12. Sindical.

Gráfico 7

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
DENOMINACION DEL PROFESIONAL

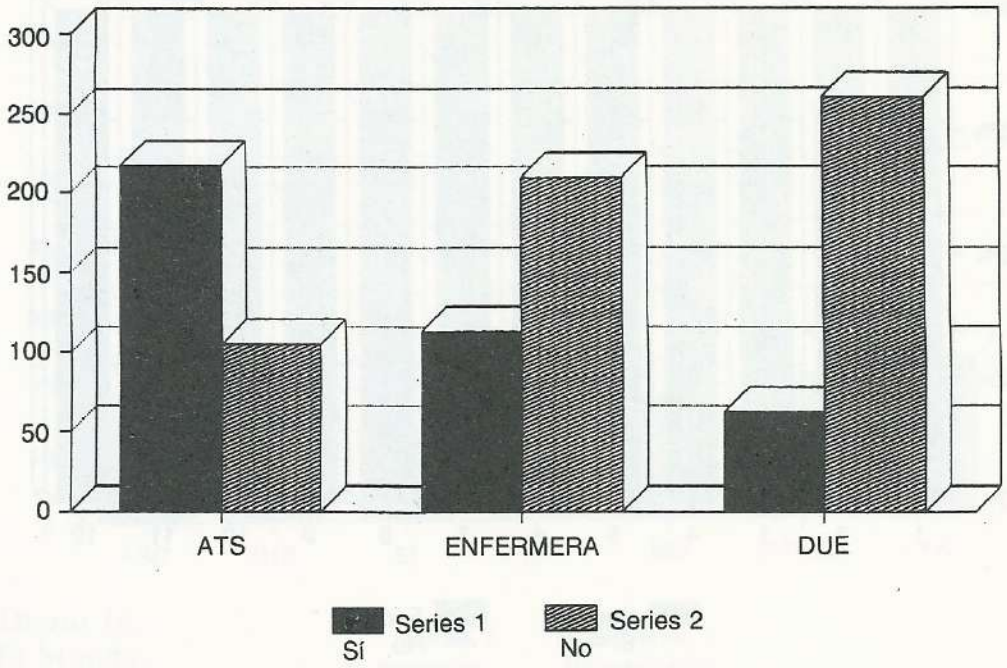


Gráfico 8

Elaboración: Propia

ENFERMERIA Y PRENSA
DENOMINACION ATS POR PERIODICO

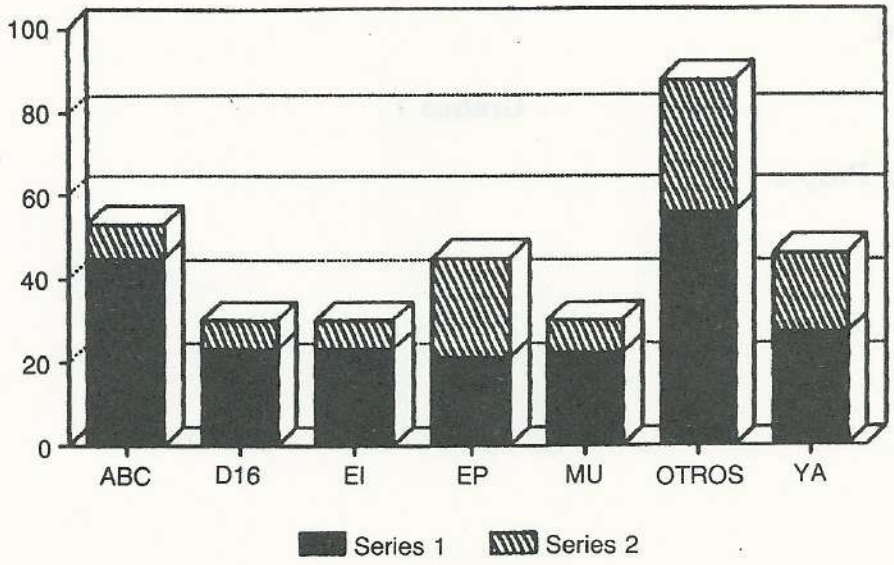


Gráfico 9

ENFERMERIA Y PRENSA
DENOMINACION ENFERMERIA POR PERIODICO

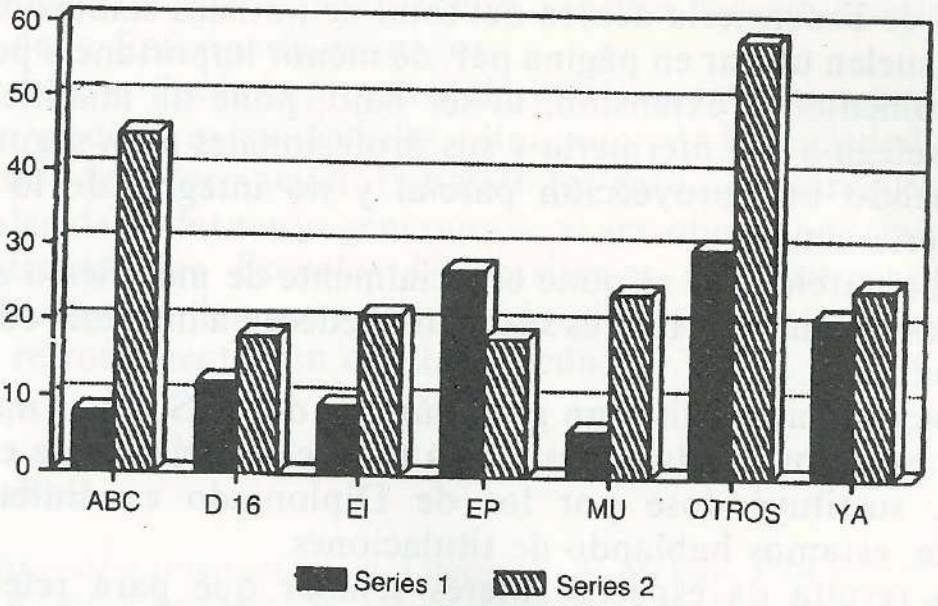
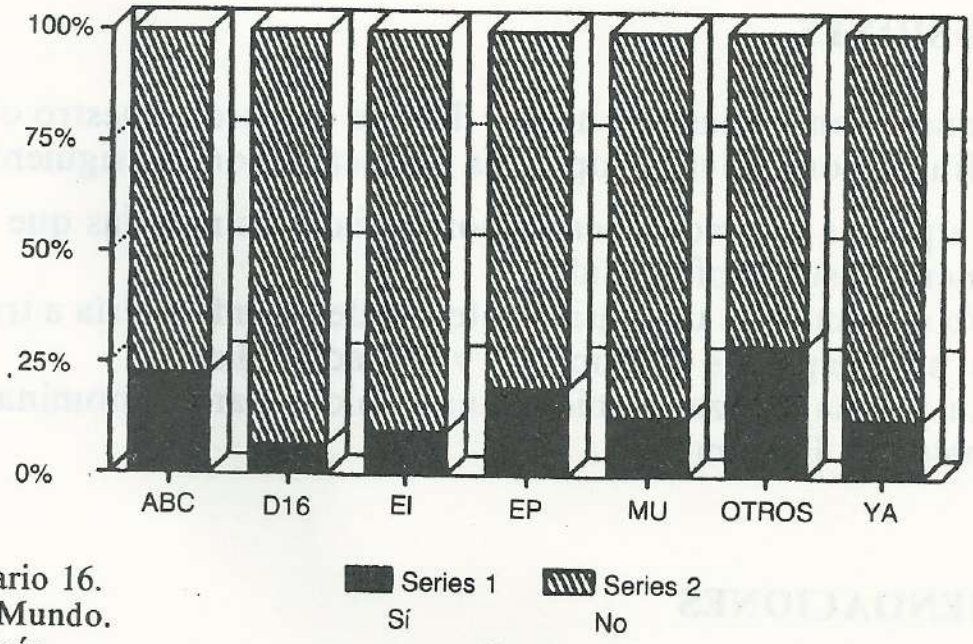


Gráfico 10

ENFERMERIA Y PRENSA
DENOMINACION DUE POR PERIODICO



D16: Diario 16.
MU: El Mundo.
EP: El País.
EI: El Independiente.

Gráfico 11

Elaboración: Propia

DISCUSION

Como se desprende de los resultados, existe un bajo porcentaje de noticias de Enfermería dentro del total de noticias sanitarios, además, éstas se suelen ubicar en página par, de menor importancia periodística, y su promedio de extensión, al ser bajo, pone de manifiesto que la prensa relega a la Enfermería y sus profesionales a un segundo plano, trasmitiendo una proyección parcial y no integral de lo que es la Enfermería actual.

Dicha parcialidad se pone especialmente de manifiesto al observar que las áreas que más interés suscitan obedecen a intereses coyunturales de las editoras.

Si bien todavía existe un gran número de ATS, no es menos cierto que los estudios conducentes a esta titulación dejaron de existir hace tiempo, sustituyéndose por los de Diplomado en Enfermería, no obstante, estamos hablando de titulaciones.

Nos resulta de especial interés señalar que para referirse a los profesionales de Enfermería, la prensa utilice la nomenclatura de una titulación que hace 10 años no se expide, en lugar de nombre a la profesión "Enfermería', manifestando así su desconocimiento, y restándonos carácter científico.

Es importante reseñar en este sentido que la prensa utiliza el término Diplomado en Enfermería cuando hace referencia a las áreas de Docencia Pregrado y Postgrado. Denotanto así la confusión antes mencionada.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que hemos llegado en base a nuestro objetivo y con el fin de confirmar la hipótesis planteada son las siguientes:

1. La prensa concede poca importancia a las noticias que genera la Enfermería y sus profesionales.
2. No se transmite una visión integral de la Enfermería a través de la prensa, sino aspectos conflictivos y sensacionalistas.
3. La prensa utiliza térmicos anacrónicos para denominar a los profesionales de Enfermería.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios similares cuidando la calidad e integridad del Dato Base. Siguiendo en esta línea de trabajo, llevar a cabo estudios

más concretos, así como comparaciones a nivel nacional e internacional.

2. Elaborar un amplio programa de "cambio de proyección" del profesional de Enfermería, priorizando aquellos campos donde el peso específico de la Enfermería es mayor.

3. Promover desde la propia Enfermería canales que, con fluidez, reflejen las verdaderas inquietudes enlazando con la sociedad a través de los medios de información. Evitando los enfoques parciales que los profesionales de Enfermería generamos, al ser objeto noticiable.

4. Potenciar las Escuelas Universitarias de Enfermería como lugares abiertos a las corrientes más diversas, fomentando una verdadera retroalimentación con la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

KING, I.: *Enfermería como profesión.* Limusa, S. A. México, 1984.

ALBERDI, R. M.: I Jornadas Nacionales de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.

DONABEDIAN, A.: *La calidad de la atención médica.* La prensa médica mexicana, S. A. México D.F., 1984.

O.M.S.: Educación para la salud. Ginebra, 1989.

ACADEMIA DE CIENCIA DE CUBA Y ACADEMIA DE CIENCIAS DE LA U.R.S.S.: *Metodología del conocimiento científico.* Ed. Ciencias Sociales. Ciudad La Habana, 1987.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. Dossiers de prensa, 1989-1990.

INVESTIGACION: ¿MARCA LA DIFERENCIA?

M.ª Rosario Serrano Sastre
Supervisora de Investigación en enfermería. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra
M.ª Teresa Díaz Navarlaz
Supervisora Medicina Interna. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra

INTRODUCCION

"El trayecto comprendido desde un modelo de cuidado médico institucionalizado, hasta un modelo de cuidados personalizados puede ser largo y difícil (...) El cambio debe ser planificado, organizado y los agentes del cambio han de recibir apoyo de manera especial de los directores y educadores si desean tener éxito en su empresa."

Estas palabras reflejan una verdad muy seria, me atrevería a decir que en la enfermería hospitalaria son casi un desafío.

El cambio, desde un modelo médico, está siendo largo en todas partes y en nuestro país es todavía incipiente. Basta asomarse a la bibliografía y al entorno hospitalario para comprobar que todavía estamos en una fase inicial del proceso. Aunque también existen signos de que en el mundo de nuestra enfermería se están produciendo cambios que unos años atrás parecían, de algún modo, inalcanzables.

NUESTRA EXPERIENCIA

Hacía ya mucho tiempo, veníamos viendo la necesidad de modificar aspectos sustanciales del trabajo de las enfermeras en las unidades de hostitalización, precisamente los que inciden en un área medular de enfermería: "los cuidados".

Como fruto de una ponderada reflexión se formó un equipo asistencia-docente que abordase el estudio, puesta en marcha, seguimiento de un plan de acción y elaborase un proyecto de investigación de un año de duración a fin de obtener un diagnóstico de la situación en las unidades, y configurar los pasos organizativos para que el sistema de registros fuese más adecuado después del estudio. Inicialmente elaboramos un proyecto de año y medio de duración en una unidad de medicina interna. Después de este período se extendió su aplicación en

la unidad de cardio-vascular. En enero próximo comenzaremos en la unidad de pacientes neurológicos.

Con la perspectiva de dos años de aplicación del proyecto parece seguro que para efectuar cambios en profundidad necesitaremos alrededor de cinco a siete años. Con todo ello podemos confirmar que efectivamente el trayecto desde un modelo de cuidados médico a otro de cuidados personalizado es largo y no carente de dificultades.

PROCESO DE CAMBIO

No se trata de exponer los pasos que se han seguido en el diseño del proyecto, sino señalar algunos aspectos que muestren qué tipo de cambios se están produciendo en las unidades de enfermería a partir de la iniciación y puesta en marcha del proyecto de investigación.

En la primera obtención de datos quisimos indagar dos aspectos: uno sobre datos significativos del rol de las enfermeras en la unidad, es decir, los organizativos; otro aspecto de interés sería cuáles eran las actividades planificadas y ejecutadas por las enfermeras con sus pacientes y obtener de este modo el perfil de cuidados que se estaba prestando.

Es a este último aspecto al que me voy a referir en esta comunicación.

Para establecer un perfil lo más exacto posible determinamos agrupar los cuidados en propios y derivados. Los cuidados propios los establecían las enfermeras según su criterio y los derivados se establecían basándose en la órdenes médicas o en criterio a partir de diagnósticos médicos. Hicimos un estudio completo de todos los cuidados establecidos en 100 pacientes, utilizando como base de datos el formato de hoja de cuidados existente. El resultado puso de manifiesto una media de cuidados totales por paciente de 6,3, siendo la media de cuidados derivados de 4,6 y de propios 1,7. Estos datos nos hicieron comprobar que las enfermeras estaban desarrollando bien los cuidados derivados, pero existía una tendencia a descuidar los propios.

Diseñamos, por tanto, una nueva hoja de cuidados con un formato parecido al anterior separando los cuidados propios de los derivados. Al mismo tiempo, el equipo mantuvo determinadas sesiones informativas con las enfermeras e introdujo nuevas sesiones de formación continua en la unidad. La segunda recogida de datos nos proporcionó algunas claves más. Los resultados fueron suficientemente reveladores. Nos pareció significativo que el total de cuidados bajase a 5,86, que los derivados fueran del 4,27 y los propios de 1,59.

Como consecuencia de esta averiguación establecimos tres tipos diferentes de actividades para la identificación de las causas por las

cuales se había producido el descenso en la media de cuidados. Puntualizamos al menos tres causas de dificultad por parte de las enfermeras:

— Falta de hábito para jerarquizar los cuidados.
— Necesidad de una información más clarificada.
— Necesidad de una mayor fundamentación fisiopatológica.

Una nueva reflexión acerca de estos datos ponía en relieve que no solamente había que establecer un nuevo diseño de la hoja de cuidados, sino que debía de efectuarse sobre todo un cambio conceptual en las enfermeras respecto a los cuidados que estaban prestando. Por ello establecimos una nueva hoja de cuidados junto con otra de valoración y evolución del enfermo. Las sesiones de la unidad reforzaron al mismo tiempo los conocimientos básicos de las enfermeras y las nuevas necesidades de formación que ibamos identificando.

En la última recogida de datos respecto a los cuidados de enfermería se ha apreciado un cambio notable: la media de cuidados totales ha ascendido a 11,16, los cuidados derivados a 8,16 y los propios a 3 por 100.

Del estudio de la valoración del enfermo en las primeras 24 horas del ingreso se pudo apreciar que en un porcentaje importante, el 64 por 100, resultaba incompleta. Por ello hicimos un estudio más profundo, identificando qué áreas de la valoración presentaban más dificultad a nuestras enfermeras. Con ello precisamos aún más las áreas que necesitaban un refuerzo mayor para programar las sesiones de formación continuada en planta.

Otro aspecto importante desprendido de los registros estudiados fueron las hojas de evolución, el tradicionalmente llamado "parte de enfermería". En el parte de enfermería la evolución del enfermo no se expresaba correctamente, mezclando de forma aleatoria datos clínicos y administrativos. En las hojas de evolución de 100 enfermos encontramos que en un 52 por 100 de las notas expresaban la situación del enfermo desde un punto de vista de enfermería mientras que el 48 por 100 de notas restante eran repetición de datos que se podían encontrar en otro lugar de la historia clínica del enfermo, o se referían a transmisiones al turno siguiente con contenidos meramente administrativos.

Por ello, diseñamos una nueva hoja que facilitaba esta diferenciación, un apartado trataba la evolución del enfermo y en otros lugar de la misma se podrían anotar los datos a transmitir.

De este modo se pudo apreciar el porcentaje de evoluciones propias de enfermería había subido hasta situarse en un 63 por 100, mientras que el resto de aspectos a transmitir del enfermo y que no eran estrictamente de enfermería había descendido hasta un 37 por 100.

CAMBIOS REALES PRODUCIDOS

En el trabajo presentado por Pat Ashworth a la reunión de Helsinki del grupo europeo de enfermería investigadora decía: "La opinión de que el proceso de enfermería es un nuevo sistema de documentación que puede ponerse en marcha rápidamente es un mito."

Los cambios en general y la introducción del proceso de enfermería como un camino en la práctica requiere dedicación, conocimientos, destrezas, ambiente participativo de todos los profesionales implicados y un modo sistemático, flexible e individualizado de resolver los problemas que se dan en cada situación.

Es estudio y la solución de problemas, en nuestro caso, se está desarrollando a la sombra de un proyecto de investigación. Podemos afirmar que desde que comenzó han mejorado muchas cosas.

Respecto a la integración asistencia docencia

a) Se ha establecido un equipo mixto de carácter permanente.

b) Existen unas reuniones periódicas para la comunicación de datos y la toma de decisiones conjuntas.

c) Hay un constante reajuste de la formación continuada de las enfermeras en las unidades implicadas.

En el campo asistencial se ha conseguido

a) Que se evite la rutina con el nuevo sistema de registros.

b) Que mejore la observación y comunicación con el paciente.

c) Que la enfermera centre su trabajo en el paciente y no en la tarea.

d) Que se identifiquen mejor los problemas y sus posibles soluciones.

e) Se ha determinado qué información se recoge, para qué y cómo.

Desde que punto de vista científico

a) Ha crecido el cuerpo de conocimientos identificados por y para las enfermeras.

b) Se ha establecido una unidad de lenguaje en enfermería.

c) Es fuente de motivación y de trabajos de investigación.

d) Se ha ampliado el concepto de enfermería.

Hemos emprendido un viaje en el tren de la investigación, no es un viaje rápido, hay estaciones y el conductor es un equipo interdisciplinar, no hay viajeros pasivos, todos tienen algo que hacer y aportar a la buena marcha. De una cosas estamos seguros: el punto de partida

quedó ya muy atrás... y adelante sólo se ve el horizonte..., desde luego, podemos afirmar que la investigación ha marcado una diferencia.

BIBLIOGRAFIA

KARYN HOLM, y JANE GENTRY LLEWELLYN: *Nursing Research for Nursing Practice.* Ed. W. B. Saunders Company, 1986. Philadelphia, London, Toronto.

CLAIRE CAMPBELL: "Tratado de Enfermería", *Diagnósticos y métodos.* Ed. Doyma. Barcelona, 1987.

BETTY KESHAW-JANE SALVAGE: *Modelos de Enfermería.* Ed. Doyma. Barcelona, 1986.

JILL MACLEAD CARK-LISBETH HOCKEY: *Further Research for Nursing.* Ed. Scertari Press, London, 1986.

BRYN D. DAVIS: *Research into Nurse Education.* Ed. Croom Helm, 1983.

PAT ASHWORTH: "How much change? A study of the progress and problems of introducing change in clinical nursing areas". *Third open conference of the worgroup of european nurse-researchers.* Proceedings volume I. Helsinki, 1986.

Series: "Collaborative research and its implementation in nursing". Proceedings II. 5th. *Open conference of the workgroup of european nurse-researchers.* Proceeding volume II. Budapest, 1986.

LISBERT HOCKY OBE: *Nursing Research mistakes and misconcepticus.* Ed. Churchil Livingtone. Edinburgh, 1988.

PROBLEMAS DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Carmen Ortega Martínez
Profesora de Enf. Fundamental de la Escuela de Enfermería de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha

Natividad Sánchez González
Profesora de Enf. Fundamental de la Escuela de Enfermería de Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha

Germán Martínez Gómez-Rico
Enfermero del Area Quirúrgica del Complejo Hospitalario de Albacete

Pedro M. Escribano Alfaro
Enfermero del Area de Obstetricia del Complejo Hospitalario de Albacete

INTRODUCCION

Una de las funciones que con más seriedad debe plantearse la Enfermería de hoy es, sin lugar a dudas, la investigación, fenómeno que puede contribuir de manera directa al reconocimiento y valoración de nuestra profesión. El problema está en cómo entiende la Enfermería actual esta necesidad, y qué dificultades tiene para llevar a la práctica esta función. El Webster's New international Dictionary define la investigación como "la indagación o examen cuidadoso o crítico en la búsqueda de hechos o principios; una diligente pesquisa para averiguar algo". Esta definición expresa claramente el hecho de que la investigación no es una mera búsqueda de la realidad, sino que es una indagación prolongada, intensiva e intencionada. Por sí misma constituye un método de pensamiento crítico. De esta forma se puede apreciar que la investigación es un instrumento que conduce al desarrollo de la ciencia y más concretamente al avance de toda profesión. Es, por tanto, una técnica que se aprende como todas las otras técnicas y que nos permite ir descubriendo lo constante, lo esencial de los fenómenos, ayudándonos a encontrar nuevos conocimientos o nueva tecnología que pueda ser introducida en la práctica laboral. El desarrollo de la Enfermería centrado en la persona, deriva de las propuestas sobre la manera en que se obtiene y usa el conocimiento; por eso se relaciona con los métodos de aprendizaje. La experiencia en el aprendizaje y la motivación continua para éste deben ser el núcleo que aglutine la práctica con la teoría y ambas con la investigación, donde se fundamenten los conocimientos científicos y técnicos en los que se basa y desarrolla el modelo escogido para la posible relación entre el nivel de investigación en Enfermería y el grado de satisfacción profesional.

DESCRIPCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

Nuestro análisis queda circunscrito a la población de Enfermería de Albacete capital. El número de colegiados en nuestra provincia asciente a 1.094, y su distribución laboral en la capital es la siguiente:

Atención secundaria	409
Atención primaria	56
Ambulatorio de especialidades	53

De los cuales el 25 por 100 está representado por personal contratado y el resto por personal fijo. El índice de paro es de cero, tanto en la bolsa de trabajo de la organización colegial, como de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la J.C. de Castilla-La Mancha.

METODO Y MATERIAL

Hemos pasado un cuestionario en los distintos centros de trabajo de Enfermería (Hostipales y Centro de Salud) evitando la intervención directa en la difusión de la misma de supervisores y personal directivo de los centros, con el fin de favorecer la libre expresión de los encuestados.

El método utilizado ha sido el de procesar todos los datos a través de ordenador: programa de estadística, procesador de texto y gestor de gráficos.

DISEÑO MUESTRAL

Población de estudio

Está constituida por los profesionales de Enfermería de Albacete capital que trabajan en Atención Primaria y Atención Secundaria.

Tamaño de la muestra

Hemos pasado 133 cuestinarios que garantizan un error máximo de +/— 3 para un nivel de significación del 95 por 100 en las variables fundamentales.

ESTRATIFICACION DE LA MUESTRA

Hemos realizado una estratificación atendiendo a las características del puesto de trabajo, ya sea profesional de Atención Primaria o Atención Secundaria.

El número de profesionales de cada uno de los estratos se obtuvo de forma aleatoria y proporcional al número total de profesionales de cada uno de ellos, tal como se refleja en el gráfico 1.

GRAFICO 1

Estratos	*Población total*	*Encuestados*
A. Primaria	56	16
A. Secundaria	409	117

RESULTADOS

Entre la población estudiada nos encontramos con una distribución de frecuencias de 27 varones, lo que representa un porcentaje del 20,30 por 100 y una frecuencia de 106 mujeres, que representan 79,70 por 100 (gráfico 2).

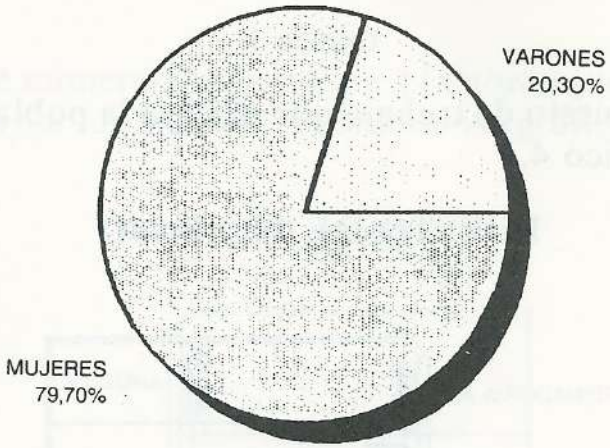


Gráfico 2

La variable número dos (cuantos años de profesión) queda expresada en grupos de frecuencias de cuatro años (gráfico 3). La moda obtenida en ésta es de 11 años y la media de 9,6.

AÑOS DE PROFESIONALIDAD

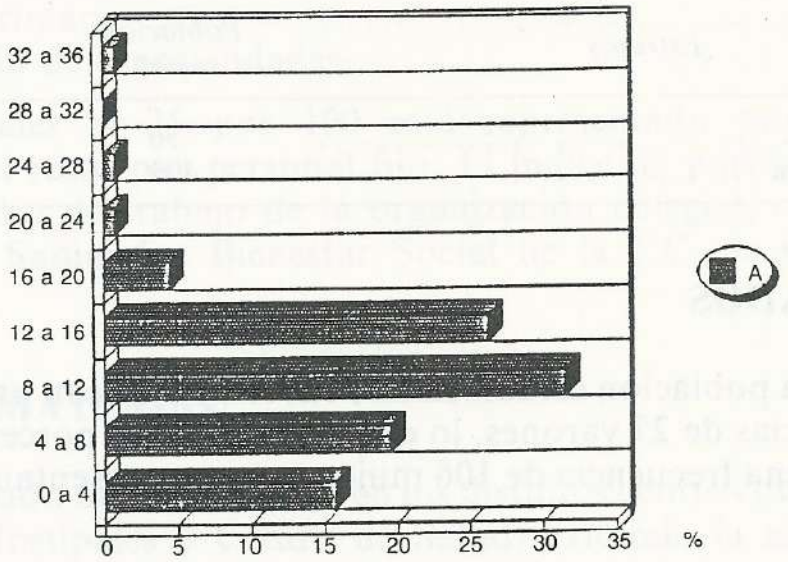


Gráfico 3

En cuanto al puesto de trabajo que ostenta la población encuestada obtenemos el gráfico 4.

PUESTO DE TRABAJO

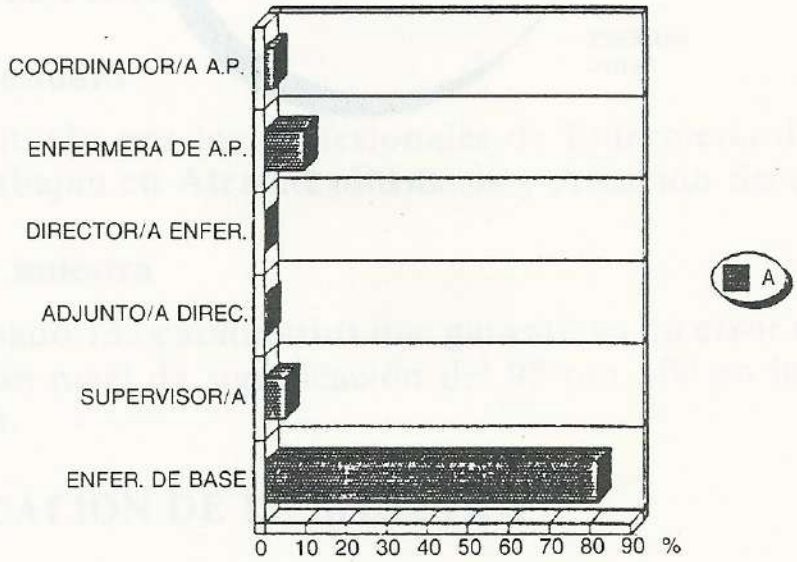


Gráfico 4

En la variable número 4 (grado de satisfacción laboral) encontramos los siguientes resultados (gráfico 5).

GRADO DE SATISFACCION LABORAL

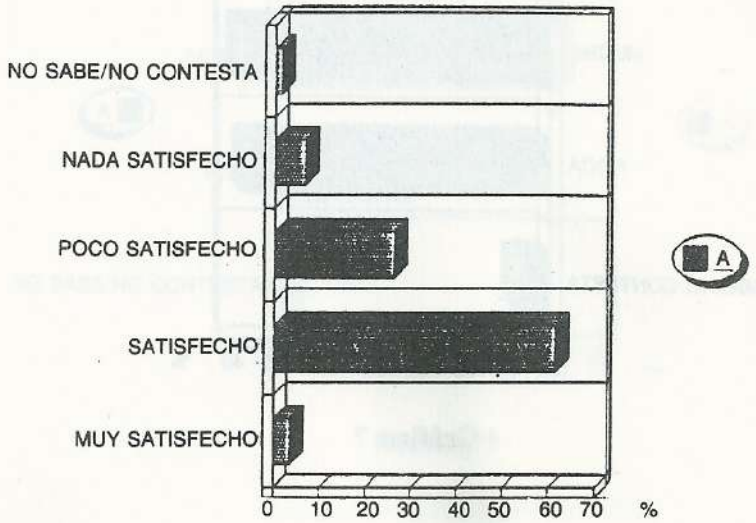


Gráfico 5

En la variable número 5 referida a los factores que producen mayor insatisfacción arroja los siguientes resultados (gráficos del 6 al 13).

SALARIO

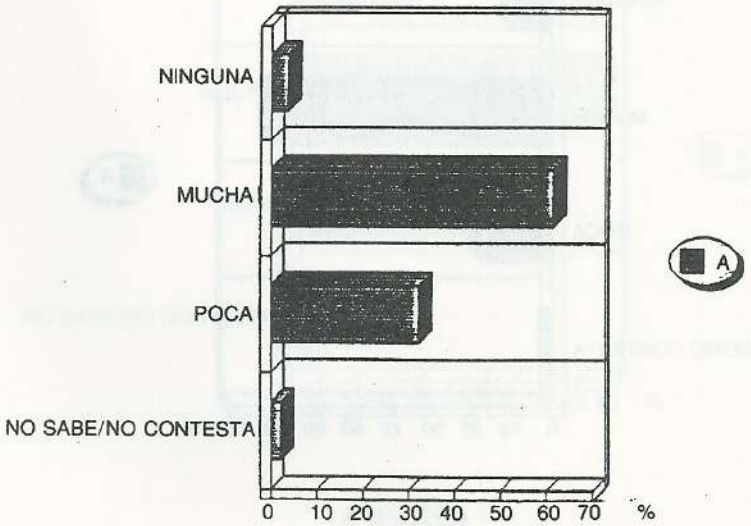


Gráfico 6

INSEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

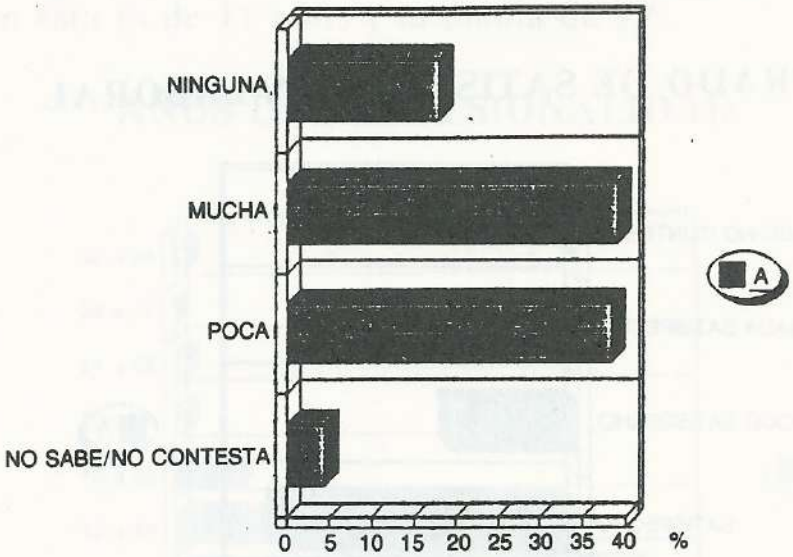


Gráfico 7

NO RECONOCIMIENTO POR LOS USUARIOS

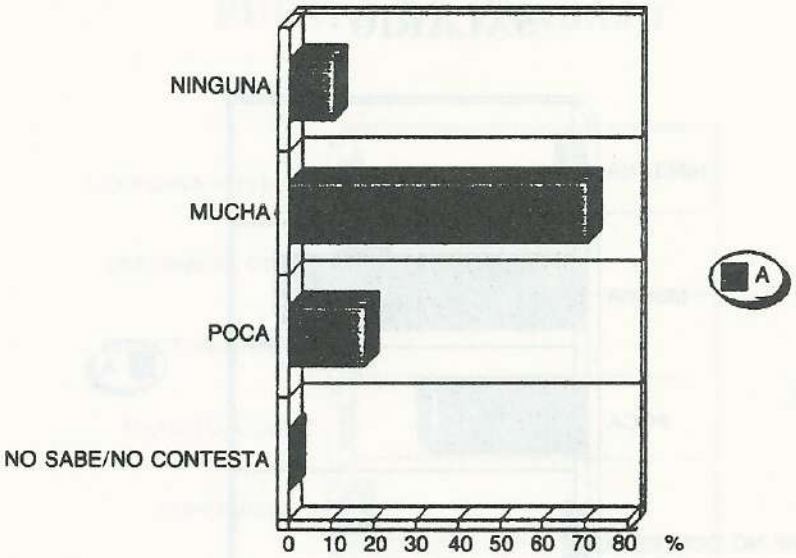


Gráfico 8

CARGAS DE TRABAJO

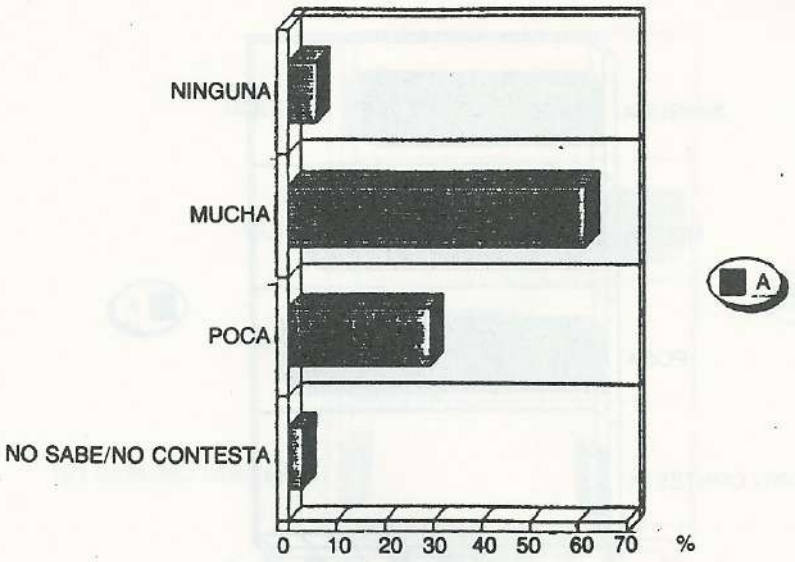


Gráfico 9

NO COORDINACION EN EL EQU. DE ENFER.

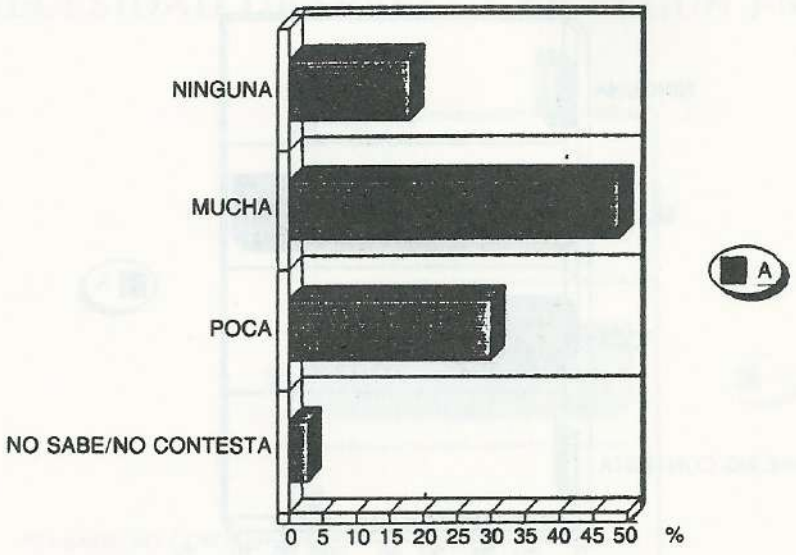


Gráfico 10

TURNIDAD

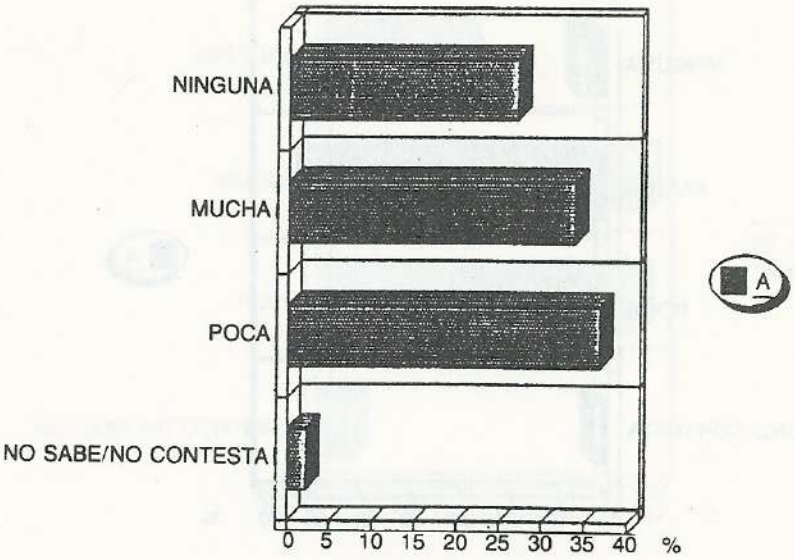


Gráfico 11

DESCONOCIMIENTO DE POLITICAS DE DIR.

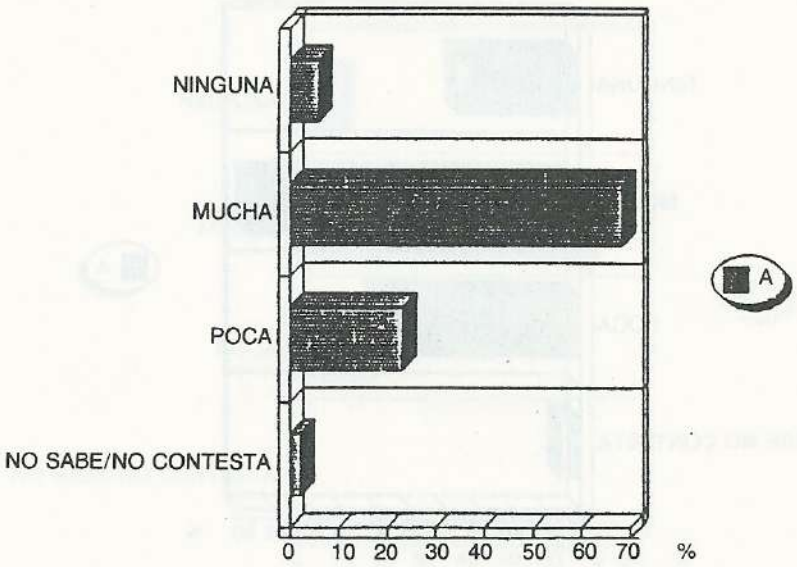


Gráfico 12

NO RECONOCIMIENTO POR OTROS PROF.

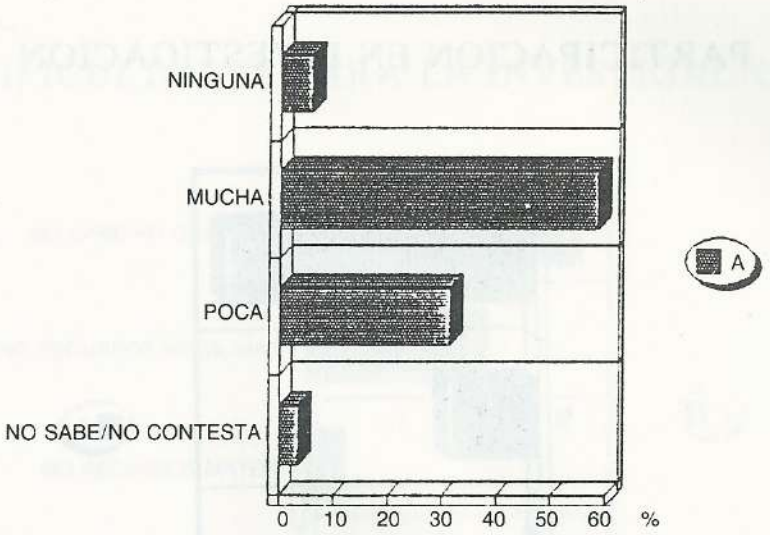


Gráfico 13

Con respecto a si consideraban necesarias la investigación para su trabajo nos encontramos con datos tan elocuentes como los que refleja el gráfico 14.

NECESIDAD DE INVESTIGAR SEGUN ENFER.

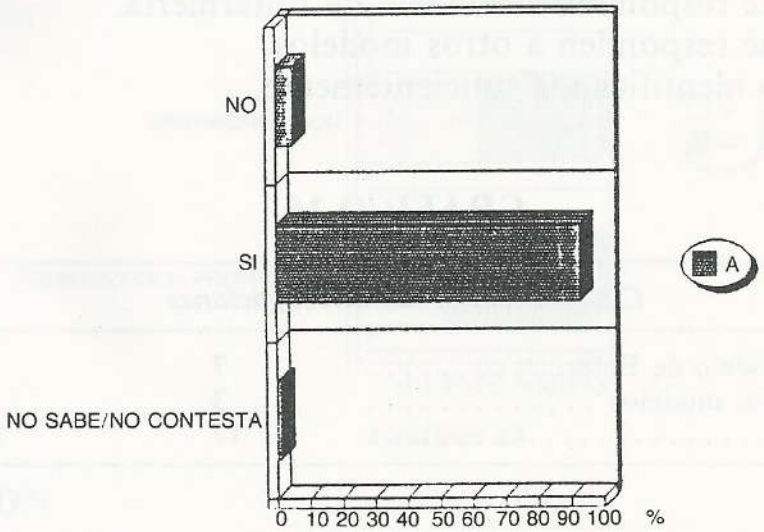


Gráfico 14

Por otro lado han participado en algún proyecto de investigación (gráfico 15).

PARTICIPACION EN INVESTIGACION

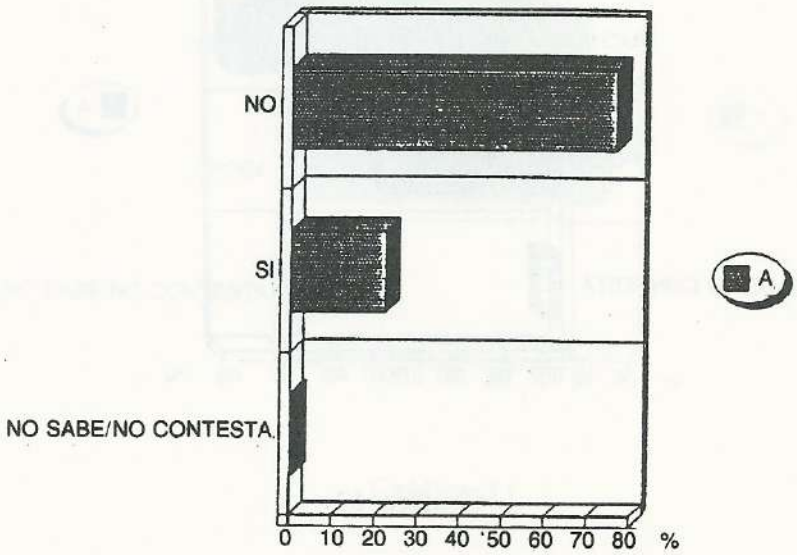


Gráfico 15

Entre los títulos de la investigación determinamos agruparlos en (gráfico 16):

— Los que responden al modelo de Enfermería.
— Los que responden a otros modelos.
— Los no identificados suficientemente.

GRAFICO 16

Clasificación de las investigaciones		
Responden al modelo de Enfer.	7	5,26%
Responden a otros modelos	3	2,26%
Sin identificar	17	12,78%

Por último, entre las causas más identificativas como freno de la investigación en Enfermería no encontramos (gráficos 17 y 18).

DIFICULTADES PARA LA INVESTIGACION

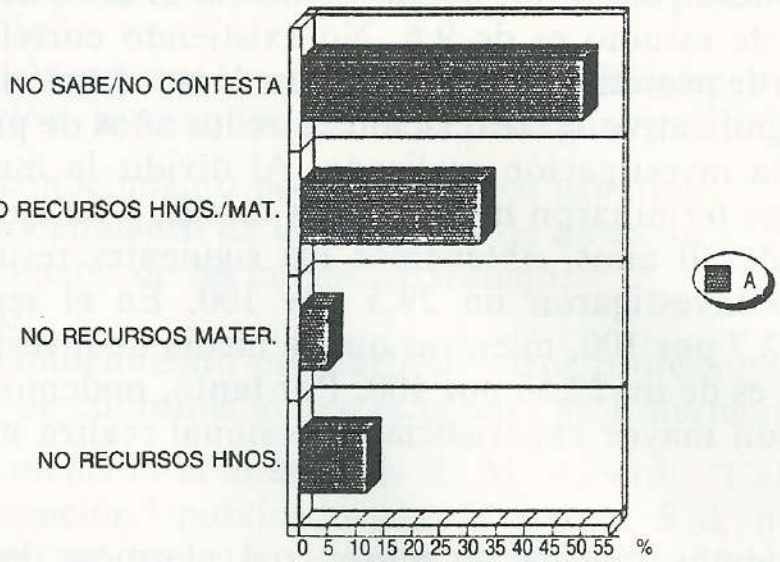
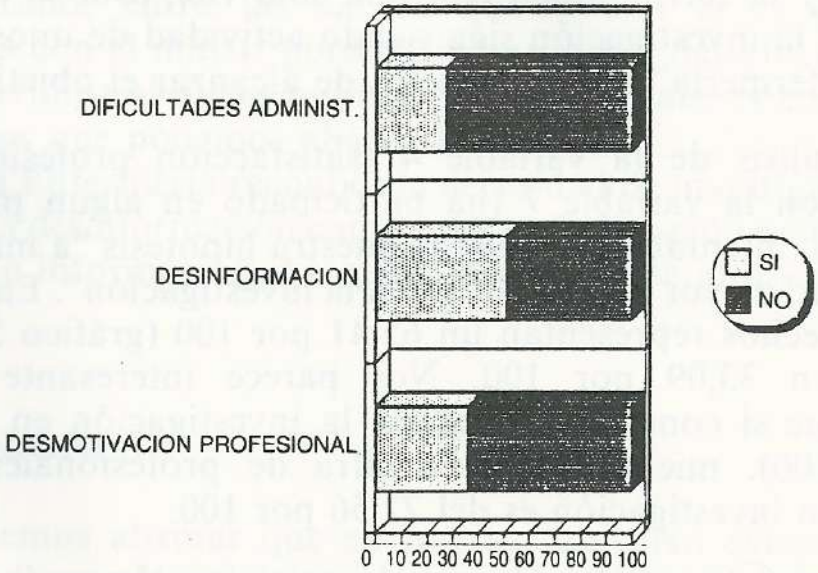


Gráfico 17



Gráficos 18

DISCUSION

La síntesis de los resultados nos puede llevar a enumerar una serie de consideraciones que deben ser tenidas en cuenta y que expresamos a continuación.

Reseñamos nuestro planteamiento de correlación entre el sexo y la actividad investigadora, con un resultado de 40,70 por 100 de varores que investigan, frente a un 17,80 por 100 de mujeres. Estos resultados nos hacen reflexionar en la argumentación difundida en ocasiones, acerca de la descalificación del sexo femenino en el plano profesional, por la implementación del rol de madre y esposa que menoscaba el interés por el desarrollo profesional. La media de años de profesión de la población de estudio es de 9,6. No existiendo correlación alguna entre los años de profesionalidad y el grado de satisfacción. Destacamos como dato significativo la correlación entre los años de profesión de la población y la investigación realizada. Al dividir la muestra en dos grupos, los que terminaron hace 10 años o más, y los que terminaron hace menos de 10 años, obtenemos los siguientes resultados: en el primer grupo investigaron un 29,5 por 100. En el segundo grupo investigó el 12,7 por 100, mientras que la media de investigación de la muestra total es de un 22,56 por 100. Por tanto, podemos afirmar que el colectivo con mayor experiencia profesional realiza más investigación.

Como podemos observar en el gráfico 4, el grueso de la población estudiada corresponde a la Enfermería de base, con una frecuencia de 109 profesiones.

Creemos que cuando todos los profesionales trabajen con una misma meta y la reivindiquen con una sola voz, ésta se conseguirá. Mientras que la investigación siga siendo actividad de unos pocos "la élite de la Enfermería" estaremos lejos de alcanzar el objetivo.

En el análisis de la variable 4 (satisfacción profesional) y su correlación con la variable 7 (ha participado en algún proyecto de investigación), intentábamos validar nuestra hipótesis "a mayor grado de satisfacción, mayor participación en la investigación". Encontrando que los satisfechos representan un 65,41 por 100 (gráfico 5) y los no satisfechos un 33,09 por 100. Nos parece interesante aludir al porcentaje que sí considera necesaria la investigación en su trabajo (93,23 por 100), mientras que la cifra de profesionales que han participado en investigación es del 22,56 por 100.

Al relacionar la satisfacción con la participación en investigación nos encontramos que, entre las personas que han realizado investigación, un 60 por 100 manifiesta estar satisfecho con su trabajo, y el 40 por 100 restante manifiesta insatisfacción; ahora bien, aplicando el procedimiento estadístico al total de la muestra obtenemos que, de los profesionales satisfechos, investiga un 20,68 por 100; mientras que los insatisfechos investigan un 27,27 por 100.

Ante esto, nos preguntamos, ¿se entenderá la satisfacción como la acomodación al puesto, o será que el conformismo anula las expectativas y esto nos hace sentir satisfacción?

Por otro lado reseñamos que la población no satisfecha (que ya hemos visto), arroja un porcentaje más elevado, lo que nos lleva a una reflexión: "La insatisfacción, la inconformidad pueden ser vía que facilite el camino hacia el conocimiento, la mejora y en definitiva hacia la investigación".

Entre los factores que los profesionales identifican como generadores de insatisfacción, arrojan los mayores porcentajes:

— No reconocimiento por parte de los usuarios.
— Desconocimiento de las políticas de dirección.
— Distribución de las cargas de trabajo.
— Salario.
— No reconocimiento por parte de otros profesionales.
— Faltas de coordinación en el equipo de Enfermería.

Hacemos mención al análisis de R. M. Alberdi, "Calidad de vida, calidad de atención" publicado por la revista Rol, n.º 145, donde considera que los aspectos sociales de la calidad de vida de los enfermeros, están relacionados con la percepción del reconocimiento social. Nuestros resultados coinciden identificándose el "No reconocimiento por parte de los usuarios", como el factor que genera mayor insatisfacción profesional.

Por último, entre las causas que frenan la investigación, la identificada con el mayor porcentaje ha sido la desinformación.

Si recurrimos al dicho popular "el que no sabe es como el que no ve", creemos que podemos abarcarlo todo.

Nuestra Enfermería reconoce la necesidad de investigar, pero en ese reconocer la desinformación como principal obstáculo está demandando formación e información. La gente informada se abre camino.

CONCLUSIONES

— Podemos afirmar que en nuestro universo existe un evidente interés por la investigación considerada como necesidad en la práctica laboral.
— La investigación en Enfermería está poco desarrollada.
— Eliminemos el principal factor de insatisfacción, "Falta de reconocimiento social", implicándonos, por una parte, toda la Enfermería en su quehacer diario y, por otra, los grupos de poder de la sociedad que determinan los valores sociales hasta

llegar a las últimas consecuencias económicas, académicas e investigadoras.

— Actuemos sobre el primer factor identificado como freno a la investigación "desinformación" y desde las escuelas asumamos la responsabilidad de que el estudiante de Enfermería se integre desde el inicio de la carrera a la investigación con modelos de Enfermería. De esta forma, una vez finalizado su período básico de aprendizaje, será un profesional capaz de sentir y dar respuesta a la necesidad de profundizar en la búsqueda de soluciones.

BIBLIOGRAFIA

PULIDO SAN ROMAN, A.: *Estadística y técnicas de investigación social.* Ed. Pirámide. Madrid, 1984.

SUMMERS, G. F.: *Medición de actitudes.* Ed. Trillas. México, 1976.

ICART ISERN, M. T., y CAJA LOPEZ, C.: "Investigar en enfermería ¿qué, quién, cómo?", *Revista Rol de Enfermería,* n.º 142.

POLIT D. HUGER, B.: *Investigación científica en ciencias de la salud.* Interamericana.

MORA, M. A.: *Estadística para enfermeras.* Ed. Pirámide. Madrid, 1984.

INVESTIGACION EN ENFERMERIA ASISTENCIAL UN CASO PRACTICO

M.ª Rosario Olmo Gascón
Piedad Pradillo García
E.U. Enfermería. Cuenca
Universidad de Castilla-La Mancha

La práctica de Enfermería se enfoca cada vez más a fomentar un nivel óptimo de salud, bienestar, disminución del impacto negativo de los problemas de salud y a conseguir una mejor calidad de los cuidados.

Además, conocer qué factores impiden que las personas logren un nivel óptimo de salud, pudiera ayudar a las enfermeras a evitar la aparición de ciertas influencias o encontrar soluciones para contrarrestar los efectos de factores ya surgidos.

En este sentido, la *investigación* en Enfermería asistencial puede ser clave para descubrir la forma de mejorarla y procurar obtener beneficios para quienes atienden.

Uno de los factores que, de alguna manera, pudiera estar relacionado con este fin sería la *información.*

De todos es conocido que sin información acerca de las condiciones en que se presenta el mundo circundante, el individuo permanecerá desprevenido de los peligros que pudieran amenazarle o de las oportunidades favorables que se le presente, con lo cual, estaría en inferioridad de condiciones para adoptar decisiones muy significativas para su vida futura.

En el mundo actual, el aumento de las expectativas de vida, unido a los avances tecnológicos y terpeúticos, han modificado las causas de morbimortalidad, aumentando el número de enfermedades crónico degenerativas y, como consecuencia, un alargamiento en el proceso de morir.

Condicionamientos de tipo social han hecho necesario que, en la mayoría de los casos, estas enfermedades sean tratadas a lo largo de todo su proceso en el hospital, con todas las consecuencias, tanto positivas como negativas que ello conlleva.

Si el paciente se ve beneficiado de todos lo avances tecnológicos, de una asistencia más continuada y de un mayor control de su enfermedad, se ve desposeído también de su protagonismo. Desde el momento que ingresa en un hostipal, el individuo pasa a ser "paciente"

y adquiere un rol pasivo. Se le impone la organización del tratamiento, el curso social de la enfermedad y, en definitiva, su forma de vida dentro del hostipal las 24 horas del día.

Si bien es cierto que, actualmente, han surgido una serie de movimientos que defienden una mayor autonomía del paciente dentro del sistema sanitario hay aspectos que todavía son tema de grandes discusiones. Hay numerosos estudios de Enfermería y Psicología que apoyan el derecho del paciente a formar parte integral del equipo sanitario que le atiende, a ser el auténtico protagonista de su proceso y a poder participar en las decisiones que sobre su tratamiento se tomen.

Para que esto sea posible nos parece esencial que el paciente esté bien informado, entendiendo por buena información aquella que es adecuada a cada tipo de sujeto y tiene en cuenta todos los aspectos psicológicos y sociales del mismo.

El tema de la información ha despertado siempre grandes *polémicas,* si bien ha sufrido diversos cambios a través de los tiempos.

La tendencia más generalizada desde Hipócrates ha sido la de encubrir la verdad sobre el diagnóstico al paciente, suponiendo que la comunicación de "noticias amenazadoras" genera una notable angustia e impide el propósito de mantener su esperanza —Reiser (1980)—. Es en la segunda mitad del siglo XX cuando empiezan a cambiar las actitudes y diversos estudios ponen de manifiesto que hay una tendencia clara a considerar al paciente como partícipe activo de las decisiones que se toman sobre el tipo de tratamiento que pueda recibir.

Es en Estados Unidos, en 1977, donde aparece por primera vez, una Ley que reconoce este Derecho: "Ley del Derecho a la Información", por la que es obligatorio informar al paciente sobre diagnóstico y tratamientos alternativos de su enfermedad. En la mayoría de los países europeos sigue existiendo una cierta resistencia a informar al paciente, basándose en los posibles efectos negativos que se producirían.

El hecho de que la Psicología se esté ocupando de temas que pertenecían a otras ramas del conocimiento científico, como es el de la salud, ha dado lugar a algunos estudios sobre cómo incide la información en pacientes cancerosos, encontrando dos grandes grupos: aquellos que decididamente desean recibir información y los que no desean recibirla.

Esta diferencias fueron ya puestas de manifiesto en un proyecto de investigación, citado por Shain (1980), en el que se llega a la conclusión que, para los "Autocontrolados", la información completa se relaciona con una mejor adaptación, mientras que los "Evitadores", obtienen mayores beneficios cuando no son informados —DURA-IBANEZ (1987).

Es, por tanto, imposible conocer estas preferencias individuales. Se plantea también si la información puede generar ansiedad y reducción

de adhesión al tratamiento y aunque se han realizado algunos estudios al respecto no se ha podido confirmar esta hipótesis.

De todo lo expuesto, lo más importante que se puede plantear es si es verdad que se respeta ese derecho que tienen aquellos pacientes que sí quieren ser informados, y si los profesionales sanitarios están preparados para dar esa información, de tal manera que sea entendida por el paciente y que sirva como base de comunicación entre paciente y profesional sanitario.

El propósito del siguiente trabajo, que presentamos a continuación y que se realizó con un grupo de pacientes cancerosos, es analizar si existe demanda de información por parte del paciente, sobre su enfermerdad y tratamientos alternativos, y si éste realmente la recibe.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó en el Hostipal "Virgen de la Luz", de Cuenca, en los meses de enero a junio de 1990; se recogió la opinión de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cirugía General, diagnosticados *todos de Cáncer,* y que iban a ser sometidos a intervención quirúrgica, sobre:

— Si le gustaría ser informado sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico.
— Si se considera bien informado.
— Si la información le permitiría tener un mayor control sobre su enfermedad.
— Si participaría más activamente del tratamiento.
— Si cree que la familia está bien informada.
— Si es consciente de su gravedad y pronóstico aunque no se le haya informado.

El instrumento utilizado para recogida de datos fue una encuesta anónima con 7 items sobre 60 pacientes.

RESULTADOS

1. Cuando hay sospechas fundadas de que la enfermedad va a evolucionar fatalmente, ¿cree usted que se debe informar al paciente al respecto?

Sí	77%
No	23%

2. ¿Cree que si el paciente estuviera bien informado aumentaría su miedo, angustia y supondría para él un shock psicológico difícil de superar?

Sí 33%
No 67%

3. ¿Cree que si el paciente estuviera bien informado, tendría un mayor control de la situación y participaría en las decisiones que se toman en relación con el tratamiento y cuidados que se le prestan?

Sí 94%
No 6%

4. ¿Cree que el enfermo quiere saber cuál es exactamente su situación y pronóstico?

Sí 89%
No 11%

5. ¿Se considera bien informado?

Sí 6%
No 94%

6. ¿Demanda información?

Sí 83%
No 17%

7. ¿Considera que la familia está bien informada?

Sí 94%
No 6%

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos podemos observar que la gran mayoría de pacientes demanda información y se siente con derecho a participar en las decisiones que sobre el proceso de su enfermedad se toman.

Pero a pesar de que existe demanda de información, en la mayoría de los casos esto no se da, y la mayoría de las veces en que se da es de una forma distorsionada, lo que pudiera generar en el paciente ansiedad y desconfianza.

Creemos que algunas de las causas por las que puede existir esta falta de información son debidas en muchos casos a:

— A la poca preparación, información y educación sobre los aspectos relacionados con la información.
— A la falta de unificación de criterios por parte del equipo que

atiende al paciente, ya que debería existir una coordinación entre todos los miembros del equipo sobre quién, cómo y cuándo debe dar esa información.

— A una deficiente relación interpersonal entre el personal de Enfermería y los pacientes.

Por todo lo expuesto anteriormente, creemos que Enfermería debe asumir su responsabilidad y participación dentro del equipo de salud y para con el paciente, buscando un modelo de información integral y dinámico que abarque todos y cada uno de los factores que intervienen en la adaptación del paciente a su proceso, considerando a la familia como parte integral del equipo de salud; y proporcionándole la suficiente información para que pueda servirle como base de apoyo emocional.

BIBLIOGRAFIA

DOMINGUEZ-ALCON, C.: *Sociología y Enfermería.* Ed. Pirámide. Madrid, 1983.

DURA, E. (1987): "Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la información en Psicología Oncológica". *Boletín de Psicología,* 16, pp.7-31.

IBAÑEZ, E. (1988): "La información como estrategia de dominio del stress en pacientes aquejados de cáncer". *Boletín de Psicología,* 21, pp. 27-41.

KAUFFMAN, A. (1980): "La muerte en la Sociedad Industrial". Revista Rol de Enfermería, 27, pp. 67-68,.

REISER, S. (1980): "Words as scapels: Transmitting evidence in the clinical dialogue". Annals o Internal Medicine, 92, pp. 837-842.

SCHAIN, N. (1980): "Patients rights in decision making: the case form personalism versus paternalism in health care". *Cáncer,* 46, pp. 1035-1041.

SEGUIN, C. A.: *La enfermedad, el enfermo y el médico.* Ed. Pirámide. Madrid, 1982.

VASTYAN, E. A. (1987): "Aspectos espirituales de la asistencia a pacientes cancerosos". *Jano,* 33, 79, pp. 61-64.

EVOLUCION DESFAVORABLE ¿INFORMAR AL PACIENTE? %

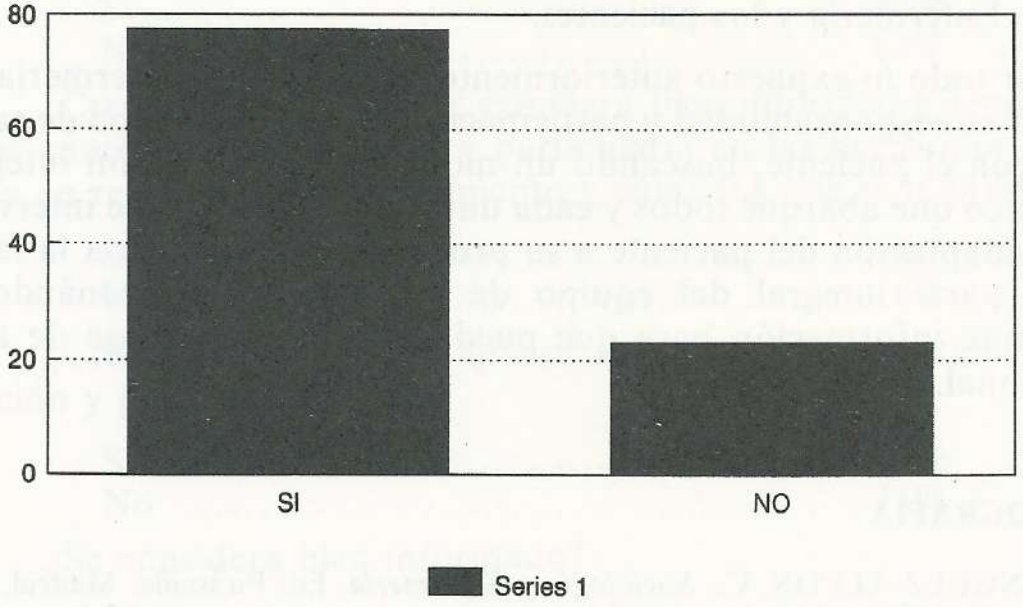


Figura 1

LA INFORMACION CREADORA DE ANGUSTIA %

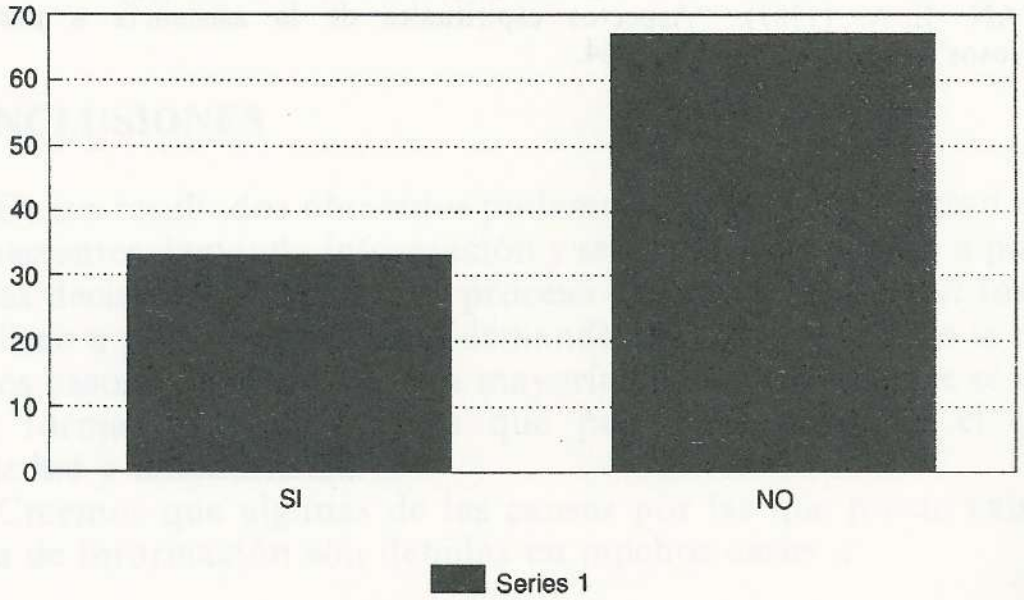


Figura 2

BUENA INFORMACION CONTROL Y PARTICIPACION %

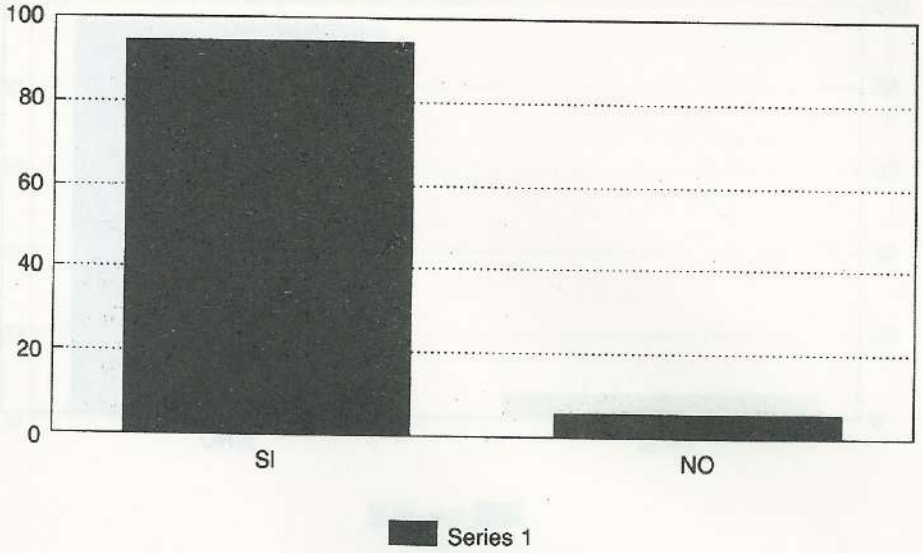


Figura 3

CONOCER LA REALIDAD SITUACION Y PRONOSTICO %

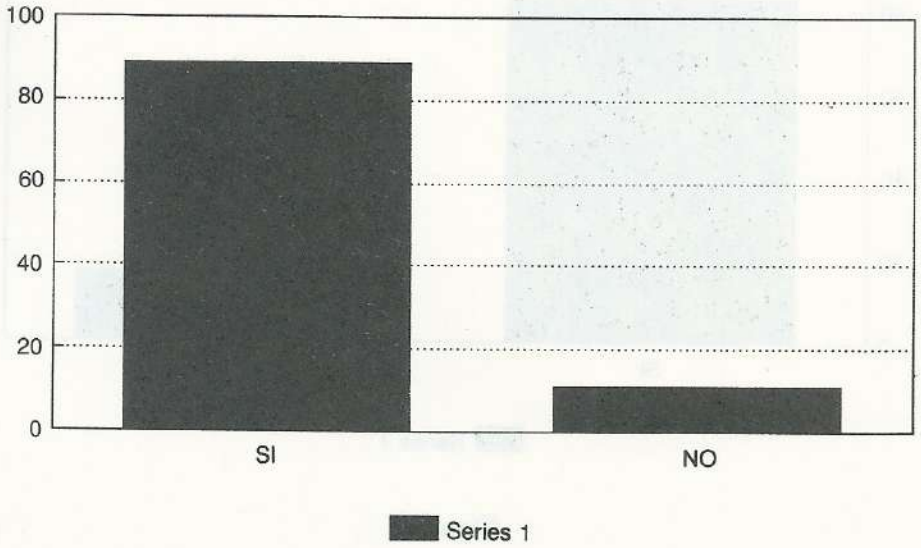


Figura 4

¿ESTA BIEN INFORMADO?

%

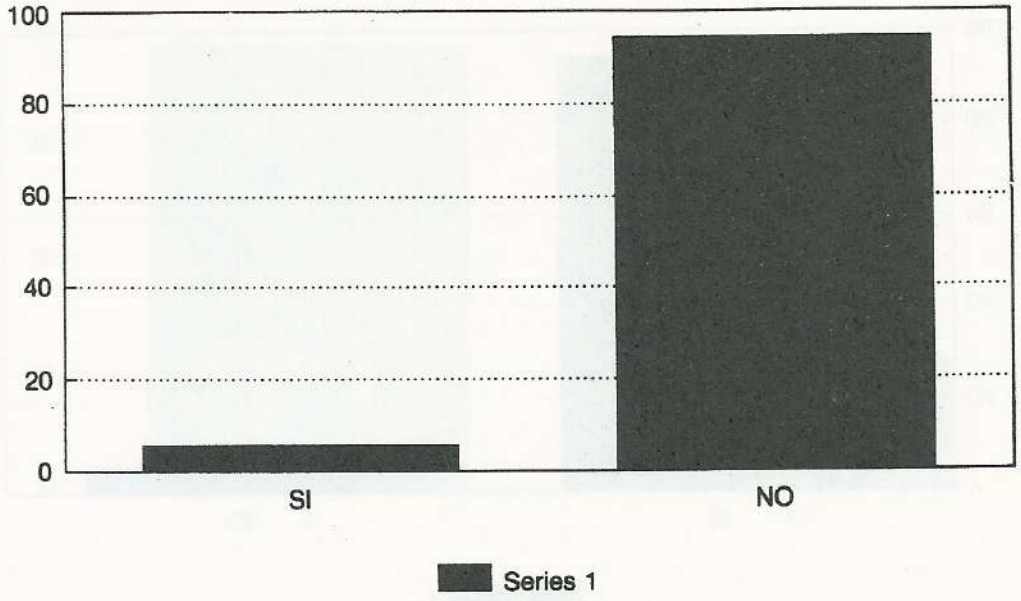


Figura 5

¿DEMANDA INFORMACION?

%

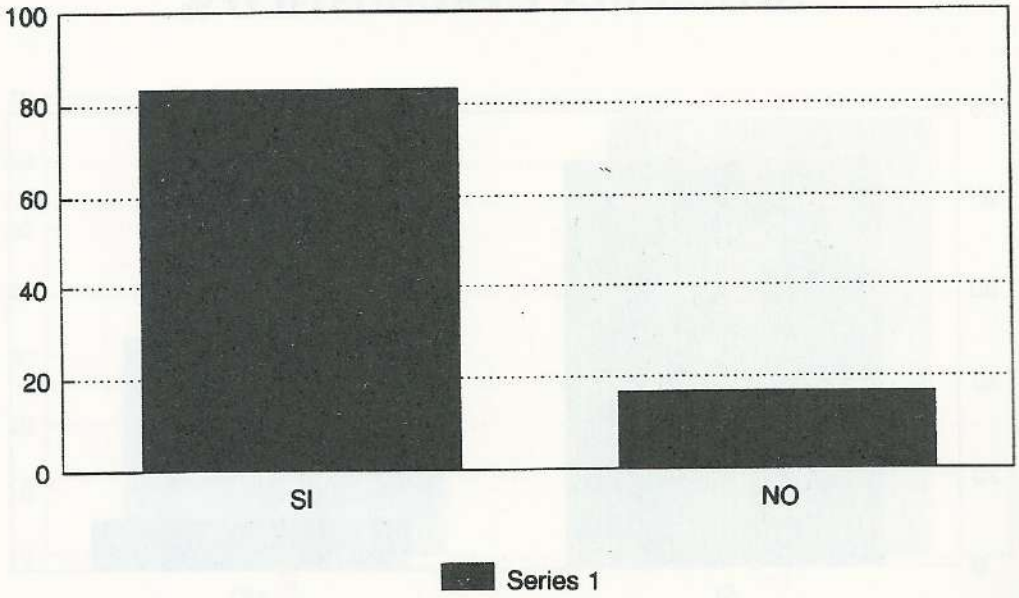


Figura 6

FAMILIA
¿ESTA BIEN INFORMADA? %

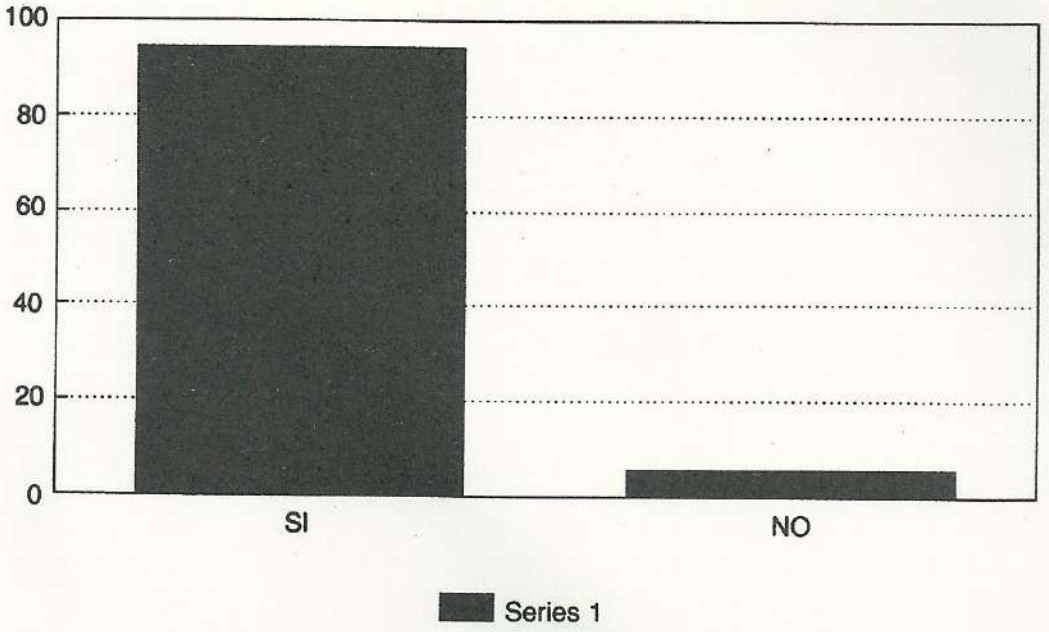


Figura 7

Depósito Legal: M-21980-1991
I.S.B.N.: 84-404-9548-X
Fotocomposición e impresión:
Cedesa, S. A.
La Coruña, 26 - Tel. 570 56 47

Patrocinado por el
Fondo de Investigación Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por el
Fondo de Investigación Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo