Las nuevas demandas de salud implican la necesidad de plantearse ¿cómo formar a enfermeras/os para abordar estas necesidades de cuidados?

OBJETIVOS

Analizar las características del entorno social que condicionas a las personas.

Identificar los nuevos problemas de salud que caracterizaran el siglo XXI.

Identificar y analizar estrategias para la formación de las enfermeras.

MÉTODO

Se analizarán las principales características sociales del siglo XXI: cambios en la comunicación, la sociedad de la globalización, la caída del estado de bienestar, la trasformación del trabajo, cambios en la estructura familiar.

Se describirán las características de los individuos, los problemas de salud y demandas psicosociales.

Se propondrá como estrategia formativa la formación en relación de ayuda terapéutica basada en:

— Técnicas relacionales: observación y entrevista.

— Entrenamiento en habilidades sociales.

Las características de los nuevos profesionales enfermeros se basarán en el autocontrol, saber comunicar, saber escuchar, iniciativa, perseverancia, capacidad de motivar y la empatía.

CONCLUSIONES

La propuesta de las estrategias formativas se basa en integrar estos conocimientos, actitudes y aptitudes como objetivos trasversales en el currículo académico, además de complementar la formación con seminarios y talleres.

Los profesionales formados en estas técnicas facilitaran la capacidad de las personas para adaptarse al entono social donde vivan.

Necesidad de formación para enfermería

Antonia Pades, Miguel Bennasar, Mireia Barredo, Rosamaría Alberdi, Margarita Miró

Departamento Enfermería. Universitat Illes Balears

OBJETIVOS

El presente trabajo pretende detallar de forma descriptiva la percepción que tienen los alumnos de 3.° curso de enfermería de la EUE de la Universitat de Illes Balears, sobre la visión que de su profesión tiene el usuario al que atiende. Después del análisis de los datos se proponen una serie de estrategias para mejorar la autoestima y dotar al alumno de recursos para sentirse más seguro y diestro en las relaciones interpersonales.

MÉTODO

Se les plantea a los alumnos la pregunta abierta: ¿Cómo creéis que nos ven los enfermos?, justificando que según «el cómo nos ven los demás», se irá configurando nuestra autoestima-autoconcepto y ello repercutirá en las conductas sobre el usuario-familia. Se limita la posibilidad de respuesta a tres, y se realiza posteriormente un análisis cualitativo por categorías. La aplicación se hizo individual, anónima y por escrito.

RESULTADOS

La muestra: n=52 sujetos de 3.º enfermería de la UIB. Media de edad: 22,54 años, 42 mujeres y 10 hombres. Los resultados sobre el análisis cualitativo de las respuestas se presentarán en las jornadas.

CONCLUSIONES

La mayoría de los alumnos presentan connotaciones negativas en relación a la idea de cómo percibimos y creemos que los enfermos nos ven. Si atendemos a que esta percepción puede condicionar nuestra imagen profesional e incluso las interacciones con los otros, se proponen unas estrategias generales y específicas con el fin de fortalecer la autoestima profesional y aumentar la competencia social para garantizar la prestación de cuidados integrales de calidad.

BIBLIOGRAFIA

Gala, F. J.; Lupini, M.; González, R.; y cols: Cómo evoluciona la autoestima profesional: una análisis comparativo entre alumnos y profesionales de enfermería. Scentia. 1997. Vol. 3, Cabrera, S.; Guil, R.; y Vázquez, P.: Asertividad en enfermería: Una característica de la profesión? Enf. Clínica. 1998. Vol. 8, n.º 3, 99-103.

Programa de orientación al personal de nuevo ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

M. J. Simón García(*), A. L. Blesa Malpica(**), J. J. López Cid(*), M. A. Calvo Gautier(***) y E. M. Antón Pleite(****)

(*) Supervisores del Servicio de Medicina Intensiva. (**) Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva. (***) Adjunta de Enfermería del Área de Críticos. (****) Enfermera del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Hablar de personal de nueva incorporación lleva idefectiblemente relacionarlo con la gestión de personal y por tanto con los recursos humanos. Todos somos conscientes que en el sistema sanitario, el personal es el recurso más valioso y también el más costoso, esto conjuntamente con la continua evolución y desarrollo del mundo sanitario, hace necesario [1] [2]:

- Una adecuada y correcta política de personal.
- Un programa de formación, que mantenga de forma permanente a todo el personal, en aquella situación óptima, que le permita prestar una atención de máxima calidad [3].

En enfermería, al no existir todavía especialidades de acuerdo a nuestras necesidades, la selección de personal se ha planteado siempre en base a la igualdad de acceso, de forma que se puede acceder a todos los puestos de trabajo [4], aun cuando las funciones de ese puesto no tengan relación con la formación del sujeto. Por todo ello, los profesionales que se dedican al campo de la Formación continuada en cualquier centro de atención al usuario coinciden en la estructuración de su actividad en tres niveles [5]:

- Programas de orientación del personal de nuevo ingreso.
- Programas de capacitación del personal de plantilla.
- Programas de educación en servicios (unidades).

La incorporación de personal nuevo plantea problemas tanto a los nuevos profesionales, como al personal de plantilla. Los nuevos profesionales presentan inseguridad e incertidumbre [6], debido a la responsabilidad bruscamente adquirida y a la desubicación. En cuanto al personal de plantilla, se plantean los problemas en relación a una sobrecarga de trabajo. Los programas de orientación, permiten reducir el número de horas de trabajo perdidas, en busca de información sobre aspectos generales o personales de la institución, además de minimizar la ansiedad de los nuevos profesionales [7]. Por tanto un programa de orientación debe cubrir los siguientes aspectos:

1. Información de filosofía, políticas y normas del centro.
2. Ubicación en el centro, unidad.
3. Presentación a los compañeros de trabajo.
4. Información de procedimientos de la unidad.
5. Información/formación o bien actualización de técnicas y actuaciones específicas de la unidad.

Por otro lado, para la aplicación del programa es imprescindible contar con la participación de profesionales de plantilla [8] [9] de capacitación demostrada en los temas integrantes del mismo, el cual se relacione mas íntimamente con el personal de nuevo ingreso, para facilitar el aprendizaje y colaborar con la Supervisión de la unidad en la evaluación de dicho personal y del programa.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha realizado con 13 enfermeros, la totalidad del personal contratado en las suplencias de verano (1 de julio a 30 de septiembre). Todos ellos habían terminado la carrera en el mismo curso académico y habían realizado una rotación correspondiente a la asignatura de enfermería médico-quirúrgica en la unidad, en el último año de la Diplomatura.

El estudio se realiza en una unidad de Cuidados Intensivos polivalente, con secciones separadas y específicas por patologías (Coronarios, Cirugía cardíaca, Politraumatizados y Médicos-Quirúrgicos).

El programa de orientación de la unidad consta de tres partes:

1. La supervisión de área funcional (SAF), les informa de los objetivos, organización y estructura del centro y de la División de enfermería.
2. La supervisión de la unidad (SUF), les informa de los mismos aspectos referidos a la unidad.

3. El monitor identifica el nivel de conocimientos del profesional de nueva incorporación (PNI) y desarrolla el programa de acuerdo a sus características.

Se seleccionaron 13 monitores del personal de plantilla, uno para cada PNI.

La duración del programa fue de un mes, del 1 al 31 de julio.

El programa de orientación consta de seis bloques referidos a técnicas y cuidados del paciente crítico:

Tabla 1: Cuidados básicos en la atención al paciente crítico.		
Balance Hídrico	Soporte nutricional	Administración de medicamentos
Equilibrio electrolítico	Cuidados básicos de enfermería	Valoración y control del dolor
Prevención de infecciones	Canalizaciones venosas y arteriales	Comunicación con el paciente
Equilibrio ácido-base	Tomas de muestras biológicas	RCP avanzada
Organización del trabajo	Registros	

Tabla 2: Atención de enfermería al paciente cardíaco.
Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Desfibrilación-cardioversión, arritmias, marcapasos, swan-ganz...
Actuación de enfermería en distintas patologías: Insuf. Cardíaca, EAP, cardiopatía isquémica, shock cardiogénico, cirugía extracorpórea

Tabla 3: Atención de enfermería al paciente respiratorio.
Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas específicas: Oxigenoterapia, humidificación, nebulización, aerosolterapia, ventilación mecánica, fisioterapia respiratoria, intubación, extubación, tubos de tórax
Actuación de enfermería en distintas patologías: Insuf. Respiratoria, broncoespasmo

Tabla 4: Atención de enfermería al paciente neurológico.
Valoración del nivel de conciencia
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Presión intracraneal Actuación de enfermería en distintas patologías: Pre y postquirúrgico en el enfermo neurológico

Tabla 5: Atención de enfermería al paciente quirúrgico.
5.1. Enfermo urológico
5.2. Enfermo de ORL
5.3. Enfermo con cirugía abdominal
5.4. Enfermo con fracaso renal

Tabla 6: Atención de enfermería al paciente politraumatizado.
Valoración de enfermería
Cuidados específicos de enfermería
Problemas potenciales
Técnicas especiales: Arco balcánico, fijadores, tracciones, Hallo, chaleco
Atención de enfermería en distintas patologías: Abdominal, columna, craneoencefálico, torácico

El sistema de evaluación es el siguiente:

- A: Nivel de conocimientos/actuación alto (individual y en relación con la unidad).
- B: Nivel de conocimientos/actuación medio (individual y en relación con la unidad).
- C: Nivel de conocimientos/actuación bajo (individual y en relación con la unidad).
- D: Nivel de conocimientos/actuación deficiente (individual y en relación con la unidad).

Se diseñó una autoevaluación para el PNI, que comprendía cuidados y técnicas especificas del paciente crítico, basada en el programa de orientación (cuidados básicos, atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico, politraumatizado y otros aspectos del paciente crítico), siguiendo el mismo esquema de evaluación que realiza el monitor.

Se diseñó, asimismo, una encuesta con el fin de valorar:

1. El nivel de ansiedad del PNI, el cual se clasificó en cinco niveles (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo).
2. La opinión del PNI sobre la necesidad de un programa de orientación (sí, no).
3. La opinión del PNI sobre nuestro programa de orientación, se clasificó en cinco niveles (muy completo, completo, escaso, malo y muy malo).

La evaluación tanto del monitor como del PNI, se realizó al inicio del programa (durante la primera semana) y al finalizar el mismo (en la semana posterior). La encuesta era voluntaria y se les dio al PNI junto con la atoevaluación.

El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS 8 para Windows, para la comparación entre la evaluación inicial y final del monitor así como la del PNI, se utilizó la T de Student para muestras apareadas y en la comparación de la evaluación inicial y final entre monitor y PNI, la T de Student para muestras independientes. E1 nivel de significación se estimó a partir de $p < 0,05$. Para el manejo estadístico se hizo una transformación a variables numéricas, de forma que el nivel A es igual a 1, y el D a 4. Por ello, los valores numéricos menores, implican mayor conocimiento/actuación.

RESULTADOS

- De forma global, entre la valoración hecha por el monitor al inicio del programa y la final, existen diferencias significativas al pasar el PNI, en general, de un nivel inicial de C a uno de B en los siguientes bloques: Cuidados básicos en la atención al paciente crítico ($p < 0,001$), atención de enfermería al paciente cardíaco ($p < 0,001$), respiratorio ($p < 0,001$), neurológico ($p < 0,001$) y quirúrgico ($p < 0,001$), no existiendo diferencias en el bloque del paciente traumatizado que se mantiene en C. (Figs. 1 y 2.)

Figura 1: Evaluación global del monitor (inicial-final) C. Básicos (B), paciente cardíaco (C) y respiratorio (R)

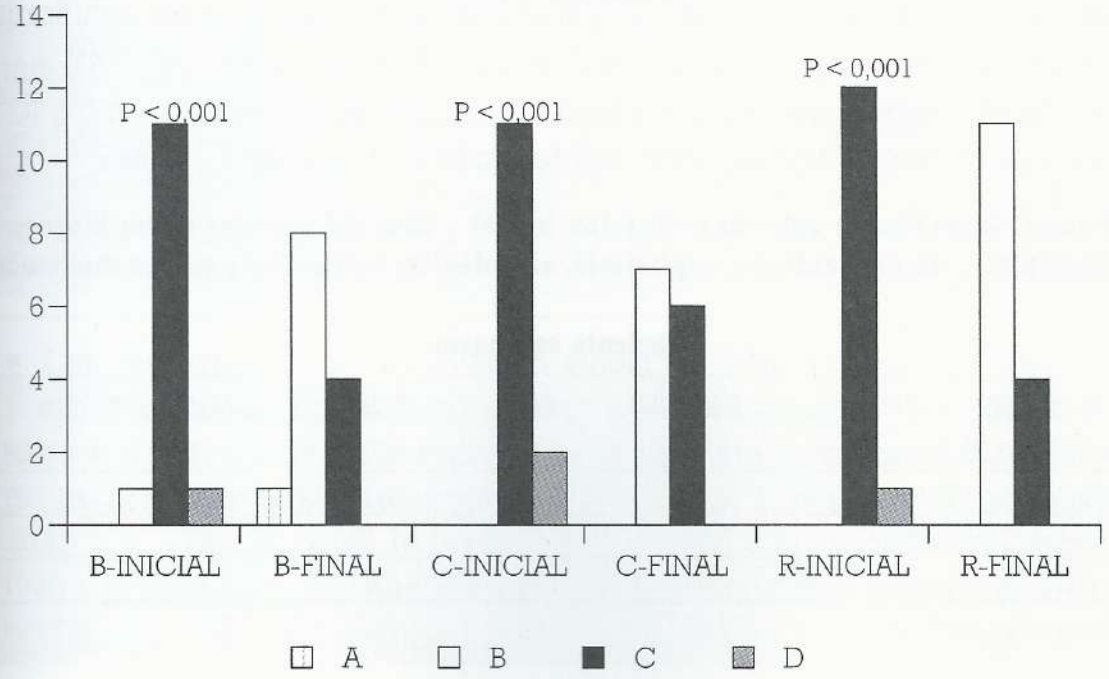
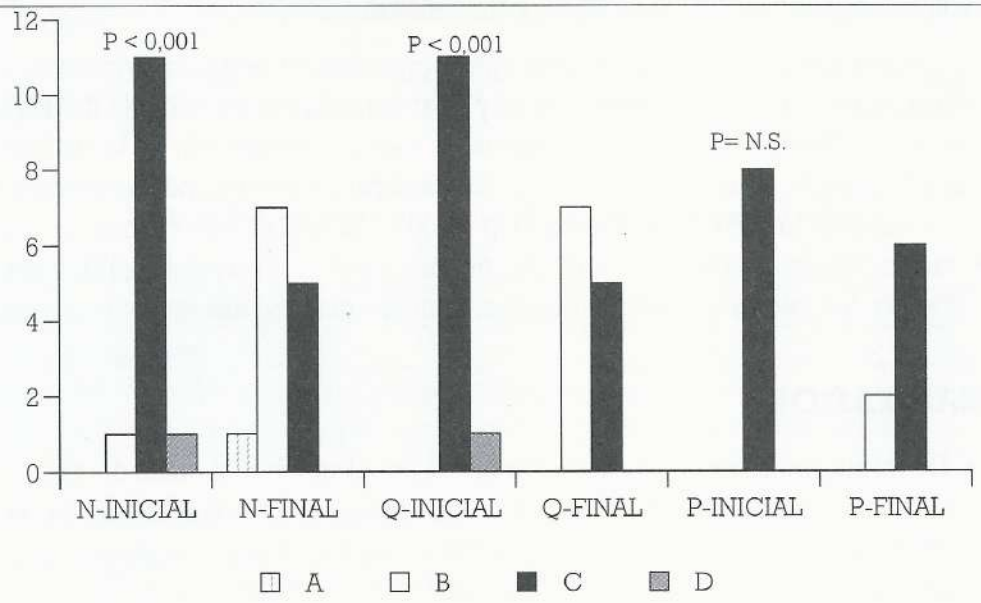


Figura 2: Evaluación global del monitor (inicial-final) paciente neurológico (N), quirúrgico (Q) y politraumatizado (P)



Analizando y comparando cada bloque por separado, tenemos que en el bloque de los cuidados básicos, existen diferencias significativas al mejorar el nivel entre el inicio y el final de C a B en los siguientes ítems: Balance hídrico ($p < 0,04$), prevención de infecciones ($p < 0,02$), nutrición enteral ($p < 0,002$), nutrición parenteral ($p < 0,001$), toma de muestras biológicas ($p < 0,012$), administración de medicamentos ($p < 0,008$), valoración y control del dolor ($p < 0,001$), RCP avanzada ($p < 0,007$) y organización en el trabajo ($p < 0,008$). En los demás ítems, partían de un nivel inicial de B salvo en canalización arterial que partían de C y aunque mejoran, no es de forma significativa.

En los bloques de atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico y quirúrgico obtuvimos significación en todos los ítems, al pasar el PNI de un nivel C a B. No las hubo en el paciente traumatizado, manteniéndose en un nivel C. Tabla I.

Tabla I: Comparación entre la evaluación inicial y final del monitor en los bloques: Atención al paciente cardiaco, respiratorio, neurológico, quirúrgico y politraumatizado.

Paciente coronario					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	3,00	0,57	2,53	0,77	< 0,008
Cuidados Específicos	3,00	0,57	2,38	0,76	< 0,001
Problemas Potenciales	3,16	0,38	2,75	0,62	< 0,02
Técnicas Específicas	2,94	0,55	2,28	0,46	< 0,001
Patologías específicas	3,06	0,52	2,55	0,59	< 0,004

Paciente respiratorio					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	2,92	0,49	2,30	0,48	< 0,001
Cuidados Específicos	2,76	0,59	2,15	0,68	< 0,001
Problemas Potenciales	3,08	0,51	2,41	0,51	< 0,005
Técnicas Específicas	2,56	0,6	2,09	0,49	< 0,014
Patologías Específicas	3,07	0,49	2,34	0,47	< 0,003

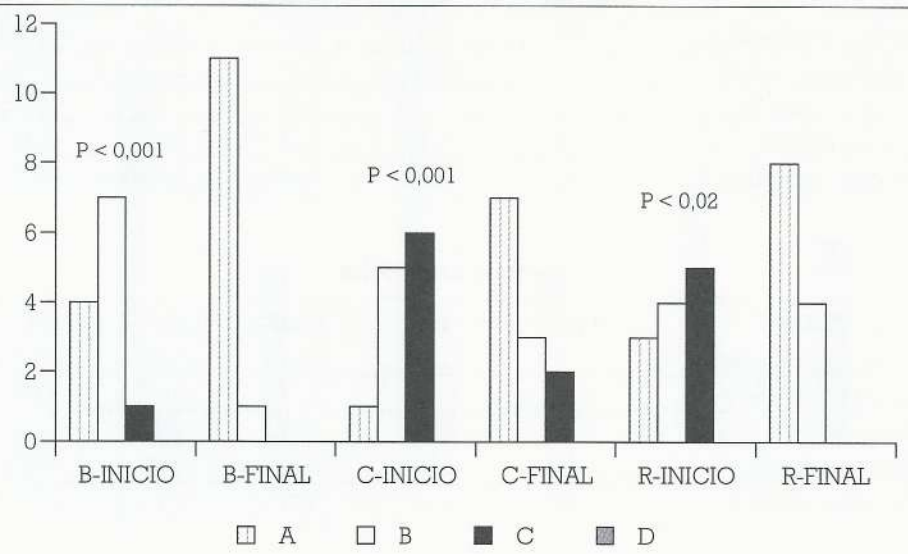
Paciente neurológico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	2,23	0,72	1,84	0,55	< 0,018
Cuidados Específicos	2,92	0,64	2,23	0,59	< 0,00
Problemas Potenciales	3,07	0,49	2,53	0,51	< 0,003
Técnicas Específicas	3,00	0,81	2,23	0,59	< 0,001
Patologías Específicas	2,92	0,64	2,23	0,43	< 0,002

Paciente quirúrgico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Pac. Urológico	2,91	0,51	2,33	0,49	<0.002
Pac. ORL	3,00	0,44	2,27	0,46	< 0.001
Pac.cirug. abdominal	3,11	0,33	2,44	0,52	< 0.004

Paciente quirúrgico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Valoración de Enfermería	3,12	0,35	2,75	0,46	n.s.
Cuidados Específicos	2,75	0,46	2,63	0,52	n.s.
Problemas Potenciales	3,00	0,00	2,83	0,41	n.s.
Técnicas Específicas	3,00	0,53	2,87	0,64	n.s.
Patologías Específicas	2,88	0,26	2,69	0,46	n.s.

- Con respecto a la autoevaluación global del PNI al inicio y al final, existen diferencias significativas en los siguientes bloques: Cuidados básicos ($p < 0,01$), atención de enfermería al paciente cardíaco ($p < 0,01$), respiratorio ($p < 0,02$) y neurológico ($p < 0,005$) al pasar de un nivel inicial de B a A. En el resto de los bloques, politraumatizados y otros aspectos del paciente crítico, aunque mejoran no existe significación estadística (Fig. 3).

Figura 3: Evaluación global del PNI (inicial-final). Cuidados básicos (B), paciente cardíaco (C) y respiratorio (R)



Al analizar de forma separada cada bloque, observamos que en el de cuidados básicos, existen diferencias significativas en los siguientes ítems: Equilibrio electrolítico ($p < 0,01$), equilibrio ácido-base ($p < 0,002$), nutrición parenteral ($p < 0,01$), canalización venosa central de acceso periférico ($p < 0,03$), canalización arterial ($p < 0,02$) y valoración y control del dolor ($p < 0,04$), pasando en general de un nivel inicial de B a A, no existiendo diferencias en el resto de los ítems, que se mantiene en niveles de A unos y otros de B.

En los bloques de atención al paciente cardíaco, respiratorio y neurológico existen diferencias significativas en todos sus ítems, pasando de un nivel inicial de B a A. En el paciente politraumatizado hay diferencias en el ítem de patologías específicas, pasando de B a A y no, en las técnicas, que se mantiene en C. En el bloque de otros aspectos del paciente crítico, hay diferencias en traqueostomías, pasan de B a A y hemodiálisis que mejoran de C a B, en la inserción y manejo de la sonda vesical, se mantienen en A, en diálisis en C y en hemofiltación en B. Tabla II.

Tabla II: Comparación entre la evaluación inicial y final del PNI en los bloques: Atención al paciente cardíaco, respiratorio, neurológico, politraumatizado y otros aspectos del paciente crítico.

Paciente cardíaco					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,10	0,65	1,48	0,68	<0.04
Patologías específicas	2,35	0,68	1,69	0,57	<0.024

Paciente respiratorio					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	1,87	0,60	1,32	0,31	<0.04
Patologías específicas	2,25	0,72	1,47	0,66	<0.008

Paciente neurológico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,08	0,90	1,33	0,49	<0.03
Patologías específicas	2,66	0,49	1,75	0,75	<0.03

Paciente politraumatizado					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Técnicas específicas	2,79	0,92	2,50	0,69	n.s.
Patologías específicas	2,91	0,51	2,16	0,71	<0.021

Otros aspectos del paciente crítico					
ITEMS	X inicio	d.e.	X final	d.e.	p
Sondaje Vesical	1,08	0,28	1,00	0,001	n.s.
Traqueostomia	2,25	0,75	1,25	0,62	<0.007
Diálisis peritoneal	3,08	1,08	2,50	0,90	n.s.
Hemofiltración	3,00	1,04	2,16	1,02	n.s.
Hemodiálisis	3,08	1,08	2,00	0,95	<0.04

Figura 4: Comparación entre la evaluación inicial del monitor (M) y el PNI en los Cuidados Básicos (B), paciente cardíaco (C)

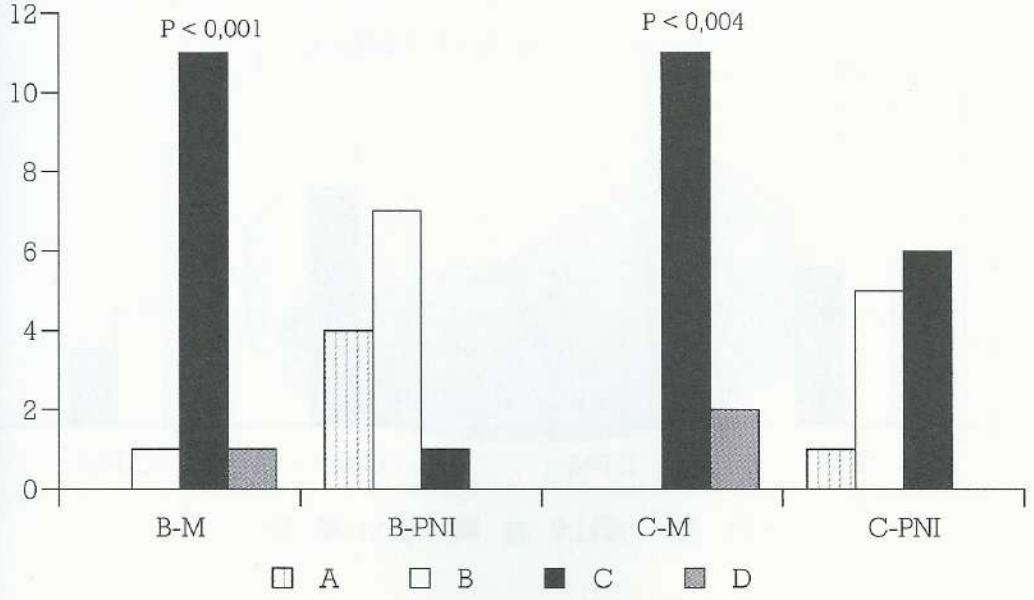


Figura 5: Comparación entre la evaluación inicial del monitor (M) y el PNI en el paciente respiratorio (R) y neurológico (N)

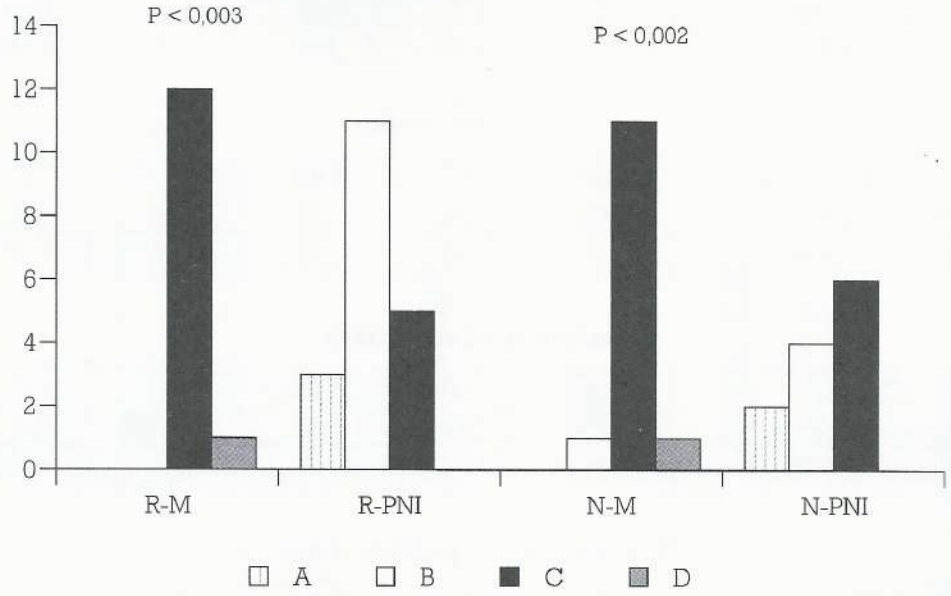


Figura 6: Comparación entre la evaluación FINAL del monitor (M) y el PNI en Cuidados básicos (B) y paciente cardíaco (C)

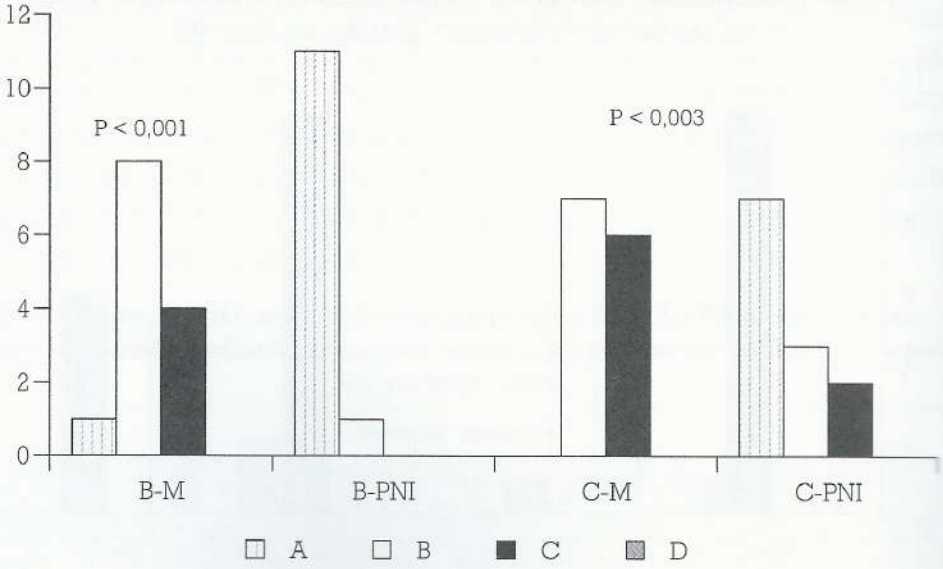
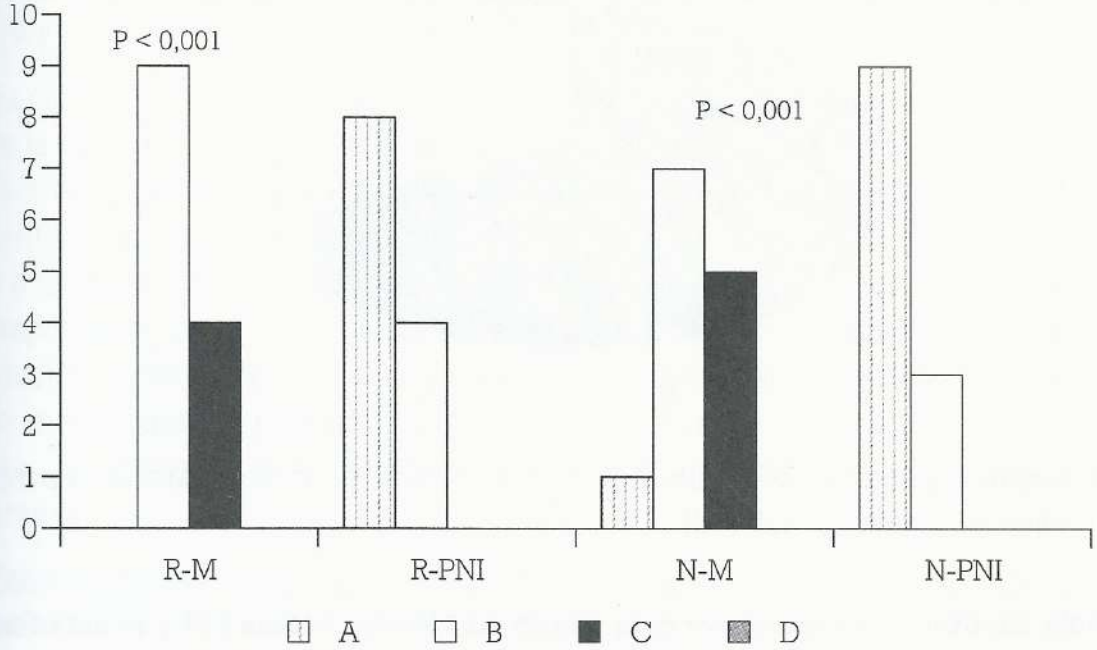


Figura 7: Comparación entre la evaluación FINAL del monitor (M) y el PNI en el paciente respiratorio (R) y neurológico (N)



- Con respecto a la encuesta, el 100% consideró necesario la realización de un programa de formación.

El 91,7 del PNI considero el programa de orientación que habían seguido completo y un 8,3% escaso.

El nivel de ansiedad muy alto desapareció después del programa de orientación, el alto bajo un 25% y el medio aumento un 33,4% (Figs. 8 y 9).

Figura 8: Nivel de ansiedad Pre

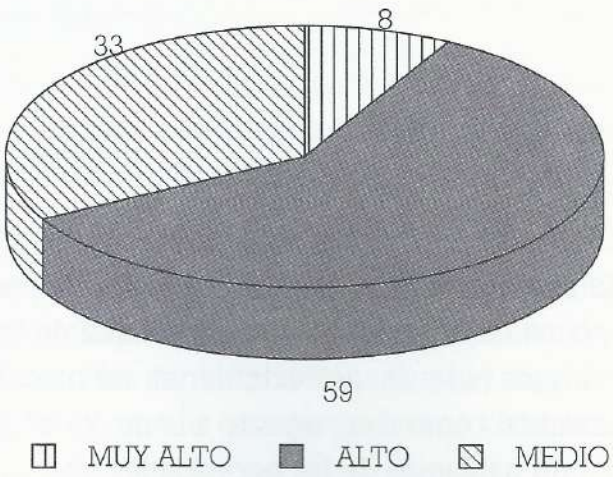
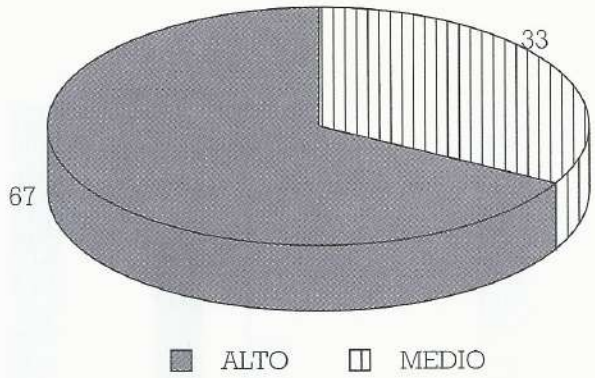


Figura 9: Nivel de ansiedad post



- Según el programa de orientación 4 PNI (30,8%), no están capacitados para trabajar en la unidad. Tabla III.

Tabla III: Evaluación global por cada uno de los bloques de cada PNI y la nota final

PNI	G-B	G-C	G-R	G-N	G-Q	G-P	NOTA FINAL
1	2	3	2	2	2		**2**
2	3	3	3	3	3	3	**3**
3	2	3	3	3	3	3	**3**
4	2	2	2	2			**2**
5	3	3	3	3	3	3	**3**
6	3	3	3	3	3	3	**3**
7	2	2	2	3	2		**2**
8	2	2	2	1	2	3	**2**
9	2	2	2	2	3	2	**2**
10	2	2	2	2	2	2	**2**
11	1	3	2	2	2		**2**
12	3	2	2	2	2	3	**2**
13	2	2	2	2	2		**2**

DISCUSIÓN

Al analizar los datos globales de la evaluación realizada por el monitor al PNI, en cada bloque del programa de orientación obtenemos que de forma significativa están en un nivel C, en todos los bloques, es decir, tienen un nivel bajo de conocimientos y actuación tanto individual como con respecto a la media de la unidad, este dato tan claro, indica que cuando hablamos de las necesidades que un paciente en situación

crítica requiere, es necesaria la ampliación de conocimientos, siendo la formación adquirida durante los tres años de la Diplomatura de Enfermería muy general y por tanto insuficiente, para desarrollar su labor asistencial en unidades de cuidados intensivos [4 y 8].

Es clara la efectividad del programa de orientación, pues al comparar los resultados entre la evaluación inicial realizada por el monitor y la final, el nivel de conocimientos/actuación del PNI, aumenta en todos los bloques de forma significativa, salvo en el paciente politraumatizado, adquiriendo un nivel de conocimientos B, el cual le equipara a un nivel medio con respecto a la unidad, aumentando por tanto su efectividad y competencia profesional y no suponiendo una sobrecarga de trabajo para el personal de plantilla. Este aumento de conocimientos, también es objetivado por el PNI, pues salvo en el bloque del paciente politraumatizado y en el de otros aspectos del paciente crítico, se autoevalúa de forma significativa con un nivel más alto a la finalización del programa.

Tanto el monitor como el PNI, coinciden en un aumento del nivel de conocimientos en aquellos grupos donde no obtuvieron significación. En el caso del paciente politraumatiazado, el no pasar de nivel de conocimientos pudo ser debido a la disminución de ingresos de este tipo de pacientes durante el período que duró el programa de orientación. Con respecto al bloque de otros aspectos del paciente crítico, es de reseñar que no fueron significativas la diálisis peritoneal, técnica que raramente se realiza en la unidad y la hemofiltración, técnica asumida por la enfermería de intensivos, pero utilizada en casos muy concretos.

Es llamativa la sobrevaloración que el PNI, hace de su nivel de conocimientos al inicio del programa. Es significativa en todos los bloques, comparada con la realizada por el monitor, salvo en el paciente politraumatizado, que son coincidentes. Según el PNI, su nivel de conocimientos/actuación tanto individual como con respecto a la unidad es medio, lo cual de ser cierto, no parece compatible con el nivel de ansiedad que les genera el comenzar a trabajar en la unidad y con la opinion del 100% que considera necesario un programa de orientación.

Por otro lado, el programa de orientación parece disminuir de forma importante, el nivel de ansiedad que les supone comenzar a trabajar en una unidad de cuidados intensivos, al reducir ésta en un 33,3% al terminar el mismo.

En la búsqueda bibliográfica realizada, en el Medline con las palabras claves: Formation, Nurse, Learn y Training Program y en la española Cuiden con las palabras claves: Formación, Formación Continuada y Programas de Orientación y Personal de Nueva Incorporación, no hemos encontrado ningún estudio de características parecidas al nuestro, por lo que no podemos comparar los resultados de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos detectado por los monitores al inicio del programa fue bajo en la totalidad de los PNI, sin embargo, hubo un aumento de dicho nivel objetivable tanto por los monitores como por el PNI.
- E1 programa de orientación es efectivo, al conseguir que el PNI adquiera un nivel de conocimientos/actuación adecuado con respecto a la unidad.
- A1 finalizar el programa el nivel de ansiedad del PNI, se redujo un 33,3%.
- Los PNI tienden a sobrevalorar su nivel de conocimientos/actuación al inicio del programa.
- A través del programa, se pudo detectar de forma objetiva, cuatro profesionales no válidos para trabajar en la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ezquerra Ribas, J.: «La formación como proceso de cambio en las organizaciones y en las personas. Formación Continua», *ROL de Enfermería,* 206: 13-15 de octubre de 1995

[2] Cernuda Menéndez, C.: «La formación continuada para la gestión del cambio en los servicios sanitarios», *ROL de Enfermería,* 212: 13-16 de abril de 1996.

[3] Rossi, C.: «Educación continua para enfermería», *Temas Enfermería Actualidad,* Año 5 (25): 2225, noviembre-diciembre de 1997.

[4] Pollán Rufo, M., y Gabari Gambarte, M.ª I.: «Formación continuada en enfermería. Recurso o necesidad?», *Enfermería Científica,* 154- 155: 7-11, enero-febrero de 1995.

[5] Pérez Hernández, R. M., y Albendiz Ruiz, F. J.: «Formación continuada en los hospitales», *ROL de Enfermería,* 124: 15-19.

[6] Ezquerro Rodríguez, E., y Marín Fernández, B.: «¿Se piensa en los profesionales de nueva incorporación a la hora de establecer programas de formación continuada?», *Enfermería Clínica,* 100- 101, julio-agosto de 1990.

[7] De Puig, A.: «Programas de orientación para enfermeras recién llegadas», *Rol,* 68: 38-39, 1984.

[8] Reynolds, A.; Wood, S. G.; Gamero, M. L., y Castaneda, J.: «Critical care experience for baccalaureate nursing students», *Critical Care Nurse,* jun. 13 (3): 111-7, 1993.

[9] REYNOLDS, A.; WOOD, S. G., y GAMERO, M. L.: «Critical care concepts in baccalaureate nursing education», *Critical Care Nurse*, julio-agosto 11 (7): 12-4, 1991.

[10] NIETO DUNN, R. M.: *Una experiencia en docencia en cuidados intensivos.*

¡Qué difícil es incorporarse al mundo laboral!

Blanca Bretones Chorro(*), Ana I. Chicharro Luna(*) y Alicia I. Martín(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos.

INTRODUCCIÓN

Los resultados del informe «Trayectorias laborales de los Diplomados de Enfermería», del Consejo Social de la Universidad Complutense de Madrid, con fecha de enero del 2001, reflejan que las últimas promociones están encontrando mayores dificultades en el acceso al trabajo, lo encuentran menos y más tarde.

La proliferación de escuelas de enfermería, y por tanto de los diplomados, ha contribuido al deterioro del ya frágil empleo eventual.

Pero el trabajador novel no sólo ha de enfrentarse a la dificultad que conlleva el acceso al puesto de trabajo, sino también, a las inherentes a su falta de experiencia, como la inseguridad y el temor ante la responsabilidad a la que se enfrentan por primera vez.

OBJETIVO

Conocer cómo se siente un profesional de enfermería recién titulado y qué realidad se encuentra tras su incorporación al mundo laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha utilizado metodología cualitativa al ser la más adecuada para los objetivos del estudio. La técnica de recogida de datos ha sido «relatos de vida» de tres enfermeras. Tras una puesta en común de experiencias, se ha analizado el discurso resultante. El proceso de análisis consiste en buscar en las expresiones, conceptos, relaciones significantes, imágenes, símbolos, signos, el significado que éstas encierren para las participantes, asignándoles en última instancia un sentido.

RESULTADOS

Desde un punto de vista pragmático se puede agrupar los principales resultados obtenidos del análisis del discurso, en las siguientes etapas:

1. Etapa de formación

Durante la etapa de formación universitaria se adquirieren amplios conocimientos teórico-prácticos. Las prácticas, unidas a la formación proporcionan seguridad, confianza y destreza en el manejo de técnicas.

Cabe destacar la preparación no sólo como profesional sino como persona desarrollando la capacidad de escucha, empatía, comunicación no verbal y saber estar en cada momento.

Si bien existe satisfacción con la formación teórica, se evidencia, sin embargo, un déficit en la formación práctica de las diversas áreas: asistencial, docente, investigadora y gestora.

Una de las ideas que más se repite en el discurso ha sido la falta de implicación y motivación por parte de las escuelas en lo concerniente a participación en congresos, conferencias y cursos.

2. Etapa de transición

Una vez concluida la etapa formativa se pone de manifiesto una realidad: la búsqueda de empleo y la incorporación al mundo laboral.

Surgen grandes dificultades burocráticas (papeleo universitario, colegiación, elaboración y envío masivo del currículum), así como la angustia derivada de todo este proceso.

«Envías los curriculum a todos los hospitales, residencias y clínicas privadas. De la mayoría sales con la sensación de que se va a perder, olvidar o acabar a la basura. Entonces llegas a casa y a diario se repite la presión en la garganta, los nervios agarrados al estómago ante el sonido telefónico la desilusión y desesperanza al acostarse sin trabajo.»

A pesar de todo, tarde o temprano se encuentra el primer empleo aunque para ello algunos tengan que viajar fuera de España (Portugal, Londres e Italia).

3. Etapa laboral

La principal inquietud que muestran la mayoría de los estudiantes durante su etapa de formación es la realización de técnicas: canalización de vías, sondajes, gasometrías, etc. Si bien tras la incorporación al mundo laboral son otras las preocupaciones: la responsabilidad, toma de decisiones, desarrollo de tareas complejas y resolución de problemas de salud entre otros.

«Al principio dudas y sientes temor, persigues y observas a tus compañeros, preguntas constantemente e, incluso, lees más de tres veces el parte de medicación antes de administrarla, aunque pronto coges confianza.»

Para el recién titulado el principal objetivo es encontrar trabajo y poder desempeñar su vocación de cuidar con calidad. Pero para ello se hace necesaria la formación continuada y especializada.

«En el trabajo nos sentimos enfermeras polivalentes debemos trabajar en todas las especialidades sin sentirnos formadas en ello.»

La escasez de recursos y el exceso de trabajo sumados a la responsabilidad, al estrés y al deseo de cuidar adecuadamente, ocasionan un sentimiento de impotencia por la sensación del deber no cumplido.

«Estudias constantemente, acudes a cursos, conferencias, congresos, pasas horas y horas estudiando para formarte, para saber cuidar.»

«Hay días que nos sentimos enfermeras invisibles, creemos en la evolución de la enfermería, en la atención continuada, en la realización de planes de cuidados, pero durante nuestro proceso de formación no nos enseñaron a correr diariamente, ni hacernos las sordas ante ciertas peticiones de los pacientes porque estamos saturadas de trabajo.»

CONCLUSIONES

- En la primera etapa se plantea la necesidad de ahondar en la formación de los estudiantes de enfermería para la faceta investigadora y gestora fundamentalmente.
- La incorporación al mundo laboral supone inseguridad, temor y dificultades.
- La vocación de cuidar se ve sin embargo a menudo ensombrecida por las inadecuadas condiciones en las que ha de desarrollarse el trabajo.
- A pesar de las trabas que encontradas, el personal de enfermería conserva la inquietud de progresar en la adquisición de conocimientos para una mejor calidad asistencial.

«CUIDAMOS Y NOS APASIONA CUIDAR, PERO NO SABÍAMOS QUE CUIDAR ERA TAN DIFÍCIL.»

El conocimiento teórico como soporte en la práctica clínica

L. Moreno Pérez(*), C. García González(*), M. J. González Moreno(*), C. Álvarez Leiva(*), J. Parrilla Saldaña(*), E. Valderrama Franco(*) y M. A. García Carpintero(*)

(*) EUCS - Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La organización de las prácticas clínicas de la Asignatura «Fundamentos de Enfermería» en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, están planteadas desde el Modelo Enfermero de **Virginia Henderson** y estructuradas siguiendo el Proceso de Cuidados.

El presente trabajo es continuación en el tiempo de un proyecto de evaluación que se viene realizando desde 1997 y pretende evaluar los cambios producidos en las prácticas clínicas en relación a cursos anteriores. Este año, hemos introducido un registro modificado para la valoración de los pacientes y hemos medido la percepción de los alumnos, utilizando la misma escala de valoración de los años anteriores.

OBJETIVOS

1. Evaluar, a través de la opinión de los alumnos, como se ha modificado la percepción que ellos tienen de las prácticas clínicas de Fundamentos de Enfermería, y si se han producido cambios en los profesionales y en los profesores asociados clínicos respecto a los años anteriores.
2. Analizar como perciben los alumnos la relación existente entre la teoría y la práctica clínica respecto a los años anteriores.

METODOLOGÍA

Durante los cursos 97-98 (primer grupo) y 98-99 (segundo grupo) se encuestaron a estos grupos de alumnos, en los que se analizaron los valores inherentes a un modelo enfermero a través de los registros elaborados para tal fin.

En el curso 99-00, al que refiere el presente trabajo hemos encuestado al tercer grupo, introduciendo cambios en el impreso de valoración.

Grupo uno:

Con el total de alumnos del curso 97/98, que realizaban las prácticas con una documentación consistente en:

1. Impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson.
2. Impreso para realizar el proceso de cuidados.

Grupo dos:

Con el total de alumnos del curso 98/99, a los que se le ha cambiado la organización de las prácticas introduciendo, además de los impresos anteriores:

1. Impreso de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el Proceso Enfermero:
   - Actividades de Valoración pormenorizadas.
   - Análisis de datos según el modelo.
   - Detección de problemas de autonomía.
   - Actividades de suplencia pormenorizadas.

Grupo tres:

Con el total de alumnos del curso 99-00 y con los siguientes impresos de realización de prácticas clínicas.

1. Impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, que ha sido modificado agrupando los datos de exploración física siguiendo las autoras que aconsejan no mezclarlo con la valoración de necesidades.
2. Impreso de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el Proceso Enfermero:
   - Actividades de Valoración pormenorizadas.
   - Análisis de datos según el modelo.

- Detección de problemas de autonomía.
- Actividades de suplencia pormenorizadas.

A los tres grupos se le ha pasado la misma encuesta

— Se utiliza una escala tipo Likert de 1 a 5.
— El 50% de los ítems han sido elaborados por los propios alumnos utilizando la «Técnica de Grupo Nominal».
— El otro 50% lo hemos elaborado las profesoras.
— La encuesta ha sido validada utilizando el programa SPSS con un nivel de fiabilidad del 0,85 de alfa de Cronbach.
— Se han elaborado 28 ítems para medir la percepción del Alumno con la distribución siguiente:

Se han agrupado los ítems en tres bloques diferenciados en función de lo que se quería medir en cada caso:

Bloque 1. Pretende medir si los alumnos perciben que conocen los objetivos de las prácticas clínicas, tanto los profesionales, como los profesores asociados, como ellos mismos.

Bloque 2. Pretende medir si los alumnos perciben que tanto los profesionales, como los profesores asociados, como ellos mismos, comparten los objetivos de las prácticas clínicas.

Bloque 3. Pretende medir si los alumnos perciben que los profesionales y los profesores asociados les ayudan a cumplir los objetivos, así como si ellos tienen facilidades para seguir su cumplimento.

En cada bloque se han seleccionado que variables son las que ayudan a valorar cada aspecto, de tal forma que se pueda objetivar con facilidad el grado de satisfacción de los alumnos en cada uno de los bloques.

	Conocen objetivos	Comparten objetivos	Ayudan a cumplir objetivos
Profesionales de Enfermería	4	5, 6, 9, 10, 15, 20	1, 3, 7
Profesores Asociados	11	2, 14	8, 17, 21, 22
Estudiantes	16	11, 19, 25	13, 18, 23, 24

Al final de la encuesta se han planteado tres ítems generales con respecto a la satisfacción del alumno según el cuadro siguiente que corresponden a los ítems 26, 27, y 28.

La encuesta se plantea sin ordenar los ítems por dimensión que se quiere medir, para que el alumno no se encuentre dirigido, quedando con la siguiente estructura.

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. ENCUESTA AL ALUMNO

1. Los profesionales enfermeros de la unidad motivan a los estudiantes en el trabajo desde un modelo enfermero.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

2. El asociado clínico demuestra estar de acuerdo los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

3. El alumno encuentra generalmente respuesta en los profesionales a las dudas que se le plantean al realizar la entrevista del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

4. Las enfermeras de la unidad conocen los objetivos de las prácticas clínicas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

5. Durante las prácticas se le da menos importancia a los valores que a las técnicas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

6. Las enfermeras de la unidad no comparten el modelo enfermero desde el que trabajan los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

7. El alumno encuentra generalmente respuesta en los profesionales a los problemas que se le plantean en la comunicación con los pacientes.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

8. El profesor asociado clínico resuelve generalmente los problemas que se le plantean al alumno en la comunicación con los pacientes.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

9. Habitualmente en las unidades donde el alumno hace las prácticas, se prioriza siempre la satisfacción del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

10. Los profesionales enfermeros de las unidades tienen una buena opinión de los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

11. El profesor asociado clínico conoce los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

12. El proceso enfermero está claramente incorporado en los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

13. Después de las prácticas, los alumnos entienden mejor el papel de las enfermeras en el cuidado de las personas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

14. El asociado clínico demuestra estar de acuerdo los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

15. Los profesionales enfermeros de la unidad motivan a los estudiantes en el trabajo desde un modelo enfermero.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

16. El alumno conoce los objetivos del aprendizaje antes de ir a las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

17. El profesor asociado clínico resuelve generalmente los problemas que se le plantean al alumno al realizar la entrevista.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

18. Al alumno le resulta fácil hacer el seguimiento de cómo va cumpliendo los objetivos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

19. En los objetivos de las prácticas se reconocen claramente los valores del modelo enfermero que se utiliza.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

20. Las enfermeras de la unidad no comparten el modelo enfermero desde el que trabajan los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

21. El asociado clínico es un nexo de unión entre teoría y práctica.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

22. Realizar el proceso enfermero no ha ayudado a cumplir los objetivos de las prácticas.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

23. Las prácticas clínicas ayudan a desarrollas habilidades para la entrevista del paciente.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

24. Los valores implícitos en el modelo enfermero han facilitado el aprendizaje.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

25. La relación con los pacientes es una de las partes fundamentales de las prácticas clínicas de los alumnos.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

26. En general la colaboración de los profesionales es buena.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

27. En general la participación de los asociados clínicos es buena.

Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

28. Mi satisfacción con las prácticas clínicas del primer curso ha sido generalmente buena.

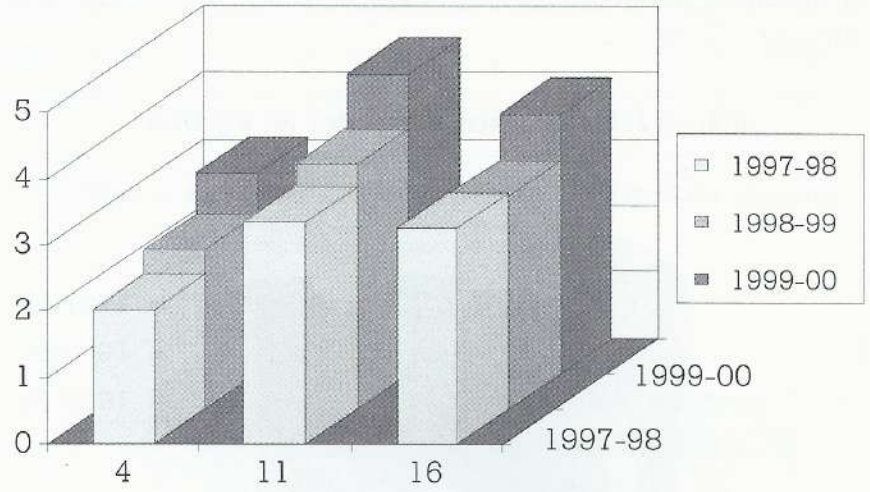
Muy en Desacuerdo 1 2 3 4 5 Muy de Acuerdo

RESULTADOS

Una vez realizada la recogida de datos y analizadas las respuestas nos encontramos con los siguientes resultados en cuanto a los parámetros que se querían medir:

1. En cuanto a los *conocimientos de los objetivos* por parte de los *profesionales, profesores asociados y alumnos* encontramos (Gráfico 1) un aumento considerable en la mejora de la percepción que el alumno tiene del conocimiento de estos con respecto, no sólo a los profesionales y a los asociados, sino incluso con respecto a los alumnos de los años anteriores, con lo que podemos considerar que las modificaciones incluidas han mejorado el conocimiento de los objetivos por parte de los alumnos.

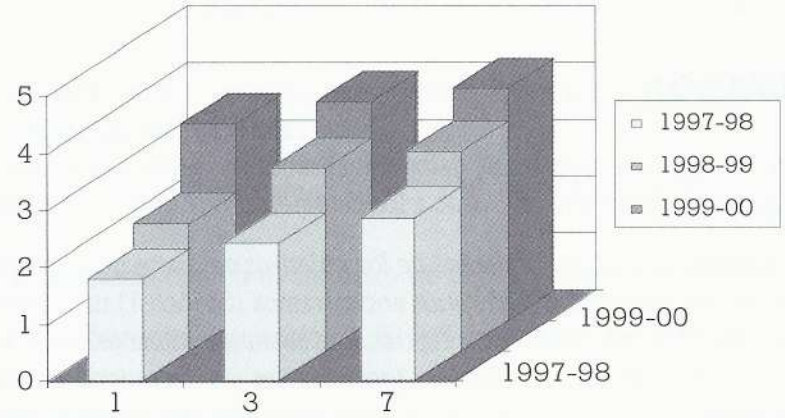
Gráfico 1: Conocimiento de los objetivos



2. Cuando se les pregunta a los alumnos sobre si *los profesionales les ayudan a cumplir los objetivos,* en el 3.er grupo (99-00) que ha utilizado los nuevos impresos de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson,

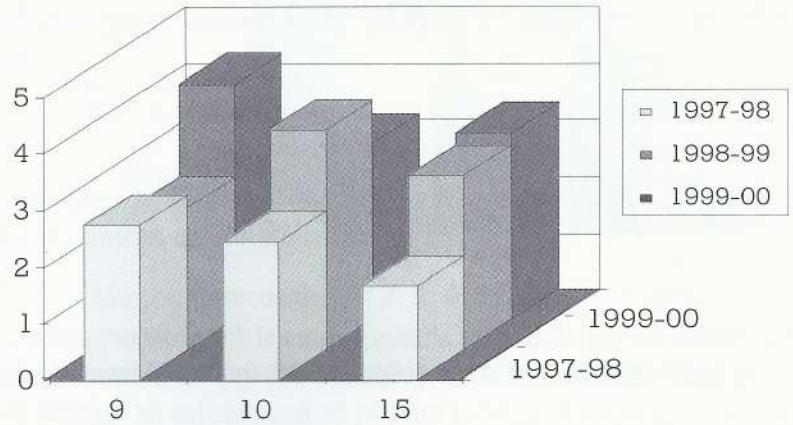
sigue aumentando la percepción del alumno con respecto a las dudas que se le plantean en la realización de la entrevista, así como, en la comunicación con el paciente. Nos llama la atención el aumento cuantitativo que se ha producido en el ítems 1, donde los profesionales de las unidades motivan a los alumnos en el trabajo desde un modelo enfermero *(Gráfico 2).*

Gráfico 2: Profesionales. Ayudan a cumplir los objetivos



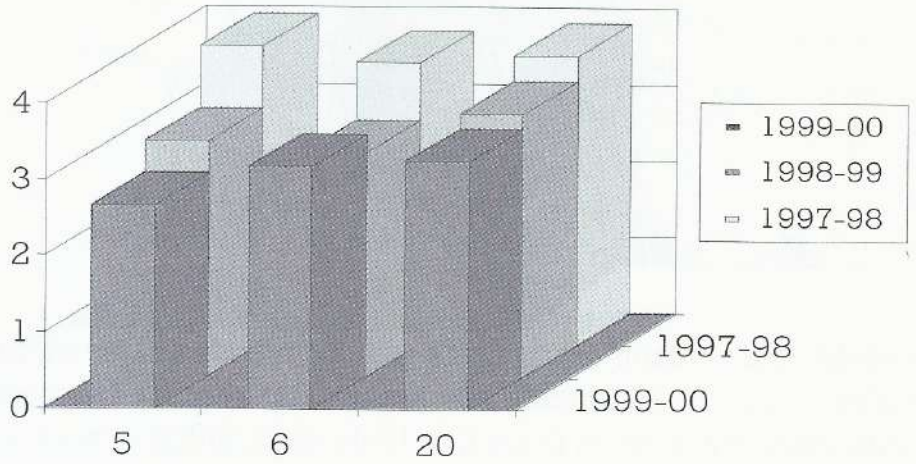
3. Con respecto a la percepción del alumno de *si los profesionales comparten objetivos,* en contraposición de lo observado anteriormente, vemos que el alumno percibe que los profesionales no tienen una buena opinión de los objetivos de las prácticas, aunque si les motivan en el trabajo desde el modelo enfermero utilizado *(Gráfico 3).*

Gráfico 3: Profesionales. Comparten los objetivos



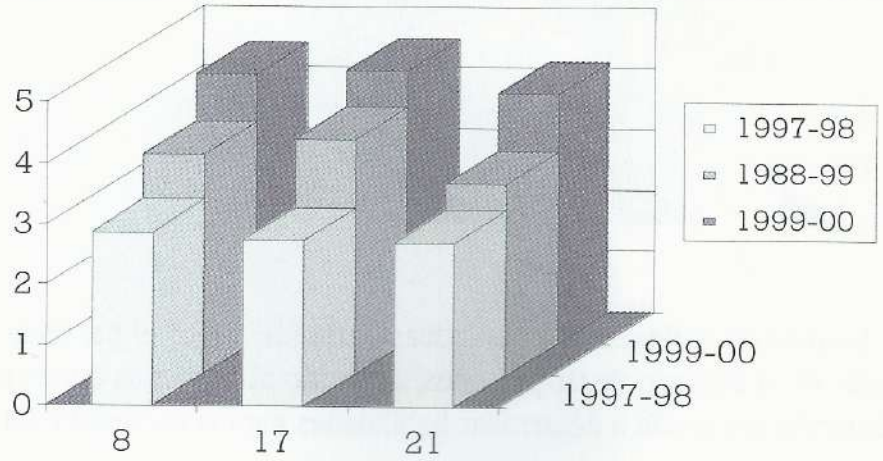
Los ítems 5, 6 y 20, se introducen como ítems negativos, es decir, estarán más de acuerdo los alumnos que den menor nota en la escala, lo que permitirá comprobar las respuestas de los anteriores ítems, sin embargo hay una discrepancia en la percepción de los alumnos en los ítems 6 y 20, que nos hace reflexionar sobre la necesidad de buscar las causas de esta situación *(Gráfico 4)*.

Gráfico 4: Profesionales. Comparten los objetivos. Items negativos



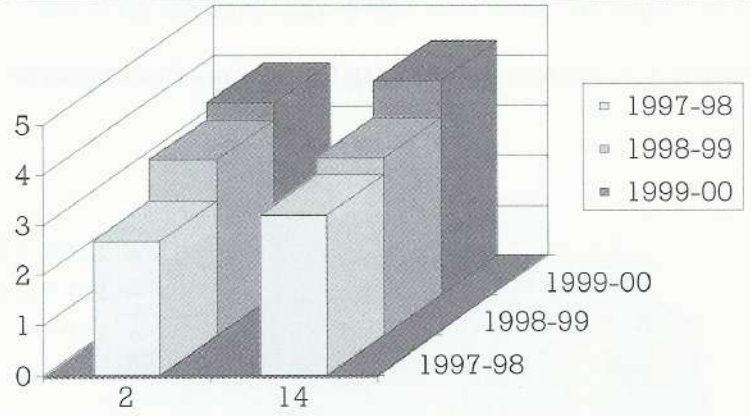
4. Con respecto a los *profesores asociados si ayudan a cumplir los objetivos* se detecta con mucha claridad que los alumnos del tercer grupo (99-00) perciben mayor ayuda para la comunicación con los pacientes y les facilitan a su vez la resolución de los problemas que se les plantea en la valoración donde utilizaron el nuevo registro, en comparación a lo manifestado por los anteriores grupos que no utilizaron dicho registro en las prácticas clínicas; así como, se evidencia un aumento significativo en la percepción de los alumnos del tercer grupo sobre el nexo que establece el profesor asociado clínico entre la teoría y la práctica *(Gráfico 5)* e

Gráfico 5: Profesores asociados. Ayudan a cumplir los objetivos



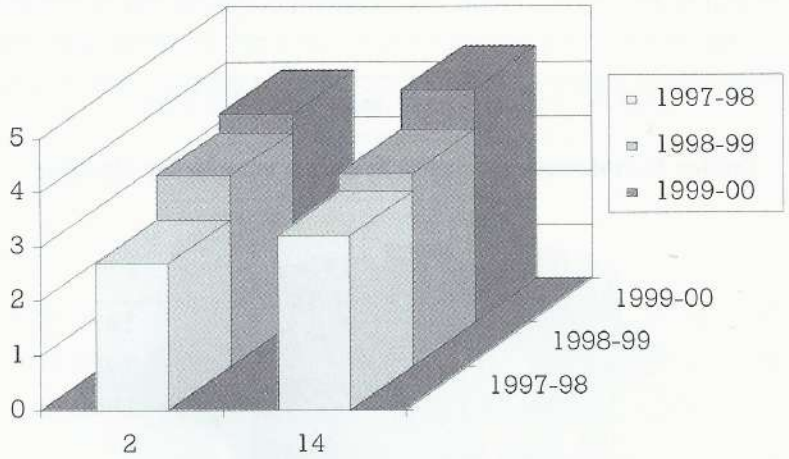
igualmente perciben mucho mejor el grado en que esos objetivos son compartidos por los profesores asociados clínicos *(Gráfico 6)*.

Gráfico 6: Profesores asociados. Comparten los objetivos



5. Si analizamos los datos del siguiente gráfico, *referido a si los alumnos comparten los objetivos,* comprobamos que en el tercer grupo se observa un aumento considerable en los ítems 12 y 19 donde identifican claramente que el proceso enfermero está incorporado en los objetivos de las prácticas desde un modelo enfermero lo que confirma que los alumnos entienden y comparten dichos objetivos *(Gráfico 7)*.

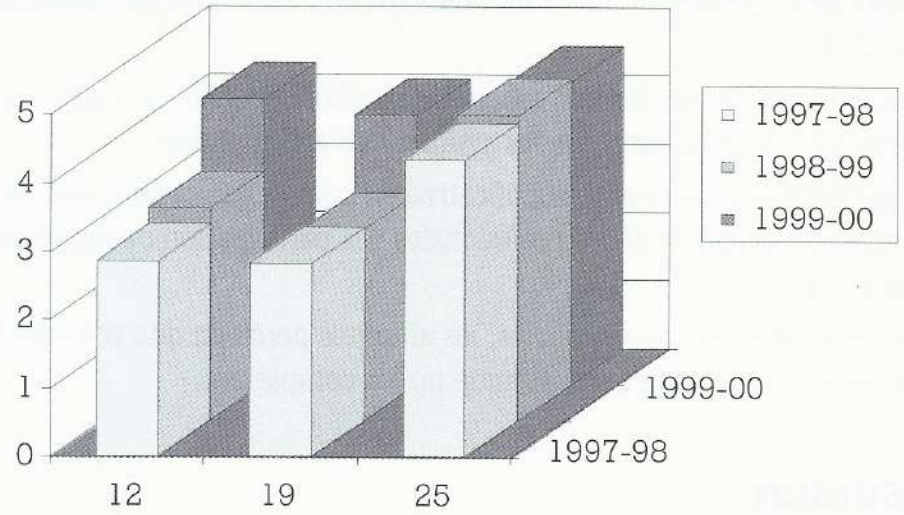
Gráfico 7: Alumnos. Comparten objetivos



El alumno al finalizar las prácticas entiende mejor el papel de las enfermeras en el cuidado de las personas, así como observamos que el registro de valoración les ayuda a desarrollar habilidades para la entrevista del paciente.

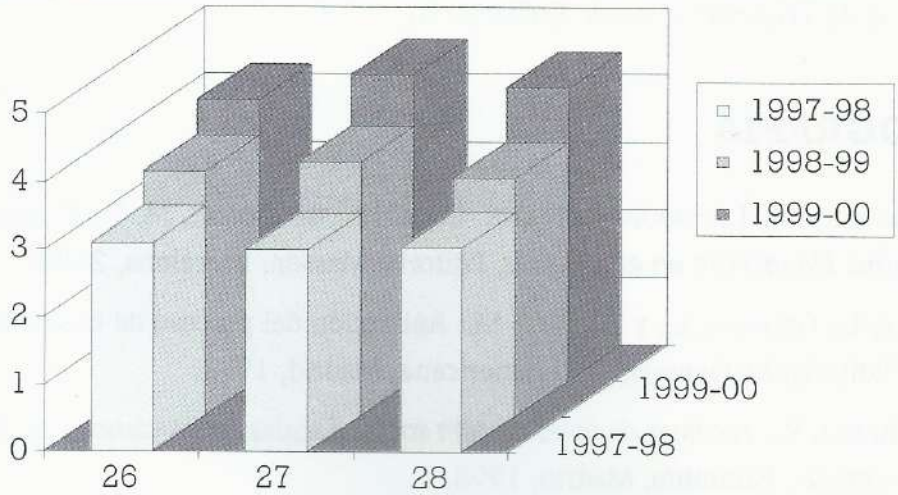
Apreciándose como el nuevo registro les ayuda en el cumplimiento de estos objetivos *(Gráfico 8)*.

Gráfico 8: Alumnos. Ayuda para cumplir objetivos



6. Por último respecto a las respuestas de las tres últimas cuestiones de ámbito general, podemos constatar, que en los tres grupos de alumnos, la visión general que tienen de la colaboración de los profesionales, de la ayuda de los profesores asociados y de su propia satisfacción con las prácticas es, claramente mejorada en comparación con los dos grupos anteriores, observándose un aumento cuantitativo, llegando a rozar el valor máximo de 5 *(Gráfico 9)*.

Gráfico 9: Alumnos. Visión general



CONCLUSIONES

Parece claro que el grupo 3 correspondiente al año 99-00, comparado con los dos grupos de los cursos anteriores:

— Conocen y comparten mejor los objetivos de las prácticas clínicas que los grupos anteriores.

— Perciben que los profesores asociados clínicos, no sólo comparten y conocen mejor los objetivos, sino que les ayudan más a cumplirlos.

— Y, se constata un aumento significativo en cuanto a la satisfacción de sus prácticas, la colaboración de los profesionales y la participación de los profesores asociados clínicos.

— Con respecto a los profesionales, los alumnos perciben que conocen y les ayudan a cumplir los objetivos, aunque no los comparten.

EN RESUMEN

Pensamos que un impreso de valoración según el modelo de necesidades de Virginia Henderson que ha sido modificado agrupando los datos de exploración física, siguiendo las autoras que aconsejan no mezclarlo con la valoración de necesidades y estructurado siguiendo el proceso de cuidados:

— Ha ayudado a los alumnos a percibir el modelo y el proceso como elementos facilitadores para adquirir un conocimiento teórico como soporte de su prácticas clínicas.

— Ha mejorado considerablemente la percepción de acercamiento de los profesores asociados clínicos y de los profesionales

— Ha mejorado considerablemente la satisfacción del alumno en las prácticas clínicas de «Fundamentos de Enfermería».

BIBLIOGRAFÍA

LUIS RODRIGO, M. T.; FERNÁNDEZ FERRÍN, C., y NAVARRO GÓMEZ, M. V.: *El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI,* Editorial Masson, Barcelona, 2000.

RIOPELLE, L.; GRONDIN, L., y PHANEUF, M.: Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje, Editorial McGraw-Hill-Interamericana, Madrid, 1993.

SIERRA BRAVO, R.: *Técnicas de investigación social. Escalas en las ciencias sociales. Escalas de actitudes,* Paraninfo, Madrid, 1998.

Impresos de valoración según el Modelo de Necesidades de Virginia Henderson.

Impresos de realización del proceso de cuidados.

Impresos de seguimiento de objetivos, estructurado siguiendo el proceso enfermero: «Actividades de valoración pormenorizados», «Análisis de datos según el modelo implantado», «Detección de problemas de autonomía» y «Actividades de suplencia pormenorizadas».

Papel de la Enfermería en la formación de auxiliares de Enfermería

Marco Antonio Ramos Delgado(*) y Francisco M. Moral Moreno

(*) Centro de Estudios Profesionales CEAL
Alcalá de Guadaira (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

Para que los profesionales de enfermería puedan desarrollar su trabajo adecuadamente, debemos partir de la base de que el equipo de enfermería, al completo, conoce perfectamente, el campo teórico propio de la profesión. Por ello, podemos deducir, que tanto diplomados de enfermería como auxiliares de enfermería, deben recibir formación enfermera.

Indagando en la bibliografía referente a la formación de las auxiliares de enfermería, encontramos una publicación americana del año 1967, en la que expone claramente la necesidad de que las auxiliares sean formadas por enfermer@s. Concretamente el texto al que nos referimos se titula: *MANUAL PARA LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA,* escrito por *Mary C. Abdallah* y publicado en 1967 por la Editorial Interamericana. En este texto expone lo siguiente:

«La Enfermería tiene tres grandes fines: ayudar en el diagnóstico, encargarse del tratamiento específico y proporcionar atención general al enfermo. La atención inmediata al paciente está íntimamente ligada con la enseñanza teórica y práctica, para proporcionar una comprensión clara de los principios básicos de los procedimientos; preparar a la estudiante para enfrentarse con los problemas del trabajo hospitalario; comprobar las aptitudes de las estudiantes con fines de valoración, y relacionarlas

con las técnicas de enfermería (...) asegurando, asimismo, el máximo de rapidez y eficiencia.»

Del texto se desprende la necesidad de que la formación de las auxiliares de enfermería se lleve a cabo por profesionales de la enfermería. Existen otros textos en los que se exponen esta misma idea, pero con posterioridad, como por ejemplo: *MANUAL PARA LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA,* escrito por *Mary E. Mayes* y publicado igualmente por la Editorial Interamericana en el año 1972.

El objetivo del presente trabajo consiste en realizar una mirada retrospectiva para conocer como se ha llevado a cabo la formación de las auxiliares de enfermería (enfocado en la provincia de Sevilla). Pretenderemos conocer el nivel de formación de éstas, teniendo en cuenta quién ha sido su formador/a principal en las asignaturas referentes a la enfermería.

MÉTODO

Hemos realizado una entrevista cerrada a 45 auxiliares de enfermería que trabajan en centros (tanto públicos como privados) de la provincia de Sevilla.

Se ha elegido una muestra aleatoria.

El cuestionario que se les ha pasado es el siguiente:

RESULTADOS

De todos los cuestionarios recibidos, hemos obtenido información acerca de seis centros de formación. De ellos, podemos destacar que cuatro son de carácter público y los dos restantes privados.

En cuatro de estos centros el formador principal era médico. En el quinto caso la responsabilidad de la formación estaba compartida entre un médico y un farmacéutico. En el sexto caso la formación de las auxiliares de enfermería recae en un diplomado de enfermería.

En los cinco primeros casos:

- 73% (25/34) definen a una persona sana bajo la perspectiva de la OMS.
- 53% (18/34) basan su trabajo en la ayuda a cubrir las necesidades vitales.
- 56% (19/34) afirman que recibieron formación teórica acerca del trabajo en equipo.

En el sexto caso (formación enfermera):

- 82% (9/11) definen a una persona sana bajo la perspectiva de la OMS.
- 73% (8/11) basan su trabajo en la ayuda a cubrir las necesidades vitales.
- 91% (10/11) afirman que recibieron formación teórica acerca del trabajo en equipo.

Otro dato de interés que se desprende es que el 100% de las auxiliares entrevistadas, independientemente del tiempo que hace que terminaron sus estudios, afirman que el trabajo ha cambiado la formación que recibieron. Este dato puede ser relevante para la realización de otro trabajo en este sentido.

CONCLUSIÓN

Para que el campo teórico de la enfermería sea útil debemos comenzar desde la base. Formar a las auxiliares de enfermería con la materia teórica de enfermería facilitaría el trabajo de todo el equipo pudiéndose desarrollar con mayor facilidad el proceso de atención de enfermería. Por todo esto, proponemos:

- El diplomado de enfermería debe asumir la formación de las auxiliares de enfermería.
- La formación de estas auxiliares debe ir encaminada a la visión integral del paciente, desde un punto de vista enfermero y no desde el punto de vista de la medicina o la farmacia.
- Concienciación, de igual forma, de los centros de formación en la necesidad de que la enfermería asuma este importante papel.

ENCUESTA

¿Cuál ha sido tu Centro de Formación?

¿Cuál era la titulación del formador/a que impartió las clases de las asignaturas de tecnología y prácticas?

¿Cómo definirías a una persona sana?

a) Persona que no sufre enfermedades.

b) Persona con un bienestar físico, psicológico y social completo.

c) Persona con bienestar físico y sin enfermedades.

Cuando atiendes a una persona, ¿en qué te basas para realizar tu trabajo?

a) Llevo a cabo las actividades que están prescritas.

b) Realizo las actividades para ayudar a la persona a cubrir sus necesidades vitales.

c) Cumplo las órdenes que han redactado otros profesionales.

¿Cuánto tiempo hace que terminaste tus estudios de auxiliar de enfermería?

a) Menos de tres años.

b) Entre tres y seis años.

c) Más de seis años.

¿Piensas que el trabajo ha cambiado la formación que recibiste?

a) Sí.

b) No.

c) NS/NC.

¿Recibiste formación teórica acerca del trabajo en equipo?

a) Sí.

b) No.

c) NS/NC.

BIBLIOGRAFÍA

Manual para la auxiliar de enfermería. Autor: MARY C. ABDALLAH. Editorial Interamericana 1967.

Manual para la auxiliar de enfermería. Autor: MARY E. MAYES. Editorial Interamericana 1972 (2.ª edición).

Manual de la auxiliar sanitaria. Autor: P. Oseñat. Editorial Toray-Masson, 1971.

Programa de implantación del proceso enfermero en un hospital

Cristóbal Corral Leal(*), Manuel Jiménez Ruiz(*),
M.ª Victoria Requena Toro(*) e Isabel M.ª Ávila Rodríguez(*)

(*) Unidad de Garantía de Calidad, Formación Continuada e Investigación.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

PALABRAS CLAVE

FORMACIÓN.

PROCESO ENFERMERO.

ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Parece quedar fuera de toda duda la adopción del Proceso Enfermero (PE) como modelo de trabajo por las enfermeras en ámbitos docentes. Sin embargo, al plantear el desarrollo práctico se detectan problemas para su implantación, bien como proceso completo, bien como proceso parcial a través de algunas de sus fases. En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga (HUVV), se ha seguido una estrategia de planificación *ad hoc,* delimitada en el tiempo y en función de los acontecimientos, por parte de la Dirección de Enfermería y a través del Bloque de Formación Continuada. En diciembre de 1996 la Dirección decide iniciar la implantación paulatina del PE como herramienta de trabajo en las unidades asistenciales del HUVV. Desde entonces se han producido una serie de acontecimientos que hacen necesario

llevar a cabo un análisis retrospectivo de lo acontecido mediante un punto de corte en enero de 2001.

OBJETIVOS

1. Conocer y transmitir y al eficacia de la estrategia y procedimientos seguidos para la implantación del PE en el HUVV.
2. Comprender y analizar los efectos generales obtenidos con el programa, tanto buscados o no intencionadamente.
3. Analizar y explicar la producción de las fases del programa de implantación seguidos hasta la fecha.
4. Analizar los resultados que puedan orientar hacia la continuidad del programa y evaluar la posible tendencia, como elemento decisorio previo al inicio de una nueva fase crítica.

MÉTODO

Se ha seguido un procedimiento de evaluación retrospectivo de procesos y resultados (enfoque sin meta), desde diciembre de 1996 a enero de 2001.

RESULTADOS

Del análisis de procesos

En esquema, las fases detectadas han sido:

1. Fase inicial de desarrollo y actualización de soportes documentales e instrumentos, previa a la implantación.
2. Fase de información y formación.
3. Fase de convergencia de las enfermeras bases con el programa institucional de la Dirección.
4. Fase de aglutinación y activación real de la implantación del PE en las unidades asistenciales.
5. Fase de consolidación del PE y desarrollo de la infraestructura de apoyo al mismo. En estas fases se han identificado, a su vez, una serie de procesos y subprocesos que han sido determinantes para llegar al punto donde se encuentra

el programa de implantación, donde los datos arrojan resultados positivos, que emplazan a seguir en la misma linea y afrontar nuevas fases ya programadas.

Del análisis de resultados

Se han valorado las actividades generadas: los planes de formación, el trabajo y la implicación del personal (Comisiones Técnicas de Enfermería) y grado de implantación del PE en las unidades asistenciales. En líneas generales se destacan la evolución favorable de los cursos y sesiones enfermeras que han sustentado la formación, la participación activa de los profesionales en el desarrollo del trabajo de implantación y el respeto a la idiosincrasia particular de cada servicio, permitiendo que se ajusten a sus propios ritmos, resultando la diversidad de situaciones en que cada unidad se encuentra actualmente.

CONCLUSIÓN

El balance y el análisis de los datos llevan a considerar factible la implantación del PE en el HUVV, respetando la idiosincrasia de cada unidad, permitiendo el ajuste y acomodación de los profesionales y reconociendo este proceso como complejo y laborioso, que precisa de una coordinación especifica, así como del trabajo activo que los propios profesionales son capaces de desarrollar. También se consideran como adecuadas las condiciones para persistir e iniciar la fase siguiente, de generalización. Es de destacar la política seguida hasta el momento, contraria a la imposición, mucho más lenta, pero de mayor impacto ideológico y con asentamiento más firme. Desde el bloque de Formación Continuada se interviene sobre todo como un vehículo de apoyo, coordinando y promocionando la evolución del programa, a la vez que se cuenta con el propio personal asistencial base para desarrollarlo. Ellos inician la puesta en marcha del PE. imprimiendo el ritmo de implantación y estableciendo sus propias necesidades de evolución.

Estudiantes de Enfermería: Motivaciones, actitudes y expectativas

Milagros Gil Heredia(*), Ramón Camaño Puig(**) y Amparo Benavent Garcés(**)

(*) Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería.
(**) Profesores Titulares de la Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Valencia

RESUMEN

A través del análisis de los aspectos formales que caracterizan a la profesión de enfermera y de su papel en el sistema sanitario, hemos elaborado un trabajo donde se pretende evaluar durante el transcurso del aprendizaje-instruccional del alumno de enfermería, varios componentes relacionados con la práctica habitual y proceso de socialización al que son sometidos. Pretendemos con este trabajo dar respuesta a interrogantes interrelacionados acerca del tipo de actitudes/sentimientos que tiene el alumno de enfermería que finaliza su proceso de socialización educativo.

Para llevar a cabo el estudio, hemos confeccionado un cuestionario cuyos enunciados o items se recogen en cuatro escalas:

— Motivos para cursar esta diplomatura de enfermería.

— Actividades y conductas relacionadas con la práctica clínica e interacción con el paciente.

— Expectativas y temores que persisten en el último año de carrera.

Con las respuestas proporcionadas por los alumnos asistentes a módulos relacionados con los aspectos psico-sociales de la atención a los pacientes, se obtuvo una mues-

tra de 186 cuestionarios. Inicialmente, se partió de un autoinforme (con preguntas abiertas), del cual se obtuvieron los items para la confección del cuestionario. El autoinforme se pasó a los alumnos de forma secuenciada en los dos primeros cursos de formación y por último se les pasó el cuestionario.

Los resultados obtenidos del estudio, nos conducirán a delinear experiencias educativas específicas en el diseño curricular, acordes con las expectativas, motivaciones y actitudes, especialmente en este último caso aquellas que tienen que ver con miedos y déficits formativos detectados por los propios alumnos. Asimismo, la información obtenida y las correspondientes actividades elaboradas, podrían evitar el posible abandono o fracaso escolar.

Modalidad: Comunicaciones.

Medios técnicos: Retroproyector y/o cañón con Powerpoint.

INTRODUCCIÓN

Un hecho habitual e incluso manifiesto, es que los estudiantes sólo son evaluados a nivel académico. Aunque los distintos proyectos formativos docentes, tengan como premisa válida junto a la formación académica, el desarrollo y/o modificación de las actitudes y cogniciones previas (concepción ingenua) de los sujetos en formación en base a los parámetros organizativos propios del ámbito de actuación al que con posterioridad pertenecerán; sin embargo no se objetiviza ni analiza a lo largo del período de socialización profesional del estudiante este objetivo formativo delineado.

Esta falta de análisis de aspectos tan importantes como los citados —que de hecho han sido contemplados— supone una pérdida sustancial de conocimiento a nivel académico sobre las variables existentes al inicio del proceso educativo, a lo largo de su transición y en la etapa de finalización del fenómeno de entrenamiento laboral para la ocupación de un puesto de trabajo.

Los estudiantes habitualmente, sólo son evaluados a nivel académico, pero el objetivo de la formación, tal y como viene desarrollado en los distintos proyectos formativos y docentes, no sólo incluye la formación académica, sino que, a la vez, se plantean aspectos relacionados con los hábitos y actitudes, los cuales se pretenden desarrollar y/o modificar con la formación. Este aspecto, que se incluye como una parte importante en todos los documentos anteriormente enunciados, no se analiza ni objetiviza a lo largo del período de socialización profesional. Esto significa una pérdida importante, ya que, olvidándose de estos aspectos, se condiciona el proceso de transición desde el sistema educativo al puesto de trabajo y la preparación y el entrenamiento laboral que, desde nuestro punto de vista, debe responder no sólo a las necesidades del desempeño

de rol profesional establecido en el momento actual, sino también a expectativas profesionales futuras.

Ya que los diseños curriculares en su mayoría pueden en cierta medida estar incluyendo las actitudes y cogniciones —muchas veces a nivel nominal— se hace necesario el estudio de estos aspectos desde una perspectiva concreta (de ahí la propuesta de nuestro estudio) para una mejor comprensión de los fenómenos de la socialización profesional de los estudiantes de enfermería, permitiendo en caso de que no se desarrollen las actitudes y cogniciones relacionadas con los roles esperados de forma satisfactoria, la introducción de estrategias que minimicen su ausencia.

El proceso de socialización de enfermería se desarrolla al igual que en otras formaciones académicas. Respecto de este concepto encontramos cierto nivel de divergencia respecto a su denominación, Feij (1987), lo denomina «integración social», aunque lo define de manera similar a Cohen (1988: 22), que se decanta por «socialización profesional», al que conceptualiza «como un complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento la capacidad y el sentimiento de identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión». Nosotros nos decantamos por esta última acepción.

La socialización en enfermería se produce a lo largo de un período de aprendizaje de conductas, conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, normas y valores que se desarrollan en un proceso de aprendizaje teórico y práctico en el contexto de las instituciones sanitarias. Durante este proceso los estudiantes están sometidos a la comunicación de expectativas producto de las diversas interacciones propias de su formación: profesores de las diversas áreas de su recorrido curricular y, profesionales de la salud. Este hecho irá configurando su actitud, la cual incidirá en las respuestas que posteriormente ofrecerá en situaciones de búsqueda de empleo y desempeño del rol profesional.

OBJETIVOS

Con la realización de este trabajo hemos pretendido analizar las actitudes y cogniciones de los estudiantes enfermería en su proceso formativo, para lo cual hemos creado un instrumento, que nos permita la evaluación de:

— Todos aquellos aspectos de los acontecimientos que producen incomodidad emocional e intelectual en el estudiante de enfermería al llegar al final de su proceso de socialización formativa.

— Los aspectos que han provocado que el estudiante de enfermería haya conseguido un proceso introspectivo efectivo de rol en el transcurso de su socialización profesional.

— El proceso de socialización en términos de gratificación, relacionándolo con el grado de calificación obtenido en cada una de las sub-escalas que contiene le inventario de *Burn-Out.*

— Las condiciones de riesgo de stress en el estudiante y predecir situaciones de balance deficitario en términos de satisfacción y/o posible abandono profesional.

La descripción del diseño del instrumento utilizado para analizar las actitudes y cogniciones de los estudiantes enfermería en su proceso formativo, va a ser el contenido de nuestra presentación, dado que, aunque nos encontramos en proceso de análisis estadístico, no disponemos en la actualidad de datos finales, pero procederemos a aportar algunas de nuestras percepciones preliminares.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el estudio, hemos confeccionado un cuestionario que denominaremos de Motivaciones, aCtitudes y Expectativas de los Futuros Enfermeros (MOCEFE) cuyos enunciados o items se recogen en cuatro categorías:

a) Motivos para cursar esta diplomatura de enfermería.

b) Actividades y conductas relacionadas con la práctica clínica e interacción con el paciente.

c) Temores que persisten en el último año de carrera.

d) Y expectativas que pueden permanecer en el momento de socialización profesional en el que se encuentra el alumno.

Con las respuestas proporcionadas por los alumnos asistentes a módulos relacionados con los aspectos psico-sociales de la atención a los pacientes, durante dos promociones académicas consecutivas, se obtuvo una muestra de 186 cuestionarios.

Se comenzó por pedir a los alumnos de la primera promoción estudiada un autoinforme a completar en el transcurso de sus dos primeros años de carrera. Por tanto, se recogieron dos auto-informes sucesivos, cada uno en un año académico sucesivo y distinto. El mismo proceso se siguió de igual forma en la promoción siguiente, con lo que se obtuvieron cuatro autoinfomes finalmente. Las propias respuestas emitidas por los alumnos en los auto-informes previos al cuestionario formulado, nos condujeron a pensar que existían ciertos condicionantes intrínsecos no sólo a la hora de elegir esta profesión, sino también como factores y /o determinantes que podrían estar afectando directamente la satisfacción y percepción de rol profesional del alumno.

En el primer auto-informe, se formularon las siguientes preguntas:

—¿Por qué has elegido estudiar enfermería?

—¿Qué papel (conductas, actividades) consideras que debe llevar a cabo una enfermera/o en su práctica profesional al lado del paciente?

—Expresa los temores y esperanzas que tienes como alumno que comienza la carrera.

En esta última, se abrieron dos columnas, para que especificaran tantos temores o esperanzas como quisiera el alumno.

En el segundo año, se pasaron las mismas preguntas, pero se añadió al texto de la última pregunta enunciada anteriormente, un párrafo en donde se hacia consciente al alumno de que ya había iniciado su socialización profesional con el siguiente texto: «Expresa los temores y esperanzas que tienes como alumno/a en este momento de socialización profesional en el que te encuentras.» Todos los aspectos relacionados con la socialización profesional, habían sido desarrollados previamente en los contenidos teóricos del programa docente, aunque se reflejaron algunos aspectos de forma sucinta en la hoja a modo de recordatorio.

Las cuatro categorías que conforman el cuestionario y que han sido mencionadas anteriormente, son idénticas para ambas promociones académicas sometidas a estudio, siendo su única variación una mayor formulación de items o enunciados, producto de una cantidad mayor de descripciones en las preguntas abiertas aportadas por los alumnos de la segunda promoción estudiada.

A continuación se realiza la descripción global del contenido del cuestionario «MOCEFE» y de las categorías finalmente incorporadas:

— En cuanto a la categoría en la que se formulan los elementos relacionados con los «motivos para cursar los estudios de enfermería» que denominaremos categoría A: se trata de evaluar la atracción del sujeto hacia el propio desempeño de rol; la motivación de logro por llegar a constituir parte de una profesión de la que se tiene la convicción de poseer las aptitudes para llevarla a cabo; así como la opinión sobre que la labor cotidiana conlleva la obligación de aprender, unido al probable beneficio que resulta del trato con otro ser humano *versus* todo lo contrario.

— En la categoría donde se relacionan las actividades y conductas que conlleva la propia práctica profesional en la interacción con el paciente (categoría B), se evalúa tanto la percepción que tiene el alumno respecto a las actividades técnico-clínicas que debe realizar, como la función de soporte y apoyo que debe transmitir al usuario en su desempeño diario y que son producto de los acontecimientos que van ligados al propio contexto.

— Respecto a los temores que pueden permanecer en el momento de la finalización de sus estudios que denominaremos categoría C: los elementos que la contienen ofrecen la percepción del alumno sobre la asimilación y asunción de responsabilidades a la hora de ejercer la práctica profesional en todas sus vertientes. Todo esto incluyendo el estado emocional producto de la práctica profesional en el momento de su socialización; las habilidades sociales de interacción tanto a nivel del grupo profesional de referencia como las relacionadas con la situación de interacción con el paciente. De otro modo, se constata la seguridad en el rendimiento académico final, así como la continuidad del objetivo trazado con anterioridad, que es el ejercicio continuado de la profesión.

— Por último, los enunciados que se incluyen en la categoría sobre las expectativas que persisten en el momento de pasar el cuestionario (categoría D), hacen referencia a toda una amalgama de esperanzas relacionadas con la necesidad de alcanzar metas que posiblemente se hayan trazado con anterioridad. Estas metas van desde el afán de haber realizado la mejor elección profesional en un momento dado, hasta un nivel de logro personal aceptable, completamente intrínseco a tal decisión.

A su vez, las categorías, contienen una serie de elementos o items. Al considerar los items incluidos en cada una de las categorías estipuladas por separado, estos podrían ofrecer información importante a nivel estadístico, pero no exhaustiva y especifica sobre las conductas, actitudes y cogniciones mantenidas durante el proceso de socialización de nuestros estudiantes; vimos por tanto la necesidad y conveniencia de establecer «escalas» dentro de las categorías ya constituidas.

Dichas escalas son:

— Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional.

— Escala 2: Condicionante motivador.

— Escala 3: Condicionante social/humano.

— Escala 4: Condicionante de gratificación.

— Escala 5: Condicionante socio/familiar.

Ante cada uno de los items o elementos, se propuso una escala de Likert que oscila de cero, o «Absolutamente disconforme» a seis o, «Absolutamente conforme»: quedando la composición de las escalas en las distintas categorías, así como la formulación de las mismas en virtud de los elementos que contienen (ver tablas adjuntas) tal como se puede apreciar a continuación.

Curso académico (A). Primera promoción

MOTIVOS/Categoría A (22 ítems)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 1, 7, 8, 12, 16, 17, 20).

- La elección se ve favorecida por ser una carrera corta, unido a la estimación de un porvenir laboral favorable, expectativas gratificantes a nivel personal *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su puntuación oscila de 0-42.)

Escala 2: Condicionante motivador (ítems: 2, 6, 10, 19, 21).

- Preferencia por considerar que existe dinamismo en su ejercicio, atracción en el desempeño, percepción inicial de aplicabilidad de los conocimientos adquiridos *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-30).

Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 3, 9, 13).

- Percepción muy especifica relacionada con el apoyo y calidad humana que requieren los cuidados *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0- 18.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (ítems: 4, 11, 14, 15, 18, 22).

- Metas y objetivos estimados en un momento dado que de no conseguirlos en cierto grado, podrían crear frustración y/o conflicto. Cabría la posibilidad de una falta extrema de metas, que redundaria en una valoración inicial negativa de la función de rol y por tanto una constante insatisfacción. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)

Escala 5: Condicionante socio/familiar (ítem: 5).

- Toma de contacto con la profesión, inducida por otros *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (B). Segunda promoción

MOTIVOS/Categoría B (27 ítems)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 1, 7, 8, 12, 16, 17, 20).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su puntuación oscila de 0-42.)

Escala 2: Condicionante motivador (ítems sumados a la promoción anterior: 23, 27).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-42.)

Escala 3: Condicionante social/humano (ítems sumados a la promoción anterior: 24, 25, 26).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (ítems: 4, 11, 14, 15, 18, 22).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)

Escala 5: Condicionante socio/familiar (ítem: 5).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción

Actividades y conductas (Categoría B) (22 ítems)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems: 3, 4, 6*, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22).

- Creencia en un desempeño de rol profesional muy específico de enfermería, con una marcada actividad de funciones propias que deriven en la satisfacción del usuario, deseo de una valoración positiva no relacionada con el grupo de pertenencia *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)
- * Percepción de una actividad meramente clínica (ítem: 6). (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21).

- Optimismo respecto a la posibilidad de ofrecer ayuda/apoyo al paciente, percepción de que la propia actividad va más lejos que el mero cuidado físico, creencia favorable respecto al posible efecto beneficioso que puede producir en el paciente una comunicación efectiva por parte del profesional de enfermería *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-66.)

Curso académico (B). Segunda promoción

Actividades y conductas (Categoría B) (28 ítems)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (ítems sumados a la promoción anterior: 25, 26, 28).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)
- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Escala 3: Condicionante social/humano (ítems sumados a la promoción anterior: 23, 24).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-78.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (ítem: 27).

- Exigencia de una dinámica laboral activa que por los acontecimientos vividos sea por sí misma gratificante *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción

ACTIVIDADES Y CONDUCTAS
(Categoría B) (22 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: 3, 4, 6*, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22).

- Creencia en un desempeño de rol profesional muy específico de enfermería, con una marcada actividad de funciones propias que deriven en la satisfacción del usuario, deseo de una valoración positiva no relacionada con el grupo de pertenencia *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)
- * Percepción de una actividad meramente clínica (item: 6). (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Escala 3: Condicionante social/humano (items: 1, 2, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21).

- Optimismo respecto a la posibilidad de ofrecer ayuda/apoyo al paciente, percepción de que la propia actividad va más lejos que el mero cuidado físico, creencia favorable respecto al posible efecto beneficioso que puede producir en el paciente una comunicación efectiva por parte del profesional de enfermería *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-66.)

Curso académico (B). Segunda promoción

ACTIVIDADES Y CONDUCTAS
(Categoría B) (28 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items sumados a la promoción anterior: 25, 26, 28).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)
- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Escala 3: Condicionante social/humano (items sumados a la promoción anterior: 23, 24).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-78.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (item: 27).

- Exigencia de una dinámica laboral activa que por los acontecimientos vividos sea por sí misma gratificante *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Curso académico (A). Primera promoción

TEMORES
(Categoría C) (30 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 19, 23*, 25, 30).

- Manifestación abierta a nivel personal sobre el estado emocional y situacional negativo, pesimismo respecto a la buena disposición al menos momentánea para desempeñar el rol versus todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-84.)
- * Conflicto ante una sumisión forzada *versus* todo lo contrario (item 23). (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6.)

Escala 2: Condicionante motivador (items: 6, 8, 18, 27).

- Dificultad respecto al logro de un ejercicio profesional favorable, pérdida de objetivos considerados primordiales con anterioridad versus todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)

Escala 3: Condicionante social/humano (items: 7, 11, 14, 16, 21, 26, 28, 29).

- Comparación personal negativa respecto al grupo de pertenencia, conflicto o rechazo por la elección personal realizada, creencia en la falta de habilidad social para satisfacer las necesidades psicosociales del paciente *versus* todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-48.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (items: 20, 22, 24).

- Estimación negativa relativa al logro proyectado con anterioridad *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-18.)

Curso académico (B). Segunda promoción

TEMORES
(Categoría C) (35 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items sumados a la promoción anterior: 31, 34, 35).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-102).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-6).

Escala 2: Condicionante motivador (items: 6, 8, 18, 27).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)

Escala 3: Condicionante social/humano (items sumados a la promoción anterior: 32, 33).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (items: 20, 22, 24).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-18.)

Curso académico (A). Primera promoción

EXPECTATIVAS
(Categoría D) (35 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: 1, 6, 8, 12, 13, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33).

- Afán de superación personal y de supuestas trabas anteriores, preferencia por un contexto de trabajo determinado; creación, disposición y motivación en todo lo concerniente al rol profesional versus todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada ítem oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-90.)

Escala 2: Condicionante motivador (ítems: 4, 5, 7, 9, 10, 15, 20, 21, 22, 31).

- Actitud positiva hacia lo vivido y realizado en el transcurso del proceso de socialización, auto-confianza con proyecciones personales gratificantes basadas en ésta, actitud emprendedora *versus* todo lo contrario (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)

Escala 3: Condicionante social/humano (ítems: 2, 3, 11, 16, 17, 28).

- Disposición al trato con los demás con la esperanza de que este sea fructífero, creencia en un enriquecimiento personal que sea producto de la interacción humana *versus* todo lo contrario. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (items: 14, 30, 34, 35).

- Interés y optimismo por la plena integración en el grupo profesional, elección profesional acertada, sentimientos de eficacia personal en el desempeño profesional. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)

Curso académico (B). Segunda promoción

EXPECTATIVAS
(Categoría D) (35 items)

Escala 1: Condicionante laboral, de ejercicio o situacional (items: (1, 6, 8, 12, 13, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 32, 33).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-90.)

Escala 2: Condicionante motivador (items: 4, 5, 7, 9, 10, 15, 20, 21, 22, 31).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-60.)

Escala 3: Condicionate social/humano (items: 2, 3, 11, 16, 17, 28).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-36.)

Escala 4: Condicionante de gratificación (items: 14, 30, 34, 35).

- Igual significado. (Intervalo de puntuación de cada item oscila de 0-6 y su sumatorio puede oscilar de 0-24.)

CONCLUSIÓN

Tal como se ha comentado con anterioridad, no es posible aportar los resultados definitivos del análisis de los cuestionarios. Pero podemos anticipar determinadas conclusiones preliminares, las cuales nos indican que el cuestionario se comporta adecuadamente en términos de fiabilidad y practicabilidad, permitiéndonos aproximaciones al fenómeno en estudio que permite analizar las fuentes de incomodidad emocional e intelectual en el estudiante de enfermería al llegar al final de su proceso de socialización formativa.

Permite, asimismo, analizar los aspectos que han provocado que el estudiante de enfermería haya conseguido un proceso introspectivo efectivo de rol en el transcurso de su socialización profesional, aportando una aproximación a la gratificación obtenida y relacionando ésta con el grado de calificación obtenido en cada una de las sub-escalas que contiene el inventario de *Burn-Out.* Permite en cualquier caso analizar y predecir las condiciones de riesgo de estrés en el estudiante en situaciones de balance deficitario de satisfacción y/o posible riesgo de abandono profesional.

BIBLIOGRAFÍA

COHEN, H. (1988): *La enfermera y su identidad profesional,* Barcelona, Grijalbo.

PEIRÓ, J. M. (1987): *Socialización laboral y desempleo juvenil: la transición de la escuela la trabajo,* Valencia, Nau Llibres.

El perfil profesional del profesor universitario

José Antonio Vera Pérez(*), María Lourdes Cantero González(*), M.ª José Martínez García(**), José Luis Molino Contreras(*), Ana Moratilla Márquez(*) y José M. Montesinos Martínez(***)

(*) E.U.E. Cartagena. (**) Universidad Politécnica de Cartagena.
(***) Centro de Salud Mental de Cartagena.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Las Escuelas Universitarias de Enfermería, consideradas como instrumento estratégico de innovación y de desarrollo productivo y social (1), tienen un reto importante en la formación de su profesorado. Las conclusiones del IX Congreso de Formación del Profesorado (1999): Formación y evaluación del profesorado universitario, advierten de «una deficiencia en la formación psicopedagógica del profesorado universitario que le capacite para su labor profesional».

Algunas características y competencias que debe tener un profesor (Belando Montoro, 1999) son:

1. Estabilidad emocional y seguridad en sí mismo. Autonomía.

(1) El profesorado universitario debe de contribuir a acortar la divergencia de caminos seguidos por la profesión y la disciplina, ofreciendo una imagen de rigor científico, coherencia intelectual y experiencia clínica profesional. Sobre la formación de los/as enfermeros/as que quieren ser profesores universitarios remitimos a RIEHL-SISCA (1992): *Modelos conceptuales de Enfermería;* LUIS MEDINA (1999): *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería* y *Metodología de la enseñanza de Enfermería*, INSALUD (1991).

2. Capacidad de adaptación a situaciones diferentes y apertura ante las distintas opiniones e ideologías. Y pensamiento creativo.
3. Participación, compromiso activo, y responsabilidad.
4. Formación pedagógica y científica suficiente en su especialidad, además de una amplia y rica cultura general.
5. Un buen conocimiento de la metodología, recursos y técnicas necesarias para el desempeño óptimo de su trabajo. Iniciativa y creatividad en la búsqueda y construcción de recursos dentro y fuera de la Universidad.
6. Capacidad de diálogo y de trabajo en equipo.

Arroyo Gordo (1983) (2) caracteriza al buen profesor como el profesional que además de los conocimientos y habilidades exigibles e inherentes a su especialización, debe saber: 1.º Incorporar e integrar sus enseñanzas al conjunto de materias que constituyan el programa de estudios de que se trate. 2.º Comunicarse con los alumnos, transmitiendo y recibiendo información con fluidez, precisión y claridad. 3.º Emplear recursos educativos, tecnológicos y metodológicos, acordes con el contexto pedagógico actual y con la materia que imparte.

Elton (1987) describe al buen profesor universitario con los adjetivos calificativos: bien organizado, bien preparado, interesado por la materia, amigable, flexible, servicial, creativo, claro, entusiasta, interesado por los estudiantes, abierto, sistemático, comprometido y entregado.

Ramsden (1992), afirma que los profesores profesionales se caracterizan por poseer un amplio repertorio de habilidades docentes específicas, no olvidan que sus metas son el aprendizaje de los estudiantes, evalúan constantemente su actuación docente, piensan que enseñar es hacer posible el aprendizaje, enseñan con entusiasmo, tienen facilidad para hacerse entender por los estudiantes, utilizan métodos que exigen al estudiante aprender activa y cooperativamente, enseñan los conceptos claves de la materia y evitan sobrecarga de trabajo.

Schön (1992) alude a la figura del profesor reflexivo y creativo *(reflexión sobre la acción y reflexión en la acción)* como un agente curricular que toma continuamente decisiones mediante las cuales reconstruye su práctica profesional.

---

(2) Convenimos con Arroyo Gordo en «para evaluar la calidad de la enseñanza que se imparte en nuestras escuelas, hay que comenzar por analizar el plan de estudios y la pertinencia de las asignaturas...» (ARROYO GORDO, 1983, p. 88).

Resumidas las opiniones de algunos autores sobre las características del buen profesor universitario (3), nos proponemos como objetivos: 1.º Conocer las cualidades que según los estudiantes, deben de tener sus profesores. 2.º Suscitar el interés y preocupación por la formación psicopedagógica del enfermero docente como profesor universitario. 3.º Tomar conciencia de la excelencia docente como mérito profesional para la carrera académica.

2. MÉTODO

Distribuimos una encuesta de cuatro preguntas entre los estudiantes matriculados durante el curso 2000/2001 en la Escuela de Enfermería de Cartagena (n= 88) (4), y un grupo de alumnos matriculados en I. T. Agrícola, I.T. Minas, Arquitectura Técnica de la Universidad Politécnica de Cartagena; Medicina y Fisioterapia de la Universidad de Murcia (n=111). En este momento seguimos realizando encuestas entre los estudiantes de las titulaciones mencionadas. El cuestionario recoge las características del profesor universitario establecidas por los autores anteriormente citados. La pregunta abierta del cuestionario solicitan respuestas expresadas con las propias palabras del en-

---

(3) Algunos criterios de calidad de enseñanza propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia en el Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo son: «Compensar las desigualdades sociales, culturales o por razón de sexo de los estudiantes. Favorecer el máximo desarrollo personal de los alumnos. Preparar para la inserción en la vida activa, para el desempeño de responsabilidades sociales y profesionales.»

Al revisar las concepciones de la docencia que tienen los profesores distinguidos por la calidad de su docencia, encontramos las siguientes características que sobre la enseñanza establecen doce profesores de la Universidad de Sydney, premiados por su calidad docente (Dunkin y Precians, 1992): El profesor se concibe como facilitador del aprendizaje (dicen qué es lo que hay que aprender, cómo se va a evaluar lo aprendido, son claros en la exposición y mantienen actualizados los temarios).

Se considera como mediador entre la asignatura y el alumno

Enfocan la docencia desde las exigencias del aprendizaje.

Son entusiastas de la asignatura y su docencia.

Se conciben como guía del aprendizaje autónomo del estudiante (despiertan el deseo de saber y aportan los recursos necesarios).

Defienden la necesidad de la autoevaluación de la docencia a partir del comportamiento de los estudiantes en las clases y los resultados en trabajos y de la heteroevaluación (opinión de los alumnos, colegas, etc.).

(4) La E.U.E. de Cartagena tiene 168 alumnos/as matriculados durante el curso académico 2000/2001.

cuestado, realizando un análisis léxico (5) de las características señaladas por los estudiantes como más importantes.

Se ha efectuado un análisis descriptivo de las respuestas observando las distribuciones de frecuencias relativas en porcentaje, así como la frecuencia relativa de la puntuación en la escala de Likert (1-5) para la segunda pregunta del cuestionario.

3. RESULTADOS

Este trabajo es parte de un estudio más amplio en proceso de realización. Por su interés consideramos pertinente su presentación a la comunidad docente.

Titulación			
	Frecuencia	Porcentaje	% acumulado
I. T. Agrícola	22	11,1	11,1
Medicina	14	7	18,1
Fisioterapia	40	20,1	38,2
Enfermería	**88**	**44,2**	**82,4**
I. T. Minas	11	5,5	87,9
Arquitectura T.	24	12,1	100
	199	100	100

Distribución por sexo		
N= 199	Frecuencia	Porcentaje
Varón	74	37,2
Mujer	125	62,8

Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Varón	22	25
Mujer	66	75

Los resultados obtenidos en la E.U.E. de Cartagena son los siguientes:

(5) El diccionario de uso del español de M. Moliner (M.M.) define CLARO como la persona que se expresa o explica las cosas, proporcionando una idea o imagen exacta y precisa. Evidente, preciso, sin confusión. Es por tanto una cualidad relacionada con la agudeza de ingenio, el entendimiento. Según el de la *R.A.E.:* inteligible, fácil de comprender. Cierto, perspicaz, agudo, ilustre. AMIGABLE: persona afable, que tiene unión o conformidad con otra cosa (R.A.E.). FLEXIBLE: Saber ceder sin renunciar (M.M.). MAESTRO es definido por M.M. como la persona de quien se ha recibido enseñanzas de mucho valor. Persona de extraordinaria sabiduría o habilidad en una ciencia o arte. Recomendamos el *Diccionario del español actual,* de MANUEL SECO.

Indique, de las características que se citan, las cinco más importantes que usted cree debe tener un profesor:

Bien organizado	73,9%	Abierto	21,6%
Interesado estudiantes	72,7%	Amigable	20,5 %
Bien preparado	70,5%	Comprometido	14,8%
Claro	64,8%	Sistemático	12,5%
Interesado materia	46,6%	Servicial, entusiasta, entregado	9,1%
Flexible	46,6%	Creativo	27,3%

Ordene según la importancia (de mayor a menor) entre las cinco condiciones que debe de tener un profesor universitario:

	Media (*)
1. Selecciona y organiza el material del curso	3,54
2. Guía a los estudiantes para el registro e integración de la información de modo que puedan recordarlo fácilmente	3,23
3. Es competente en los procedimientos y métodos	3,14
4. Mantiene la curiosidad intelectual de sus alumnos	2,95
5. Promueve el aprendizaje independiente	2,07

(*) Escala Likert.

Las tres características más importantes que un profesor universitario debe demostrar son las siguientes:

Característica	Porcentaje
Dominio de la asignatura	62,5
Estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes	62,5
Justicia en la evaluación	54,5
Métodos apropiados de enseñanza	52,3
Entusiasmo e interés por la materia y la docencia	52,3
Relación personal con los estudiantes	14,8

Los resultados obtenidos para la totalidad de titulaciones son:

Indique de las características que se citan las cinco más importantes que usted cree debe tener un profesor:

Bien organizado	76,4%	Abierto	21,6%
Bien preparado	74,9%	Amigable	16,1%
Interesado estudiantes	72,9%	Entregado	15,6%
Claro	68,.8%	Sistemático	14,1%
Interesado materia	45.2%	Comprometido	14,1%
Flexible	32,2%	Entusiasta	12,6%
Creativo	21,6%	Servicial	11,1%

Las cinco condiciones que debe tener un profesor universitario son las siguientes:

	Media (*)
1. Selecciona y organiza el material del curso	3,5
2. Guía a los estudiantes para el registro e integración de la información de modo que puedan recordarlo fácilmente	3,4
3. Es competente en los procedimientos y métodos	3,2
4. Mantiene la curiosidad intelectual de sus alumnos	2,8
5. Promueve el aprendizaje independiente	1,9

(*) Escala Likert.

Las tres características más importantes que un profesor universitario debe demostrar son las siguientes:

Característica	Porcentaje
Dominio de la asignatura	66,8
Estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes	60,3
Métodos apropiados de enseñanza	56,8
Justicia en la evaluación	53,3
Entusiasmo e interés por la materia y la docencia	48,8
Relación personal con los estudiantes	13,1

Se incluye una pregunta abierta que establezca características no reflejadas en la encuesta, destacando los siguientes términos: madurez y objetividad (5%), empatía (4%), respeto (3%), profesionalidad (3%), innovador, capacitado, honestidad, experiencia, asequible (1%).

4. CONCLUSIONES

Al analizar las respuestas dadas a través de los cuestionarios, éstas son coincidentes en marcar cuatro dimensiones básicas que definen el perfil profesional de profesor universitario:

- Dominio de la asignatura, bien preparado, con experiencia y actualizado en su campo de estudio.
- Métodos apropiados de enseñanza, claro, competente y guía para los estudiantes.
- Interesado por los estudiantes, respetuoso, estímulo para el aprendizaje y la curiosidad de los estudiantes.
- Entusiasmado por la materia y la docencia y justo en la evaluación.

Debemos escuchar y aprender de nuestros alumnos/as, evaluando constantemente nuestra actuación docente, mostrando preocupación y respeto por el estudiante, ha-

ciendo de él un aprendiz autónomo. El profesor debe analizar su contexto sociopolítico y cultural, al cual deberá responder desde su responsabilidad, poniendo en práctica un proceso que transforme la realidad y no se limite a reproducir los planteamientos del sistema (reparto de influencias, etc.). Éste es el perfil del profesor emancipador, el agente del cambio, el que tiene como objetivo formar profesionales competentes y ciudadanos libres, tolerantes y respetuosos.

5. DISCUSIÓN

El perfil descrito de cómo debe de ser un buen profesor universitario, ¿se corresponde con la demanda de la sociedad, con los intereses del mercado, con el corporativismo académico? En otra época había cierta forma de ser buen profesor: autoritario, infalible, investido de funciones casi sacerdotales, aislado. La sociedad, el mercado, la endogámica universidad española demandan un profesor culto, formado y psicológicamente apto, o un instructor útil que proporcione unos rudimentarios conocimientos que permitan al alumno obtener sin demasiado sacrificio la titulación (antes elemento de movilidad y prestigio social) para acceder al mercado, y ya completará su formación comprando algún producto (master, especialidades...), ofertado por distintas instituciones públicas y privadas que operan en el negocio de la formación postgrado (6).

Es evidente que el Curso de Aptitud Pedagógica resulta insuficiente para capacitar a los/as enfermeros/as que deseen ser profesores universitarios.

La asociación universitaria de formación del profesorado (AUFOP) propone para mejorar la situación:

— Que tanto los profesores noveles y en ejercicio puedan acceder a cursos para su preparación pedagógica.

— Enfatizar la importancia que tiene la función docente, a la que habitualmente se le concede una menor atención que a la investigación. Deben considerarse los tramos de docencia y la «excelencia docendi» como méritos que incidan en la promoción de los docentes universitarios.

— Esforzarse por adquirir una cultura grupal y de trabajo comunitario e interdepartamental, que supere la tradicional actitud individualista evidenciada en la confección y enfoque de los programas y de las clases con los alumnos.

(6) Coincidimos con Torrego en que para conseguir calidad educativa es necesario considerar los procesos enseñanza-aprendizaje, como un asunto moral «puesto que se guían por objetivos y motivaciones que no son indiferentes a valores, porque se desarrollan por medio de relaciones entre personas, porque debemos elegir continuamente entre caminos alternativos...» (TORREGO, 1999, p. 51).

— La metodología de la enseñanza y de aprendizaje debe pasar del exclusivo uso de técnicas «magistrocentristas» a otras más comunicativas, de debate y discusión donde la actividad y participación de los alumnos fomente la reflexión, la creatividad y la formación de mentalidades críticas, capaces de organizar el pensamiento.

— Que el profesor universitario convierta su propia docencia en objeto de investigación.

La evaluación de la docencia con vistas a la selección y a la promoción del profesorado es algo que debe de interesar cada vez más a las universidades españolas. En demasiadas universidades, para la selección del profesorado, prácticamente sólo se tiene en consideración la calidad investigadora, de forma que, con frecuencia, se promocionan profesores con historial docente mediocre y sin ningún interés para la docencia (7).

El profesor universitario no debe considerar la docencia como una actividad secundaria, o un estorbo para la carrera académica. Es necesario alertar de las graves consecuencias que se derivan de esta situación para la formación de los futuros profesionales.

Para saber si la enseñanza impartida en una institución es útil y pertinente es conveniente vincular la excelencia docente del profesorado universitario a la evaluación de la calidad de las instituciones y su financiación, abandonando el exclusivo criterio de número de alumnos. La actual evaluación de profesor universitario mediante encuestas cumple parcialmente sus objetivos, por confundirse con un examen del profesor y chocar con una actitud defensiva que recela de la observación y evaluación de la práctica docente, por tanto es preferible utilizar un proceso de auto evaluación contrastado con encuestas de alumnos entendidas como satisfacción del cliente.

Es posible que en un futuro las universidades españolas compitan por llevar a sus aulas a los mejores profesores y a los estudiantes más brillantes. El prestigio que, como institución docente implicada en la formación superior enfermera deben de tener las Escuelas de Enfermería, estará en buena medida vinculada al perfil profesional de sus profesores. La excelencia docente, el rigor científico, la coherencia inte-

(7) Para el profesor Carreras (Un. Barcelona), no es necesario que todos los profesores del departamento posean cualidades para la docencia. Es el departamento en su conjunto, la unidad que debe garantizar una actuación excelente en docencia, investigación y actividad clínico-asistencial. Los profesores pueden dedicarse preferentemente a aquellas actividades para las que se hallen mejor dotados (CARRERAS, 2000, p. 154).

lectual y la competencia didáctica y reflexiva son características irrenunciables del perfil del profesor (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTAS DEL IX CONGRESO DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO (1999): *Formación y evaluación del profesorado universitario,* Cáceres, Asociación Universitaria de Formación del Profesorado (AUFOP).

ARROYO GORDO, María P. (1983): «La calidad en la enseñanza de Enfermería», en AA.VV.: «Calidad en el trabajo de Enfermería», *IV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente,* Granada: AEED.

BELANDO MONTORO, María R. (1999): «Los profesores del siglo XXI y la calidad de la enseñanza universitaria: En torno a la formación», *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 2 (1) (http://www.uva.es/aufop/publica/revelfop/99-v2n1.htm).

CARRERAS, J. (2000): «Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (I)», en *Educación Médica. Aprender y Enseñar en las Profesiones Sanitarias,* vol. 3, 143-157. Barcelona.

Diccionario de la Lengua Española (1992), Real Academia Española, Madrid: Espasa Calpe, 21 edición.

ELTON, L. (1987): *Teaching in higher education: appraisal and training,* Londres: Kogan Page.

FREIRE, P. (1990): *La naturaleza política de la educación. Cultura, poder y liberación,* Barcelona, Paidós.

GILBERT, Roger (1983): *¿Quién es bueno para enseñar? Problemas de la formación de los docentes,* Buenos Aires, Gedisa.

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD (1991): *Metodología de la enseñanza de Enfermería,* Madrid, INSALUD.

(8) El 20/03/01 el periódico *El País* recogía la opinión del presidente de la Conferencia de Rectores (CRUE) sobre el proyecto de ley universitaria que prepara el Gobierno: «Puede servir para evitar la endogamia académica porque la futura selección estatal de profesores concede objetividad y favorece la movilidad de los docentes para concursar por las plazas ofertadas.» Según este diario la nueva Ley Universitaria fija un examen de aptitud para la selección de todos los profesores.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA(1989): *Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo,* Madrid: MEC.

LUIS MEDINA, J. (1999): *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería,* Barcelona, Laertes.

MOLINER, María (1999): *Diccionario de Uso del Español,* Madrid, Gredos. 2.ª edición.

POLIT, F., y HUNGLER, B. (2000): *Investigación científica en ciencias de la salud,* México, McGraw-Hill Interamericana, 6.ª edición (p. 325).

RAMSDEN, P. (1992): *Learning to teach in higher education,* London, Routledge.

RIEHL-SISCA, J. (1992): *Modelos conceptuales de Enfermería,* Barcelona, Doyma.

SECO, Manuel (1999): *Diccionario del español actual,* Madrid, Aguilar.

SCHÖN, D. (1992): *La formación de los profesionales reflexivos,* Barcelona, Paidós, MEC.

TORREGO EGIDO, Luis, y LÓPEZ PASTOR, Víctor M. (1999): «La didáctica y la democracia: Algunas cuestiones olvidadas en la calidad del trabajo docente en la universidad», *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado,* 2 (1). (http://www.uva.es/aufop/publica/revelfop/99-v2n1.htm).

Formadores internos: Desarrollo de las capacidades docentes de los profesionales

Pilar Darriba Rodríguez(*), Luis Arantón Areosa(*), Ángeles Rodeño Abelleira(*), Consuelo Carballal Balsa(*), Mónica Rodríguez Varela(*) y Roberto Díaz Meyer(**)

(*) C. H. A. Marcide Novoa Santos. Ferrol. La Coruña.
(**) Hospital de la Santa Cruz y San Pau de Barcelona.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Uno de los objetivos que nos planteamos desde la Unidad de Formación Continuada de Enfermería es potenciar y desarrollar las capacidades docentes del personal de enfermería, con la finalidad de que actúen como formadores internos, proporcionado una serie de pautas básicas de carácter didáctico para facilitar una adecuada intervención del formador en el aula. Para lo que organizamos anualmente un curso-taller de formadores. Por todo ello, el objetivo de este trabajo es analizar la efectividad de dichos cursos que se imparten en el C.H. desde el año 1995.

MÉTODO

Para realizar dicho análisis hemos valorado las evaluaciones de los cursos-taller desde el año 1995, tanto en el primer como en el segundo nivel, al mismo tiempo que analizamos la trayectoria profesional docente de las personas participantes en dichos cursos.

RESULTADOS

Se han realizado cinco cursos-taller del primer nivel o iniciación, y dos cursos-taller del segundo nivel o perfeccionamiento, con una duración cada uno de veinte horas, y

con una participación total de noventa y seis personas, de las que setenta y una acudieron al primer nivel y veinticinco al segundo nivel. En estos momentos nos encontramos analizando su trayectoria docente, al tiempo que valoramos las evaluaciones realizadas al finalizar los cursos-taller.

CONCLUSIONES

La experiencia es positiva, tanto para docentes como para discentes, el hecho es que continuamos con ella año tras año e incluso lo hemos abierto al resto de los profesionales del C.H., al mismo tiempo que hemos conseguido crear un grupo de potenciales docentes intrahospitalarios. Pensamos que es una buena forma de motivar a los profesionales que poseen capacidades docentes, al descubrir sus posibilidades y enseñarles una metodología docente con la que puedan desarrollarlas.

El abordaje multiprofesional como enriquecimiento en el desarrollo académico de la Enfermería superior

Ángela María Ortega Galán(*) y Piedras Albas Gómez Beltrán(**)

(*) Colegio Diocesano de Huelva, E.U.E.
(**) Hospital Juan Ramón Jiménez, E.U.E.

1. ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

Los profesionales de enfermería tenemos en la actualidad la única opción formativa de la Diplomatura. Ésta, que supuso un gran avance hace ahora 24 años, está hoy en día más que superada. Durante este tiempo, los enfermer@s han tenido que desempeñar puestos de responsabilidad de gestión, docencia, etc., para los cuales no se les ha brindado la oportunidad de optar a una formación superior que les capacite para profundizar en un cuerpo de conocimientos propios.

Los cambios sociales como el envejecimiento de la población, las innovaciones tecnológicas, las nuevas enfermedades, etc., que están dando lugar a un aumento de las demandas de cuidados y de promoción de la salud por parte de los usuarios que debe ser atendida por profesionales con una capacitación que ofrezca servicios de optima calidad. Por esto pensamos que la Licenciatura en Enfermería es una necesidad social que necesita de una pronta respuesta por parte de la administración. Mientras tanto, los que creemos en esta necesidad, nos vemos en la obligación de seguir dando pasos que sirvan para sentar las bases de un rápido desarrollo de la Enfermería Superior. Ésta es la razón por la que apostamos por el Título Superior y por la que queremos comunicarlo al colectivo profesional.

Los objetivos que pretendemos conseguir son: *dar a conocer* la importancia de un formación multidisciplinar, que provoque una apertura a una perspectiva más amplia,

más integrada en el conjunto de los fenómenos de la sociedad en la que nos desenvolvemos, para dar soluciones a las nuevas demandas planteadas y contagiar al colectivo de la enfermería que tiene inquietudes, del ánimo necesario para emprender un proyecto de estas características.

2. MÉTODO

— Descripción de las asignaturas, los objetivos y los contenidos principales impartidos en los cursos de 4.° y 5.° del Título Superior.

— Realización de una entrevista estructurada, con preguntas abiertas de carácter cualitativo, vía e-mail a los distintos profesionales docentes y gestores del Título Superior.

— Realización de una entrevista estructurada, con preguntas abiertas a alumnos de 3.°, 4.° y 5.° de Enfermería.

3. RESULTADOS

— Afirmación de la necesidad expresa de la formación superior en enfermería.

— Ampliación de la visión del papel social de la enfermería y aumento de la motivación en aquellos que se encuentran cursando el T.S.

— A pesar de que la experiencia es corta, los profesionales aquellos que en su trayectoria no han estado relacionados directamente con esta disciplina, anotan que ha resultado gratificante comprobar que enfermería es una disciplina con pensamiento crítico que tiene mucho que aportar en el trabajo conjunto con otras profesiones al servicio de la salud.

4. CONCLUSIONES

Una Universidad del futuro que apueste por la calidad debe distinguirse por un abordaje interdisciplinar de la formación superior que proporcione a los enfermeros los conocimientos necesarios para posibilitar el desarrollo profesional propio.

Enseñanza de la problematización: Una propuesta metodológica, reflexiva y crítica para la educación a distancia en Enfermería

José M.ª Rumbo Prieto(*), Luis Arantón Areosa(*), Pilar Darriba Rodríguez(*), Lourdes Martínez Moar(*), Teresa Rumbo Prieto(*), Paulina Eguren Llera(*)

(*) C. H. Arquitecto Marcide. Prof. Novoa Santos de Ferrol. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, desde diferentes Organizaciones e Instituciones de Enfermería se están realizando y/o proponiendo cambios curriculares, tanto a nivel pregrado como postgrado, para responder a las nuevas tendencias en salud y a la necesidad de formación del personal de enfermería. Una de las alternativas es el cambio del método tradicional de aprendizaje, de carácter presencial (presencia de profesor y alumno) por el de educación a distancia, basado en materiales de apoyo, que el alumno maneja desde su domicilio, sin profesor presente, lo que *a priori* presenta una gran ventaja, ya que se adapta a la disponibilidad del alumno. Sin embargo, los programas de educación a distancia propuestos corren el riesgo de convertir a ésta, en una educación de segunda clase por su escasa innovación, credibilidad y falta de socialización.

OBJETIVO

Proponer y fundamentar un modelo educativo basado en casos prácticos para enfermería, a través de la educación a distancia. La finalidad es adoptar e impulsar la pedagogía problematizadora como el método innovador y adecuado para el aprendizaje de contenidos de enfermería dentro de esta modalidad.

METODOLOGÍA

Analizar la situación actual en materia de educación a distancia de enfermería, y comparar varias opciones pedagógicas que podrían ser aplicadas con la opción (pedagogía problematizadora) que este grupo investigador propone como perfil ideal de formación académica de postgrado de enfermería a distancia. Finalmente, el análisis consensuado mediante grupo de discusión expondrá los criterios reflexivos y críticos válidos para fundamentar el cambio de orientación propuesto en la educación a distancia.

RESULTADOS

Dentro de la variedad de abordajes que existen del proceso educativo en general, encontramos tres métodos significativos que se pueden incluir en la educación a distancia de enfermería: la educación basada en contenidos, la educación basada en comportamientos y la educación basada en problemas. De las tres, la educación basada en problemas (casos prácticos) es el más innovador y el menos empleado, a pesar de estar fundamentada como metodología científica.

Utilizando la enseñanza problematizadora, los alumnos buscan causas y analizan las consecuencias del problema, parten de la realidad y de su problematización y no de las bases teórico-conceptuales como lo hacen los demás modelos educativos. La evaluación de este método también es peculiar ya que se premia a la originalidad e innovación en las respuestas relacionando hechos y conceptos, y no solamente la acumulación de conocimientos y su fiel reproducción. El aspecto afectivo, también es objeto de evaluación, es decir, se deben valorar actitudes, valores y sentimientos.

CONCLUSIONES

La educación basada en el protagonismo del estudiante-profesional (enseñanza de l problematización), configura una opción crítico-participativa, en lo cual la realidad se concibe como problema, esto es, como algo inacabado, susceptible de modificación y perfeccionamiento. Evidentemente consideramos que es el método pedagógico más adecuado tanto para la educación a distancia como para la educación tradicional de enfermería, ya que incluye demandas reales de la sociedad actual que permiten configurar un perfil formativo sólido deseable, en base al presente y al futuro previsible del profesional de enfermería. «Vivimos en una sociedad que exige continuamente un nuevo profesional de enfermería, capaz de dirigir su práctica hacia el trabajo integral que per-

mita innovar en la atención y el cuidado, que desarrolle el pensamiento crítico y reflexivo y que busque nuevas tecnologías, construyendo, rehaciendo y validando un conocimiento adaptado a la realidad». (Comité Coordinador del la Red de Enfermería de América Latina, REAL.)

La licenciatura en Enfermería en los últimos diez años

Sara García López(*), Laura Martínez de Celis(*), M.ª Elena Fernández Martínez(*), M.ª Aurora Martínez Borrego(*) y Francisco Javier Pérez Rivera(*)

(*) E.U.E. León y Ponferrada.

INTRODUCCIÓN

«El objetivo o la necesidad disciplinar es la investigación; la estrategia para alcanzarlo en nuestra realidad académica es la Licenciatura» [1].

«Tres años de formación son insuficientes y obligan a las E.U.E. a reducir el currículum formativo, e incluso, a pasar por alto ciertas áreas de docencia que nos hacen un elemento potencialmente dañino al empezar a trabajar, siendo la práctica y algún postgrado cuando un buen enfermero acaba de formarse como buen profesional» [2].

«(...) Digamos que nuestra mayor razón es la sinrazón de aquellos que permitieron la entrada de la Enfermería en la Universidad, pero con limitaciones en cuanto al desarrollo académico y profesional (...)» [3].

«La Licenciatura no es la solución a nuestros problemas. Por ser licenciados no nos va a cambiar en nada el reconocimiento profesional (...)» [4].

Éstas son tan sólo cuatro de las muchas opiniones que sobre la Licenciatura en Enfermería se han emitido. En el desarrollo de este estudio intentaremos profundizar en ellas a través de lo publicado sobre el tema, analizando las principales ideas que hemos extraído de ello.

Para comprender un poco mejor la situación actual haremos un brevísimo recordatorio de los primeros pasos que se dieron en relación con el desarrollo de la formación de las enfermeras, precedentes importantísimos de los siguientes informes, acuerdos, propuestas, sesiones... que se han ido sucediendo en defensa de la implantación de un segundo ciclo propio de Enfermería (Licenciatura), con el consiguiente acceso a un tercer ciclo (Doctorado):

- **1971:** «I Jornada de Estudios de Enfermería». M.ª Dolores Agell planteó la necesidad de estructurar la formación enfermera en *todos* los niveles académicos existentes.
- **1973:** «Congreso Nacional de Hospitales», en Barcelona. Viala, Agell, Llobet, Meléndez y Tey defendieron una *formación estructurada en tres ciclos,* los dos superiores para capacitación docente, gestora e investigadora.
- **1976:** Uno de los nuevos proyectos sobre la *Licenciatura,* estructurado en tres ciclos universitarios, elaborado por la Escuela de Enfermería «Sta. Cruz y S. Pablo».
- **1980:** Publicación de un documento en la revista *Rol,* por parte de la AEED en el que se exponen las razones que hacen necesaria la regulación de la Licenciatura.
- **1981:** II Sesiones de Trabajo de la AEED, en las que Mompart y Alberdi propusieron un nuevo modelo de Licenciatura como segundo ciclo universitario. Nuevos proyectos sobre la Licenciatura, igual estructurados que el de la Escuela de Enfermería de «Sta. Cruz y S. Pablo» en tres ciclos, elaborados por la Escuela Universitaria de Navarra y otro por la Comisión de Escuelas de Enfermería de la Universidad de Barcelona.
- **1983:** Informe del Consejo General de Enfermería sobre un proyecto de ordenación de la formación enfermera, donde se contempla, entre otros, el desarrollo del segundo ciclo.

Desde este momento y hasta el año 1995 no se producen especiales avances en el tema, a partir de este momento los acontecimientos se aceleran.

Creemos pues necesario poner a disposición de la comunidad científica las aportaciones que se han hecho sobre este tema de tanta trascendencia para la disciplina enfermera desde el punto de vista docente, asistencial, investigador y de gestión.

El análisis de la Licenciatura debe encuadrarse en la clasificación de los estudios universitarios en España regulados por la LRU de 1983 el cual estructura los estudios en tres ciclos: Diplomatura, Licenciatura y Doctorado.

OBJETIVOS

1. Conocer la cantidad de artículos publicados sobre la Licenciatura durante los últimos diez años en seis revistas de Enfermería españolas.
2. Observar la evolución de:
   - El pensamiento e interés en la misma.
   - La cantidad, forma y contenidos de los artículos.
3. Analizar los elementos más importantes que hacen necesario el 2.º ciclo, así como los factores desencadenantes en la situación actual.
4. Profundizando en la realidad de la Licenciatura, intentar fomentar el debate para conseguir aportar nuevas ideas y soluciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Revisión bibliográfica manual y a través de la base de datos cuiden de la revista Index de Enfermería de todos los artículos publicados sobre la Licenciatura en Enfermería en seis revistas de *Enfermería Española:*
   - Durante los últimos 10 años (1991 a 2000 ambos inclusive).
   - En Rol de Enfermería, Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Nursing y Metas e Index de Enfermería a partir de su incorporación.
2. Lectura y análisis cuantitativo en el que analizamos las siguientes variables: número de artículos, distribución por revistas, distribución por años de dichos artículos.
3. Análisis de los contenidos desde el punto de vista cualitativo donde se recogen como variables el ¿por qué la licenciatura?, ¿para quién la licenciatura?, ¿cómo?, situación actual.
4. Limitaciones:
   - Con respecto a la Licenciatura, existe mucha literatura gris (periódicos, aportaciones a congresos...) con lo cual muchas aportaciones al tema quedan fuera del ámbito de este estudio, sin embargo creemos que las más importantes están recogidas en la revisión efectuada.
   - En el análisis cualitativo, por su propia naturaleza, la transposición de las ideas de los artículos puede haber sido influida por las ideas previas de los autores de este estudio ya que no se ha efectuado el análisis con las ideas vírgenes sobre este tema como sería deseable.

RESULTADOS

1. Se han encontrado un total de 29 artículos, 17 de los cuales corresponden al suplemento de un mes de una de las revistas *(Metas de Enfermería,* marzo de 2000), distribuidos del siguiente modo:

	Enfermería científica	Enfemería clínica	Nursing	Rol de Enfermería	Index de Enfermería	Metas de Enfermería	TOTAL
1991	—	—	—	—	—	—	—
1992	2	—	—	—	—	—	**2**
1993	—	—	—	1	—	—	**1**
1994	—	—	—	—	—	—	—
1995	—	—	—	—	—	—	—
1996	2	—	—	—	—	—	**2**
1997	—	—	—	—	—	—	—
1998	—	—	—	—	—	—	—
1999	—	—	—	—	—	1	**1**
2000	—	1	—	4	—	18	**23**
TOTAL	**4**	**1**	**—**	**5**	**—**	**19**	**29**

Como se puede observar, en el año 2000 se publicó el 79,3% del total de los artículos, mientras que en los 9 años anteriores sólo el 20,7% restante.

2. La práctica totalidad de los artículos encontrados son de opinión, editoriales... no encontrándose ningún artículo de investigación sobre el tema.
3. Las principales ideas recogidas son:

• ¿Por qué la Licenciatura?

Se puede contemplar desde diversos planos, como son el legal, el social, el profesional:

- *Legal:* En el artículo 30 de la Ley General de Educación se estipulan las funciones de la educación universitaria, que dice:
  1. Completar la formación integral de la juventud, *preparar a los profesionales* que requiera el país y atender al *perfeccionamiento* del ejercicio de los mismos.
  2. Fomentar el progreso cultural, *desarrollar la investigación a todos los niveles* con libre objetividad y formar científicos y educadores.
  3. *Contribuir* al perfeccionamiento del sistema educativo nacional, así como al *desarrollo social* y económico del país [5].

- *Profesional:* Si analizamos la acción enfermera como propone el profesor Gracia a la luz de los caracteres distintivos de las profesiones podemos afirmar que la Enfermería cumple con el *universalismo,* la *especificidad funcional* (quizá el menos desarrollado), la *neutralidad afectiva* y la *orientación hacia la colectividad* [6].
- *Social:* Nuestra sociedad ha ido y va avanzando «vertiginosamente hacia una cultura del bienestar, donde el cuidado de la salud es un bien incuestionable (...).Las enfermeras son, el recurso profesional que garantiza la calidad de los cuidados para la salud y la vida» [7].

Partiendo entonces de lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que Enfermería tiene:

- Limitación actual de las enfermeras para investigar.
- Derecho al desarrollo profesional.
- Por ser la Enfermería una Ciencia que dispensa servicios constituyentes de un bien para la Humanidad, los cuidados de Enfermería, necesita desarrollar y ampliar su cuerpo de conocimientos.
- Para poder asumir los puestos de gestión, docencia, supervisión..., etc., con mayor capacitación.
- Para desarrollar el ejercicio de la profesión en todos sus ámbitos con mayor autonomía.
- Para poder prestar los cuidados de calidad que la sociedad va demandando progresivamente.
- Para poder acceder al Doctorado.
- Porque estamos importando conocimiento de aquellos lugares donde se investiga y genera conocimiento, siendo las sociedades de donde lo importamos culturalmente distintas a la nuestra.

• ¿Para quién?

- *Para todos los alumnos que inicien los estudios de Enfermería: un solo ciclo.*
- Para los D.U.E.
  - — Que deseen continuar su formación.
  - — Para que puedan acceder a puestos de gestión, docencia...

- **¿Cómo?**
  - Un solo ciclo, como propone el Consejo General de Enfermería [8] a partir del año 1996, desmarcándose de su anterior propuesta de desarrollar la licenciatura como un segundo ciclo [9].
  - Dos ciclos, con la fórmula 3+2, como apoyan SATSE, AEED, ANDE, CNDEUEEE y la mayoría de los profesionales que sobre el tema se han pronunciado. Como el rector de la Universidad Autónoma esto permitiría el mantenimiento y acceso de los puestos de trabajo, sobre todo asistenciales de los ya diplomados, y el acceso a los que lo deseen a puestos de gestión, docencia, investigación, etc.

- **Situación actual**

La denuncia del Consejo General de Colegios de Enfermería a España por incumplimiento de la normativa europea ha supuesto un incremento en la publicación de artículos, mayor protagonismo de la Licenciatura en distintos foros y reuniones científicas de Enfermería... en general, una mayor preocupación por el mencionado tema.

CONCLUSIONES

- No se ha observado ningún incremento en la publicación de artículos sobre la Licenciatura a lo largo de los años y tan sólo en el año 2000 se publicaron casi las partes del total.
- La mayor parte de los representantes del colectivo de Enfermería parece coincidir en la necesidad de la implantación de la Licenciatura de Enfermería, que no otros segundos ciclos (Licenciatura en Antropología Social y Cultural, Título Superior de Enfermería: Segundo Ciclo, Licenciatus Curatis Infirmorum), para lograr mayor capacitación, desarrollo y autonomía de nuestra profesión.
- Enfermería es la única diplomatura universitaria que carece del correspondiente 2º ciclo, impidiendo el desarrollo de todas sus funciones:
  - — Investigadora:
    - – Todas las ciencias necesitan investigar para crecer: como Enfermería es una Ciencia, necesita investigar, esto se consigue a través de la Licenciatura y posterior Doctorado.
    - – La importancia de la investigación en Enfermería trasciende al resto de sus funciones.

- Docente:
  - — Para ser profesor titular de Universidad hay que ser Licenciado y para ser catedrático hay que ser doctor [10].
  - — Todos los profesores de Universidad tienen plena capacidad investigadora para desarrollar su área de conocimientos. Esto permite su acceso al Doctorado, y el consecuente desarrollo de su disciplina, mientras que Enfermería carece de ello.
- Asistencial:
  - — La sociedad está crecientemente demandando mayor cantidad y calidad en los cuidados.
  - — La Licenciatura permitiría mejorar la preparación y el desempeño profesional, porque favorecería el desarrollo del marco teórico, implantación y crecimiento de modelos.
- Administradora:
  - — La Licenciatura permitiría una mejor capacitación para gestionar los cuidados con una mayor eficiencia, efectividad y aceptabilidad [1].
- «El reconocimiento no vendrá nunca por la acreditación del título que nos conceda la Universidad o el certificado que nos ubique en tal escala de la organización social; estos requisitos deberán ser la conclusión de unos ellos, pero nunca la condición de ellos. Nuestro reconocimiento está en la capacidad que tengamos para responder a lo que la sociedad espera de nosotros, en la capacidad para resolver los problemas que las personas ponen en nuestras manos y en garantizar a la sociedad que lo que hacemos se respalda en criterios de calidad científica, técnica y humana. Este es nuestro poder real y deberá ser nuestro orgullo (...)» [7].

BIBLIOGRAFÍA

[1] MARTA DURÁN ESCRIBANO: *Rol de Enfermería,* 2000 enero; 23 (1): 8-9.

[2] XAVIER SÁNCHEZ I SANCHO: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento 8.

[3] JESÚS SÁNCHEZ MARTOS: *Enfermería Científica,* 1996, julio-agosto; 172-173: 3.

[4] ANA TERRES FUENTES: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 8.

[5] RUIZ ROYO, María Teresa; ROMÁ FERRI, María Teresa, y CARTAGENA DE LA PEÑA, Elisa: *Enfermería Científica,* 1992, mayo (112): 34.

[6] CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA (CNDEUEE): *Rol de Enfermería,* 2000, enero, 23 (1): 57, 58.

[7] MARTA DURÁN ESCRIBANO: *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 3.

[8] M.ª JESÚS NADAL NADAL: «La licenciatura en Enfermería», *Rol de Enfermería,* 2000, abril, 23 (4): 11-14.

[9] «La licenciatura en enfermería», *Metas de Enfermería,* 2000, marzo, suplemento: 1.

[10] MARTA DURÁN ESCRIBANO: «El segundo ciclo en Enfermería», *Rol de Enfermería,* 2000, mayo, 23 (5): 51-59.

La formación enfermera y los hábitos de salud de los estudiantes de Enfermería

Pilar Juaristi(*) y Sara Domínguez(*)

(*) Estudiantes de Enfermería. Universidad Europea-CEES. Madrid.

ANTECEDENTES

La formación enfermera básica proporciona las bases para el desarrollo de los conocimientos, actitudes y habilidades profesionales para lograr que los usuarios de los servicios enfermeros (individuo, familia y comunidad) adquieran no sólo los conocimientos necesarios, sino que los interioricen de tal forma que les impulse a introducir en su vida cotidiana los cambios necesarios, bien sea para recuperar, mantener o mejorar su salud. Uno de los aspectos fundamentales en los que los estudiantes deberán trabajar es la Educación para la Salud dedicada fundamentalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, basada en la modificación e interiorización de prácticas saludables. El papel de educadores en salud que tendrán que desarrollar tiene entre otras características la congruencia, es decir, la congruencia, la adecuación entre los que sentimos, pensamos y expresamos; algunos autores creen que la función modélica de los profesionales sanitarios es un factor importante para influir en el cambio de conductas de salud en la población. Por ello el presente estudio tiene como objetivo conocer los estilos de vida de los estudiantes de enfermería de tercer curso de la Universidad Europea.

MÉTODO

Estudio descriptivo trasversal. Población de estudio: estudiantes de tercer curso de enfermería (N=60). Ámbito de estudio: Universidad Europea de Madrid. Se utilizó un

cuestionario autocumplimentado de elaboración propia, previamente pilotado. Variables del estudio: edad, sexo, hábito tabáquico, ejercicio, ocio, alimentación, consumo de alcohol, drogas, método anticonceptivo, relaciones sociales, ansiedad, depresión. Análisis: medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de distribución (frecuencias).

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 96% (56). La edad media de los estudiantes es de 22 años, con un rango de 20 a 32. El 79% son mujeres y el 21% hombres. El 55% son fumadores, la media de consumo de tabaco es 12 cigarrillos/día y un 48% ha intentado dejar de fumar. Realizan ejercicio un 45%, una media de 5 horas a la semana, el tipo de ejercicio que realizan es: gimnasia 32%, Caminar un 20%, Baloncesto un 12% y varios deportes un 12%. Con respecto a la alimentación un 27% tiene una media ingesta de ácidos grasos y un 29% una alta ingesta. Realizan una media de 4 comidas al día. Un 25% consume de forma ocasional hachís y 14% marihuana. El consumo medio de gramos de etanol es de 100 grs. a la semana. El 73% refiere utilizar preservativo en sus relaciones sexuales. Reflejan que se encuentran nerviosos un 80%, irritables un 59%, tienen dificultad para relajarse un 54% y sólo un 14% ha perdido el interés por las cosas.

CONCLUSIONES

Existen un número importante de comportamientos de salud negativos, aunque destaca la realización de ejercicio y la utilización de preservativo como comportamientos positivos. El grado de ansiedad que manifiestan los estudiantes es importante, se complementa con el tipo de talleres educativos que solicitan: relajación y control del estrés, deshabituación tabáquica, sexualidad y alimentación.

La formación coordinada atención primaria-atención especializada: Una experiencia práctica

Dolores Morales Rodríguez(*) y Mercedes Contreras García(**)

(*) Enfermera Adjunta del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
(**) Enfermera Supervisora del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Desde la reforma sanitaria en España, en la que se reestructuran los niveles asistenciales, así como sus competencias, se establece la necesidad de la coordinación entre ambos niveles con la finalidad de garantizar la coordinación de cuidados. Entre las estrategias que facilitan la continuidad de cuidados enfermeros están: la realización del informe de enfermería al alta y la realización de protocolos y planes de cuidados estandarizados de manera conjunta.

En el año 1999, las direcciones de enfermería del Área 11 de A.P. y A. E. establecen como objetivos la realización de protocolos conjuntos de cuidados, entre ellos se encuentra: úlceras vasculares, cuidados a pacientes con lesiones en pie diabético. Cuyos objetivos fueron:

— Unificar los criterios para las intervenciones de cuidados en los diferentes procesos.
— Unificar criterios en la utilización de materiales y productos.

MÉTODO

Se crearon grupos de trabajo formados por enfermeras de ambos niveles, expertas en cuidados de los pacientes con dichos problemas, para la realización de los protoco-

los ajustados a una estructura previamente definida. La confección de dichos protocolos se desarrolló a lo largo de seis meses.

La difusión de los protocolos se realizó a través de dos talleres teórico-prácticos, con metododología participativa y activa de 10 casos clínicos, de pacientes que posibiliten intercambiar destrezas y habilidades en el cuidado enfermero.

Las docentes implicadas en el taller son las enfermeras que han realizado el protocolo de cuidados.

Al finalizar los talleres se pasan un cuestionario de evaluación de los mismos.

RESULTADOS

Se han realizado dos talleres de protocolos cuidados de 14 horas, con una participación de 100 enfermeras, distribuyéndose de manera equitativa enfermeras de A.P. y de A.E. Un 85,4% de los participantes realizaron la evaluación del taller.

El 80,5% de las enfermeras que realizaron la evaluación consideraron el taller como bastante práctico y 92,7% lo consideró útil. El 82,9% considera que lo aprendido ha sido adecuado. El 90,2% opina que es útil realizar periódicamente este tipo de talleres.

CONCLUSIONES

La protocolización de cuidados enfermeros realizados conjuntamente con enfermeras de A.P. y A.E. es un instrumento útil en la unificación de criterios. La formación conjunta de enfermeras de ambos niveles ha sido considerada una experiencia útil. La utilización de casos prácticos como metodología para ser resueltos en grupos de trabajos mixtos, es considerado como un método adecuado.

Presencia de revistas y boletines españoles de Enfermería en Internet

C. González Guitián(*), M. J. Pichel Guerrero(*) y M. Sobrido Prieto(**)

(*) Escuela Universitaria de Enfermería. Universidade da Coruña.
(**) Biblioteca del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (A Coruña).

OBJETIVO

El rápido crecimiento de Internet en los últimos años ha propiciado la aparición de numerosas publicaciones en formato electrónico. Si bien estos nuevos modelos han permitido una difusión más rápida de sus contenidos, no siempre se han ajustado a recomendaciones internacionales. El propósito de este trabajo es conocer la presencia y calidad de las revistas española de Enfermería presentes en Internet.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las publicaciones han sido localizadas a través de diferentes motores de búsqueda, directorios y otros enlaces. La evaluación de las mismas se ha llevado a cabo de acuerdo a una serie de criterios de calidad establecidos:

Responsabilidad de la publicación (si se trata de una página institucional, comercial o personal).

Contenido formal (que esta contenga información sobre el comité editorial, normas de publicación).

Accesibilidad de contenidos (requisitos de pago y acceso a números anteriores. Asimismo se valorará el acceso a sumarios, resumen y/o texto completo del artículo).

Estructura (secciones).

Difusión de la página (posibilidad de consulta en otros idiomas que no sean el español, presencia de estas revistas en directorios y bases de datos).

Otros valores añadidos (motores de búsqueda interno, enlaces a referencias bibliográficas, posibilidad de contactar con los autores...).

RESULTADOS

Se han seleccionado tan sólo aquellas revistas y boletines editados en España, resultando un total de 18 revistas electrónicas y cinco boletines. La presencia de revistas y boletines españoles sobre Enfermería en Internet es bastante importante, 23 en total. La casi totalidad de ellas son páginas de acceso gratuito y, con excepción de 4, todas ellas permiten el acceso al resumen (8) o al texto completo (10), quedando en todas ellas patente la identificación y responsabilidad de dicha publicación.

Sin embargo, y a pesar del peso de éstas, la difusión de las mismas está por desarrollar. La posibilidad de consulta en otros idiomas resulta casi anecdótica, mientras que su presencia en directorios resulta dispersa y poco exhaustiva.

REVISTAS ESPAÑOLAS DE ENFERMERÍA EN INTERNET

Internet surge en Estados Unidos en la década de los 60, y no es hasta una década posterior cuando se generaliza su uso en organismos militares y académicos, y ya en los 90 se universaliza su difusión. con la aparición de Internet, se produjo un profundo cambio en los sistemas de comunicación científico, y de modo muy particular en las revistas científicas.

Las revistas electrónicas, también conocidas como revistas-e son entendidas como un conjunto de artículos ordenados, formalizados y publicados a través de las redes informáticas. Atendiendo a este concepto, podemos distinguir dos tipos: aquellas que son la versión digital de un formato impreso y las puramente electrónicas.

Las revistas-e nacieron como una simple herramienta para la difusión de sumarios, a los que sucesivamente se incorporó el resumen y más recientemente la posibilidad del acceso al texto completo.

En la actualidad, y gracias al empleo de la red, estas revistas también permiten nuevas posibilidades como consultar los archivos, contactar con los autores a través del correo electrónico, enlaces a las bases de datos a través de referencias bibliográficas o buscar un determinado tema entre los artículos publicados en la revista.

En la actualidad, las ventajas que ofertan las revistas electrónicas frente a las impresas se pueden enumerar, entre otros, en los siguientes puntos:

— Disminución del plazo de espera para su publicación.

— Universalidad de la información: con este nuevo formato es posible consultar las revistas en cualquier parte del mundo.

— Admite múltiples formatos de lectura.

— Sus contenidos pueden ser modificados rápidamente.

— Acceso a números atrasados.

— Permite opciones de búsqueda que en formato impreso no son posibles.

En España la aparición de revistas de Enfermería está ligada a la consolidación de la Enfermería como una disciplina académica en 1977.

El propósito de este trabajo es conocer la presencia y estructura de las revistas españolas de Enfermería presentes en Internet. Las publicaciones han sido localizadas a través de diferentes motores de búsqueda, directorios y otros enlaces.

La evaluación de las mismas se ha llevado a cabo de acuerdo a una serie de criterios de calidad establecidos:

— Responsabilidad.

— Accesibilidad.

— Difusión.

— Y valores añadidos.

En esta pantalla podemos observar la tabla que recoge los resultados obtenidos utilizando para ello cada uno de los criterios de calidad ya mencionados.

RESULTADOS

Responsabilidad

Con excepción de 3 revistas («Enfermería Clínica», «Metas de Enfermería» y la «Revista Rol de Enfermería») el resto de las publicaciones analizadas han sido creadas por instituciones de origen muy diverso, bien se traten de colegios de enfermería, sociedades científicas, o universidades, tal y como podemos observar en la diapositiva.

Accesibilidad

En la actualidad el acceso a los contenidos no está demasiado desarrollado. Así, 9 de las 16 revistas analizadas permiten consultar el texto completo. De estas, dos es necesario previa suscripción a la revista, y en otros 4 casos tan sólo permiten el acceso a determinados artículos seleccionados.

Del resto de las publicaciones, 5 permiten consultar el resumen y 2 tan sólo ofrecen acceso a los usuarios.

En cuanto a la posibilidad de consulta de números anteriores, la oferta es bastante variada, mientras en unos casos sólo se permite consultar el número o año en curso, en otros se pueden los sumarios de años anteriores. Sin embargo, no en todos los casos la página se encuentra actualizada y en consecuencia no se permite acceso a los últimos números, como sucede con la revista «cultura de los cuidados» que sólo se permite acceder a los números correspondientes a los años 1997-1999.

Difusión (posibilidad de consulta en otros idiomas)

Por norma general, los textos se hallan exclusivamente en español, con la excepción de 4 revistas que permiten consultar sus resúmenes en inglés.

Valores añadidos

En la actualidad las revistas sanitarias españolas apenas ofertan servicios de valor añadidos dentro de sus páginas web. 7 han sido los indicadores analizados:

— Que la revista ofreciese la posibilidad de consultar las normas de publicación (indicador presente en 10 de las revistas analizadas).

— Que contase con un motor de *búsqueda interno* (tan sólo presente en «Enfermería clínica»).

— *Servicio de obtención de documentos* (posibilidad de solicitar el documento por correo electrónico).

— *Servicio de foro.* Se ofrecen exclusivamente en 3 revistas.

Además de estos han sido analizados otros elementos que no se encuentran disponibles:

— Formato de *visualización* de los documentos. Todas ellas han sido realizadas exclusivamente en formato HTML, si bien sería oportuno la posibilidad de visualizar los documentos en formato PDF.

— Posibilidad de contacto con los autores a través del correo electrónico (en ninguno de los casos se ofrecía esta posibilidad).

— Que las referencias tuviesen un *enlace directo a bases de datos* (ninguna de las 16 revistas cuenta con este servicio).

Esta sería la Página de Internet de la Revista Enfermería Clínica.

CONCLUSIONES

En la actualidad existe un importante número de revistas disponibles en la red, pero su presencia no se corresponde con las prestaciones ofertadas ni con el desarrollo producido en otras revistas-e:

Llama la atención que apenas se ofrecen valores añadidos en ninguna de las revistas analizadas, como la consulta de documentos en formato PDF, la posibilidad de contacto con los autores a través del correo electrónico, o la búsqueda de artículos publicados en la propia revista a través de lo que se denomina buscadores internos.

Otro aspecto significativo es el hecho de que las 3 únicas revistas promovidas por editoriales, son las que han llegado a alcanzar un mayor desarrollo y difusión en la red, frente a las publicaciones elaboradas por instituciones que, en la mayor parte de los casos, se limitan a una presencia testimonial ofreciendo escaso desarrollo de los contenidos.

Sería oportuno que otras publicaciones diesen el salto a la red y que se estableciese relación desde la base de datos a las propias editoriales de las revistas, tal y como se está desarrollando en Medline.

Necesidad de un nuevo enfoque en la evaluación de la formación continuada

Raquel Buisán Pelay(*), P. del Pozo Herranz(*) y M. Corral Bocos(*)

(*) Área 1 de Atención Especializada/Hospital «Virgen de la Torre». Madrid

ANTECEDENTES

La idea de conocer la rentabilidad de las acciones formativas suscita un interés permanente en todos los sectores y el sanitario no es ajeno a él.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Área 1 de Atención Especializada del Insalud, comenzó su andadura en el año 1994 y desde entonces se ha ido avanzando en la evaluación de las Acciones Formativas, desde la elemental evaluación de reacción, a la de conocimientos y posteriormente a la evaluación sobre la aplicación de los temas impartidos.

OBJETIVO

Mostrar el desarrollo metodológico de la evaluación de aplicación y los resultados obtenidos en cursos impartidos sobre las distintas áreas del cuidado enfermero, durante los años 1995 al 2000.

METODOLOGÍA

Proceso previo: Integración de objetivos/demanda

Planificación del Programa de Formación:

1. *Objetivos* institucionales del contrato de gestión del Área/Insalud.

   Objetivos institucionales internos.

   Demanda de formación específica de los profesionales para el desempeño del puesto de trabajo: encuesta bienal.

2. *Niveles estratégicos:* Capacitación en conocimientos, Entrenamiento en habilidades y Desarrollo personal del empleado.

3. *Elementos del programa:* Actividades docentes, Infraestructura y Presupuesto. Evaluación: Reacción-Conocimientos-Aplicación.

RESULTADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN (1)

Área de Metodología de cuidados

Programa de Informe de Enfermería al Alta/Coordinación de cuidados.

Sistema de Registros de Cuidados.

Planes de Cuidados Estandarizados.

Área de mejora de la calidad

Manual de Procedimientos Enfermeros del Área.

Protocolo y Monitorización del Programa de Cuidados: Úlceras por Presión.

Prevención y Monitorización de Accidentes y Caídas de Pacientes.

Monitorización de Infección Nosocomial: venopunción, sondaje vesical, curas...

Evaluación anual sistemática de cumplimentación de registros.

Elaboración multidisciplinar de Vías Clínicas: implantación y evaluación.

---

(1) En las Jornadas se presentarán los datos de los indicadores ampliados.

Área de gestión

Definición de puestos de trabajo de la División de Enfermería.

Definición e implantación de Indicadores de Actividad.

Elaboración y puesta en práctica de la Evaluación del Desempeño.

Área de coordinación

Grupo promotor del Comité Asistencial de Bioética: primaria/especializada.

Grupo de Recuperación Cardiopulmonar (R.C.P.).

Reanimación cardiopulmonar básica en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES)

Anna Escayola Maranges(*)

(*) Escola de Ciències de la Salut de Manresa. Estudis d'Infermeria. Fundació Universitària del Bages (FUB).

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El paro cardiorrespiratorio es una situación considerada como emergencia o urgencia vital. Se presenta únicamente en un porcentaje reducido de casos y, generalmente, es secundario a una arritmia, hipoxia, anemia, electrocución u otros, pero con una actuación precoz, rápida y adecuada por parte de personal entrenado, la víctima puede salvarse y evitar la muerte en casi un 50% de los casos (1).

Dado el carácter de inmediatez que precisa este tipo de problema, es de vital importancia que las primeras personas que encuentran a la víctima sean personas entrenadas y estén capacitadas para empezar a actuar.

Para que estas acciones sean más precisas y unificadas, se deben integrar en lo que se llama la «cadena de la supervivencia» (2). Ésta describe una serie de circunstancias y acciones que permiten una precocidad en la detección del problema, inicio del tratamiento básico y del tratamiento más especializado.

(1) MORENO MILLÁN, E., y DEL BUSTO PRADO, F.: *Manual de Soporte Vital Básico*, 2.ª edición. Ed Arán, Madrid, 2000.

(2) SEMES: *Grupo de trabajo de Reanimación Cardiopulmonar Avanzada. Recomendaciones en reanimación cardiopulmonar avanzada*, Madrid, 1999, p. 9.

Los estudios de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de Manresa consideran la importancia que tiene la rapidez de actuación en un paro cardiorrespiratorio y la aplicación de la cadena de la supervivencia. Pero esta aplicación no sólo desde el ámbito profesional sanitario, sino desde todos los ámbitos relacionados con las situaciones vitales; ya sea desde el momento en que un primer detector situado en la calle descubre el accidente o hasta que los profesionales asumen la responsabilidad.

Numerosos estudios confirman la utilidad de la aplicación de las maniobras de RCP básica y/o avanzada, así como una buena formación tanto teórica como práctica (3). La mayoría de los estudios y trabajos relacionados con la enseñanza de las maniobras de RCP están dirigidos básicamente hacia profesionales de la salud, ya sea estudiantes de medicina (4), enfermeros/as (5), estudiantes de dentista (6) y/o profesionales que ejerciendo la profesión realizan cursos de reciclaje relacionados con la reanimación cardiopulmonar (7).

Sin embargo, la primera persona que acude a socorrer a una víctima, no es siempre una persona relacionada con el ámbito sanitario; de ahí la importancia de integrar esta formación en el ámbito civil no profesional, priorizándolo como una de las formaciones básicas que toda persona debe poseer respecto a los cuidados básicos de salud.

En el ámbito preventivo y en el de la educación obligatoria, se han llevado a cabo algunas experiencias docentes que confirman la necesidad de educar a la población para mejorar la asistencia y consecuentemente, la supervivencia de las víctimas. Tal es el caso de algunos médicos de empresa del Japón que realizan sesiones de RCP a sus trábajadores, previa petición por parte de la gerencia o sin ella (8) y/o las sesiones

(3) Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Medicina Preventiva y Control de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid: «Evaluación de los cursos de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada en pediatria», *Rev. An. Esp. Pediatr. 2000,* agosto, 53 (2): 125-134.

(4) Carrillo Álvarez, López-Herce Cid, J.; Moral Rorrero, R., y Sancho Pérez, L.: «Enseñanza de la Reanimación cardiopulmonar básica pediátrica en la licenciatura de Medicina y Cirugía», *Rev. An. Esp. Pediatr.,* 1999, junio, 50 (6): 571-575.

(5) Smith, M. K., y Ross, C.: «Teaching Cardiopulmoary resuscitation in a developing country; using Nicaragua as a model», *Rev. Crit. Care Nurs. Q.,* 1997, agosto, 20 (2): 15-21.

(6) Graham, C. A., y Scollon, D.: «Cardiopulmonary resuscitation training for UK undergraduate dental students», Rev. *Resuscitation,* 1996, sep., 32 (2):105-108.

(7) García-Barbero, M., y Caturla-Such, J.: «What we are doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe? Ana analysis of a survey», Rev. *Resuscitation,* 1999, agosto, 41 (3): 225-36.

(8) Kohriyama, K.; Kamochi, M.; Aibara, K.; Sata, T., y Shigematu, A.: «Occupational physicians' concern and fact-finding methods regarding cardiopulmonary resuscitation education por employees in the workplace», Rev. *Sangyo Ika Daigaku Zasshi* ,1995, junio, 1, 17 (2): 105-11.

que se realizaron en las escuelas infantiles en Cardiff con alumnos de 11 y 12 años (9).

En España también se han realizado sesiones de este tipo en algunos institutos de la comunidad Balear, concretamente en la Isla de Mallorca (10), en algún Instituto de la Comunidad Valenciana, en la población de Huercal Overa (Almería) o en Cataluña. En los años 1997 y 1999, en la ciudad de Manresa, se realizaron dos sesiones abiertas al público y a profesionales de la salud donde, personal especializado del Centro Hospitalario y Cardiológico de Manresa, enseñaba las maniobras básicas de RCP. Aunque este tipo de sesiones se habrán realizado en muchas otras comunidades es difícil encontrar documentación o trabajos de investigación que hablen de ellas.

El presente trabajo se enmarca dentro del segundo eslabón de la cadena de la supervivencia, es decir en el inicio de la RCP básica de forma precoz y en el marco de la docencia de estas maniobras a la población fuera del ámbito sanitario.

Durante los cursos escolares 99-00 y 00-01, los estudios de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de Manresa ha realizado varias sesiones de docencia de RCP básica a estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y de Bachillerato. Éstas se han realizado dentro de un programa general de Prevención de Accidentes de Moto, y en colaboración con una institución manresana que se dedica a la organización de actividades para la juventud de la ciudad llamada BLOC. Desde esta institución, se nos pidió la colaboración en la organización de los talleres prácticos de primeros auxilios frente a accidentes de motocicleta. Esta propuesta respondía a dos motivos; el primero es que a esta edad, los jóvenes suelen moverse por la ciudad en este tipo de vehículos y por tanto son un grupo de edad de alto riesgo, el segundo es que en muchas ocasiones los adolescentes salen en grupo y en caso de accidente son los propios compañeros los que tienen que actuar en primer lugar. Desde BLOC, se ofrecían la posibilidad de realizar estos talleres a los institutos de la comarca, y posteriormente los institutos contactaban con los estudios de Enfermería para la determinación de la fecha y el horario más adecuado para realizar las sesiones.

Los objetivos principales del presente estudio son dos:

- Conocer la predisposición de los alumnos de los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) respecto al aprendizaje en este tipo de talleres.
- Evaluar los talleres prácticos.

---

(9) LESTER, C.; DONNELLY, P.; WESTON, C., y MORGAN, M.: «Teaching schoolchildren cardiopulmonary resuscitation», Rev. *Resuscitation,* 1996, febrero; 31 (1): 33-8.

(10) HOSPITAL SON DURETA: Memoria de las actividades del Hospital Son Dureta, año 1998. Mallorca, 1999.

Los objetivos específicos han sido:

— Ofrecer la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para la aplicación de las maniobras de RCP.

— Conocer la opinión subjetiva de los alumnos respecto a la importancia de conocer y practicar las maniobras de RCP en la calle.

— Proporcionar material de soporte para su consulta posterior.

— Detectar el interés por otros talleres relacionados con la salud.

— Establecer una buena relación entre el profesorado de la universidad y el alumnado preuniversitario.

MÉTODO

La población total a la que se ha realizado la docencia ha sido de 316 alumnos, a los que se les ha pasado un cuestionario (anexo 1) que debían rellenar una vez finalizada la sesión en cada uno de los Institutos.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

El cuestionario recoge por una parte, datos de identificación referentes al sexo, curso que los alumnos están realizando y ciudad donde está situado el instituto. Por otra parte el cuestionario consta de cinco preguntas cerradas que los alumnos deben marcar bajo variables cualitativas.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa informático Gandía Barbwin versión 4.0.

Los talleres se han organizado en grupos de 10-15 alumnos, realizándose de forma simultánea por grupos y en aulas diferentes. A cada grupo se le asigna una enfermera monitora de prácticas, que previamente ha unificado criterios de actuación.

Estas sesiones se han organizado en dos partes. Una primera teórica de unos 45 minutos, donde se explica a los adolescentes la actuación general frente a los accidentes de moto, los problemas más habituales con que se pueden encontrar durante la asistencia a una víctima y los primeros auxilios relacionados con ellos. Al mismo tiempo se proporciona a los alumnos una documentación escrita de soporte a la parte teórica con algunos dibujos que ayudan a la comprensión de lo que se explica.

La segunda parte es totalmente práctica y en ella se enseñan y practican las maniobras básicas de la RCP; la permeabilización de las vías aéreas, la respiración boca-boca, y el masaje cardíaco externo. Estas maniobras son realizadas por todos los alumnos y se trabaja a través de supuestos prácticos. El material con que se cuenta para realizar

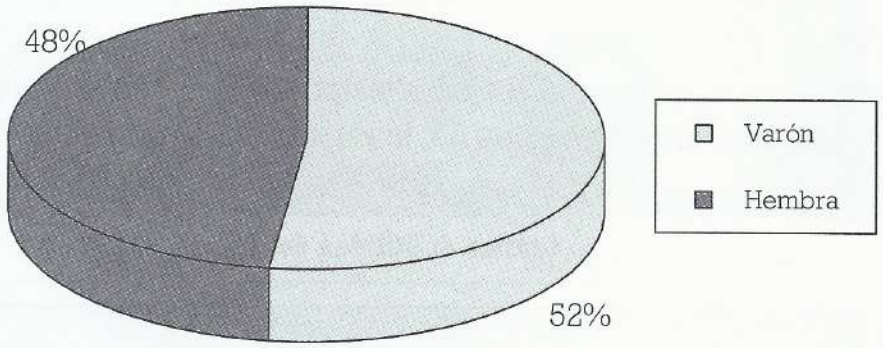
los talleres es un maniquí de simulación de RCP por cada monitora y grupo de alumnos.

RESULTADOS

Los resultados principales han sido:

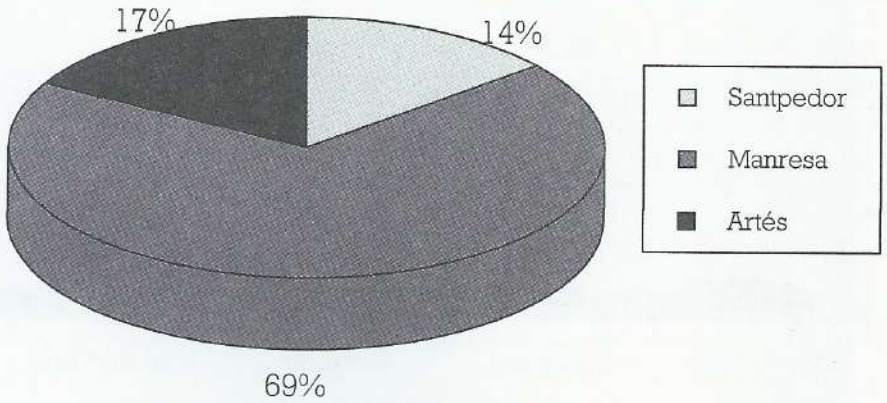
- La distribución por sexos ha sido de un 52% varones y un 48% mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1: Sexo.



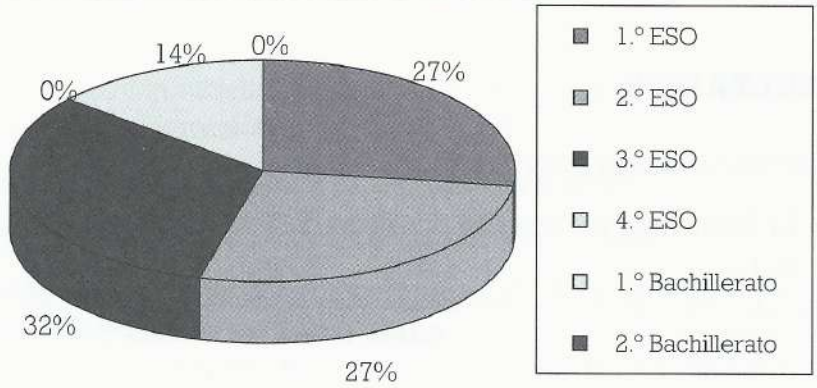
- Un 70% de los alumnos están cursando sus estudios en la ciudad de Manresa. (Gráfico 2).

Gráfico 2: Población.



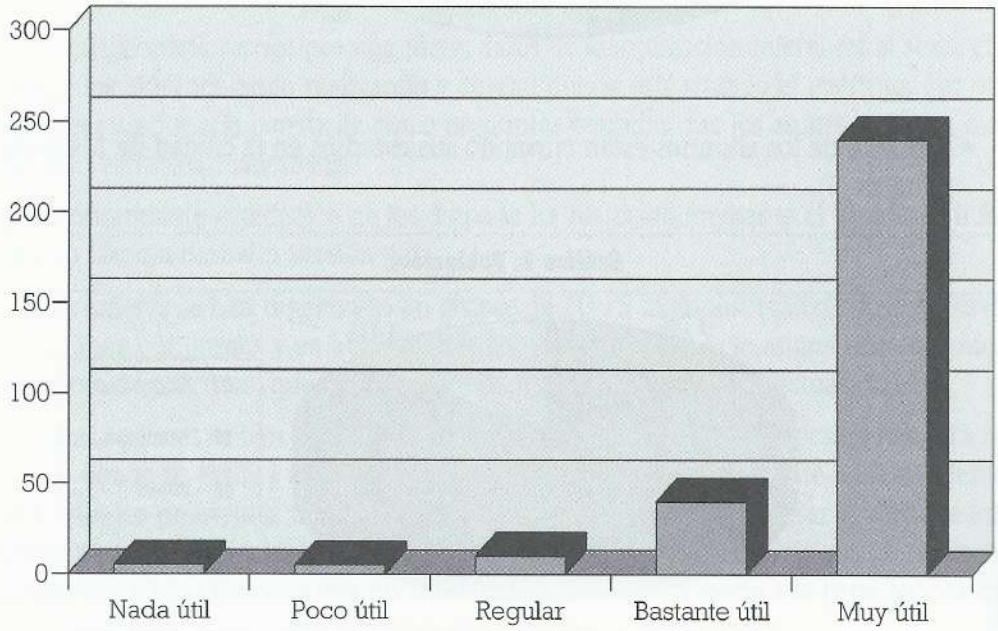
- Las sesiones se han realizado en un 32% a alumnos de 3.º de ESO, en un 27% a alumnos de 1.º y 2.º de ESO y en un 14% a alumnos de 1.º de Bachillerato (Gráfico 3). La mediana de edad es de 13,5 años.

Gráfico 3: Curso.



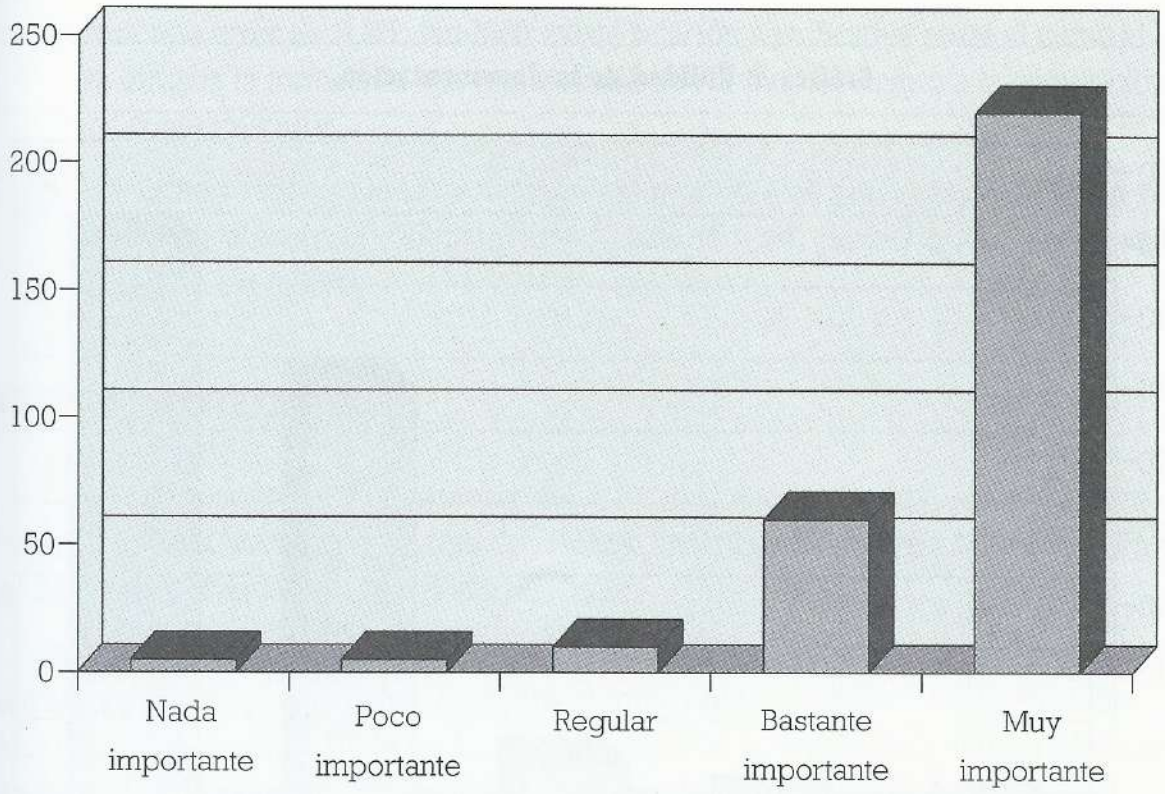
- Respecto a la opinión que les había merecido el taller, un 80% opinó que éste había sido muy interesante y un 1% lo valoró no interesante (Gráfico 4).

Gráfico 4: Utilidad del taller.



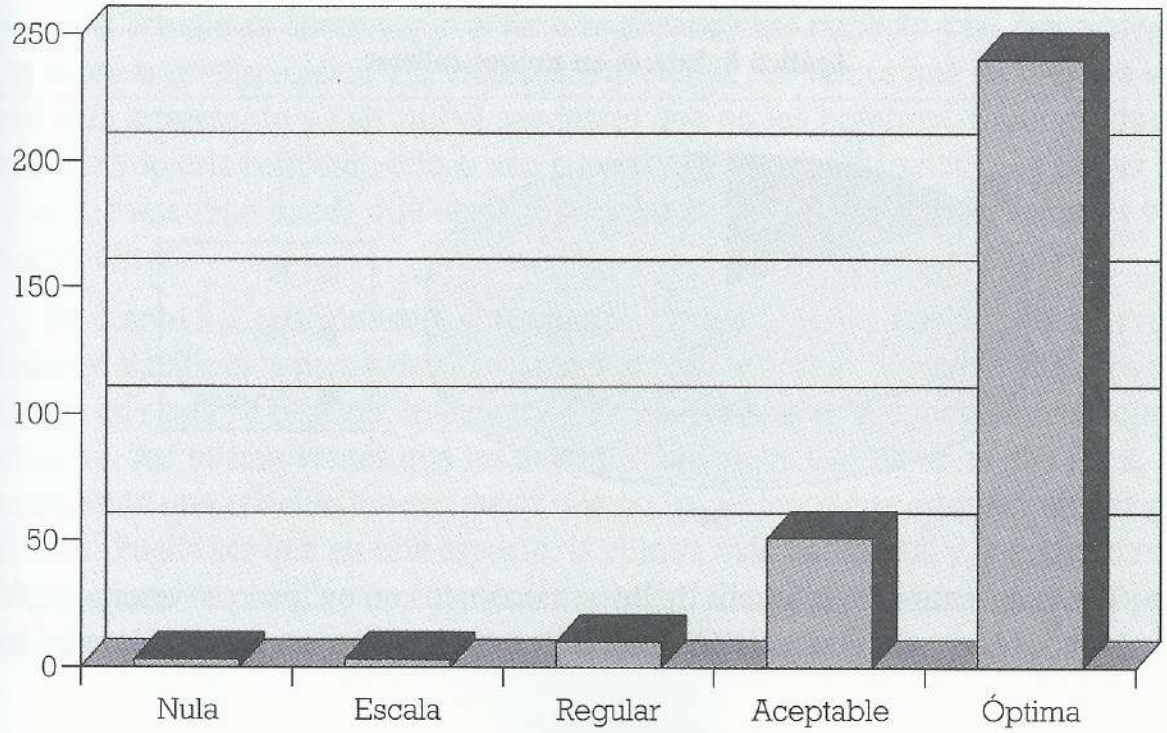
- En cuanto a si creían que era importante tener este tipo de conocimientos un 73% lo valoró muy importante y un 23% bastante importante. Cabe destacar que no hubo nadie que valorara no interesante el hecho de tener este tipo de información (Gráfico 5).

Gráfico 5: Importancia del taller.



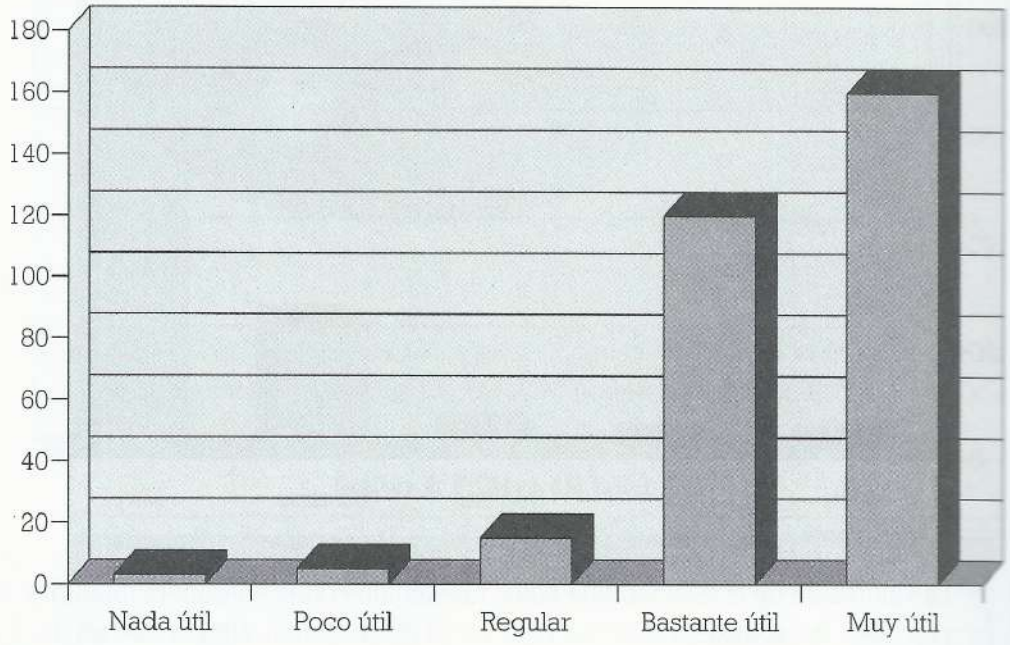
- La valoración de la relación que había mantenido con la enfermera monitora de prácticas, fue considerada en un 78% de los casos óptima, siendo sólo un 3% los casos en que ésta se consideró escasa. En frecuencias absolutas cabe destacar que sólo un alumno consideró nula la relación (Gráfico 6).

Gráfico 6: Relación con el monitor/a.



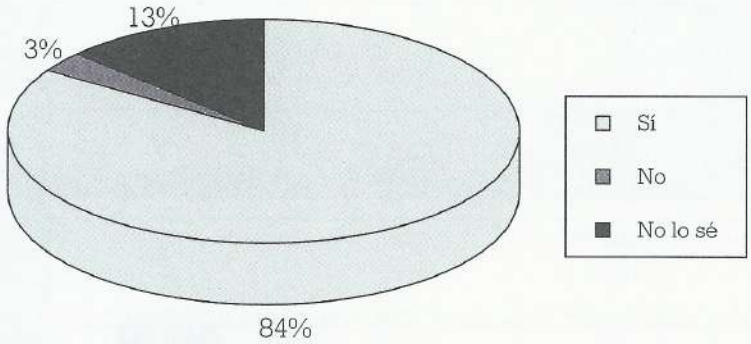
- Respecto a la valoración que los alumnos hacían de la documentación entregada, un 93% la consideró como bastante útil o muy útil (Gráfico 7).

Gráfico 7: Utilidad de la documentación.



- A la pregunta de si les hubiese gustado realizar otros talleres referentes a la salud y/o prevención de enfermedades, un 85% respondió que sí, un 13% no lo sabía y un 3% manifestó su negativa (Gráfico 8).

Gráfico 8: Interés en nuevos talleres.



- Tras la aplicación de la prueba de Jhi² y trabajando con un grado de error a= 0,05 hemos observado una relación significativa de dependencia (p= 0'00), entre las

preguntas relacionadas con la predisposición así como en las preguntas sobre el funcionamiento del taller.

- Para una error a= 0,05, también existe relación significativa entre el curso al cual va dirigida la formación y la importancia que le dan en cuanto a la adquisición de los conocimientos.
- Por último vemos que la relación con la monitora de prácticas ha sido una variable significativa (p= 0,00) para las variables de sexo, curso y ciudad donde se han realizado los talleres.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más importantes del estudio han sido que los alumnos hacen una valoración muy buena de este tipo de talleres, los encuentran interesantes y creen que es importante conocer las maniobras de RCP.

En algunos de los cuestionarios, se podían leer textos en forma de anotación que daban información añadida de cómo los alumnos habían vivido los talleres. Tales anotaciones eran del tipo: *«¡A tope tío! Nos lo estamos pasando muy bien»* o *«Nos lo hemos pasado tope bien. ¡A tope tío! ¡Qué fuerte!»*

Asimismo aparecían escritos en los que decían que sí les gustaría participar en este tipo de talleres por que *«Nos saltamos clase»*. Este tipo de comentarios nos hace pensar en que las motivaciones puede que no sean compartidas por parte del alumnado y del profesorado y que sería de gran utilidad un estudio cualitativo respecto a las motivaciones y las expectativas de los adolescentes a la hora de asistir a estas sesiones.

En el estudio se observa que el sexo es dependiente respecto a las cinco preguntas sobre la predisposición y la valoración del taller. Así vemos que las mujeres valoran más interesante y más útil el seminario que no los hombres. Creemos que en este sentido este resultado refleja una cuestión de género. Esto nos hace pensar que el sexo masculino puede que tenga una mejor percepción de sus capacidades y conocimientos.

En cuanto a la relación entre el alumnado y la profesora de prácticas, ésta ha resultado ser significativa para todos los parámetros de sexo, ciudad y curso. Esto nos indica que en cuanto a relación, la valoración de los hombres es inferior la relación que las mujeres. Así mismo vemos que los alumnos que provienen de un medio rural, han mantenido una relación mucho mejor que no los alumnos que estudian en una gran ciudad. Puede ser que en este aspecto, la cultura más tradicional y el entorno rural, tenga un aspecto positivo en cuanto a la relación. Cabe destacar que a cursos superiores se obtiene mejor relación con la profesora de prácticas.

La valoración de la documentación entregada a los alumnos, ésta ha sido positiva, con unos porcentajes semejantes entre las opciones: bastante útil y muy útil. El hecho que esta documentación fuera entregada al alumno en el mismo momento en que se iniciaba el taller y no haberla podido examinar a fondo con anterioridad, puede haber causado alguna valoración subjetiva en la respuesta del alumno.

El profesorado que ha realizado las sesiones ha valorado de forma muy positiva el haber realizado estos talleres, ya que para ellos han sido instructivos, divertidos y en muchos aspectos enriquecedores por el hecho de estar en contacto con alumnos jóvenes que tienen otra forma de ver el mundo y de vivirlo.

Dada la importancia que desde el ámbito de la educación para la salud tiene la formación en aspectos preventivos, creemos de vital importancia el mantener este tipo de talleres dirigidos a este grupo de población para fomentar actitudes y habilidades en cuanto a la prevención de accidentes y actuación frente a ellos, y en última instancia mejorar los cuidados de salud.

Análisis histórico de la intencionalidad propedéutica en la Enfermería

Paloma Moral de Calatrava(*)

(*) Profesora titular de Enfermería. Miembro del Grupo de Investigación EIPSE. Universidad de Murcia. Escuela de Enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

El análisis histórico de la intencionalidad de construir un conocimiento teórico y específico sobre la Enfermería que precise de un estudio y análisis previo de distintas materias, de tal forma que pudiera desarrollarse del mismo modo en que lo hicieran otras disciplinas científicas, es un tema inexcusable a la hora de abordar las causas que determinan que hoy en día la disciplina enfermera se esté construyendo como un cuerpo de conocimientos autónomo, con identidad propia y, por lo tanto, con fenómenos que recaen plenamente sobre su dominio intelectual.

A la hora de identificar las causas que han determinado esta característica de la Enfermería, es decir, su actual proceso de construcción científica y disciplinar, suele postularse como determinante la menor instrucción que, en otros tiempos, recibieron las mujeres, lo que supone que aún hoy este lastre se deje sentir en el corpus doctrinal. Sin embargo, esta relación causal no puede hacernos caer en la que, desde el grupo de investigación E.I.P.S.E., consideramos como una explicación incompleta.

2. CULTURA Y OBSTÁCULOS EPISTÉMICOS

El hecho de que desde la Prehistoria las mujeres, por determinación biológica, quedaran encargadas del cuidado, y que esta división de las tareas del grupo se perpetuara

bien entrada la Edad Antigua en todos las civilizaciones del mundo, no parece razón suficiente para la argumentación de la actual situación de la disciplina enfermera en el contexto de la Ciencia. Ciertamente, la estructuración de las labores cotidianas también se reflejó en los antiguos pueblos de la vieja Europa. En la Grecia clásica, la explicación es atribuida, paulatinamente, a causas naturales por lo que es considerada la cuna del pensamiento científico. El paso del *mythos* al *logos* se refleja en todos los ámbitos científicos, pero los cuidados continuaron estando enclaustrados en el pensamiento mágico, pues la nueva forma de acceso al conocimiento estuvo prohibida para las mujeres y los esclavos, que eran los encargados de proporcionar los cuidados directos a los enfermos (1).

En este escueto recorrido por la Historia de los Cuidados de la Prehistoria y la Historia Antigua, emerge un fenómeno significativo. El Cuidado fue siempre considerado una actividad manual que estaba lejos de las operaciones intelectuales necesarias para la reflexión sobre sus propias actuaciones, de hecho esta fase aún quedaría lejos, pero en las primeras civilizaciones antiguas, varones esclavos también estuvieron dedicados al cuidado. Estos hombres en la civilización Romana ejercieron como enfermeros o *nosocomi* en los *valetudinaria* u hospitales de campaña, mientras que otros con la condición de esclavos de médicos dispensaron cuidados delegados como auxiliares de los mismos en el ámbito familiar (2). Por un lado, la inclusión del hombre en una actividad que ha sido considerada tradicionalmente como un oficio típicamente femenino, nos obliga al replanteamiento de las posiciones historiográficas vigentes.

Así, pues, tan sólo podemos afirmar que la constante histórica que caracteriza a la Enfermería, es que el Cuidado siempre fue un fenómeno relacionado con las personas —hombres y mujeres— que estaban lejos del acceso al conocimiento, lo que impidió que se realizara la necesaria reflexión sobre sus principios y causas naturales. Ante la imposibilidad de transmisión escrita de los conocimientos adquiridos durante generaciones, éstos tuvieron que ser enseñados de forma oral y práctica, por lo que ante la ausencia de teoría que fundamentara sus intervenciones, el acceso a esta profesión se vio ligado a características morales, religiosas y físicas (3).

(1) Esta es la tesis defendida por JUANA HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería,* Madrid, Interamericana/McGraw-Hill, 1995.

(2) ESPERANZA DE LA PEÑA TEJEIRO: «Repercusión de los conocimientos de la Medicina precorromana», en FRANCISCA HERNÁNDEZ MARTÍN (coord.): *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días,* Madrid, Síntesis, 1996, p. 33.

(3) Las características de los aspirantes a enfermeros basadas en estos aspectos, se han perdurado hasta nuestros días. Así, en la Regla de San Isidoro de Sevilla (615-618), en el capítulo dedicado a los monjes enfermos dice: *«El cuidado de los enfermos ha de ponerse en manos de un monje sano y de vida observante, que pueda dedicar toda su solicitud a los enfermos y cumpla con la mayor diligencia todo lo que exija la enfermedad».* Cfr. J. CAMPOS RUIZ E I. ROCA MELIA (eds.): *Reglas monásticas de la época visigoda,* Madrid, B.A.C. 321, 1971, p. 122.

Las características físicas y morales de la Antigüedad que debía poseer el enfermero perduran y, a la vez se modifican, durante la Edad Media, ya que éstas concuerdan con el carácter y la disposición del «buen cristiano» (4). Las escuetas y ambiguas disposiciones sobre las enfermerías medievales se reducen al número de camas que poseía la institución y a la obligación por parte de ésta de asumir el sustento alimentario de los enfermos, sin que, en ninguno de los documentos medievales en general, se especifique otro tipo de praxis enfermera que no sea la delegada esporádicamente. A la parquedad documental se suma la multiplicidad de términos utilizados para la designación de estos cuidadores: *«hospitalera, hospitaler, donado, donada, "clauera", sirviente, sirvienta, "macipa", "mossa", ministro, enfermero, enfermera, practicante, barbero, esclavo, nodriza, freyre, freyra, dona qui ha carrech de les malaltes, dona qui ha carrech dels infants»* (5), son las diferentes denominaciones utilizadas en los hospitales de la Península Ibérica para la designación de los enfermeros. La multiplicidad de términos empleados para tal fin pone en evidencia que la identidad de este grupo no ha existido hasta fechas muy recientes, por lo que *«la humildad se constituye como actitud intelectual ante la praxis enfermera, impidiendo, al menos, la transmisión escrita de los contenidos de estas acciones»* (6).

---

(4) Los cuidados durante la Edad Antigua no abandonaron el ámbito privado y tan sólo Sorano de Éfeso, médico griego nacido durante la segunda mitad del primer siglo de nuestra Era, que ejerció en Roma en el tiempo de los emperadores Trajano (98-117) y Adriano (117-138) defiende la necesidad de que las matronas, única manifestación pública del ejercicio profesional enfermero en aquella época, contaran con una sólida formación teórica además tener una amplia experiencia práctica. *«Es necesario decir cuáles son las características de las buenas matronas, de modo que, por un lado, las mejores se puedan reconocer a sí mismas, y por otro, que las principiantes puedan fijarse en ellas como modelos. Asimismo, el público, cuando lo necesite, sabrá a quién dirigirse. Así pues, en términos generales, podemos decir que una matrona actúa correctamente si se limita a desarrollar su tarea médica; sin embargo diremos que es una buena matrona si va más allá, y además de manejar correctamente sus casos está muy versada en la teoría. Y más concretamente diremos que se trata de la mejor matrona posible si está entrenada en todas las ramas de la terapéutica (ya que algunos casos deben ser tratados con dieta, otros con cirugía, mientras que otros deben ser curados con fármacos); si es además capaz de prescribir reglas higiénicas para sus pacientes»,* SORANO: *Gyneacia* (trad. Owsei Temkin), Londres y Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1956, p. 6. No obstante, Sorano también realizó descripciones sobre las características físicas y morales de las matronas, que se resumen en la posesión de una buena memoria, saber leer y escribir y el deber de guardar el secreto profesional respecto a las características morales e intelectuales, mientras que entre las físicas destaca que la matrona debía poseer dedos finos y ser robusta.

(5) CARMEN DOMÍNGUEZ-ALCÓN: *Los cuidados y la profesión enfermera en España,* Madrid, Pirámide, 1986, p.16.

(6) JUANA M.ª HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería,* Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1995, p. 80.

Los cuidados de Enfermería en la Edad Moderna y la enseñanza de los mismos dejan de ser realidades históricas extrapolables de un lugar de Europa a otro. Durante este período la Reforma Protestante impulsada por Lutero marcó la diferencia. En la Europa del Norte los países adheridos a esta nueva forma de sentir religioso, transforman sus instituciones hospitalarias y los enfermos dejan de ser atendidos por personas más o menos formadas. En estos lugares la realización de buenas obras, como el cuidado a los necesitados, deja de ser un vehículo salvificador, la fe en sí misma y el estudio de la Biblia son los únicos medios esgrimidos para tal fin. Las órdenes religiosas dedicadas al cuidado fueron expulsadas, y los hospitales se convirtieron en un lugar de reclusión (7). Mientras, en la Europa Católica el impulso de la institución hospitalaria y el nacimiento de nuevas órdenes religiosas dedicadas al cuidado, son las características predominantes.

En este mismo período de tiempo en los países adheridos a la Reforma, las únicas personas dedicadas a la Enfermería fueron mujeres que *«eran reclutadas de entre antiguas pacientes, presas y de los estratos más bajos de la sociedad»* (8). Así, en la Europa de los siglos XVI, XVII y XVIII se observa un gran contraste entre la asistencia prestada a los enfermos, niños y mujeres más necesitados de la Europa Católica y los cuidados prestados a los más desfavorecidos que vivieron en las zonas reformistas. Ante la ausencia de personas formadas en el cuidado, estos países fueron el origen de la Enfermería profesional, mientras que en aquellos en los que la asistencia, de una forma u otra estaba asegurada, la preocupación por la formación de estas personas tuvo un reflejo posterior. Tan sólo en este contexto es posible comprender la obra y las directrices de la Fundación Nightingale, quien estudió tanto el sistema asistencial como el tipo y las características de la formación enfermera de los países católicos, para adaptarlos a las necesidades de su país.

3. DETERMINACIÓN HISTÓRICA DE LA INTENCIONALIDAD PROPEDÉUTICA DE LA ENFERMERÍA

El actual estado de estructuración de los conocimientos de la Enfermería, sin duda viene dado por el hecho de que el cuidado ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los que dar una explicación propia, e incluso carece de una sólida tra-

(7) PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería* (trad. María Picazo y Carmen Hernández), Barcelona, Doyma, 1988 (1.ª ed. inglesa, 1985), pp. 212-215.

(8) PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería,* op. cit., p. 231.

dición historiográfica que nos permita hoy día reconstruir nuestro pasado desde las fuentes primarias. Como ya se ha expuesto, con demasiada frecuencia la historiografía enfermera justifica esta tendencia universal argumentando que las personas encargadas tradicionalmente del cuidado eran mujeres a las que les estaba vedado el acceso al conocimiento. Sin embargo, y a pesar de la gran carga explicativa de este argumento, en las sociedades cristianas el valor social de los cuidados no tuvo su correspondiente concordancia lógica, lo que tan sólo puede ser explicado a través de la conceptualización que esta filosofía religiosa impuso, y que se puede resumir en una conceptualización del cuidar desde una dimensión religiosa-vocacional-caritativa (9). Pero es más, en el ámbito de influencia de la Iglesia Católica el desarrollo de órdenes religiosas masculinas fue muy importante, por lo que la argumentación de sesgo feminista queda delimitada en el tiempo y en el espacio, ya que tan sólo tendría validez para aquellas zonas donde la influencia católica fue menor y donde el cuidado doméstico e institucional estuvo tan sólo en manos de mujeres (10). Esta característica de vocación religiosa, y por tanto caritativa, es la que durante demasiado tiempo ha determinado el hecho de que la Enfermería fuera una actividad «ágrafa» y «acéfala», es decir que la actividad de cuidar ha carecido del incentivo necesario para reflexionar sobre lo que hacía así como para escribir qué hacía.

Esta situación se ha ido transformando durante este siglo de la mano de los esfuerzos realizados para procurar una formación de profesionales laicos. Este fenó-

---

(9) Las variables religión, vocación y caridad, forman parte de la argumentación del libro de JUANA M.ª HERNÁNDEZ CONESA: *Historia de la Enfermería. Una perspectiva de los cuidados de Enfermería,* Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1995, basada en las concepciones historiográficas de Annales. Esta corriente puso de manifiesto la importancia de la localización y del estudio de las mentalidades y de su influencia en el desarrollo de un hecho histórico, por lo que el concepto de hecho histórico en sí mismo se vio modificado y pasó a considerarse hecho histórico todas las manifestaciones de una sociedad y denominando acontecimiento aquellos sucesos que, hasta el momento habían sido estudiados por la corriente historiográfica positivista.

(10) No sólo la bibliografía más antigua es un ejemplo en este sentido, sino que los estudios más recientes también presentan una explicación en el mismo sentido. Solo así pueden ser comprendidas las obras de ANNE MARIE RAFFERTY: *The Politics of Nursing Knowledge,* Nueva York, Routledge, 1996; BARBARA KATZ ROTHMAN: *In Labor. Women and Power in tha Birthplace,* Nueva York y Londres, W. W. Norton & Company, 1991; ROBERT DINGWALL, ANNE MARIE RAFFERTY y CHARLES WEBSTER: *An Introducction to the Social History of Nursing,* Londres, Routledge, 1988, o BARBARA KOZIER, GLENORA ERB y KATHLEEN BLAIS: «Influencias históricas y sociales en enfermería», en *Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería,* México, 1995, pp. 19-32.

meno, tuvo una gran fuerza fundamentalmente en los países en los que las órdenes religiosas habían desaparecido como consecuencia del pensamiento reformador luterano (11), y se vio reforzado por los esfuerzos filantrópicos que generaron una situación social, política y cultural que se vieron culminados con la obra de Florence Nightingale.

El imparable avance del conocimiento científico que se produjo desde la Ilustración no tuvo su correspondiente reflejo en los Cuidados de Enfermería, ya que éstos eran considerados como una actividad exclusivamente manual que no requería esfuerzo intelectual. Tal dicotomía entre mano y cerebro no es nueva, ya que, desde la época clásica griega, la ruptura entre el pensamiento y la acción en Enfermería, era patente (12). Sin embargo, en la panorámica general de la Ciencia se observa un crecimiento exponencial de los conocimientos científicos y una mejora paulatina en las técnicas de contrastación del Método General de la Ciencia o Método Científico. Desde la segunda mitad del siglo XVIII pasando por el siglo XIX y primeros años del XX, los esfuerzos por contemplar al racionalismo y al empirismo como formas de explicación científicas sinérgicas y no competitivas, dieron sus frutos en disciplinas tales como la astronomía, la física, la química, la biología o la medicina. De este modo, y como consecuencia de esta nueva visión científica, se comienza a especular con un posible origen natural del cosmos, la mecánica se hace cada vez más racionalizada y abstracta, la química descubre y afianza los conocimientos sobre la electricidad, estudia la composición del aire y descubre el oxígeno, establece el sistema métrico decimal y enuncia la teoría atómica moderna, las ciencias biológicas inician el esfuerzo taxonómico de la botánica, y crean teorías relacionadas con la influencia del medio, el uso y el desuso y enuncia la teoría celular, mientras que el empirismo médico describe fenómenos como el tifus, la disen-

(11) Esta nueva visión religiosa argumentó la salvación del alma por el hecho de tener fe en Dios, por lo que la vida social y política sufrieron serias transformaciones de las que principalmente se destaca la expulsión de las órdenes religiosas dedicadas al cuidado por dos razones principales. La primera de estas razones es la de que estas órdenes eran bastiones del pensamiento católico en esos lugares, y la segunda se deriva directamente de la filosofía reformista pues ahora era innecesario el dogma de realización de buenas obras, basadas en la imitación de los actos de Cristo y en la Bienaventuranzas, como medio para conseguir la salvación del alma. Cfr. JUANA HERNÁNDEZ CONESA, *op. cit.*, y M. PATRICIA DONAHUE: *Historia de la Enfermería,* Barcelona, Doyma, 1988 pp. 187-255. (Esta versión en español es una traducción cuyo título original era *Nursing, The Finest Art. An Illustrated History,* publicada por C. V. Mosby Company en el año 1985.)

(12) BENJAMIN FARRINGTON: *Mano y cerebro en la Grecia antigua,* Madrid, Ayuso, 1974.

tería, la varicela o la diabetes basados en los emergentes estudios sobre anatomía, fisiología y microbiología (13).

El desarrollo científico comenzó a modificar la sociedad, pues ahora el conocimiento especulativo comenzaría a aplicarse con fines prácticos que llegaron a transformar los modos de vida. La estructura social se transformó con la creciente tecnificación e industrialización surgidas como consecuencias inevitables del progreso científico. Este camino de complementariedad entre la empresa científica y la técnica, se inició con Josef Fraunhofer en el campo de la óptica a principios del siglo XIX, quien mientras buscaba nuevos métodos para el examen de las lentes, encontró las líneas de absorción en el espectro solar, lo que posteriormente resultó un avance imprescindible para la mejora del telescopio y del microscopio, por lo que los avances *«en biología, medicina e higiene se deben en último término al desarrollo y perfeccionamiento científico de los aparatos ópticos»* (14).

Los intentos por describir y clasificar a los gérmenes microscópicos habían comenzado a finales del siglo XVIII, pero fue necesario que los descubrimientos de Pasteur y Koch confirmaran las conjeturas sobre el origen biológico de las enfermedades contagiosas, para que se instaurara definitivamente esta concepción y que comenzaran a perfilarse conceptos tales como asepsia, descubrimientos como las vacunas y los primeros esfuerzos por difundir la importancia de la higiene (15). Sin embargo, estos avances

---

(13) El estudio pormenorizado de los distintos descubrimientos científicos es una empresa harto difícil e imposible de realizar en una obra de estas características. No obstante, el lector interesado puede acudir a obras tales como PEDRO LAÍN ENTRALGO: *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea,* Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1962, que a pesar del tiempo transcurrido es un a obra de referencia obligada por el detallado estudio sobre el avance médico en estas épocas.

(14) WALTER GERLACH: «Progresos de las Ciencias en el siglo XIX», *op. cit.,* p. 300. Las transformaciones en el estilo de vida durante este siglo se hicieron patentes con la creación de la telefonía y la telegrafía, el alumbrado eléctrico, la fabricación del aluminio y el desarrollo del «sistema absoluto de unidades de medida» que sentó las bases para la creación de unidades tales como el metro o el kilogramo como medios comparativos.

(15) Louis Pasteur, químico de formación y contemporáneo de Florence Nightingale, fue aplicando sus investigaciones químicas en torno a la disimetría molecular y a la generación espontánea, hacia las enfermedades contagiosas de los animales y el hombre, de modo que sus experimentos sobre la rabia —provocación artificial de la enfermedad y vacunación preventiva en animales en el año 1881— culminaron en el año 1885 con la vacunación del niño alsaciano, Joseph Heister, mordido por un perro rabioso. Robert Koch, médico de profesión y contemporáneo de Pasteur, cultivó el estudio de las novedades técnicas —tales como el procedimiento para la tinción de bacterias o la esterilización mediante el vapor— los causantes de las infecciones quirúrgicas y la génesis y la epidemiología de varias enfermedades infecciosas, lo que terminó culminando con la descripción de medidas profilácticas tales como el cuidado de las aguas para prevenir el cólera, y en ensayo de procedimientos terapéuticos.

científicos no parecen haber tenido repercusión en la Enfermería del momento, ya que la higiene de las instituciones hospitalarias era aún muy deficiente.

En este ámbito científico y social es donde se desarrolla la obra y el pensamiento de Florence Nightingale. La contienda bélica que mantenía Inglaterra en Crimea provocó en el pueblo inglés un interés inusitado, ya que las crónicas del corresponsal William Howard Russell despertaron la indignación pública sobre los cuidados que se estaban proporcionando a los heridos británicos. Este periodista comparando la atención que el gobierno francés proporcionaba a sus heridos, preguntaba *«¿Por qué no tenemos Hermanas de la Caridad?»* (16). Dos días después de esta publicación Sir Sidney Herbert, Ministro de Guerra, escribió una carta a Florence Nightingale solicitando su ayuda para supervisar y reordenar los hospitales militares allí desplazados. Su labor en distintos hospitales militares, conocida por el pueblo inglés a través de los periódicos, se vio recompensada con las cincuenta mil libras recaudadas a través de donaciones particulares para levantar la conocida Fundación Nightingale (17).

El concepto de higiene en la obra de Florence Nightingale, ha sido considerado de especial relevancia, y como consecuencia de este concepto, es tomada como la primera teórica enfermera. Sin embargo, sus inquietudes teológicas prevalecieron sobre las intelectuales (18), ya que a pesar de que sus coetáneos Pasteur y Koch habían demostrado tanto la causa material como la causa formal de la infección (19), ella negó la validez de estas teorías ya que se apoyaba en la teoría de Adolphe Quetelet, un estadístico belga que afirmaba que la explicación al comportamiento podía hallarse en las condiciones pasadas y presentes. Nightingale, aplicó estas ideas a la salud, por lo que si las condiciones que provocaban la enfermedad eran transformadas, a través de la ventilación y la buena alimentación se podrían desterrar muchas enfermedades comunes en la época. Es decir, la explicación a la ausencia de salud podía hallarse en las situaciones pasadas y presentes, por lo que la modificación del ambiente, al igual que es necesaria para la modificación del comporta-

(16) *The Times:* «Despatches from the Crimea», 9, 12 y 13 de octubre de 1854.

(17) MONICA BALY: *Florence Nightingale and the nursing legacy. Building the Foundaton of Modern Nursing and Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.), pp. 6-18.

(18) Florence Nightingale mantuvo estrechos contactos con todas las religiones cristianas a lo largo de su vida. A la edad de diecisiete años sintió la llamada de Dios, si bien más tarde dudó de la existencia de tal vocación, pero no cesó de mantener contactos con todos a aquellos filósofos y teólogos relevantes que pudieran ayudarla a resolver sus dudas. *Monica Baly, Florence Nightingale and the Nursing Legancy. Building the Foundation of Modern Nursing Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.), pp. 25-29.

(19) Ver en *La explicación científica,* en el capítulo 1 las causas aristotélicas: formal, material, y teleológica.

miento, resultaría, desde estos presupuestos, imprescindible para la modificación del estado de la salud.

Florence Nightingale consideraba que los verdaderos elementos de la Enfermería eran desconocidos, pero, a pesar de ello, propuso el modo que consideraba más adecuado respecto a la intervención de una enfermera. La ausencia de una concepción clara supuso la mezcolanza de distintos elementos. En su libro más influyente, *«Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es»*, afirma: *«Al observar las enfermedades, (...) lo que más fuertemente llama la atención del observador más experimentado es que los síntomas o sufrimientos, generalmente considerados inevitables e inherentes a la enfermedad, a menudo no son en absoluto síntomas de una enfermedad, sino algo muy diferente —la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta; cada una de estas cosas o todas ellas»* (20). Estas observaciones a las que se refiere Nightingale se convierten en el hilo conductor de su obra a la hora de explicar la forma en la que deben actuar las enfermeras, pero, de acuerdo a su propia concepción existen dos elementos bien distintos: el primero de ellos engloba distintas necesidades de las personas —aire fresco, luz, calor, tranquilidad e higiene ya que el concepto de limpieza presenta una doble vertiente para esta autora— mientras que el segundo se caracteriza por describir características en la actuación de la propia enfermera, de modo que es patente la ausencia de conceptos clarificadores sobre la Naturaleza de la Enfermería.

Consideraba que los Cuidados de Enfermería eran radicalmente distintos a la Medicina, al menos en cuanto a sus objetivos. *«Escribiendo al Dr. Pattison Walker en 1866 decía que el propósito de la Medicina debía ser "hacer al público cuidar de su propia salud" mientras que la tarea y el objetivo propio de las enfermeras es el de ser misioneras sanitarias»* (21).

En los libros de Historia de la Enfermería y en los estudios sobre las teorías enfermeras, es frecuente hallar referencias a la obra *«Notas de Enfermería»*, libro donde Nightingale afirma que la obligación de las enfermeras es poner al paciente en una posición para que la Naturaleza actúe sobre él, por lo que es considerada como la primera teórica enfermera que utilizó la corriente higienista del momento como vehículo para el desarrollo disciplinar. Sin embargo, la que es tomada como fundadora de una disciplina científica, creía que el positivismo decimonónico conducía al ateísmo. Por esta razón, debemos entender el concepto de Naturaleza de Florence Nightingale como la manifestación de la Ley de Dios, por lo que sólo así cobra sentido que viera a la En-

(20) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es* (trad. M.ª José Castro Vizcoso), Barcelona, Salvat, 1990, p. 2.

(21) MONICA BALY, *op. cit.*, pp. 25-26.

fermería como una misión religiosa . En su libro de «Notas» incluye entre las materias propedéuticas para el estudio de la Enfermería, es decir las materias que permiten la aprehensión de lo que denominó los «verdaderos elementos de la Enfermería», el estudio de las leyes divinas. Para argumentar lo que consideraba un conocimiento escaso de la mente y el alma del hombre afirma:

«... pero a ninguna madre de familia de ninguna clase, a ninguna maestra de escuela de cualquier clase, ni a las enfermeras de los niños, ni a las enfermeras de hospitales, se les ha enseñado nada acerca de las leyes que Dios ha asignado a las relaciones de nuestros cuerpos con el mundo en que los ha colocado.»

De ahí, es decir de las concepciones filosóficas expuestas, podemos afirmar que la Fundación Nightingale sólo puede ser contemplada como un intento de réplica de las órdenes religiosas católicas que, por las circunstancias religiosas protestantes, no pudo contar entre sus filas con monjas. Esta hipótesis se confirma, como veremos, con el hecho de que Nightingale consideraba que la formación moral, el desarrollo de la personalidad y la autodisciplina de la enfermera, eran una parte fundamental de su formación, que debía ser más potenciada que su formación intelectual (24).

El concepto de enfermedad en Nightingale, no es una cuestión menor en el tema que nos ocupa pues, la visión de misión religiosa de la Enfermería tiene en este aspecto su reflejo correspondiente. Si Dios es el responsable de las relaciones entre nuestro cuerpo y el mundo, que se refleja en las leyes de la Naturaleza, la función de la enfermera es, entre otras, promover el plan divino, es decir, «dejar que la Naturaleza actúe sobre él», de tal forma que la Enfermedad es tan sólo un proceso reparador de esta relación.

«El proceso reparador que la naturaleza ha instituido, y que nosotros llamamos enfermedad, ha sido entorpecido por alguna falta de conocimientos o de atención en alguna o todas estas cosas, y entonces comienza el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo el proceso de recuperación» (25).

Este concepto de la enfermedad, impidió que Florence Nightingale tuviera un concepto teórico claro sobre la Enfermería que permitiera sustituir el conocimiento médico que recibían las estudiantes, por conocimiento enfermero, si bien el primer objetivo

(22) En el año 1860 escribió a Sir John McNeill una carta en la que afirmaba: *«La enfermería como misión religiosa —he ahí nuestro objetivo.» Missionary nurses —these are our aim,* Cfr. MONICA BALY, *op. cit.,* p. 25.

(23) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería,* op.cit., p. 5.

(24) MONICA BALY, *op. cit.,* p. 30.

(25) FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería.* Op. cit., p. 2.

de esta escuela normalizada era el de elevar el nivel hasta el de una profesión . Para ello, en el contrato de las estudiantes de la primera década de funcionamiento de la escuela aparecen explicitados los siguientes puntos:

«Es necesario que usted sea sensata, honesta, responsable, digna de confianza, puntual, tranquila y ordenada, limpia y pulcra.

Puede esperar llegar a ser experta en:

1. *El vendaje de ampollas, quemaduras, inflamaciones, heridas y en la aplicación de emplastos, cataplasmas y vendajes menores.*
2. *Aplicación de sanguijuelas interna y externamente.*
3. *Administración de enemas para hombres y mujeres.*
4. *Manejo de bragueros y dispositivos en enfermedades uterinas.*
5. *El mejor método de masaje del cuerpo y las extremidades.*
6. *El manejo de los pacientes débiles, por ejemplo movimiento, cambio (changing), aseo personal, alimentación, mantenimiento del calor o del frío, prevención y vendaje de las úlceras por decúbito, cambios posturales, y otros.*
7. *El vendaje, vendas enrolladas, revestimiento de tablillas y otros.*
8. *Arreglo de la cama de los pacientes, y en el cambio de sábanas mientras el paciente está en la cama.*
9. *Usted es necesaria para asistir en operaciones quirúrgicas.*
10. *Ser competente para hacer gachas, arruruz, huevos pasados por agua, pasteles, bebidas para los enfermos y otros.*
11. *Comprender que la ventilación o el mantenimiento de la sala fresca por la noche es tan bueno como por el día; Ser cuidadosa para mantener pulcros todos los utensilios que utilice tanto para las secreciones como para aquellos que son necesarios para cocinar.*
12. *Realizar una observación estricta del enfermo siguiendo estos puntos: estado de las secreciones, expectoración, pulso, piel, apetito, conciencia, como delirio o estupor, respiración, sueño, estado de las heridas, erupciones, formación de pus, efectos de la dieta, de los estimulantes y de las medicaciones, y otros.*
13. *Aprender el manejo de convalecientes» (27).*

(26) Carta de FLORENCE NIGHTINGALE a J. MCNEILL, GLRO, HI/ST/NC3/SU123/, diciembre de 1859. Tomado de MONICA BALY, *op. cit.*, pp. 38 y 44.

(27) Tomado de MONICA BALY, *op. cit.*, p. 47.

Esta institución de enseñanza, que tuvo como principal contribución la del establecimiento de una formación para enfermeras laicas, logró que las enfermeras hicieran de los hospitales lugares más agradables, ya que estas obligaciones contractuales que las estudiantes debían observar durante sus años de formación las obligaba al mantenimiento de la higiene (28). Sin embargo, el objetivo de Nightingale no parecía ir más allá de lo que ya había conseguido, lograr el respeto de la sociedad protestante hacia sus enfermeras.

4. CONCLUSIONES

La actual situación de construcción disciplinar de la Enfermería resulta ahora comprensible si tenemos en cuenta que ésta se ha iniciado hace tan sólo cincuenta años. El retraso en la intención de construcción científica de la Enfermería, que incluye la condición sine qua non de introducir materias preparatorias para su estudio o materias propedéuticas, no viene dado por el hecho de que las mujeres tuvieran vedado el acceso al conocimiento científico y a las herramientas del mismo ya que, como hemos visto, los varones también pusieron en práctica acciones de Cuidado Humano. Este retraso vendría dado, en todo caso, por la imposibilidad de acceso al conocimiento de las personas que practicaron estos cuidados, ya que, bien por consideraciones filosóficas hacia el trabajo manual, bien por consideraciones religiosas hacia el cuidado y atención a los más desfavorecidos, estos enfermeros no tuvieron la posibilidad histórica de reflexionar sobre su praxis.

De otra parte, la que es considerada como primera teórica de la Enfermería, no mostró atisbos de intencionalidad de construir un conocimiento científico de la Enfermería, ya que ni tan siquiera la consideraba un conocimiento con idetida propia en el contexto general de la Ciencia. A todas consideraciones debemos añadir que Florence Nightingale consideró que la única materia propedéutica para la Enfermería era la del estudio de las leyes divinas o naturales, de tal forma que en su pensamiento esta ausente la idea de crear una disciplina científica del saber enfermero acumulado durante milenios.

Por lo tanto, tan sólo podemos concluir afirmando que la intención de construcción disciplinar aparece a mediados del siglo XX, es decir, al menos un siglo después de que se creara la Fundación Nightingale que transmitió la fórmula pedagógica empleada por esta mujer de la época victoriana. Es en este momento cuando la Enfermería comien-

---

(28) Estos años de formación y trabajo en el hospital tuvieron una duración de cuatro años, que en el año 1872 pasaron a ser de tres años, para luego trabajar en un hospital público, empleo que les era ofrecido por el Comité de Gobierno del hospital. Tal y como afirma MONICA BALY: *Las nuevas enfermeras podrían incrementar la limpieza y los hospitales podrían llegar a ser lugares más seguros y atractivos,* op. cit., p. 214.

za a preguntarse por su objeto de estudio, de tal forma que comienza a precisar de conocimientos propedéuticos tales como la Filosofía de la Ciencia, para el descubrimiento de la naturaleza y esencia de la Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

BALY, Monica: *Florence Nightingale and the nursing legacy. Building the Foundaton of Modern Nursing and Midwifery,* BainBridgeBooks, Philadelphia, 1997 (2.ª ed.).

CAMPOS RUIZ, J., e I. ROCA MELIÁ (eds.): *Reglas monásticas de la época visigoda,* Madrid, B.A.C., 321, 1971.

DINGWALL, R.; ANNE MARIE RAFFERTY y CHARLES WEBSTER: *An Introducction to the Social History of Nursing,* Londres, Routledge, 1988.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmen: *Los cuidados y la profesión enfermera en España,* Madrid, Pirámide, 1986.

DONAHUE, Patricia: *Historia de la Enfermería* (trad. María Picazo y Carmen Hernández), Barcelona, Doyma, 1988 (1ª ed. inglesa, 1985).

FARRINGTON, Benjamin: *Mano y cerebro en la Grecia antigua,* Madrid, Ayuso, 1974.

HERNÁNDEZ MARTÍN, Francisca (coord.): *Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días,* Madrid, Síntesis, 1996.

HERNÁNDEZ CONESA, Juana: *Historia de la Enfermería. Una análisis histórico de los Cuidados de Enfermería.* Madrid, Interamericana/Mc-Graw Hill, 1995.

KATZ ROTHMAN, Barbara: *In Labor. Women and Power in tha Birthplace,* Nueva York y Londres, W. W. Norton & Company, 1991.

KOZIER BARBARA, Glenora Erb, y KATHLEEN BLAIS: «Influencias históricas y sociales en enfermería», en *Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería,* México, 1995.

LAÍN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea,* Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1962.

RAFFERTY, Anne Marie: *The Politics of Nursing Knowledge,* Nueva York, Routledge, 1996.

FUENTES

FLORENCE NIGHTINGALE: *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es* (trad. M.ª José Castro Vizcoso), Barcelona, Salvat, 1990.

SORANO, Gyneacia (trad. Owsei Temkin), Londres y Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1956.

The Times, «Despatches from the Crimea», 9, 12 y 13 de octubre de 1854.

Las enfermeras y los grupos de apoyo comunitarios

Angustias González Rodríguez(*) y M.ª Isabel Mariscal Crespo(*)

(*) Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Huelva.

A medida que ha evolucionado la manera de entender el proceso salud-enfermedad, enfocado éste desde la responsabilidad colectiva, la comunidad va tomando conciencia de su protagonismo. Los cambios demográficos, estilos y nivel de vida así como los nuevos problemas de salud y el comportamiento de la población frente a los mismos, ha provocado un aumento de forma considerable de asociaciones de personas con necesidades específicas, los denominados grupos de apoyo y ayuda mutua, que de forma cooperativa intentan hacer frente a situaciones muy diversas. La demanda de información, colaboración, apoyo o, simplemente, la presencia de los enfermeros en relación con estos grupos identificada en los últimos tiempos, ha hecho que surja esta iniciativa de realizar un encuentro entre las diferentes asociaciones y el colectivo enfermero con el propósito de introducirnos en este tejido social con unas necesidades específicas de cuidados, ya que es un campo poco explorado.

OBJETIVOS

- Identificar las necesidades especificas de cuidados en el entorno de las asociaciones de personas con problemas específicos de salud.
- Relacionar la oferta de servicios enfermeros con estas demandas.

- Buscar estrategias que propicien el conocimiento por parte de la población la oferta de servicios enfermeros.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización de una jornada de trabajo de 10 horas (un día) con la siguiente programación:

- Conferencia sobre la oferta de los servicios enfermeros y el conocimiento que tiene la población sobre ellos.
- Mesa redonda, con la participación de diferentes representantes de asociaciones de personas con problemas de salud diversos y profesionales de enfermería.
- Trabajos de grupo (compuesto por 15 asistentes por grupo, entre profesionales, alumnos de enfermería, Trabajo Social y otras titulaciones) donde se analizaron las diferentes temáticas expuestas, posterior puesta en común y elaboración de conclusiones. Llevándose a cabo un análisis documental de los 10 trabajos realizados.

RESULTADOS

Al utilizar una metodología cualitativa se detallan a continuación los resultados más significativos.

- Necesidad de potenciar la oferta de servicios enfermeros y su comunicación (80% de los participantes).
- La apertura a la sociedad contribuiría a modificar la imagen de la enfermería (75% de los participantes).
- Los contenidos formativos del curriculum han de conectar más con la realidad social (63% de los participantes).
- Deben explorarse nuevos campos de prácticas con una visión más innovadora y no los estrictamente ceñidos a los ámbitos institucionales (44% de los participantes).

CONCLUSIONES

Se hace necesario integrar en el curriculum básico los contenidos necesarios que capaciten a los profesionales para adecuar el perfil a estas nuevas necesidades de cuidados.

Identificar nuevos campos de prácticas en la formación básica que provocaría nuevas expectativas profesionales.

Abordar las nuevas demandas que generaría una oferta profesional más amplia y diversificada.

La actuación de Enfermería en niños discapacitados deficientes y/o minusválidos en escuelas de Primaria estatales

Silvia Marín González(*), Joaquín Munuera Moreno(*) y Esperanza María Sánchez Vigara

(*) Alumnos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia.

ANTECEDENTES

Actualmente, en las escuelas primarias estatales de la Región de Murcia, entre el grupo de población de edad comprendida entre 6-12 años, existe un 41,75% que presentan discapacidad, deficiencias y/o minusvalías. Aunque la adaptación académica u pedagógica se ha culminado ya, según la Ley Ordenación General de la Educación (LOGSE), la asistencia sanitaria es efectuada a priori por personal del cuerpo del profesorado o por auxiliares técnicos pedagógicos.

Los objetivos de este estudio son: Analizar las repercusiones de la Enfermería de este ámbito y verificar la importancia del mismo en este grupo de población (niños de 6 a 12 años con discapacidad, deficiencias y minusvalía).

MÉTODO

Hemos escogido un diseño exploratorio para así verificar las estrategias metodológicas más adecuadas, estableciéndolas en el marco teórico de Dorothea Orem, según este modelo una persona presenta una agencia y una demanda de autocuidado en función de los requisitos que presente, ya que el autocuidado son todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por el individuo para proporcionar-

le y mantener el bienestar personal durante toda la vida, este autocuidado se presenta de tres formas:

A) Requisitos de autocuidado universales. Son comunes en todos los individuos (como, por ejemplo, ingesta de agua y alimentos, eliminación, etc.).

B) Requisitos de autocuidado en el desarrollo. Son aquellos requisitos que aparecen como consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como podría ser la pérdida de un ser querido, pérdida de la imagen personal, etc.

Cuando la demanda del requisito supera a la propia agencia se produce un déficit de autocuidado donde debe intervenir la Enfermería.

Utilizando esto como base hemos escogido como muestra niños de 6 a 12 años escolarizados en escuelas estatales que presentan necesidades especiales:

— Déficit de órganos internos de la función cardiorrespiratoria y gastrointestinal. Minusvalía e independencia física y de integración social como, por ejemplo, *Fibrosis Quística.*

— Déficit musculoesquelético, déficit mecánico y motriz en las extremidades.

Este grupo de población presenta además unas determinadas características que nos sirven para delimitar las variables a estudiar que son las siguientes:

Al ser un grupo cuya edad media oscila entre 6-12 años se encuentra en el grupo de la infancia que presenta un requisito especial (mala salud e incapacidad y limitación que presenta su agencia de autocuidado); al ser niños no tienen desarrollada plenamente su madurez intelectual, por lo que se les limita la falta de conocimientos y habilidades para proporcionarse su autocuidado, por lo que extraemos la siguiente valoración.

Hemos utilizado el proceso de Enfermería que sirve para la recogida de datos.

— Déficit de órganos internos de la función cardiorrespiratoria y gastrointestinal. Minusvalía de independencia física y de integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. Mantenimiento de un aporte de alimento suficiente y la provisión de cuidados apropiados con los procesos de eliminación y los excrementos.

3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
4. Requisito del autocuidado del desarrollo: mala salud o incapacidad.

— Déficit musculoesquelético. Déficit mecánico y motriz en las extremidades que produce una discapacidad de la excreción (dificultad excretoria incontrolada), discapacidad de la excreción. Minusvalía de integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción humana.
3. Requisitos del autocuidado del desarrollo: mala salud o incapacidad.

— Déficit viscerales de órganos internos que afectan a la función cardiorrespiratoria. Minusvalía de independencia física:

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. Mantenimiento entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento entre la soledad y la interacción humana.

Previsión de cuidados para mitigar los efectos negativos existentes en mala salud o incapacidad.

— Déficit mecánico y motriz de órganos internos lo cual produce una minusvalía de interacción social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Previsión de cuidados para mitigar los efectos negativos existentes en mala salud o incapacidad.

— Déficit músculo-esquelético, Déficit de extremidades, Déficit longitudinal de las partes proximales de las extremidades inferiores. Produce una discapaci-

dad de la excresión, discapacidad de higiene personal, discapacidad de la ambulación lo cual produce una minusvalía de movilidad e integración social.

Requisitos de Cuidado Universal:

1. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
2. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
4. Promoción de la normalidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD (PARA TODOS LOS GRUPOS DE LA MUESTRA)

— Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación preescritas dirigidas a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano.

LIMITACIÓN DEL AUTOCUIDADO

Limitación para la acción:

— Falta de los conocimientos o de desarrollo de las habilidades necesarias para hacer operativas las decisiones sobre el autocuidado.

Debido a esta limitación este grupo de población se encuentra en un sistema Parcialmente Compensatorio en el cual los pacientes y el profesional de Enfermería realizan medidas de cuidados u otras acciones que implican tareas de manipulación o de ambulación.

RESULTADOS

Una vez concluida la valoración observamos que presentan un déficit de autocuidado porque la agencia no es capaz de satisfacer la demanda de autocuidado.

El principal problema que presenta este grupo de población es que en su entorno no existe una disciplina que utilice los métodos de ayuda con este grupo. La Enfermería en este tipo de entorno de la escuela de primaria puede mediante los cinco Métodos de Ayuda puede suplir esta demanda de autocuidado llevando a cabo las medi-

das pertinentes compensando las limitaciones del niño y ayudarlo en lo que necesite (Sistema Parcialmente Compensatorio).

CONCLUSIONES

La presencia de la Enfermería como disciplina universitaria con un perfil formativo adecuado a esta demanda garantizaría la calidad de la asistencia sanitaria citada en Real Decreto 732/1995 del «BOE», ya que en éste se refleja en concepto de Enfermedad Crónica, característica común que tiene esta muestra.

Implantación de la aplicación informática de cuidados. Formación para el cambio

Tomás Sebastián Viana(*) y Mercedes Cañas Gil(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos. Formación Continuada de Enfermería. Madrid

PALABRAS CLAVE

1. Experiencia Formativa.
2. Aplicación informática de cuidados.
3. Programa formativo.

INTRODUCCIÓN

Entre febrero y junio del año 1999 se procede a implantar la aplicación informática de cuidados en 15 unidades de nuestro hospital, la formación la realizó una consultora. Con esta implantación se llega tener alrededor del 65% del personal de enfermería de la hospitalización informatizada. A partir de ese momento se plantea que es necesario avanzar en la implantación y alcanzar la informatización de todas las unidades de enfermería. Para lograrlo se planteó que las labores de formación y consultoría se realizase por enfermeras de nuestro hospital, para ello se crea la unidad de coordinación de la aplicación informática de cuidados, con dos enfermeras y coordinada por la Dirección de Enfermería.

En la primera fase se planteó la formación con tres cursos independientes (Windows 95 de 6 horas de duración. Taller de metodología de cuidados de 18 horas de duración

y usuario de la aplicación de 12 horas de duración). La formación se realizó en la mayor parte dentro de la jornada laboral. Este hecho, unido a que cada semana se implantaba una unidad, provocó problemas puesto que en las últimas unidades en las que se informatizó, desde la formación de los profesionales hasta la implantación transcurrió un plazo excesivo de tiempo.

Por ello, al asumir el hospital la formación, se decidió cambiar la dinámica de formación e implantación. En primer lugar, en el diseño de la metodología y del programa, se partió de los que consideramos dos problemas fundamentales:

- El desconocimiento y el miedo que se tenía hacia las nuevas tecnologías.
- El escaso uso que existía de la metodología y del proceso de enfermería.

Partiendo de estas premisas, se decidió integrar los tres cursos en uno. Además se decidió formar a unidades completas en las tres semanas previas a la implantación, esto tenía como consecuencia la necesidad de hacer los cursos fuera del horario laboral que fue la situación que más problemas nos generó. En esta fase se mantuvo el apoyo directo de consultoría durante los turnos de mañana y tarde la primera semana de la informatización de la unidad, ya que se comprobó la efectividad de esta intervención durante la primera fase de la implantación.

En esta comunicación resume la actividad realizada por esta unidad en la implantación de la aplicación informática de cuidados en las unidades asistenciales.

OBJETIVOS

1. Describir el programa formativo llevado a cabo.
2. Evaluar la efectividad de las actividades realizadas por la unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para formar a toda la plantilla de las unidades asistenciales, se elaboraron dos cursos:

— Un curso dirigido a enfermeras de 28 horas de duración, distribuido en siete jornadas de cuatro horas cada una. La metodología era expositiva-participativa, con gran cantidad de prácticas en ordenador. El programa del curso integraba:

- Conocimientos de informática básica (4 horas). El objetivo, era dar una visión general de las posibilidades que tiene la informática, en el ámbito personal y profesional, con la intención de que las enfermeras perdiesen el miedo al ordenador.

- Aplicación de la metodología de enfermería en la aplicación informática de cuidados (12 horas). Desde una perspectiva de utilidad practica, se hacía un recordatorio del proceso de enfermería y del modelo de Virginia Henderson, a través de exposiciones cortas y dinámica de grupos.
- Usuario de la aplicación (12 horas), totalmente práctico y con un ordenador por alumno.

— Un curso dirigido a auxiliares de enfermería de 21 horas de duración, distribuido en cinco jornadas de cuatro horas y 15 minutos cada una, con la misma metodología que el curso para las enfermeras. El programa del curso integraba:

- Conocimientos de informática básica (4 horas), con la misma finalidad que en el caso de las enfermeras.
- Aplicación de los cuidados básicos de enfermería en la aplicación informática de cuidados (8 horas). En el que se reflexionaba sobre los cuidados básicos de enfermería, y la importancia de una correcta praxis y registro de ésta. Utilizando para ello exposiciones cortas y dinámicas de grupos.
- Usuario de la aplicación (9 horas). Con la misma metodología que en el curso dirigido a las enfermeras.

La formación se completó con una enfermera consultora en los turnos de mañana y tarde para resolución de dudas y problemas durante la primera semana de la implantación.

La evaluación de la actividad, se realizó mediante un estudio retrospectivo de las evaluaciones de los cursos.

Para evaluar la efectividad de la implantación se recogen datos de un estudio descriptivo transversal de todas las historias electrónicas de enfermería de los pacientes ingresados en unidades informatizadas. La recogida de los datos se realizó por unidades entre el 22 de diciembre de 2000 y el 2 de enero de 2001.

RESULTADOS

La formación empezó en marzo de 2000 y finalizó en diciembre de 2000. Al final de la implantación la cobertura de personal formado fue superior al 95% en todas las unidades, no se alcanzó el 100% por las bajas laborales, contrataciones posteriores a la formación, etc.

- Se impartieron 12 ediciones del curso dirigido a las enfermeras, con un total de 162 enfermeras formadas. Un resumen de las evaluaciones globales de todos los cursos está en la tabla 1.

Tabla 1: Evaluaciones cursos enfermeras.

	MUY BIEN	BIEN	ADECUADO	MAL
Interés de curso	32,4%	44,8%	20%	2,8%
Capacidad del Profesorado	64,1%	26,2%	6,9%	2,8%
Contenido	24,8%	46,8%	18,6%	9,8%
Calificación global del curso	21,3%	43,4%	28,2%	7,1%

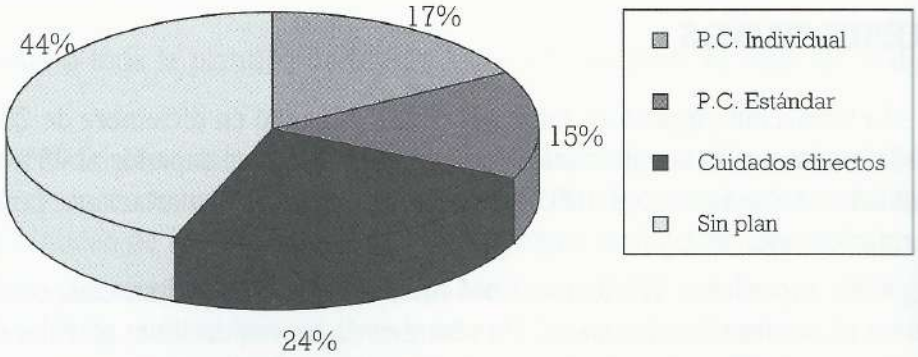
- Se impartieron diez ediciones del curso dirigido a auxiliares de enfermería, con un total de 126 auxiliares formadas. Un resumen de las evaluaciones globales de todos los cursos está en la tabla 2.

Tabla 2: Evaluaciones cursos auxiliares.

	MUY BIEN	BIEN	ADECUADO	MAL
Interés de curso	44,2%	46,9%	8,8%	0%
Capacidad del Profesorado	84,9%	12%	3,1%	0%
Contenido	24,8%	52,2%	17,7%	5,3%
Calificación global del curso	30,1%	54%	14,5%	1,4%

- Se realizaron 260 horas de apoyo directo de consultoría en las unidades asistenciales la primera semana de la implantación.
- En diciembre de 2001, en la práctica totalidad de las unidades se habían sustituido los registro habituales (gráfica, comentarios evolutivos, etc.) y ya sólo se utilizaban los registros informáticos. Además el porcentaje de historias sin plan de cuidados, era sólo del 44,8%, un 32% de los pacientes tenía plan de cuidados individualizado o estándar correctos metodológicamente, el 24% restante tenían planes de cuidados en los que se registra únicamente las actividades de enfermería. Se analizaron un total de 733 historias electrónicas.

Gráfico 1: Tipo de planes de cuidados.



CONCLUSIONES

Las evaluaciones de los cursos han sido buenas, pese a la limitación de realizarse fuera del horario laboral, hecho que apunta a que en muchos casos puede ser bueno utilizar como docentes y/o consultores a profesionales del propio centro.

Los resultados en la implantación de la metodología de la aplicación informática de cuidados, son aceptables, y evidentemente mejorables. Por ello se han planteado y se están planteando una serie de estrategias, para lograr que el 2001 sea el año de la consolidación del uso de la aplicación informática de cuidados en nuestro hospital.

Destacar como conclusión final que hemos recorrido un largo trecho. El que hoy la enfermería de nuestro hospital este informatizada, se haya sustituido casi en su totalidad los registros en papel y el que poco a poco la enfermería vaya avanzando en el proceso de implantar la metodología de enfermería al trabajo cotidiano, ha sido un gran logro. Sería injusto no reconocer el gran esfuerzo que han realizado y siguen realizando los profesionales de enfermería, que con su gran capacidad de adaptación y su esfuerzo diario se hacen dignos de nuestro más sentido reconocimiento y admiración.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería como coordinadora de calidad de cuidados

R. Buisán Pelay(*) y R. del Pozo Herranz(*) y M. Corral Bocos(*)

(*) Hospital Virgen de la Torre. Área 1 Especializada. INSALUD. Madrid

ANTECEDENTES

La idea de conocer la rentabilidad de las acciones formativas suscita un interés permanente en todos los sectores y el sanitario no es ajeno a él.

La Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Área 1 de Atención Especializada del Insalud, comenzó su andadura en el año 1994 y desde entonces se ha ido avanzando en la evaluación de las Acciones Formativas, desde la elemental evaluación de reacción, a la de conocimientos y, posteriormente, a la evaluación sobre la aplicación de los temas impartidos.

OBJETIVO

Mostrar el desarrollo metodológico de *la evaluación de aplicación* y los resultados obtenidos en cursos impartidos sobre las distintas áreas del cuidado enfermero, durante los años 1995 al 2000.

METODOLOGÍA

Proceso previo: Integración de objetivos/demanda

Planificación del Programa de Formación

1. *Objetivos* institucionales del contrato de gestión del Área/Insalud.
   Objetivos institucionales internos.
   Demanda de formación específica de los profesionales para el desempeño del puesto de trabajo: encuesta bienal.
2. *Niveles estratégicos:* Capacitación en conocimientos, Entrenamiento en habilidades y Desarrollo personal del empleado.
3. *Elementos del programa:* Actividades docentes, Infraestructura y Presupuesto.
   Evaluación: Reacción-Conocimientos-Aplicación.

Resultados en la evaluación de la aplicación (1)

Área de metodología de cuidados

— Programa de Informe de Enfermería al Alta/Coordinación de cuidados.
— Sistema de Registros de Cuidados.
— Planes de Cuidados Estandarizados.

Área de mejora de la calidad

— Manual de Procedimientos enfermeros del Área.
— Protocolo y monitorización del Programa de Cuidados: Úlceras por Presión.
— Prevención y monitorización de accidentes y caídas de pacientes.
— Monitorización de Infección Nosocomial: venopunción, sondaje vesical, curas...
— Evaluación anual sistemática de cumplimentación de registros.
— Elaboración multidisciplinar de Vías Clínicas: implantación y evaluación.

Área de gestión

— Definición de puestos de trabajo de la División de Enfermería.
— Definición e implantación de Indicadores de Actividad.
— Elaboración y puesta en práctica de la Evaluación del Desempeño.

(1) En las Jornadas se presentarán los datos de los indicadores ampliados.

Área de coordinación

— Grupo promotor del Comité Asistencial de Bioética: primaria/especializada.

— Grupo de Recuperación Cardiopulmonar (R.C.P.).

Innovación de un perfil curricular en Enfermería en relación con la demanda social y su incremento en ésta

Antonio Boluda Aparicio(*), Andrés López Gázquez(*) y Fuensanta Murcia Nicolás(*)

(*) Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia.

ANTECEDENTES

Actualmente en la Diplomatura de Enfermería como titulación universitaria, permite a través de las asignaturas optativas y créditos de libre configuración que el estudiante oriente su educación universitaria, creando su propio perfil formativo en función del ámbito profesional que le interese.

Este proceso hace que el campo de actuación de la enfermería se amplíe debido a la existente demanda social, la cual exige unos profesionales mejor formadas y cualificados.

Los objetivos se este proyecto son:

— Analizar el estado actual de la repercusión de las intensificaciones curriculares en al ámbito profesional.

— Explicar las posibilidades de la orientación curricular al ámbito profesional.

MÉTODO

Hemos aplicado un diseño exploratorio para determinar las estrategias más pertinentes de acuerdo con el modelo teórico de Dorothea Orem.

Según este modelo una persona tiene una agencia y demanda de autocuidado en función de los requisitos que presente. El autocuidado con todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por el individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida. Este autocuidado se realiza en función de tres requisitos:

a) Universales: Son aquellos requisitos comunes en todos los individuos, como son: mantenimiento del aire, agua, ingesta de alimentos, descanso, etc.

B) Desarrollo: Aquellos requisitos universales de autocuidado específicos como consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como podría ser la adaptación a la pérdida de una esposa, cambios en la imagen corporal (quemaduras, alopecia, etc.), cambio de lugar de residencia.

C) Requisitos de desviación de la salud: Son aquellos que son consecuencia de un proceso patológico, lesión o desviación de la ejecución de su tratamiento. Abarca acciones como son: búsqueda de asistencia medica, ejecución del tratamiento prescrito y aceptar la vida con las consecuencias de la enfermedad o su tratamiento.

Cuando la demanda de su requisito supera a la propia agencia se produce un déficit de autocuidados en el cual debe intervenir el personal de enfermería.

Basándonos en esto, si tomamos como grupo de población, como muestra al diseño escogido, a los individuos entre 6-12 años con necesidades especiales (discapacitados, minusvalidos y deficientes) y aplicamos la Teoría General de la Enfermería de Orem, veremos que estas personas por su limitación en la agencia de autocuidados presentan un déficit en el mantenimiento y promoción de su bienestar personal.

Esta limitación se presenta principalmente por la falta de los conocimientos o de desarrollo de las habilidades necesarias para hacer operativas las necesidades de auto cuidado, lo cual imposibilita la acción de dicho autocuidado.

Aparte, si tenemos en cuenta que el grupo escogido tiene unos requisitos específicos de acuerdo a la etapa de vida a la que pertenecen, presentan unas condiciones que influyen en su evolución humana y que por lo tanto agrava la limitación de su agencia de autocuidado (mala salud o incapacidad y problemas de adaptación social).

Estas condiciones nos han servido para delimitar los criterios a estudiar que en este caso hemos escogido como variante los requisitos de autocuidado universal.

RESULTADOS

Una vez concluida la valoración de esta poblacion observamos tienen un déficit de acuerdo por que la agencia no es capaz de satisfacer los requisitos debido a que un re-

quisito del acuerdo del desarrollo es de carácter crónico (mala salud o incapacidad). A un teniendo este déficit, conforme vaya madurando el intelecto del niño, la limitación de la agencia de autocuidado irá disminuyendo y así ésta podría suplir la demanda de autocuidado terapéutico, es deber de la Enfermería que este proceso se realice de forma correcta mediante los cinco Métodos de Ayuda:

1. Actuar por otra persona o hacer algo por ella: este método requiere que la enfermería emplee las habilidades desarrolladas para el logro de resultados específicos. Debe tener en cuenta la naturaleza, grado y duración del déficit de autocuidado.

2. Guiar al otro: La Enfermería debe intervenir aquí cuando la persona debe hacer elecciones, o seguir el curso de una acción.

3. Apoyar a otro: aquí la Enfermería, con respecto a este grupo de personas, debe prevenir que tome una decisión equivocada o que se encuentre en una situación desagradable, ya que dando apoyo físico y emocional, la enfermería es capaz de estimular a la otra persona o perseverar en el desempeño de una tarea, pensar sobre una situación, o tomar una decisión.

4. Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo:

   Este método requiere que la Enfermería proporcione ayuda a que se establezcan condiciones del entorno que motivan a la persona ayudada a establecer los objetivos apropiados y ajustar su comportamiento para lograr los resultados especificados por los objetivos.

5. Enseñar a otro: este método es válido por este grupo de población porque necesitan instrucción para desarrollar el conocimiento de habilidades particulares, aquí la Enfermería debe tener en cuenta y ser consciente de que la persona a ayudar conoce plenamente todo lo que necesita saber.

   Debido a que este grupo de población llevaría a cabo algunas de las medidas de autocuidado, regula su propia agencia y acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera, se encuentra en un Sistema Parcialmente Compensatorio, además se encuentras en pleno desarrollo formativo, de forma que la Enfermería actúa aquí analizando las capacidades y limitaciones de este grupo de población.

   Pero para esto se necesitan unos conocimientos sobre este tipo de personas con necesidades especiales.

CONCLUSIONES

La implantación de asignaturas optativas y créditos de libre configuración (con contenido acerca de los Cuidados de Enfermería a este grupo de población) es actualmen-

te el mejor método para adecuar los perfiles formativos y posteriormente profesionales al mercado laboral, así como, genera una demanda de profesionales con mantenimientos específicos, porque la Universidad, «como principal centro formativo e investigador» puede adelantarse a esta demanda innovando los perfiles formativos.

Equipo de Enfemería versus enfermera/auxiliar de Enfermería

M.ª Elena Fernández Martínez(*), M.ª Aurora Rodríguez Borrego(*), M.ª Encina Castro González(*), José Manuel de Luis González(*), Ana López Alonso(**) y Francisco Javier Pérez Rivera(**)

(*) EUE León (Campus de Ponferrada. (**) EUE León.

INTRODUCCIÓN

Desde la Escuela de Enfermería de Ponferrada, hemos pretendido traer a estas Sesiones de Trabajo dos realidades que conformarían el equipo, ese equipo del que tanto se habla y del que forman parte: paciente, familia, enfermera, auxiliar de enfermería...

Quisiéramos introducirlo con una referencia de Rosalinda Alfaro cuando en las XVII Sesiones de Trabajo de la AEED dijo que «como científicos las enfermeras no podemos basar nuestra práctica en cuidados rituales. Debemos cuestionarnos constantemente qué hacemos y cómo podemos hacerlo mejor» [16].

Revisando los libros de las Sesiones de Trabajo de la AEED nos dábamos cuenta de que era un tema ya tratado, incluso desde las primeras sesiones, especialmente en lo relacionado con el equipo de Enfermería (Enfermera-Auxiliar de Enfermería) [2], [6], [9], [11], [8].

En 1991, Sagrario Almazán [11] indicaba que «en este país el sistema de personal de enfermería está constituído por dos colectivos perfectamente diferenciados, enfermeras y auxiliares de enfermería, que inmersos en la organización, es decir, en las instituciones de salud, constituyen un equipo de trabajo: el equipo de enfermería».

Volviendo a Alfaro, decía: «Debemos abrir nuevos caminos a través del liderazgo, la comunicación y la colaboración para juntos poder derribar las barreras existentes entre las enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud» [16].

Por tanto los *OBJETIVOS* que nos planteamos son:

1. Reflexionar sobre cómo se están prestando los cuidados enfermeros.
2. Conocer la aportación de las auxiliares de enfermería en España a los cuidados enfermeros a través de la revisión bibliográfica.
3. Fomentar el trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión bibliográfica.

INSTRUMENTOS

A. Libros de las Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Todos los editados desde su inicio.

B. Legislación:

— Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema educativo.

— Real Decreto 676/1993, de 7 de mayo.

— Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (publicado en el «BOE» el 5 de junio de 1995), por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

— CANTÓN MAYO, Isabel: *Manual de organización de centros educativos*, Ed. Oikos-tau, Barcelona, 1996.

C. Proyecto de Carrera Profesional suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería.

D. Búsqueda en las siguientes revistas en el período 1991-2000:

— Enfermería clínica.

— Enfermería científica.

— Rol.

— Metas (desde su creación).

— Index (desde su creación).

— Nursing.

E. Veintidós números de la revista de *Auxiliares de Enfermería Nosocomio,* del número 1 al 24, pero nos faltan el número 6 y el 23.

RESULTADOS

— En los libros de las Sesiones de la AEED hemos encontrado ocho referencias al tema: 1982, 1986, 1989, 1990, dos en 1991, 1993 Y 1994.

— En la legislación vigente y en el proyecto de carrera profesional suministrado por el SAE se reflejan las funciones de los Auxiliares de Enfermería.

— En las revistas de enfermería sólo hemos encontrado un artículo sobre la evolución profesional de los Auxiliares de Enfermería y una carta al director en relación al título de técnico en cuidados auxiliares de Enfermería.

— En los números de la revista *Nosocomio* hemos encontrado cinco referencias al trabajo en equipo de enfermería: número 1, número 16, número 18, número 19 y número 22.

DISCUSIÓN

— A nivel de los libros de la AEED observamos un interés por fomentar el trabajo en equipo de enfermería desde diferentes perspectivas.

— Hay clara relación en cuanto a contenidos y reflexión del tema del auxiliar de enfermería en el artículo publicado en Enfermería científica titulado «La evolución profesional de los auxiliares de enfermería», la revista *Nosocomio*, el proyecto de carrera profesional del SAE y la legislación mencionada previamente.

— Respecto a las enseñanzas mínimas y competencias que se relacionan en el R.D. 546/1995 parece haber en relación a los cuidados básicos una gran confluencia con los cuidados básicos suministrados por la enfermería.

— En relación al proyecto suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, se da a entender que este colectivo basa su pertenencia al equipo en lo que ellas consideran la gran amplitud de cuidados que realizan de forma habitual e independiente de la enfermera.

CONCLUSIONES

1. Parece que sería indicado conocer desde el colectivo enfermero datos medibles de la actividad real de cuidados por parte de las Auxiliares de Enfermería.
2. Nos preguntamos si sería conveniente buscar el consenso entre las partes implicadas en el proceso del cuidado: enfermera, auxiliar, familia.
3. Todo esto nos puede llevar a buscar formas de integrar al colectivo de Auxiliares de enfermería plenamente en el equipo de enfermería:
   — En la valoración de las necesidades de los pacientes.
   — En la realización de planes de cuidados.
   — En la ejecución de los mismos.
   — En la evaluación del plan.
4. Y por último nos parecería necesario favorecer el feed-back mediante foros y reflexiones conjuntas, quizá éste sería uno bueno.

BIBLIOGRAFÍA

[1] *II Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1981, «La Formación postbásica en Enfermería».

[2] *III Sesiones de Trabajo de la AEED,* Barcelona, 1982, «La Enfermería en el sistema Sanitario».

[3] *IV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Granada, 1983, «Calidad en el trabajo de Enfermería».

[4] *V Sesiones de Trabajo de la AEED,* Torremolinos, 1984, «La Enfermería ante la Ley».

[5] *VI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1985, «La Enfermería en el sistema de Salud».

[6] *VII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Valencia, 1986, «La Enfermería para el 2000. Un reto, unas soluciones».

[7] *VIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Tenerife, 1987, «¿Quién dirige la Enfermería?».

[8] *IX Sesiones de Trabajo de la AEED,* Santander, 1988, «Enfermería, Salud y Sociedad».

[9] *X Sesiones de Trabajo de la AEED,* Madrid, 1989, «10 años de Enfermería en España. Análisis de una situación».

[10] *XI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cáceres, 1990, «La investigación en Enfermería».

[11] *XII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Toledo, 1991, «Enfermería, realidad en crisis».

[12] *XIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Sevilla, 1992. «Las enfermeras del tercer milenio».

[13] *XIV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Burgos, 1993. «Cuidados y Comunicación: La comunicación como fundamento del cuidado Enfermero».

[14] *XV Sesiones de Trabajo de la AEED,* Barcelona, 1994. «Innovaciones en Enfermería: Construyendo cultura profesional».

[15] *XVI Sesiones de Trabajo de la AEED,* Palma de Mallorca, 1995. «Ante los problemas de la marginación, las Enfermeras responden».

[16] *XVII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cuenca, 1996. «Las Enfermeras. Diversas miradas para una imagen».

[17] *XVIII Sesiones de Trabajo de la AEED,* Cádiz, 1997. «20 años de formación Enfermera. Repercusiones en la práctica profesional».

[18] *XX Sesiones de Trabajo de la AEED,* San Sebastián, 2000. «20 años creando estilo enfermero. La propuesta de la AEED para la excelencia profesional».

[19] *Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema educativo.*

[20] *Real Decreto 676/1993, de 7 de mayo.*

[21] Real Decreto 546/1995, de 7 de abril (publicado en el *BOE* el 5 de junio de 1995), por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas.

[22] CANTÓN MAYO, Isabel: *Manual de organización de centros educativos.* Ed. Oikostau, Barcelona, 1996.

[23] *Proyecto de Carrera Profesional suministrado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería.*

[24] *Enfermería clínica,* 1991-2000.

[25] *Enfermería científica,* 1991-2000.

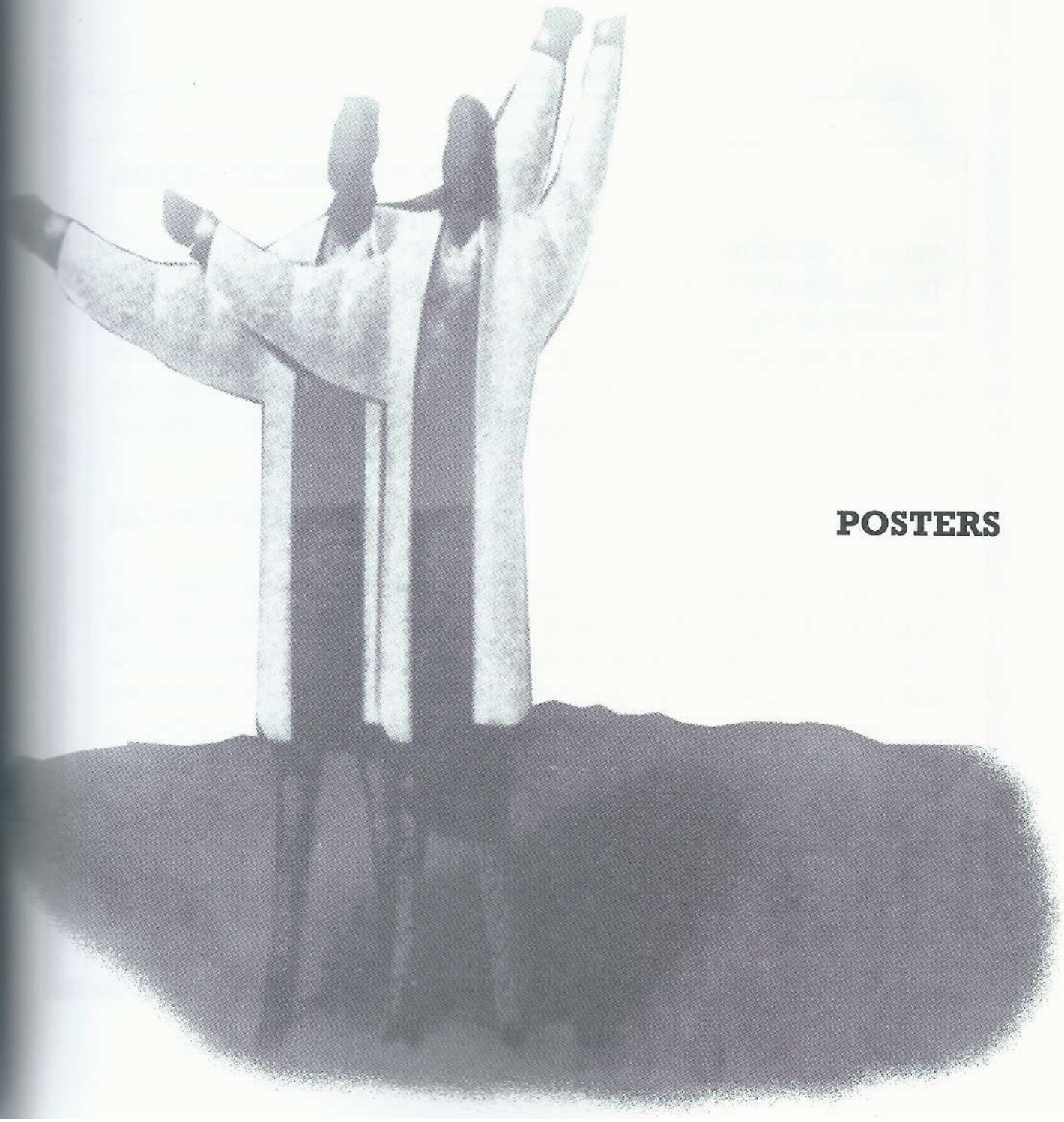
[26] *Rol,* 1991-2000.

[27] *Metas,* 1991-2000.

[28] *Index,* 1991-2000.

[29] *Nursing,* 1991-2000.

[30] *Nosocomio,* revista de Auxiliares de Enfermería, 1993-2000.



POSTERS

La formación continua en enfermería a través de Internet

Caridad Ropero Mengibar

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Son muchas las iniciativas que se han realizado en otros campos relacionados con la formación permanente en Intemet, el objetivo de esta comunicación es situar en el contexto actual de las nuevas tecnologías de la información como se ubica nuestra profesión y cuáles son las necesidades que por la naturaleza del ejercicio de la misma, nos hacen considerar la nuevas vías que nos ofrecen las tecnologías de la información.

METODOLOGÍA

La información en la que se apoya la presente comunicación se apoya en una labor previa de documentalismo, apoyada en los buscadores nacionales e intemacionales disponibles en la red, y en la experiencia en actividades de formación permanente del Centro de Recursos Telemáticos Agrobyte, asi como en el análisis de la situacióon actual del ejercicio cotidiano de la profesión de Enfermería.

RESULTADOS

La formación a distancia vía Internet es el único soporte que permite la deslocalización en el espacio y el tiempo de la información, este aspecto es el

que permite ofrecer un sistema de formación que se acomode a la casuística compleja de los horarios y turnos que rige un amplio colectivo de profesionales de nuestro campo. Los costes son inferiores que los asociados a la docencia presencias desde el momento en que desarrollado un curso la posibilidad de su difusion afecta un colectivo totalmente abierto a la demanda, reduciéndose por tanto la inversion por profesional formado. Por otro lado los costes de la actualización son más reducidos que los asociados a la forrnación a distancia en soporte papel, no solo por que se eliminan los costes del soporte sino por que se elimina asimismo los asociados a su difusión. Finalmente la extensión geográfica de su distribución permite el planteamiento asociado de cobertura de los costes de produccion de los modulos de formación.

Implantación de un programa informático para la asignación de plazas en las prácticas de Enfermería

Montserrat Vila Gangolells(*), Anna Escayola Maranges(*) y Pilar Reig Torremorell(*)

(*) Escuela de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Fundación Universitaria del Bages.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Una de las principales preocupaciones del personal docente de las escuelas de Enfermería ha sido y sigue siendo el desarrollo de la enseñanza durante las prácticas clínicas. El currículum del alumno consta de un 60% de teoría y prácticas en aula y un 40% de prácticas asistenciales. Es en este ámbito donde el alumno debe integrar los conocimientos teóricos y prácticos y, además, debe demostrar cualidades y competencia para el ejercicio de la profesión.

Para la realización de estas prácticas la Escuela ha trabajado desde sus inicios en la posibilidad de facilitar al máximo la realización del aprendizaje en centros a los que el alumno tenga afinidad o pueda acceder más fácilmente. Considerando la dispersión de las diferentes procedencias del alumnado, la planificación de los períodos de prácticas, se ha diseñado con la intención de favorecer al máximo sus preferencias, respetando siempre los objetivos de aprendizaje.

Los objetivos más importantes fueron:

1. Facilitar la elección de las plazas de los centros asistenciales por parte de los alumnos.
2. Asegurar la satisfacción de los alumnos posibilitando las opciones escogidas en primer lugar.
3. Facilitar la utilización del programa informático por parte de todo el profesorado coordinador de la Escuela.

METODOLOGÍA

Los alumnos de la Escuela de Enfermería de Manresa realizan las prácticas clínicas en centros asistenciales hospitalarios y en Centros de Atención Primaria, distribuidos en diferentes comarcas de la provincia de Barcelona. A cada alumno se le adjudica una plaza de los centros de prácticas donde tiene una enfermera de referencia que será quien asesore al alumno en su período de aprendizaje práctico.

Los alumnos realizan nueve rotatorios de prácticas, de cuatro o cinco semanas cada uno en dichos centros asistenciales durante todo el período formativo. El primero de ellos se realiza en primer curso, tres en segundo y el resto en tercero. Las prácticas pueden realizarse en horario de mañana o tarde. El alumno contempla la posibilidad de elegir el centro y también el servicio que les resulta más atractivo, siempre contemplando los requisitos del currículum práctico. Así la distribución de los períodos prácticos es la siguiente:

- Primer curso:
  - — Un período de cinco semanas en un centro hospitalario en unidades de hospitalización.
- Segundo curso:
  - — Dos períodos de cinco semanas en centros hospitalarios de los cuales uno se realiza en una unidad quirúrgica y otro en una unidad médica.
  - — Un período de cinco semanas en un Centro de Atención Primaria de Salud.
- Tercer curso:
  - — Un período de cuatro semanas en una Unidad de Hospitalización.
  - — Un período de cuatro semanas en una Unidad de Enfermo crítico (urgencias, UCI, y reanimación postquirúrgica).
  - — Un período de dos semanas en una Unidad de Materno-infantil.
  - — Un período de dos semanas en unidades especiales como Hemodiálisis, Salud mental, Centros de día de Oncología, PADES, UFISS, centros neuropsiquátricos, etc. Estas prácticas corresponden a créditos optativos de la asignatura Trabajo Práctico, por lo que no todos los alumnos las realizan.

— Un período de dos semanas en un Centro de Salud Comunitaria, donde se trabajan programas de atención a la comunidad.

Desde el inicio de la Escuela la asignación de los períodos prácticos ha ido aumentando su complejidad por el hecho que el volumen de alumnos ha ido creciendo respecto a los primeros años y que los períodos de prácticas se han ido modificando en tiempo y en diversidad de opciones.

Durante los primeros tres años de la apertura de la Escuela, la adjudicación de plazas se realizó de forma manual, cosa que generó múltiples problemas de coordinación, dedicación y de insatisfacción por parte de los alumnos.

A partir de aquí se planteó poder utilizar un programa informático que facilitara la distribución de las plazas solicitadas por parte de los alumnos. Para ello se utilizó un programa que utilizaba el lenguaje informático MUMPS. El resultado de su utilización fue positivo, puesto que respetaba en gran manera las opciones del alumno, aunque tenía dificultades en aspectos funcionales como la interpretación de los listados, poder introducir cambios y/o modificaciones puntuales en las plazas adjudicadas. Cualquier cambio requería de una nueva repartición de las plazas. Su utilización precisaba de un informático especializado en este lenguaje, lo suponía una dificultad añadida, pues el informático pertenecía a otra empresa y tenía que desplazarse. Por último, el proceso necesitaba 24 horas de funcionamiento para su ejecución.

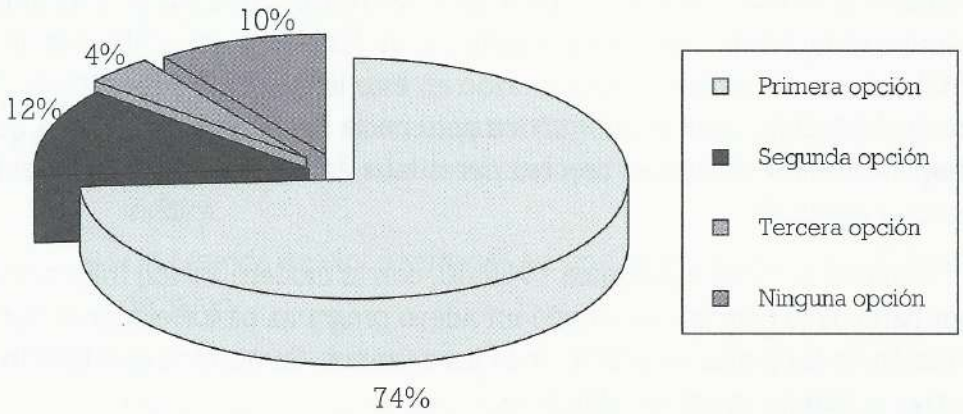
Durante el curso académico 1999-00, con la modernización informática por parte de la empresa, se diseñó un nuevo programa para efectuar la planificación de las plazas de prácticas de los alumnos. Su nombre es GESFUB y utiliza el sistema operativo Windows.

El alumno elige las opciones de las prácticas sobre una planilla diseñada con este fin (anexo 1 y 2), y los datos se introducen en el programa informático. Este proceso se hace de forma individualizada según las elecciones del alumno. Una vez activado el programa, éste emite un listado según centros, cursos y especialidades. Posteriormente se publica la planificación de todas las prácticas y los alumnos tienen la posibilidad de efectuar cambios. Las profesoras coordinadoras destinan un horario especial para efectuar dichos cambios.

RESULTADOS

- Con la utilización del nuevo programa informático, los alumnos han podido elegir de forma preferente el lugar de la realización de las prácticas, siendo un 89,59% los alumnos a los que se les ha asignado una plaza elegida según sus preferencias en primara, segunda o tercera opción.
- El porcentaje de asignación de las prácticas en primera opción ha sido de un 73,07%, de un 12,21% en segunda opción y de un 4,31% en tercera opción. Cabe destacar que este porcentaje se refiere a la totalidad de los siete rotatorios prácticos.
- A un 10,41% de los alumnos se les ha asignado una plaza que ellos no habían elegido previamente en alguno de los siete rotatorios (Gráfico 1).

Opciones en la elección de las prácticas



- El programa ha permitido introducir modificaciones individuales y entender su funcionamiento por parte de todos los coordinadores de las prácticas.
- Se han clarificado los listados; individualizados por alumnos, por centros asistenciales, por servicios y clasificado por rotatorios.
- Una vez introducidos todos los datos, la planificación de las prácticas se obtiene en un tiempo máximo de 10 segundos.

CONCLUSIONES

Con la utilización del programa GESFUB, la satisfacción del grupo de los alumnos se ha mantenido respecto a los primeros años.

La valoración de los profesores implicados en la planificación ha sido muy satisfactoria, puesto que ello ha reducido en gran medida el tiempo de dedicación para la planificación de las prácticas.

El hecho de respetar las opciones preferentes en un porcentaje tan elevado ha permitido que el número de cambios entre alumnos respecto a la planificación inicial, haya disminuido enormemente. A pesar de ello, es necesario disponer de un espacio de tiempo para la reasignación de aquellos rotatorios que no han sido contemplados de forma satisfactoria para el alumno.

Desde la Escuela se reconoce la agilización del proceso de asignación de prácticas y la mejora sustancial en el plano operativo.

Siguiendo en la misma línea de mejoras, se trabaja en la modificación de algunos aspectos que pensamos son aún mejorables, como puede ser la presentación de los listados, la agilización en la entrada de los datos y la posibilidad de la elección de horario por parte de los alumnos.

Paradoja entre la formación real de las enfermeras y la realidad percibida

Carmen Vives Relats(*), Virtudes Rodero Sánchez(*) y Sagrario Acebedo Urdiales(*)

(*) Universitat Rovira i Virgili. Escola Universitària d'Infermeria. Tarragona

Desde hace 25 años los programas de formación están orientados a formar profesionales que perciban y den respuestas a las necesidades de ayuda planteadas por la persona cuidada y su entorno.

Entendemos por percepción de Necesidad de Ayuda todas las situaciones de cuidados que van más allá de la medicalización y la técnica, tomando como eje fundamental de los cuidados la relación que se establece entre enfermera y cliente y la situación de cuidados percibida y contrastada.

Si profesionales e instituciones hubieran integrado los cambios de orientación de los planes de estudios, en este momento no nos preguntaríamos ¿cómo integrar las necesidades formativas con el avance en el conocimiento enfermero?

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO

1. Plantear hipótesis relacionadas con los motivos o causas de la paradoja.
2. Dar posibles respuestas a las causas de esta situación o problema.
3. Plantear estrategias de integración y desarrollo de la formación recibida con la realidad percibida.

MÉTODO

La observación participante en los cursos formación y en la realidad de la práctica profesional.

RESULTADOS

Nuestros resultados parten de dar respuesta a:

¿Porqué las enfermeras habiendo recibido la formación centrada en la persona y su entorno no perciben situaciones de cuidados que van más allá de la medicalización y la técnica?

- Consideramos como punto central la evidente medicalización de la vida.
- Las enfermeras evalúan la necesidad de cuidados basándose en principios científicos de otras disciplinas y se aleja, tapa o no percibe las necesidades de cuidados de bienestar físico o mental.

¿Porqué cuando estas necesidades son percibidas no movilizan los recursos y sus fuerzas para la resolución? ¿Porqué no asumen el poder de decisión y resolución de problemas en los cuidados?

- Los cuidados se asocian a la práctica de la medicina, este arte y esta ciencia que se ocupa de hacerse responsable de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- La estructuración del trabajo de enfermería que viene determinado por la actividad que genera el tratamiento médico o por el control y seguimiento de los síntomas.
- Porqué la empresa no exige la prestación de servicios enfermeros. La responsabilidad enfermera consiste en ofrecer al cliente toda la ayuda necesaria en la satisfacción de las necesidades.
- Porque desde todos los ámbitos de poder en la realidad percibida se sigue aceptando que la medicina es totalmente responsable de los cuidados del cliente.
- Por la baja autoestima profesional quizá ligada a la aceptación personal de los valores expuestos.

COMO ESTRATEGIAS DE CAMBIO NOSOTROS APUNTAMOS LAS SIGUIENTES

- Intervenir en el planteamiento de los objetivos de Salud y Bienestar.
- Toma de conciencia de Gestores y Direcciones de enfermería de la Formación Real y la Realidad profesional.

- Vinculaciones de los profesores de enfermería de las Escuelas Universitarias.
- Homologación del segundo ciclo, que nos permitirá desarrollar el cuerpo de conocimientos. Nos dará la autoridad para la toma de decisiones y de resolución de problemas. Nos ayudará a consolidar nuestra autoestima profesional. Nos permitirá ampliar y profundizar en la percepción de ayuda implícita en los cuidados y rechazar como inaceptables los valores anteriormente expuestos.

CONCLUSIÓN

Si realmente hubiera conciencia que los cuidados de enfermería van dirigidos a dar respuestas a las necesidades de ayuda de la persona, no se daría la paradoja de preguntarse como integrar las necesidades formativas de las organizaciones y de los profesionales con el avance en el conocimiento enfermero, habría una coincidencia entre formación y praxis, esta se traduciría en investigación acción y por tanto en un avance en la construcción del conocimiento enfermero.

Formación de la Enfermería desde la Enfermería. Un nuevo proyecto en nuestra actividad asistencial

Fernanda Jiménez Moreno(*), Margarita Lubiano Angulo(*), Rosa Notario Tomás(*), Gea van Daalen(*) y Pilar Vázquez Chena(*)

(*) D.U.E. Quirófano de Pediatría. Hospital 12 de octubre. INSALUD. Madrid

ANTECEDENTES

En 1998 se planteó un nuevo proyecto de gestión para el manejo del tratamiento del dolor post-operatorio (UDAP) en el que, nosotros/as (enfermería) éramos el eslabón fundamental para su puesta en marcha.

Representaba una nueva dimensión en nuestra actividad profesional asistencial.

OBJETIVOS

Elaborar, desarrollar e impartir programas de formación dirigidos a:

— Pacientes y familiares (padres y/o tutores).

— Persona de enfermería.

MÉTODOS

Impartición de cursos, con contenidos teóricos y prácticos; en estrecha colaboración en el Departamento de Formación Continuada del Hospital.

Creación de folletos explicativos de la unidad dirigidos a los pacientes y familiares.

RESULTADOS

— Muy positivos.

— Cabe destacar la motivación por parte del personal del hospital, a quienes hasta la fecha han sido dirigidos los cursos, con una respuesta entre el 90%-100% de participación.

CONCLUSIONES

— Dinamizar nuestra profesión, dándole contenidos no sólo asistenciales, sino científicos.

— Demanda de formación de enfermería.

— Satisfacer las necesidades de los pacientes y/o familiares en el tratamiento del dolor agudo post-operatorio.

Recursos enfermeros en Internet: Una nueva forma de entender la Enfermería

Carmen Victoria Sobrín Valbuena(*)
y Ana M.ª Vega Fernández

(*) Ponferrada (León).

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Internet es un nuevo elemento que se está incorporando a todo el sistema sanitario con gran velocidad y, en el campo de la Enfermería, se pueden apreciar muchas de sus utilidades para mejorar la calidad de la asistencia en toda su esfera de relaciones, tanto desde su punto de vista burocrático como en el económico, en el social o como el profesional.

Internet es un modo de trabajo que con el tiempo cambiará la forma de entender el sistema sanitario y la relación enfermera-paciente, entre otras muchas cosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de las características de:

- Internet: Aspectos generales, estructura...
- Su influencia en la sanidad: Futuro de los servicios sanitarios y referencias sobre las nuevas tecnología del sistema sanitario que mejoran sus servicios.
- En el trabajo de enfermería:
  — Los recursos de Internet en Enfermería: Proyectos en marcha para mejorar la relación con el paciente entre hospitales y entre profesio-

nales (recursos en el ámbito del trabajo de la Enfermería, de consulta en la biblioteca, recursos dentro de Internet).

— Internet y la consulta de usuarios: Tratamiento de patologías, explicación de los efectos de nuevos fármacos... puede dar lugar a problemas y cambios en la estructura de las comunicaciones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son la importancia de la utilización de Internet en el presente próximo para mejorar la calidad asistencial y dar un producto con mayor calidad y satisfacción.

CONCLUSIONES

Internet constituye el nuevo sistema de comunicación para la sanidad, la nueva relación entre los distintos profesionales sanitarios y los pacientes. Y para las enfermeras, la homogeneidad de los cuidados con un nuevo modelo de atención y un lenguaje propio, un medio para facilitar la investigación tan necesaria en la práctica enfermera, la formación de nuevos profesionales que pueden consultar de forma sencilla los procedimientos y protocolos, y también los problemas de enfermería específicos, facilitar la comunicación con la enfermera de Atención Primaria con el Alta para continuar con el seguimiento del paciente, y un largo etcétera de ventajas que nos ofrece este nuevo sistema de comunicación llamado Internet.

Una exploración de la importancia concedida al humor como rasgo, en una muestra de estudiantes de Enfermería

Begoña Carbelo Baquero(*) y Ena Barroso Pérez(*)

(*) Profesora Titular. Ciencias Psicosociales Aplicadas.
Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá. Madrid.
(**) Profesora Asociada. Ciencias Psicosociales Aplicadas.
Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los talleres prácticos en la formación de las futuras enfermeras de materias como las Ciencias Psicosociales, ponen el acento en instruir a los alumnos en mejorar la comunicación, aprender a observar, escuchar, relajarse, reflexionar, practicar algunas habilidades, desarrollar la autoestima y el autoconocimiento, etc. Todos estos aspectos pensamos que son importantes para fomentar unas relaciones sanas y para desarrollar destrezas que permitan mejorar las mismas.

El humor es una parte de la comunicación humana que a menudo goza de un valor positivo, crea un clima de confianza, desarrolla la creatividad y facilita la relación social. Pensamos que es un rasgo humano de especial interés para tenerlo en cuenta en el campo de la enfermería. Nuestra motivación para llevar a cabo este trabajo, ha estado orientada hacia: el explorar la importancia y el interés que supone el humor para los alumnos, como aspecto humano y como cualidad a la prestan especial atención y que de hecho buscan, en sus amistades y compañeros y también en los miembros de su familia. Uno de los ejercicios realizados en un taller para el desarrollo de las relaciones interpersonales nos ha orientado en la importancia que ellos le dan a este aspecto genuinamente humano.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el desarrollo de un taller de Relaciones Interpersonales y como cuarto ejercicio para ese día, se pidió a un grupo de 29 alumnos de primero de enfermería que después de reflexionar durante unos minutos, escribieran en un papel la descripción que libremente hacían de una persona que para ellos era «interesante», ya fuera de su familia, o grupo de amigos. Elegimos «interesante», por ser un adjetivo neutro para lo que queríamos indagar en nuestro trabajo.

LOS RESULTADOS

Los resultados indican que el humor es la cualidad más considerada por los alumnos (36% lo eligieron) seguida de la inteligencia (33%) . Sin embargo no se categorizaron en la variable humor cualidades que pueden considerarse sinónimos del mismo: divertida (21%), abierta (12%), extrovertida (12%), simpática (6%), ingeniosa (6%), graciosa (6%), optimista (6%). Con éstas cualidades y otras nombradas: cariñosa, agradable, reservada, independiente, atractiva, sincera, comprensiva, sencilla, amable, activa, fiel, sentimental, elegante, paciente, bondadosa, delicada y segura de si misma, se pasó una prueba binomial (no paramétrica) y para una $p<0,05$, la proporción observada en cada una de las cualidades, sólo fue significativa para el caso de el humor y la inteligencia.

Podemos concluir que en esta muestra de estudiantes de enfermería el humor es valorado como una cualidad que destaca en interés, seguido de la inteligencia y que la valoran tanto en sus amistades como en su familia.

La formación continuada en las Sesiones de la AEED

Laura Martínez de Celis(*) Sara García López(*)
M.ª Elena Fernández Martínez(**)
y Francisco Javier Pérez Rivera(*)

(*) EUE león. (**) EUE león (Campus de Ponferrada)

INTRODUCCIÓN

Entre ios objetivos de estas XXII sesiones de trabajo de la AEED se encuentra definir ias aportaciones de la formación continua en el ámbito del mercado de trabajo al desarrollo del pensamiento enfermero y los contenidos básicos sobre los que elaborar una línea de trabajo que refleje la posicion de la AEED, respecto a la excelencia de los cuidados de enfermería.

Vamos a analizar en estas sesiones el presente y futuro de la formación enfermera y mercado de trabajo, pero además de un presente y futuro, para elaborar una línea de trabajo de nuestra asociación debemos de conocer y reflexionar sobre nuestra historia.

OBJETIVOS

Conocer las aportaciones publicadas hasta ahora sobre la formacion continua en los libros de las sesiones de la AEED.

MATERIAL Y MÉTODOS

A) 20 aportaciones entre conferencias, ponencias y participaciones en mesas redondas.

B) 44 Aportaciones en forma de comunicacion.

C) Al Analizar la aportación en el tiempo nos encontramos con que en los tres primeros lustros de la asociación 1980-1995, la aportación permanece constante en torno a los 17-18 articulos por lustro. En el último lustro, decaen el n.° de aportaciones siendo de 11.

D) Se analizan la evolucion de la temática y de las aportaciones.

E) En 12 de las aportaciones se aborda de forma monográfica el tema de las especialidades.

F) En 3 aportaciones se abordan la licenciatura.

G) En el resto se analizan experiencias en diversos campos, así como aportaciones teóricas y metodológicas.

Programa de formación para profesionales de nueva incorporación

Pilar Mercadal Pallicer(*) , M.ª Luz Capote Toledo(*) y M.ª Isabel Zaldívar Laguía(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Una unidad de Cardiologia Intervencionista por sus características técnicas requiere el adiestramiento especial de los profesionales que acceden a ella. La Unidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid está compuesta de tres salas de Hemodinámica con una actividad anual de 5.000 procedimientos, la demanda asistencial y la complejidad de las técnicas exige un alto grado de formación de los profesionales que trabajan en ella.

Para todos los profesionales de nueva incorporación se ha elaborado y puesto en marcha un programa de acogida de la Unidad en el que está incluido el programa de formación. Consta de dos fases: en la primera la coordinadora de enfermería presenta y describe la unidad, organización y funcionamiento general, haciéndoles entrega de la documentación existente (Protocolos).

En una segunda se les presenta el Plan de Formación.

Los Objetivos de este programa son: Impartir el programa de formación al personal de nuevo ingreso en la Unidad.

Evaluar de forma periódica la capacitación de los profesionales para su nuevo puesto de trabajo.

2. MÉTODO

Es un estudio descriptivo del programa de formación elaborado y desarrollado por los profesionales expertos de la Unidad de Cardiología Intervencionista. Está estructurado en seis períodos de aprendizaje con sus correspondientes evaluaciones. Al profesional se le asigna una enfermera, que será la tutora de su formación durante tres meses con la que realizará las evaluaciones.

El profesional en formación *deberá:*

- *En los primeros 15 días:* conocer el manejo de los aparatos: desfibrilador, carro de parada, polígrafos etc.
- *A los 30 días:* desarrollar de forma práctica los conocimientos adquiridos dentro de los laboratorios de Hemodinámica, instrumentar los cateterismos diagnósticos y conocer las complicaciones más frecuentes.
- *A los 45 días:* recibir y preparar al paciente antes y después del procedimiento, aplicar los diferentes tipos de compresión femoral, controlar las posibles complicaciones.
- *A los 60 días:* manejar los procedimientos terapéuticos. Controlar al paciente crítico en el laboratorio: manejo del paciente y aparataje (respirador, bombas de infusión, contrapulsador, etc.).
- *A los 90 días:* desarrollar los protocolos especiales (Braquiterapia, Biopsia endomiocárdica, Coartación Aórtica, Valvuloplastia, etc.).

La evaluación se realiza en cada período con el profesional, la tutora y la coordinadora de enfermería utilizando valores del 1 a 10, siendo imprescindible superar el 7 para pasar al siguiente período.

3. RESULTADOS

El programa de formación se puso en marcha en abril del año 2000. Se ha impartido a cuatro profesionales de nuevo ingreso a lo largo del último año, todos han cumplido los objetivos según el calendario formativo que supone la totalidad de las incorporaciones desde que se ha puesto en marcha el programa.

4. CONCLUSIONES

El programa formativo cumple los objetivos para los que se creó.

Permite establecer el perfil adecuado para el puesto de trabajo en igualdad de condiciones para todos los profesionales interesados.

El programa de formación supone para la unidad una disminución de los recursos humanos disponibles durante tres meses, por lo que las incorporaciones deben siempre hacerse de forma progresiva.

El profesional de nuevo ingreso después del período de formación es capaz de desarrollar su actividad laboral de forma efectiva.

Necesidades del profesional de Enfermería para dar una formación práctica adecuada

Fernando Luján Rodríguez(*), Domingo Palacios Ceña(*) y María de la Loma Segarra Cañamares(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En las últimas décadas los profesionales de enfermería están siendo testigos de un proceso de cambio constante del sistema; aparición de nuevas formas de gestión, utilización de nuevas tecnologías, etc. Ante estos cambios es preciso dar una nueva orientación a la formación de los estudiantes de enfermería. Pero siempre y cuando no se olvide lo fundamental de la profesión, el cuidar y esa parte se consigue principalmente con la formación práctica. Y dentro de ésta hay que resaltar el protagonismo de los enfermeros/as de las distintas unidades, como elemento fundamental en la formación.

Al llegar a este punto es el propio profesional el que a veces se cuestiona su propia capacidad docente.¿Es el propio profesional de enfermería capaz de formar? ¿Tiene la capacidad formativa necesaria? ¿Cuáles son sus necesidades?

Los objetivos que nos planteamos fueron:

- Conocer las prioridades de los profesionales para dar una formación práctica a los alumnos.
- Comprobar la validez de la Técnica de Grupo Nominal (TGN) para obtener información de un grupo de expertos.

2. MÉTODO

Utilización de la TGN, en un grupo de ocho enfermeras asistenciales expertas en el área de formación del Hospital Universitario San Carlos, a las que se les pidió que identificaran sus principales necesidades para dar una formación práctica adecuada a los estudiantes de enfermería.

3. RESULTADOS

Durante la realización de la TGN se obtuvieron 25 necesidades expresadas, de las cuales se priorizaron 10: **1.** Motivación personal. **2.** Determinación de objetivos claros y específicos. **3.** Disposición enfermera. **4.** Apoyo formativo de docencia. **5.** Programas formativos en cada unidad. **6.** Tiempo personal. **7.** Tiempo de formación en la unidad. **8.** Apoyo formativo; Actualización enfermería. **9.** Motivación del alumno. **10.** Persona docente en la unidad.

4. CONCLUSIONES

- Se observa que 9 necesidades fueron votadas por el 50% o más del grupo de expertas.
- La TGN ha demostrado su validez para obtener una amplia información sobre las necesidades de los profesionales de enfermeria a la hora de formar a los alumnos.

Los autores esperan que este trabajo sirva de reflexión para apoyar la importancia de las necesidades del personal de enfermería para mejorar la formación práctica de los alumnos.

Experiencia de un grupo de apoyo para presentaciones científicas

Carmen Valverde Sánchez(*), Isabel Miguel Montoya(*), María Isabel Zaldívar Laguía(*), Rafael Crespo Sevilla(*) y Consuelo Bermejo Pablos(*)

(*) Hospital Clínico San Carlos de Madrid. División de Enfermería.

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El grupo de apoyo para las presentaciones científicas se constituyó en el año 1997 por distintos profesionales del hospital, pertenecientes a la División de Enfermería, conscientes de que el número de publicaciones, comunicaciones y ponencias de enfermería era menor en comparación con otras Divisiones del hospital. Basado en la necesidad de unificar y mejorar los criterios de selección, realización de comunicaciones a reuniones científicas y como complemento a la formación continua de las enfermeras.

El objetivo principal de esta comisión es fomentar la investigación y promover líneas de trabajo individuales para darles una difusión científica (pósters, comunicaciones, artículos en revistas, etc.).

2. MÉTODO

La comisión está de forma permanente al servicio del personal de enfermería del Hospital, bajo la coordinación de la División de Enfermería, para ayudar en la elaboración de comunicaciones, poniendo a su disposición medios tecnológicos, bibliográficos, enfoque cualitativo y asesoramiento en la metodología de trabajo.

La existencia del grupo de apoyo es conocida en el Hospital y aunque su trabajo es continuo, éste se ve intensificado ante la perspectiva de Congresos o Jornadas. Ante estos eventos, la comisión se reúne sugiriendo líneas a desarrollar que se difunden por las diferentes áreas de enfermería. En reuniones sucesivas se exponen al grupo las distintas aportaciones del personal interesado. A partir de ahí se orientan y clasifican las propuestas, se organiza la estructura y el diseño del estudio, canalizando los resultados estadísticos a la Unidad de Investigación.

Finalmente el grupo dirige, a través de la División de Enfermería, las ayudas institucionales en forma de becas o bolsas de viaje para asistencia a actividades científicas relacionadas con trabajos realizados.

3. RESULTADOS

Haciendo una revisión de las Memorias anuales del Hospital Clínico San Carlos en sus capítulos de Docencia e Investigación, las comunicaciones presentadas a Congresos Nacionales o Internacionales son las siguientes:

En el año *1996:* 23; *1997:* 50; *1998:* 61; *1999:* 63; *2000* (pendiente de recibir datos).

4. CONCLUSIONES

La experiencia de la Comisión de Ayuda a la Investigación demuestra que la existencia de un grupo de trabajo aumenta la producción científica del personal de enfermería de nuestro Hospital.

El personal de enfermería se siente más seguro y respaldado en el momento de poder desarrollar trabajos científicos.

Si después de tanta actividad eres capaz de formarte..., enhorabuena

Ana López Alonso(**), Margarita Brugos Flórez, M.ª Aurora Rodríguez Borrego, M.ª Fernández Martínez, M.ª Encina Castro González y Manuel Ángel Martínez Argüelles(**)

(*) E.U.E. León (Campus de Ponferrada. (**) E.U.E. León.

INTRODUCCIÓN

Todos somos conscientes que en nuestra profesión no estar al día puede resultar maleficiente por incompetencia. Virginia Henderson afirmaba: «Una buena enfermera no deja de estudiar nunca.» En base a esto nos hemos planteado un estudio con los siguientes objetivos:

1. Demostrar la sobrecarga de la enfermera asistencial.
2. Demostrar la falta de tiempo para la asistencia y para la formación continuada.
3. Llamar a la reflexión.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal.

Población A

Pacientes de la unidad de Urología y otorrinolaringología del complejo hospitalario de León, edificio Princesa Sofía. Muestra: número de camas en la planta 41.

Población B

Enfermeras del mismo servicio en turno de mañana (de 8 a 15 horas: 420 minutos), muestra 3.

Período

Abril y mayo de 1997.

Instrumento

Cuentakilómetros que portaban las enfermeras durante el turno de trabajo. Plan estándar de actividades enfermeras establecido en la planta. Hoja de registro pormenorizado de todas las actividades realizadas por las enfermeras durante ese turno, incluido el tiempo de ejecución.

RESULTADOS

1. Total de tiempo directo con los pacientes: 135 minutos por turno.
2. Total de tiempo por paciente: 6 minutos y medio por turno.
3. Kilómetros recorridos durante el turno: 5,7.
4. Media de ingresos/día: 5,89.
5. Traslados a otras plantas y movimientos dentro de la unidad: 1,6.
6. Media de quirófanos en días laborables: 5,4.

DISCUSIÓN

— ¿Descontaremos el tiempo que tardamos en andar los 5,7 kilómetros que caminamos?

— ¿En esos seis minutos y medio de trato más directo con el paciente tendré que darle los buenos días? ¿Deberé preguntarle qué tal ha pasado la noche?

— ¿Dónde queda el plan de cuidados individualizado?

— ¿Dónde queda el tiempo y las fuerzas para la formación continuada?

CONCLUSIONES

Se confirma el gran desajuste entre la necesidad de un plan de cuidados individualizado y la realidad asistencial. Ante este panorama parece evidente la imposibilidad de realizar la formación continuada en horario de trabajo. Se plantea en ese entorno la necesidad de buscar cauces de estímulo para la formación continuada.

¿Qué quieren nuestros estudiantes?

Elena Fariñas Portalo(*), Josefina Mena Boldo(*), Ana Martín Gómez y Javier Garrido Santiago(*)

(*) Hospital Clínico de San Carlos de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

La formación de los nuevos profesionales de Enfermería requiere un esfuerzo de adecuación y adaptación continuos a las demandas de una población cada vez más exigente.

Para los enfermeros docentes es importante conocer que demandan los alumnos para acceder a una formación que consiga incorporar el más amplio espectro posible en el terreno profesional.

Como objetivo nos hemos planteado conocer la demanda de los estudiantes de Enfermería en relación con su formación en las unidades asistenciales.

2. MÉTODO

Se ha seleccionado un grupo de estudiantes procedentes de distintas unidades asistenciales, y mediante una técnica de Grupo Nominal se han identificado y priorizado las necesidades de formación demandadas por el colectivo de alumnos.

3. RESULTADOS

Las diez necesidades priorizadas son:

1. Cumplir objetivos y ampliarlos en cada curso.
2. Aprender todas las técnicas para evitar problemas al terminar.

3. Obtener información de las distintas prácticas y el porqué de ellas.
4. Correcto trato enfermera-estudiante.
5. Ser evaluados por la enfermera que más haya estado con el alumno.
6. Enfermeras con capacidad docente.
7. Hacer más rotaciones.
8. Mayor autonomía para realizar las técnicas.
9. Variabilidad de fuentes de información.
10. Adquirir conocimientos teóricos y prácticos.

4. CONCLUSIONES

Las técnicas de investigación cualitativas actúan como una herramienta válida y rápida para la detección de necesidades.

Detectamos tres grandes grupos de necesidades, relacionadas con la necesidad de conocer y ampliar conocimientos, implementar las relaciones personales y acceder a un mayor grado de autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

GUILLEM ZANON, A.: «La técnica del grupo nominal», *Documentación administrativa,* 1990; 223:51-98.

RADFORD, M., y HUNT L.: «Development of a learning enviroment in theatres», *Br J Nurs,* 1999, mayo, 13-26; 8 (9).

PINEAULT, R., y DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias,* Barcelona: Masson, S.A., y SG Editores, 1987, 172-188.

Programa de prácticas en nuestra residencia de ancianos

Carmen Pérez Blasco(*), Pilar Calafell Vert(**) y Begoña Llano de la Peña(***)

(*) D.U.E. Coordinadora de la Residencia «Bonanova», de Palma de Mallorca.
(**) D.U.E. Residencia «Bonanova», IBAS, Palma de Mallorca.
(***) Terapeuta ocupacional de la Residencia «Bonanova», IBAS.

ANTECEDENTES

El hecho de que el paso de los años va disminuyendo la capacidad de las personas para realizar las actrividades de vida diaria y que todo esto es mucho más notorio en los pacientes con demencia senil o Alzheimer, hace necesario que el personal de Enfermería tenga una serie de conocimientos que le permitan participan de manera más directa en la atención integral al residente.

OBJETIVOS

El estudiante de Enfermería que realiza las prácticas en nuestra residencia forma parte de un programa conjunto Enfermería-Terapia Ocupacional que pretende:

1. Conseguir una mejor comunicación con este tipo de pacientes.
2. Conocimiento del campo de rehabilitación cognitiva con la supervisión de la terapia ocupacional.
3. Conocimiento de las A.V.D. (actividades de vida diaria).
4. Contacto con las escalas de valoración de deterioro.

MÉTODO

Los estudiantes:

1. Establecen las actividades básicas de vida diaria a mantener.
2. Destinan una hora y media semanales por alumno, de las prácticas de Enfermería, a realizar actividades supervisadas por T.O. en pacientes con demencia senil o Alzheimer.
3. Se asignan grupos de residentes agrupados según grado de deterioro.
4. Se establecen las actividades por el terapeuta ocupacional.
5. Una vez ejecutada la actividad se pide la imitación y se corrigen las actuaciones de los alumnos.

RESULTADOS

Con este programa conjunto el alumno consigue:

1. Aumento de los conocimientos del deterioro cognitivo:
   - Comunicación.
   - Áreas deterioradas y estimulación.
   - Mantenimiento de A.V.D.
2. Aumento de la dinámica del centro.

CONCLUSIÓN

La importancia de la estimulación cognitiva y el mantenimiento de las A.V.D. en el anciano con demencia senil o Alzheimer, sobre todo en ancianos institucionalizados, hace necesario que se refuercen desde todos los ámbitos la formación de nuestros estudiantes de Enfermería, en este caso en el campo de la terapia ocupacional.

Educación de un paciente diabético con pie de riesgo

Francisco Alonso Tajes(*), O. Álvarez-Calderón Iglesias(*), M. C. González Martín(*), J. Janeiro Arocas(*), M. J. Pichel Guerrero(*) y C. Rosende Bautista(*)

(*) Escuela U. de Enfermería y Podología de Ferrol. Universidad de A Coruña.

OBJETIVOS

Reseñar los principales aspectos de hábitos y cuidados preventivos a tener en cuenta en la educación del paciente diabético con pie de riesgo para evitar la aparición de complicaciones secundarias.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica y base de datos, así como de guías y protocolos de actuación ante el paciente diabético.

CONCLUSIONES

Las actuaciones educativas en la labor de prevención de las complicaciones del pie de riesgo, son fundamentales para mantener una óptima calidad de vida del paciente diabético, tratando de reducir consecuencias graves, como las amputaciones, así como los costes socio-sanitarios.

Interacción de Enfermería con el paciente dentro de la formación en comunicación

Isabel María Pérez Ruiz(*) y M.ª José Muñoz París(*),

(*) Hospital Torrecárdenas. E.U.E. de la Universidad de Almería.

ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

En el presente estudio se ha diseñado una hoja de registro para medir mediante observación directa la cantidad y tipo de emisiones del alumnado de enfermeria durante la interacción enfermera o-paciente en un *rol-playing* que representa la «admisión del paciente en una unidad». A su vez puede servir como método de evaluación y autoevaluación de la comunicación que mantienen el alumnado o profesionales enfermeros y demás sanitarios con el paciente, dentro del marco de la formación académica o continuada de futuros o presentes profesionales.

MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en un laboratorio del Departamento de Enfermería de la Universidad de Almería y ha sido parte del aprendizaje práctico dentro de la asignatura teórico-práctica (TP) de Fundamentos de Enfermería. Se ha aplicado al alumnado del curso 1.º B (aproximadamente 60 alumnos) de Enfermería del año académico 2000-01, que para la ensenanza de esta asignatura se dividen en cuatro grupos, seleccionados por orden alfabético, (B1, B2, B3, B4) de 12 a 17 personas cada uno.

Se realizaron dos sesiones de dos horas cada una, distanciadas por una semana. En la primera sesión cada grupo recibió una clase teórica del plan de cuidados en la admisión del paciente en la unidad, incluido las emisiones verbales enfermeras (acciones y respuestas) y las barreras de comunicación a evitar; al finalizar la clase magistral se les pidió que se dividieran al azar en cuatro subgrupos y se les entregó cuatro hojas con los casos (A, B, C, D) del *rol-playing* que tendrian que ensayar para representarlo una semana después. Tanto el caso a ensayar como los papeles a representar se repartieron al azar entre los subgrupos y entre los miembros de cada subgrupo. En la segunda sesión se hacian las representaciones del *rol-playing* durante un tiempo aproximado de 10 ó 15 minutos para cada subgrupo. Mientras que un subgrupo actuaba, el resto de alumnado observaba y anotaba en la hoja de registro las emisiones (acciones, respuestas y barreras de comunicación) que identificaban en la enfermera/o que actuaba en ese caso, es decir cada alumna/o registraba todos los casos excepto el que representaba con su subgrupo.

RESULTADOS

Se muestra una descripción de la cantidad y tipo de emisiones: acciones, respuestas y barreras de comunicación que el alumnado de 1.er curso de Enfermería detecta o identifica por observación en cada interacción del *rol-playing* (casos A, B, C, D).

Se han realizado tres tipos de análisis de los resultados:

- Cuantitativo: cantidad, expresada en número cardinal, de emisiones: acciones, respuestas y barreras de comunicación registradas por los alumnos.
- Cualitativo: calidad, es decir el contenido dentro de cada una de esas emisiones.
- Comparación de los resultados entre los cuatro grupos de 1.º B (B1, B2, B3, B4) en cada uno de los casos (A, B, C, D) tanto a nivel cualitativo como cuantitativo en cada uno de los apartados del registro (acciones, respuestas y barreras de comunicación enfermera).

CONCLUSIONES

En el análisis cuantitativo encontramos que las acciones, emisiones y barreras de comunicación enfermeras varían sobre todo en cantidad de un caso a otro, y ello nos sirve para valorar en qué tipo de interacciones enfermera-paciente encuentran mayor dificultad el alumnado En el análisis cualitativo encontramos las emisiones que son deficientes y por tanto debemos potenciar para cada caso y para cada subgrupo. La comparación entre los grupos en cada uno de los casos nos sirve para valorar los aspectos a incidir respecto a comunicación en cada grupo.

Plantillas de evaluación informatizadas para la simulación de casos prácticos

Pedro A. Villanueva Jané(*) y Núria París López(*),

(*) Escola d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna (EUIFB). Barcelona

Plantillas utilizadas en la EUIFB para evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos en las clases teórico prácticas, en las que se contemplaban dos posibilidades de evaluación por concepto (Realizado/No realizado), hecho que limitaba la posibilidad de valorar la ejecución realizada no correctamente.

Debido a ello se estudió la creación de una nueva plantilla de evaluación con el objetivo de conseguir:

- Aumentar la objetividad en la evaluación.
- Unificar criterios de evaluación.
- Permitir la inclusión de un número ilimitado de conceptos, sin que ello signifique una mayor complejidad en la obtención de la nota final.
- Evitar errores de cálculo, aumentando la fiabilidad de la evaluación.
- Facilitar la corrección.

Se elaboró una plantilla utilizando como soporte informático el programa Microsoft Excel, en la que se instauraron tanto una valoración cuantitativa por concepto, como de la calidad global de la asistencia prestada.

El haber aumentado en cinco las posibilidades de evaluación por concepto, facilita la evaluación concreta de cada uno de éstos, incrementando con ello tanto la objetividad de la prueba, como la unificación de criterios en la evaluación.

El cálculo de la evaluación mediante el programa Microsoft Excel reduce en un 75% el tiempo dedicado al cálculo por parte del evaluador, aumentado la eficiencia y eliminando los posibles errores de cálculo.

Las nuevas plantillas de evaluación informatizadas se han mostrado como un método de evaluación más objetivo, preciso, seguro, rápido y eficiente.

Palabras Clave: Evaluación mediante plantilla informatizada, Simulación de casos, Eficiencia y precisión en la evaluación

ANTECEDENTES

Plantillas utilizadas en la EUIFB para evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos en las clases teórico prácticas, en las que se contemplaban dos posibilidades de evaluación por concepto (Realizado /No realizado), hecho que limitaba la posibilidad de valorar la ejecución realizada no correctamente. El cálculo para obtener la nota final debía ser efectuado manualmente.

OBJETIVOS

Crear una nueva plantilla de evaluación para:

- Aumentar la objetividad en la evaluación.
- Unificar criterios de evaluación.
- Permitir la inclusión de un número elevado de conceptos, sin que ello signifique una mayor complejidad en la obtención de la nota final.
- Evitar errores de cálculo, aumentando la fiabilidad de la evaluación.
- Facilitar la corrección.

MÉTODO

Se elaboró una plantilla utilizando como soporte informático el programa Microsoft Excel (ver anexo), en la que se instauraron tanto una valoración cuantitativa por concepto, como de la calidad global de la asistencia prestada.

Para la evaluación cuantitativa se fijaron cinco posibilidades de evaluación por concepto, mediante la utilización de cinco columnas creadas al efecto:

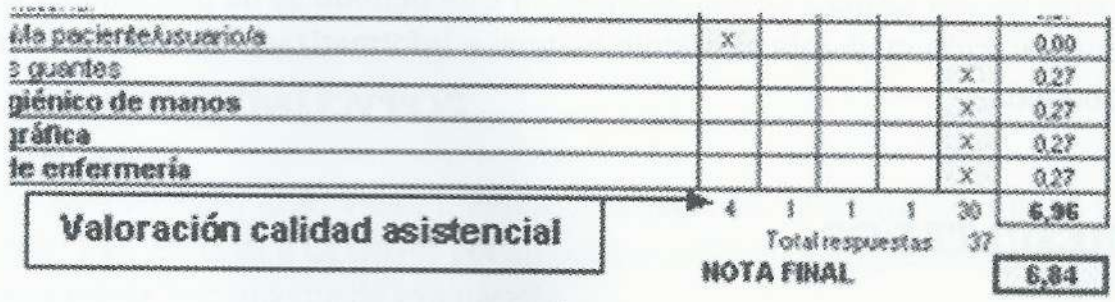
Tabla 1: Evaluaciones cursos enfermeras.

Columna	Nivel de realización	Valor numérico
0	No realizado	0,00
1	Realización deficiente	2,50
2	Realización media	5,00
3	Realización media alta	7,50
4	Realización óptima	10,00

Nota: El valor real por columna y concepto, será proporcional al número total de conceptos contemplados en el caso en cuestión.

De igual manera, en cada plantilla se establecieron una serie de conceptos de ejecución indispensable para conseguir una buena praxis; en el supuesto de que el alumno no realizara alguno de ellos, dicho concepto sería evaluado de forma negativa, para lo cual se asignó un valor máximo a descontar, el mismo seria aplicado de manera proporcional al número de conceptos de realización indispensable establecidos en cada caso.

La evaluación de la calidad asistencial prestada, se realizó mediante la contabilización del número de conceptos evaluados en cada una de las tres primeras columnas, si el resultado de la suma era igual o superior al obtenido al multiplicar el total de conceptos existentes en la plantilla por un porcentaje establecido, se procedía a descontar de la nota final el valor acordado previamente; dicho valor variaría proporcionalmente en función de si el porcentaje de referencia se había visto igualado o superado en una sola columna o en más de una, habiendo tenido en cuenta en el diseño de la plantilla todas las combinaciones posibles que podían darse.



A cada concepto se le asignó un número de orden, con la finalidad de facilitar la anotación, al pie de la plantilla, de las anomalías observadas en la ejecución del concepto en cuestión, lo que facilita la revisión de examen.

Dado que cada caso implicaba la realización de más de una técnica y con el propósito de conseguir la mejor calidad asistencial posible, se estableció el orden de prioridad en que estas debían ser ejecutadas.

Se aplicaron una serie de filtros que nos permitían:

- Detectar automáticamente aquellos conceptos que por error tuvieran una duplicidad de evaluación o bien que carecieran de ella.
- En el caso de que no fuera detectada una duplicidad de evaluación, la nota asignada siempre sería la más favorable al alumno.
- La nota final obtenida por alumno no podía ser en ningún caso inferior a cero.

35	Lavado higiénico de manos					X	0,27
36	Registro gráfica					X	0,27
37	Registro de enfermería					X	0,27
		4	1	1	1	30	6,96
					Total respuestas	37	
Caso 1					NOTA FINAL		6,84

OBSERVACIONES:

12	No dispone de pinza Kocher
24	Tira el apósito en el recipiente de residuos domésticos
26	Confección deficiente

Anotación de las deficiencias

Se diseñaron cincuenta y una nuevas plantillas, una para cada caso simulado a evaluar, que englobaron más de un procedimiento de los impartidos en las clases teórico-prácticas; dichas plantillas se han utilizado durante los dos últimos cursos lectivos; en este periodo se ha procedido a la comparación mediante el cálculo manual e informatizado de la nota final obtenida.

RESULTADOS

El haber aumentado en cinco las posibilidades de evaluación por concepto facilita la evaluación concreta de cada uno de éstos, incrementando con ello la objetividad de la prueba.

Con el mayor desglose de conceptos, se incrementa la unificación de criterios en la evaluación.

Permite contemplar tanto una evaluación cuantitativa como de la calidad global de la asistencia prestada, sin que ello represente un mayor esfuerzo de cálculo para el evaluador.

El cálculo de la evaluación mediante el programa Microsoft Excel reduce en un 75% el tiempo dedicado al cálculo por parte del evaluador, aumentado la eficiencia y eliminando los posibles errores de cálculo.

CONCLUSIÓN

Las nuevas plantillas de evaluación informatizadas se han mostrado como un método de evaluación más objetivo, preciso, seguro, rápido y eficiente.

LIMITACIONES

El único inconveniente que presenta la nueva plantilla, es la de tener que realizar, durante el proceso propio de la evaluación, las anotaciones sobre el papel y posteriormente transcribir éstas en el soporte informático, lo cual representó un índice medio de error no superior al 2,5%, lo que puede significar una diferencia aproximada de ± 0,10 puntos de media sobre la nota final en una plantilla con un total de 50 conceptos a evaluar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a: A. Vidal, I. Pérez, G. López, M. Sanromà, M. Albiol, V. Valls y en especial a C. Oliver por su colaboración en la implementación de esta nueva herramienta de evaluación.

ANEXO

NOMBRE ALUMNO Berta López García
PROFESOR/A TPs Núria París López **FECHA** 22/02/01

CASO 1

CAS:
Paciente sexo masculino, de 46 años de edad, ingresado para intervención abdominal. Comenta tener escalofríos; observamos que el apósito de la herida quirúrgica está manchado.

		0	1	2	3	4	NOTA
	01. ASPECTO PERSONAL						
1.1	Uniforme					X	0,00
1.2	Cabello recogido, barba recortada					X	0,00
1.3	Uñas, aspecto					X	0,00
1.4	Joyas	X					-0,13
	02. ASPECTOS GENERALES						
2.1	Informa y prepara al/la paciente/usuario/a					X	0,00
2.2	Controla el entorno y preserva la intimidad del/la paciente/usuario/a					X	0,00
2.3	Valora globalmente					X	0,00
2.4	Prioriza la actuación					X	0,00
2.5	Utiliza el léxico profesional					X	0,00
							-0,13
	27. DETERMINACIÓN DE LA TEMPERATURA AXILAR						
	17. CURA TÓPICA DE HERIDAS						
1	**Lavado higiénico de manos**					X	0,27
	Preparar el material:						
2	Antiséptico					X	0,27
3	Carro de curas y bolsa para residuos					X	0,27
4	Gasas					X	0,27
5	Guantes de un solo uso					X	0,27
6	Kocher	X					0,00
7	Material para fijar el apósito					X	0,27
8	Pinza sin dientes					X	0,27
9	S.F.					X	0,27
10	Termómetro de mercurio					X	0,27
11	Tijeras					X	0,27
12	Entra en la habitación con todo lo necesario				X		0,20
13	**Lavado higiénico de manos**	X					-0,26
	Procedimientos:						
14	Comprueba que el termómetro no esté roto					X	0,27
15	**Coge el termómetro per la parte contraria el bulbo**					X	0,27
16	**Comprueba que la línea de mercurio esté por debajo de 35º C**					X	0,27
17	**Retira la ropa de debajo de la axila del/la paciente/usuario/a**					X	0,27
18	Situa el antebrazo cruzando el tórax	X					0,00
19	Controla el tiempo (5 - 10')					X	0,27
20	Lee correctamente la temperatura					X	0,27
21	**Lavado higiénico de manos**					X	0,27
22	Se pone los guantes de un solo uso					X	0,27
23	**Retira el apósito correctamente**					X	0,27
24	Tira el apósito sucio en la zona correcta		X				0,07
25	Se cambia de guantes					X	0,27
26	Confecciona una torunda			X			0,14
27	Valora las características de la herida					X	0,27
28	**Limpia la herida, realizando los movimientos correctos**					X	0,27
29	Utiliza el antiséptico adecuado					X	0,27
30	Realiza correctamente la oclusión de la herida					X	0,27
31	**Limpia el termómetro**					X	0,27
32	Recoge el material					X	0,27
33	Acomoda al/la paciente/usuario/a	X					0,00
34	Se retira los guantes					X	0,27
35	**Lavado higiénico de manos**					X	0,27
36	**Registro gráfica**					X	0,27
37	**Registro de enfermería**					X	0,27
		4	1	1	1	30	**6,96**
					Total respuestas	37	
	Caso 1				**NOTA FINAL**		**6,84**

OBSERVACIONES:

12	No dispone de pinze Kocher
24	Tira el apósito en el recipiente de residuos domésticos
26	Confección deficiente

Formación continuada de las enfermeras de atención primaria

Jorge L. Gómez González(*), Ana García Laborda(**), Carlos Rodríguez Rodríguez(***), Francisco Megias Lizancos(*), Beatriz Carrasco Fernández(*), José M.ª García Santamaría(****)

(*) Profesor/a Departamento Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. (**) Enfermera Salud Mental. (***) Antropólogo. (****) Subdirector Enfermería de A.P. del Área 3 de Madrid.

¿Qué objetivos podemos destacar en la formación enfermera?

* Aumentar la calidad del servicio enfermero
* Aumentar la seguridad de la enfermera al ofrecer el servicio a la población.
* Adquirir habilidades en función de las necesidades de cuidados enfermeros de la comunidad

Es una necesidad que las enfermeras de primaria se comuniquen con los profesionales de los distintos centros de salud del área dentro de su proceso de formación continuada.

Se observa que los profesionales enfermeros que trabajan en atención primaria de salud, recurren a la formación fuera de su ámbito de trabajo, lo que responde muchas veces a inquietudes intelectuales del propio profesional y en menor medida a estrategias de los directivos, en el sentido de conseguir que los profesionales más motivados por algún área concreta de conocimiento, adquieran habilidades y conocimientos que reviertan en el desarrollo de programas específicos.

La formación interna es referida al ámbito de trabajo y que se desarrolla dependiendo de las necesidades de formación de los profesionales, para a su vez dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados que presenta la población de referencia.

La planificación de estas actividades de formación se deben desarrollar desde la dirección y las unidades docentes en las que han de estar representados los distintos profesionales que conforman los Equipos de Atención Primaria.

1. SESIONES CLÍNICAS

Actividad de exposición de un caso clínico donde se resalta el proceso llevado a cabo en la solución de los problemas de salud que presenta una persona o una familia, los objetivos marcados, el estado actual del problema y el análisis de alternativas y estrategias. Dicha actividad permite; compartir objetivos con el equipo, aportar soluciones desde los distintos profesionales y presentarse como una actividad fundamental en la formación de cada uno de los miembros del equipo.

Otra tipo de sesión que se lleva a cabo es aquella referida a un problema concreto de salud que por su relevancia se quiere actualizar conocimientos sobre el mismo.

Dentro de la coordinación entre niveles se deben organizar sesiones con los distintos especialistas del área de salud con el fin de planificar actuaciones y aportar soluciones a los problemas más frecuentes de derivación.

2. SESIONES DE ENFERMERÍA

En las sesiones de enfermería son las enfermeras, a través de la exposición de un plan de cuidados, quienes analizan y discuten la metodología enfermera y la solución de problemas.

La revisión bibliográfica es un tipo de sesión en la que, de manera conjunta, el equipo o un grupo de profesionales da lectura a uno o varios artículos sobre un tema concreto, se establece un debate entre la teoría y la práctica y se intenta llegar a conclusiones válidas para la práctica profesional.

3. INTERCONSULTA

La interconsulta debe de ser aquella consulta que se lleva a cabo conjuntamente entre el profesional de atención primaria y el profesional especialista.

Dichas consultas se realizan a demanda de la enfermera de atención primaria, tienen lugar en su consulta a la que se desplaza el especialista, siendo su finalidad la de dar respuesta los problemas puntuales del paciente así como adquirir conocimientos para resolver en el fututo y con autonomía otras situaciones de demanda de cuidados similares.

4. SESIONES GENERALES DE PLANES DE CUIDADOS

Las sesiones de planes de cuidados a nivel de área son el lugar de encuentro profesional donde se comparten experiencias con una perspectiva amplia, dando cumplimento en gran medida a la inquietud profesional de muchas enfermeras, contribuyendo al desarrollo profesional a través de la metodología enfermera, motivando a la investigación en cuidados enfermeros y en participación en las reuniones científicas. La difusión de este tipo de sesiones entre la comunidad científica enfermera es un salto cualitativo de gran interés en la formación de los enfermeros de atención primaria y que trasciende a las propias profesionales del área.

Interacción del paciente dentro de la formación en comunicación en enfermería

Isabel María Pérez Ruiz(*), M.ª José Muñoz París(**), Aurora Padilla Molina(***), Eva Alcalde Góngora(*), Gabriel Aguilera Manrique(**)

(*) Hospital Torrecárdenas. (**) EUE de la Universidad de Almería. (***) Centro de Salud de Benagadux (Almería).

ANTECEDENTES Y/O OBJETIVOS

Este estudio pretende medir mediante observación directa la cantidad y tipo de emisiones del alumnado de enfermería cuando representa el papel de paciente y familiar durante la interacción enfermera/o-paciente en un rolplaying que simula «la admisión del paciente en una unidad». A su vez puede servir como método de valoración de la percepción del alumnado respecto al paciente y al familiar. tanto cuando lo representa como cuando lo observa, todo esto ayudará a la formación académica o continuada de futuros o presentes profesionales respecto a la comunicación en una situación de intervención social sanitaria

MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en un laboratorio del departamento de Enfermería de la Universidad de Almería y ha sido parte del aprendizaje práctico dentro de la asignatura teórico-práctica (TP) de Fundamentos de Enfermería. Se ha aplicado al alumnado del curso 1.° B (aproximadamente 60 alumnos) de Enfermería del año académico 2000-01, que para la enseñanza de esta asignatura se dividen en 4 grupos, seleccionados por orden alfabético, (B1, B2, B3, B4) de 12 a 17 personas cada uno. Se realizó dos sesiones de dos horas cada una, distanciadas por una semana. En la primera sesión cada grupo reci-

bió una clase teórica del plan de cuidados en la admisión del paciente en la unidad, al finalizar la clase magistral se les pidió que se dividieran al azar en 4 subgrupos y se les entregó cuatro hojas con los casos (A, B, C, D) del rol-playing que tendrían que ensayar para representarlo una semana después, Tanto el caso a ensayar como los papeles a representar se repartieron al azar entre los subgrupos y entre los miembros de cada subgrupo. En la segunda sesión se hacían las representaciones del rol-playing durante un tiempo aproximado de 10 ó 15 minutos cada subgrupo. Mientras que un subgrupo actuaba, el resto del alumnada observaba y anotaba en una hoja de registro las emisiones (respuestas, preguntas y barreras de comunicación) que identificaban en el paciente o familiar que actuaba en ese caso, es decir cada alumna/o registraba todos los casos excepto el que representaba con su subgrupo.

RESULTADOS

Se muestra una descripción de la cantidad y tipo de emisiones: respuestas, preguntas y barreras de comunicación que el alumnado de 1.° curso de Enfermería detecta o identifica por observación en cada interacción del rol-playin (casos A, B, C, D).

Se han realizado tres tipos de análisis de los resultados:

- cuantitativo: cantidad, expresada en número cardinal, de emisiones: respuestas, preguntas y barreras de comunicación registradas por los alumnos.
- cualitativo: calidad, es decir el contenido dentro de cada una de esas emisiones
- comparación de los resultados entre los cuatro grupos de 1.° B (B1, B2, B3, B4) en cada uno de los casos (A, B, C, D) tanto a nivel cualitativo como cuantitativo en cada uno de los apartados del registro (respuestas preguntas y barreras de comunicación enfermera).

CONCLUSIONES

En el análisis cuantitativo encontramos que las emisiones del paciente y familiar varían sobre todo en cantidad de un caso a otro, y ello nos sirve para valorar que tipo de pacientes o familiares son más observados o mejor representados.

Necesidades formativas, ¿de quién?

Pilar Darriba Rodríguez(*), Remedios Hernández Adeba(*), Ángeles Rodeño Abelleira(*), Margarita Quintián Méndez(*), José Verde Santiago(*), M.ª Fe Sarille López(**)

(*) C. H. A. Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña.
(**) C. H. Xeral. Calde de Lugo.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El análisis de las necesidades formativas, previo a la elaboración de un plan formativo, es algo fundamental, pero también es necesario definir el tipo de análisis y hacia quienes se dirige, ya que de estas últimas premisas dependerá la orientación del Programa Formativo. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de realizar una detección de necesidades que tenga en cuenta los tres grandes pilares de nuestro trabajo: los profesionales, la empresa y la sociedad.

MÉTODO

Para ello hemos realizado una revisión bibliográfica del tema, centrándonos posteriormente en el análisis de la detección de necesidades que se realiza en nuestro centro, comparándolo con los resultados obtenidos, no sólo de las actividades formativas realizadas, sino cómo han influido en los profesionales y en la innovación, adaptación o creación de estrategias, así como de los beneficios obtenidos.

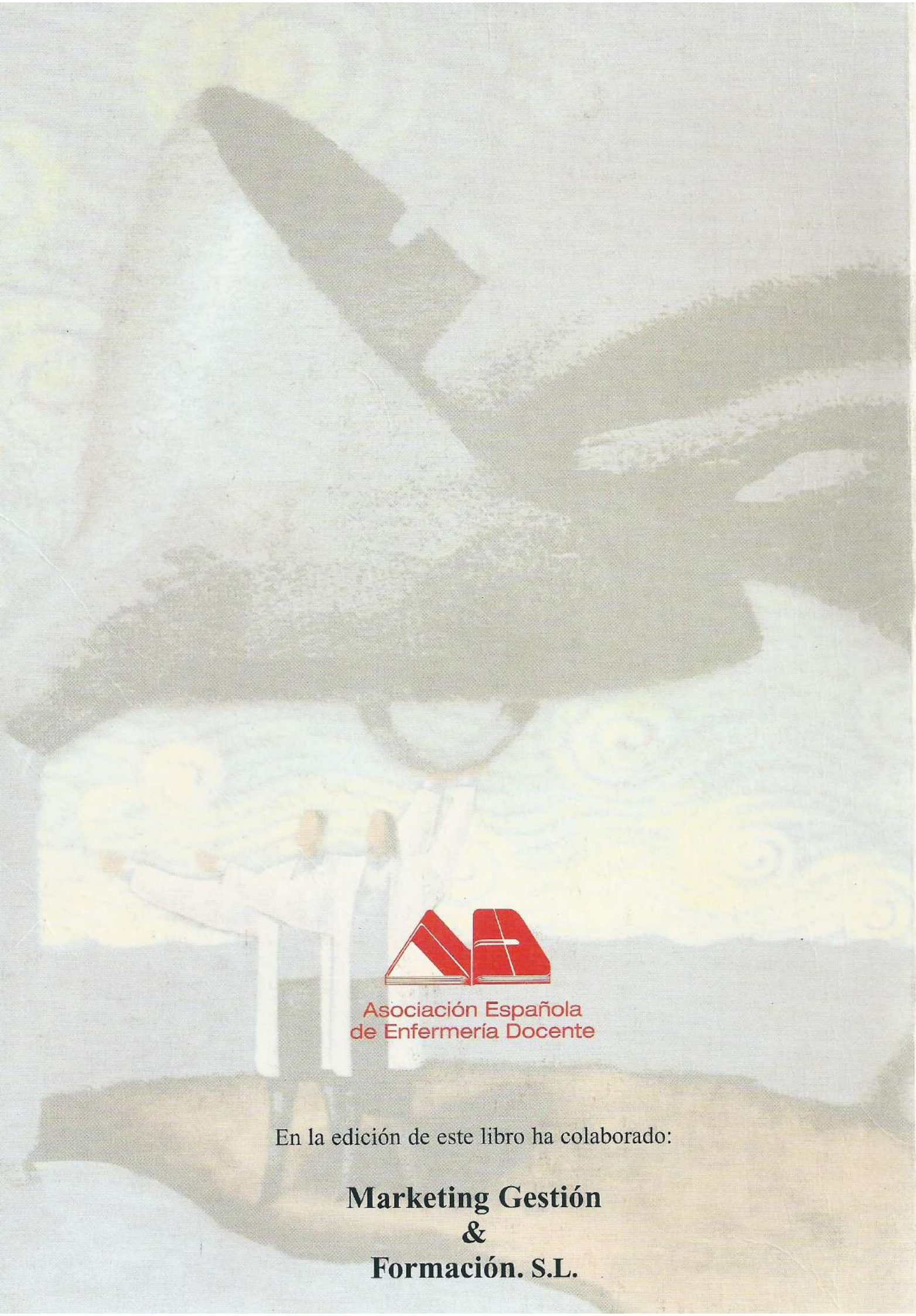
RESULTADOS

El análisis de necesidades formativas que se realiza en nuestro C. H. se basa en los tres pilares fundamentales citados anteriormente, y más concreta-

mente en ocho parámetros: objetivos estratégicos de la dirección de enfermería, valoración por parte de las diferentes Unidades de Enfermería del C? H., cuestionarios post-actividad formativa, reclamaciones y quejas reflejadas en la Unidad de Atención al Paciente, indicadores de disfuncionalidad recogidos en el servicio de Medicina Preventiva, necesidades detectadas por la Unidad de Formación Continuada de Enfermería, datos obtenidos de las reuniones de supervisores del C. H. y datos obtenidos de las reuniones de los integrantes de las diferentes Unidades de Formación del C. H. Actualmente, nos encontramos en fase de valoración de los resultados obtenidos y, aunque subjetivamente, nos parece que han sido positivos, esperamos comprobarlo realmente, tanto a través de las evaluaciones como de los cambios realizados (estrategias de adaptación, nuevos métodos, grupos de trabajo, etc.).

CONCLUSIONES

Los beneficios obtenidos a través de una adecuada detección de necesidades se reflejan en el Programa Formativos que, a su vez, refleja la dirección hacia donde se dirigen las actividades formativas que deberían abarcar tanto a los profesionales como los objetivos de la empresa y, sobre todo, a la sociedad en general, que es nuestro objetivo: realizar unos cuidados de Enfermería de calidad que satisfagan a todos: pacientes, profesionales y empresa.



Asociación Española
de Enfermería Docente

En la edición de este libro ha colaborado:

Marketing Gestión
&
Formación. S.L.