A la pregunta: *Sobre las influencias externas recibidas para su elección.* Respondieron:

| | MUCHO | NORMAL | POCO | N. C. |
|---|---|---|---|---|
| 1. Padres y familiares | 19.1% | 27.6% | 53.3% | 0% |
| 2. Amigos | 11.6% | 19.2% | 69.2% | 0% |
| 3. Lecturas, cine... | 9.2% | 19.6% | 72.6% | 1.6% |
| 4. Profesores | 4.2% | 14.2% | 80.8% | 0.8% |

A la pregunta: *La carrera de enfermería significa para ti hoy.* Respondieron:

| | MUCHO | NORMAL | POCO | N. C. |
|---|---|---|---|---|
| 1.- Un servicio a la sociedad | 80.6% | 15.7% | 2.4% | 1.3% |
| 2.- Desarrollo mi personalidad | 67.4% | 21.7% | 5.6% | 2.3% |
| 3.- Realizar mi vocación | 66.3% | 26.7% | 5.7% | 1.1% |
| 4.- Estudiar lo que me gusta | 66.2% | 26.6% | 5.9% | 1.1% |
| 5.- Abrirme camino profesional | 61.6% | 34.7% | 2.4% | 1.3% |
| 6.- Estudiar según mi capacitación | 60.9% | 34.5% | 2.3% | 2.3% |
| 7.- Desilusión por el enfoque | 8.6% | 15.7% | 74.5% | 1.2% |
| 8.- Terminar cuanto antes | 1.1% | 5.6% | 92.2% | 1.1% |

Dentro de la TERCERA ÁREA TEMÁTICA correspondiente a la imagen profesional.

A la pregunta: *¿Qué grado alcanzan ciertos aspectos de enfermería?*. Respondieron:

| | MUCHO | NORMAL | POCO | N. C. |
|---|---|---|---|---|
| 1.- Responsabilidad profesional | 90.8% | 8.4% | 0.8% | 0% |
| 2.- Autonomía profesional | 51.9% | 36% | 12.1% | 0% |
| 3.- Participación en el Sist. Sanitario | 40% | 33.5% | 25.7% | 0.8% |
| 4.- Prestigio Social | 34.9% | 47.7% | 17.4% | 0% |

A la pregunta: *Sobre el eje central del trabajo de Enfermería.* Respondieron:

| | MUCHO | NORMAL | POCO | N. C. |
|---|---|---|---|---|
| 1.- El paciente y la familia | 95% | 4.1% | 0.9% | 0% |
| 2.- El Sistema Sanitario | 74.3% | 20.8% | 4.9% | 0% |
| 3.- El equipo médico | 69.9% | 24.3% | 5.8% | 0% |

A la pregunta: *¿Qué grado alcanzan estas cualidades en la enfermera?*. Respondieron:

| | **MUCHO** | **NORMAL** | **POCO** | **N. C.** |
|---|---|---|---|---|
| 1.- Disponibilidad | **84.2%** | 15% | 0.8% | 0% |
| 2.- Espíritu de colaboración | **75%** | 23.4% | 0.8% | 0.8% |
| 3.- Capacidad de iniciativa | **67.5%** | 24.1% | 7.6% | 0.8% |
| 4.- Cercanía | **65.8%** | 25.8% | 6.7% | 1.7% |
| 5.- Respeto a la opinión ajena | **58.5%** | 31.6% | 7.4% | 2.5% |

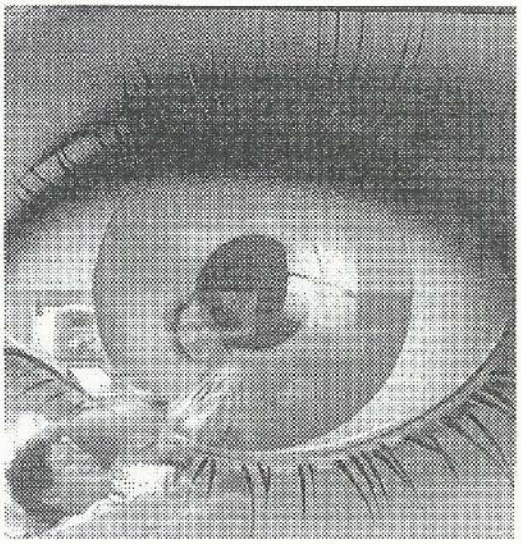
A la pregunta: *Sobre los problemas que afectan a la enfermería.* Respondieron:

| | **MUCHO** | **NORMAL** | **POCO** | **N. C.** |
|---|---|---|---|---|
| 1.- Carencia de funciones | **87.5%** | 8.4% | 2.5% | 1.6% |
| 2.- No tener especialidades | **79.1%** | 15.4% | 3.2% | 2.3% |
| 3.- Los técnicos de hospitalización | **78.3%** | 13.3% | 5% | 3.4% |
| 4.- Poco trabajo estable | **74.9%** | 19.2% | 2.6% | 3.3% |
| 5.- No licenciatura | **58.3%** | 22.5% | 16.7% | 2.5% |
| 6.- Poco reconocimiento social | **51.7%** | 3.0% | 15.8% | 2.5% |

# CONCLUSIONES

1. La mayoría de los no recibieron consejo orientador a la hora de elegir la carrera, pero si tenían ciertos conocimientos de lo que es la profesión de enfermería.
2. El principal motivo para la elección ha sido su valor como servicio a la sociedad y su valor formativo y humano.
3. No hubo grandes influencias externas para la elección de la carrera.
4. En estos momentos siguen pensando que el servicio a la sociedad es un valor muy importante para seguir estudiando.
5. En el estudio comparativo no ha habido datos significativos a resaltar, con respecto a las cualidades de enfermería con lo que deducimos que la imagen que el alumno trae no tiene grandes variaciones a lo largo de los tres cursos académicos.
6. Lo que más destacan de la enfermera es la responsabilidad profesional y con respecto a las cualidades, la disponibilidad, el espíritu de colaboración, e iniciativa.
7. Consideran que el paciente y la familia es el eje central del trabajo de enfermería.
8. Lo que más le preocupa con respecto a la profesión es la carencia de funciones de enfermería, la no existencia de especialidades y la aparición de la figura de los técnicos de hospitalización.

# LA IMAGEN DE LA ENFERMERA. VISIÓN DE LOS ALUMNOS



**Carme Valiente Ballesteros**
**Immaculada Ubiergo Perramon**
**Anna M. Escayola Maranges**
**Marta Vilanova Vilà**

*Escuela Universitaria de Enfermería*
*Manresa*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Es frecuente en nuestra Escuela constatar que los alumnos que empiezan los estudios de Diplomado en Enfermería, llegan a éstos a partir de una imagen de profesional enfermero diferente a la adoptada por el equipo docente. *L'Escola Universitària d'Infermeria (EUI) de Manresa*, define el rol del profesional enfermero que forma a partir del modelo de cuidados de V. Henderson. Esta opción queda reflejada en todas las asignaturas que configuran el currículum básico. A medida que se introducen conceptos como el de: salud, rol de enfermería, cuidados de enfermería... los alumnos/as se sorprenden al comprobar que éstos no coinciden con las expectativas que tenían al iniciar sus estudios.

El objetivo del presente estudio es conocer qué concepto de enfermería tienen los alumnos de *l'Escola Universitària d' Infermeria (EUI) de Manresa* el primer día de clase y comprobar si existen diferencias significativas en función del sexo y vía de acceso a la Universidad.

## MATERIAL Y MÉTODO

La población estudiada estuvo compuesta por todos los alumnos de primer curso matriculados de Fundamentos de Enfermería que asistieron a clase el primer día (5 de octubre de 1996). Se excluyeron los alumnos repetidores de la asignatura.

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta, previamente validada, que constaba de 15 preguntas de elección múltiple. De éstas las tres primeras hacían referencia a la edad, sexo del alumno y vía de acceso a los estudios. Las seis siguientes describían el concepto enfermero en cuanto a: vocación, ciencia, función propia... y las restantes valoraban aspectos tales como: preferencia de lugar de trabajo, conoci-

mientos y habilidades que debe adquirir un enfermero/a, la importancia de enfermería dentro del equipo multidisciplinar de salud...

Los datos obtenidos se introdujeron en el paquete informático Microsoft Office-Excel para su posterior tratamiento estadístico con el programa SPSS. Se utilizó el test de ji cuadrado para realizar la tabulación cruzada de las variables sexo y vía de acceso a los estudios de enfermería, con las preguntas que hacían referencia a los conceptos de si enfermería es o no es una ciencia, si el componente vocacional es el más importante, cual es su función propia y a quien van dirigidos sus servicios. El resto de variables se han tratado descriptiva y porcentualmente.

## RESULTADOS

1. De los 74 alumnos encuestados, el 16% eran hombres y el 84% mujeres. La edad media del grupo es de 19 años.

2. En relación a la vía de acceso a los estudios de enfermería, el 76% de los alumnos proviene de COU y selectividad mientras que el 23% accede por la vía de FP2.

3. A la pregunta de si pensaban que el componente vocacional era el más importante en enfermería, el 89% respondieron que sí, mientras que sólo un 11% opinaba que no.

4. Observamos que menos de la mitad de los alumnos (el 45%) creía que enfermería es una ciencia, mientras que el 39% opinaba que no, y un 16% respondió NS/NC

5. A la pregunta relacionada con la preferencia de desarrollo de la actividad profesional, constatamos que la gran mayoría, un 79% del alumnado, preferiría dedicarse a servicios especializados, como urgencias o quirófano, y a hospitalización, dónde predominan las actividades técnicas.

Queda en segundo término, con un 12%, el trabajo en la Atención Primaria de Salud, aunque al preguntar dónde se imaginaba a un enfermero/a trabajando, ningún alumno respondió que en atención primaria exclusivamente.

6. Observamos una gran diversidad de respuestas respecto al lugar de desarrollo de actividades independientes, aunque nuestros alumnos creen que es en la gestión de cuidados enfermeros, con un 24%, dónde

estas actividades se llevan a cabo mayoritariamente, seguido del servicio de urgencias con un 15% y con un 13% en las Escuelas Universitarias de Enfermería, en Hospitalización y en la Atención Primaria de Salud.

7. Analizando los conocimientos que los alumnos valoran como primordiales para un ser un buen enfermero, vemos que las opiniones varían poco en su porcentaje, siendo el de anatomía y fisiología con un 26% el más elevado. Queremos destacar, por su bajo porcentaje, el de conocimientos de Estadística con un 1%. Si relacionamos este resultado con los de las preguntas relacionadas con el concepto de enfermería, vemos divergencias, puesto que la mayoría de nuestros alumnos opinaba que un enfermero es un profesional de la salud y un 44.6% pensaba que enfermería es una ciencia.

8. Referente a las habilidades a desarrollar por un enfermero, la mayoría de alumnos, un 62%, opinan que el dominio de las técnicas, material, *curas y administración de medicamentos, es lo más importante, aunque un* 74% piensan que el enfermero/a es un profesional de la salud y un 26% opinan que es un técnico sanitario o alguien que ha aprendido un oficio. Los aspectos psicológicos y de comunicación quedan en segundo término con un 38%.

9. Respecto a cómo debe ser un buen enfermero, la opinión de los alumnos es diversificada. Hay que destacar que las posibles respuestas no eran excluyentes. Nos encontramos con unas que coinciden con las funciones de enfermería, destacando que un 16% valoran que debe ser profesional y un 1% un gestor (cabe recordar que un 24% opinaban que en la gestión de cuidados de enfermería es donde se desarrollan más actividades independientes). Si observamos los calificativos personales, la responsabilidad, competencia y humanitario son los más puntuados con porcentajes alrededor del 13%, mientras que un 2-3% valoran que debe ser líder y sensible.

10. En relación a la importancia que dan los alumnos a los diferentes profesionales del equipo salud, observamos que la mayoría, el 53%, piensan que el profesional de mayor importancia es el médico, seguido del enfermero en un 16% y el auxiliar de clínica, el psicólogo y el trabajador social alrededor de un 10%. Ésto se contradice con la respuesta que dan a la pregunta sobre la función propia del enfermero en la que el 74% piensa que es ayudar a las personas a cuidar de su salud, mientras que sólo un 19% opina que es ayudar al médico y cumplir las ordenes médicas.

11. Analizando la relación entre las variables sexo y vía de acceso a los estudios con las variables referentes al concepto enfermero, no se observan diferencias estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN

Analizados los resultados podemos concluir que:

El hecho de que la población sea mayoritariamente femenina, pensamos que determina que no existan diferencias estadísticamente significativas, cuando al relacionar dos variables una de ellas es el sexo.

Tampoco se han observado diferencias significativas al relacionar la variable vía de acceso con las otras variables estudiadas.

Estos resultados nos hacen plantear que los alumnos que acceden a los estudios de enfermería reflejan el pensar de la sociedad acerca del campo de actuación del enfermero/a.

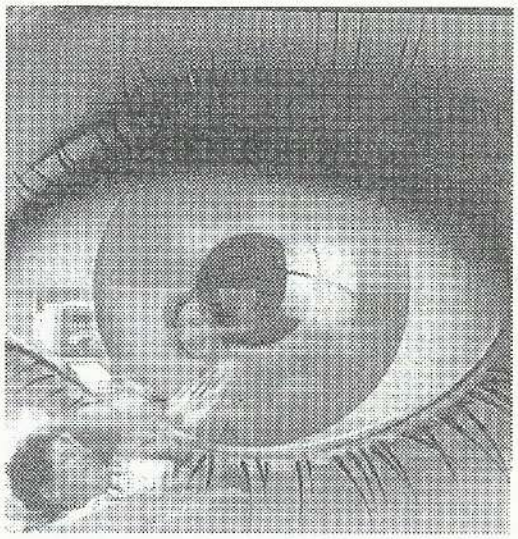
Es ciertamente interesante conocer la imagen social que la enfermería genera y aportar líneas de acción que la mejoren en un futuro.

En las preguntas sobre el concepto enfermero, parece que la mayoría de los alumnos/as coincide con l'EUI, al decir que enfermería es una ciencia, que el enfermero es un profesional de la salud y que su función propia es ayudar a las personas a cuidar de su salud, vemos que esto se contradice cuando lo trasladan a la práctica profesional y valoran que dentro del equipo multidisciplinar de salud el médico es el profesional más importante, la atención primaria de salud es poco valorada, y predomina la importancia en la formación de adquirir dominio de las técnicas, utilización del material, cumplimentación de la medicación, frente a los aspectos psicológicos y de comunicación.

Creemos que es necesario ayudar a nuestros alumnos durante su formación a clarificar el concepto de profesional enfermero y como esto se refleja en las competencias que asumirán como futuros profesionales.

Sería interesante comprobar al finalizar sus estudios si esta ayuda ha sido efectiva. Por este motivo nos planteamos completar el estudio en Junio de 1999.

# ENFERMERÍA FUNDAMENTAL: MIRAR Y CUIDAR



**Aurora Quero Rufián**
**Pilar Acosta Martín**

*Profesoras de la E.U.E. Virgen de las Nieves*
*GRANADA*

# INTRODUCCIÓN

El lema de estas jornadas de la AEED invita a una reflexión sobre la mirada y la imagen de la Enfermería. Sobre todo preguntarse ¿qué y cómo miran las enfermeras? Qué imagen ofrecen y por tanto qué imagen tiene de ellas la sociedad. No podemos olvidar en ningún momento que una imagen es un icono, un elemento simbólico de algo real, que siempre está íntimamente ligado con aquello que representa.

Si el ejercicio de cualquier profesión tiene una proyección social, independientemente del grado de autosatisfacción y realización personal que comporta, en el caso de la Enfermería esta proyección es especialmente relevante. La importancia que esta imagen tenga o adquiera en el ámbito social puede serlo, tanto por acción como por omisión. El conjunto de tareas y actividades profesionales que son competencia nuestra, resulta indispensable para la sociedad; darles su justo valor, mejorar su calidad y su imagen son un reto inaplazable para lograr un futuro esperanzador...

Qué duda cabe, que la crisis que cíclicamente percibimos en nuestro entorno (Hospitales, Centros de Salud...), tiene bastante que ver con la falta de implicación de las enfermeras en los objetivos generales de nuestra profesión, con la consiguiente pérdida de identidad. Los valores tradicionales no son ya un marco de referencia que permita al profesional identificarse, integrarse y realizarse en el ejercicio profesional; como consecuencia de ello, se reduce su eficacia, se deteriora la calidad en los servicios, se delegan funciones y se pierde la relevancia de la enfermería. Las consecuencias son graves porque la imagen que proyecta el sistema sanitario depende en gran medida de las enfermeras...

En general, se percibe que últimamente, Enfermería HA DEJADO DE IMPLICARSE EN EL SISTEMA DE SALUD. ¿Por cansancio?

Estas cuestiones requieren urgentes respuestas. Habrá solución, si entre todos nos lo proponemos. Las Escuelas tendrán que coger el timón de la reorientación de la formación de las enfermeras: al final tendremos que MIRAR Y CUIDAR. Mirar y cuidar con toda la fuerza semántica que tienen las dos palabras. MIRAR en su sentido real, de observar, analizar..., para " MIRAR" en su sentido figurado, y tan frecuentemente usado en nuestro idioma de MIRAR POR ALGUIEN, de CUIDAR; MIRAR Y CUIDAR son SINÓNIMOS: miraré por tí, miraré por mí, MIREMOS POR. , con los ojos que tú me miras..., y como le digo a los alumnos, como las enfermeras no sabe MIRAR nadie en el hospital: detrás de esa mirada hay una acción. Recuperemos la mirada para recuperar nuestra imagen.

Y también pido recuperar la VOZ Y LA PALABRA: Quien no tiene nada que decir, no tiene nada que hacer...

Si el objetivo como docente de Enfermería Fundamental es que los alumnos aprendan a mirar y cuidar, es decir que observen, critiquen, valoren, opinen y entonces CUIDEN; lo que pido y reivindico es que, posteriormente, nadie, ni el sistema, ni las instituciones, pongan una venda en los ojos o la boca; que no nos quiten la palabra. Y menos aún, que nosotros mismos nos impongamos una ley de silencio y hagamos una tácita delación de nuestras competencias y apartemos la mirada. Sobre todo, cuando se trata de prestar cuidados enfermeros.

Porque no querría pensar que lo que está en crisis no es la enfermería, sino los cuidados de salud. ¿O sí? Y si entonces están en crisis en nuestras instituciones sanitarias, ¿no es responsabilidad exclusiva de las enfermeras reclamar la prestación de estos cuidados como ellas saben hacerlo?¿ Acaso no oímos la reivindicación social de esos cuidados? Y si nosotros no los damos, ¿quién lo hará?... NADIE.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La programación de Enfermería Fundamental es un modelo de orientación de la actividad profesional de las enfermeras. Cuando los jóvenes que ingresan en nuestras Escuelas la conocen, habitualmente se

identifican con ella, la valoran y la asumen, a veces, se entusiasman. Desarrollan las capacidades necesarias. Superan las evaluaciones. Tienen adquiridas, por tanto, las cualidades exigidas al profesional, reciben el reconocimiento por parte de todos...,¿Qué ocurre después?

En el diseño del programa de Enfermería Fundamental, el objetivo es que los alumnos realicen sus propios aprendizajes en las prácticas clínicas. Al ser la primera toma de contacto con la Enfermería, debemos tener siempre en cuenta la importancia que tiene la asignatura en la configuración de su perfil profesional. El reto es conseguir que todo sea positivo, ya que los aprendizajes frecuentemente se adquieren por conflicto congnitivo entre lo aprendido en el aula y la práctica diaria.

Cada dos alumnos tienen bajo su responsabilidad EL CUIDADO de dos o tres pacientes con el propósito de cubrir las necesidades básicas de los mismos. La finalidad educativa es que los alumnos adquieran una "conducta cuidadora", desarrollando las capacidades de observación y análisis de la situación: aprender a MIRAR.

Desde el principio, cuidando a los pacientes, MIRAN y aprenden que el hombre es un ser integral, algo más que la suma de los órganos biológicos enfermos y donde frecuentemente los elementos sociales, psicológicos y culturales entran en crisis con la experiencia del enfermar; y cómo la respuesta de la enfermera debe MIRAR estos últimos aspectos frecuentemente olvidados.

A partir de aquí, se les fomenta la toma de decisiones en los cuidados a realizar, aún con las limitaciones que supone la carencia de conocimientos de las diferentes áreas que aprenderán posteriormente. Ello no es óbice para que trate de inculcarles el saludo diario al enfermo, la pregunta sobre su descanso, alimentación, aseo, eliminación, estado general..., para **aprender a mirar** en sus respuestas y en el entorno, las necesidades que precisa o lo que de él espera o esperaría... Esto se potencia y completa mediante la planificación de actuaciones enfermeras diferentes para cada uno de ellos, aunque tengan problemas médicos similares.

Dos conceptualizaciones incentivan y orientan los aprendizajes; de un lado una didáctica centrada en los Diagnósticos de Enfermería, y por otro lado una concepción del enfermo como cliente de los servicios de

Salud. Omito comentar la trascendencia del primero, obvia para todos nosotros; pero sí quiero hacer una reflexión sobre las consecuencias de lo segundo.

El alumno aprende que el paciente-cliente es un ser capaz de emitir juicios sobre sus problemas de salud, detectar sus propias necesidades y participar activamente en sus cuidados. Y en los casos en que esto último no es posible, el alumno asume que el paciente necesita y como cliente exige (aunque no lo diga) ser MIRADO Y CUIDADO. A través de los sentimientos e impresiones que el paciente le comunica son capaces de aprender eficazmente la significación real de los problemas de salud, y enriquecer su bagaje profesional de cara a la actuación con otros pacientes. Es inestimable la colaboración en la docencia de los alumnos del profesional que tiene una "buena experiencia" y se convierte en un auténtico modelo para el alumno colaborando "ocultamente" en su formación.

MIRAR Y CUIDAR, se concretan en la práctica diaria de la gestión de los servicios enfermeros de salud, cuando entre todos conseguimos que el enfermo se sienta acogido, recogido y reconocido.

**Acogido** en cuanto que es recibido correctamente, informado y ubicado en el entorno idóneo según su problema de salud, su edad...

**Recogido** en la medida que percibe que es atendido, que existe preocupación sobre su persona... [Como rutina los alumnos se presentan diciendo su nombre, que son alumnos de primero, le comunican su horario y que se ocuparán de todo lo que necesite de acuerdo con sus conocimientos, que informarán a los profesionales de todas las valoraciones que realicen].

A partir de aquí el paciente se siente **reconocido**, con nombre propio, adquiere conciencia de que será bien tratado y respetado.

Esta dinámica origina una relación amplia, franca y cordial, entre los alumnos y los pacientes, lo que es fundamental para la formación de los primeros y una sensación de confianza en los pacientes a pesar de la bisoñez de nuestros alumnos de primero. El ambiente de trabajo es relajado y motivamente, SE MIRA Y SE CUIDA.

Semanalmente me reúno con los alumnos y evaluamos la marcha de las prácticas clínicas consolidando y orientando los aprendizajes.

## RESULTADOS

La evaluación de las prácticas clínicas realizada durante los cinco últimos años pone de manifiesto que los alumnos se han encontrado muy motivados en la realización de las tareas planificadas, se han esforzado en las técnicas de adiestramiento, se han integrado ampliamente en los equipos enfermeros, y muestran un alto grado de satisfacción. Su petición más frecuente es el aumento de las horas de prácticas clínicas. La evaluación de los aprendizajes de los alumnos es igualmente muy positiva. Ellos se preocupan mucho de la calificación porque la equiparan a competencia profesional.

La evaluación de los resultados en relación con los pacientes indica cómo éstos en todo momento han colaborado con los alumnos en sus cuidados; frecuentemente la máxima valoración realizada del usuario hace referencia a los cuidados realizados por parte de los alumnos. Se comprueba que el grado de satisfacción es elevado y la demanda de éstos cuidados cuando finalizan las prácticas de los alumnos o el paciente cambia de unidad es muy frecuente.

## CONCLUSIONES

El diseño y metodología de las prácticas clínicas de los alumnos, integradas en un modelo de cuidados, facilita la relación con el enfermo, favorece el conocimiento mutuo y mejora la calidad de los cuidados. Por esta razón aumenta también el grado de satisfacción personal y profesional del alumno. Se ha puesto de manifiesto que los resultados tanto en la formación de los alumnos como en la atención a los usuarios es más rica y eficaz. Por tanto si las líneas generales de la metodología desarrollada son:

1. Presentación de los alumnos en las unidades clínicas.
2. Planificación general de los cuidados a realizar.
3. Delimitación de los objetivos a conseguir en las tareas asignadas.
4. Evaluación continua y orientadora de los aprendizajes.

Semanalmente me reúno con los alumnos y evaluamos la marcha de las prácticas clínicas consolidando y orientando los aprendizajes.

## RESULTADOS

La evaluación de las prácticas clínicas realizada durante los cinco últimos años pone de manifiesto que los alumnos se han encontrado muy motivados en la realización de las tareas planificadas, se han esforzado en las técnicas de adiestramiento, se han integrado ampliamente en los equipos enfermeros, y muestran un alto grado de satisfacción. Su petición más frecuente es el aumento de las horas de prácticas clínicas. La evaluación de los aprendizajes de los alumnos es igualmente muy positiva. Ellos se preocupan mucho de la calificación porque la equiparan a competencia profesional.

La evaluación de los resultados en relación con los pacientes indica cómo éstos en todo momento han colaborado con los alumnos en sus cuidados; frecuentemente la máxima valoración realizada del usuario hace referencia a los cuidados realizados por parte de los alumnos. Se comprueba que el grado de satisfacción es elevado y la demanda de éstos cuidados cuando finalizan las prácticas de los alumnos o el paciente cambia de unidad es muy frecuente.

## CONCLUSIONES

El diseño y metodología de las prácticas clínicas de los alumnos, integradas en un modelo de cuidados, facilita la relación con el enfermo, favorece el conocimiento mutuo y mejora la calidad de los cuidados. Por esta razón aumenta también el grado de satisfacción personal y profesional del alumno. Se ha puesto de manifiesto que los resultados tanto en la formación de los alumnos como en la atención a los usuarios es más rica y eficaz. Por tanto si las líneas generales de la metodología desarrollada son:

1. Presentación de los alumnos en las unidades clínicas.
2. Planificación general de los cuidados a realizar.
3. Delimitación de los objetivos a conseguir en las tareas asignadas.
4. Evaluación continua y orientadora de los aprendizajes.

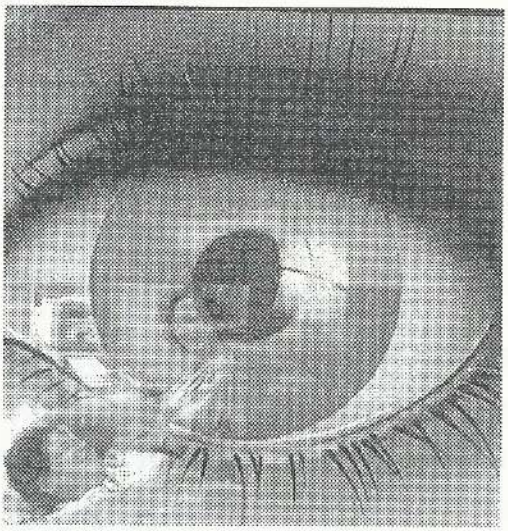
Cuando se realice la incorporación de los nuevos profesionales de enfermería habría que aplicar un modelo similar:

1. Presentar el nuevo profesional al resto del equipo enfermero.
2. Mostrarle la planificación general de cuidados a realizar.
3. Enseñarle qué objetivos debe cubrir, qué se espera de él...
4. Y por supuesto, una evaluación continua, positiva y alientadora de su trabajo. ¡Que a veces parece que a nadie le importa lo que hacemos, por lo que algunos acaban pensando que no sirve para nada!

## BIBLIOGRAFÍA


1. Alberdi, R. Las enfermeras para el tercer milenio. Revista Rol de Enfermería, 178: 43-50, 1993.
2. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica. 3ª edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1.996.
3. Colliére, Mª. Fª. Promover la vida. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid. 1.993.
4. Henderson, V. & Nite, G. Enfermería teórica y práctica. Vol. 1. Papel de la enfermera en la atención del paciente. Vol. 2. Cuidados básicos de enfermería. La Prensa Mexicana. México. 1.987.
5. Henderson, V. La naturaleza de la enfermería. Interamericana. Mcgraw-Hill. Madrid.1994.
6. Nigthingale, F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Salvat editores. Barcelona. 1990.

# ¿SOMOS LAS ENFERMERAS DIFERENTES?



**Alemán, S.**
**Calvo, F.**
**Marrero, M.**
**Martínez, M.**
**Navarro, M.**
**Ortiz, T.**

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*
*Lanzarote*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El estereotipo social en la provincia de Las Palmas se identifica con la creencia de que las personas que eligen la profesión de enfermería suelen estar dotadas de características diferenciadoras con respecto a los que optan por otro tipo de profesiones.

Considerando como punto de partida los siguientes tres niveles de diferenciación:

a) Rasgos de personalidad
b) Creencias y valores.
c) Actitudes y motivaciones.

Nuestro trabajo se centra en los rasgos de personalidad, planteando en contra del convencimiento popular y en base a la observación diaria como profesores de enfermería, que los alumnos que se deciden por esta carrera no son distintos de los que eligen otras e incluso de la población general.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en el curso 95-96 a 242 alumnos de 1°, 2° y 3° de la Diplomatura de Enfermería de la ULPGC, con la finalidad de valorar los siguientes 16 rasgos de personalidad.

| | |
|---|---|
| AFABILIDAD | VIGILANCIA |
| RAZONAMIENTO | ABSTRACCIÓN |
| ESTABILIDAD | PRIVACIDAD |
| DOMINANCIA | APRENSIÓN |
| ANIMACIÓN | APERTURA-CAMBIO |
| ATENCIÓN-NORMAS | AUTOSUFICIENCIA |
| ATREVIMIENTO | PERFECCIONISMO |
| SENSIBILIDAD | TENSIÓN |

| ESCALA | EL POLO BAJO DEFINE UNA PERSONA... | EL POLO ALTO DEFINE UNA PERSONA... |
|---|---|---|
| Afabilidad | Fría, impersonal, distante | Cálida, afable, generosa, atenta a los demás |
| Razonamiento | De pensamiento correcto | De pensamiento abstracto |
| Estabilidad | Emocionalmente estable, adaptada, madura | Reactiva, emocionalmente cambiable |
| Dominancia | Deferente, cooperadora, que evita conflictos | Dominante, asertiva, competitiva |
| Animación | Seria, reprimida, cuidadosa | Animosa, espontánea, activa, entusiasta |
| Atención-normas | Inconformista, muy suya, indulgente | Atenta a las normas, cumplidora, formal |
| Atrevimiento | Tímida, temerosa, cohibida | Emprendedora, atrevida y segura en lo social |
| Sensibilidad | Objetiva, nada sentimental, utilitaria | Sensible, esteta, sentimental |
| Vigilancia | Confiada, sin sospechas, adaptable | Vigilante, suspicaz, escéptica, precavida |
| Abstracción | Práctica, con los pies en tierra, realista | Abstraída, imaginativa, idealista |
| Privacidad | Abierta, genuina, llana, natural | Privada, calculadora, discreta, que no se abre |
| Aprensión | Segura, despreocupada, satisfecha | Aprensiva, insegura, preocupada |
| Apertura-cambio | Tradicional, apegada a lo familiar | Abierta al cambio, experimental, analítica |
| Autosuficiencia | Seguidora, se integra en el grupo | Autosuficiente, individualista, solitaria |
| Perfeccionismo | Flexible, tolerante con el desorden o las faltas | Perfeccionista, organizada, disciplinada |
| Tensión | Relajada, plácida, paciente | Tensa, enérgica, impaciente, intranquila |

Cada rasgo de personalidad está recogido mediante una valoración del 1 al 10; Las valoraciones obtenidas por debajo del 4 determinan unos rasgos de personalidad (polo bajo) y las valoraciones obtenidas por encima del 7 determinan otros rasgos(polo alto); siendo las valoraciones entre 4 y 7 las de la población general.

Para la valoración de dichos rasgos se utilizó el test 16 PF-5 de R.B.Catell, A.K.S.Catell y H.E.P. Catell del Institute for Personality and Ability Testing, de demostrada fiabilidad y consistencia.

La prueba fue realizada de forma anónima. No obstante se les ofreció a los alumnos la posibilidad de poder acceder a los resultados si así lo indicaban, en cuyo caso deberían firmar el test.

El tratamiento estadístico se realizó con la T de Student mediante el paquete estadístico de SPSS/PC

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados mostraron:

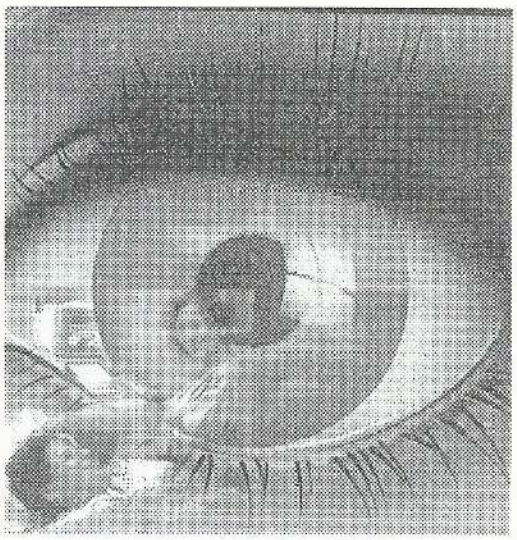
1. No existencia de diferencias significativas entre los alumnos que escogen enfermería como primera elección y los que lo hacen en segundo o tercer lugar.
2. No existencias de diferencias significativas entre los alumnos que escogen enfermería como 1ª opción y la población general.

Estos resultados contradicen, por tanto, la creencia popular de la necesidad de unas características de personalidad específicas en los estudiantes y futuros profesionales de enfermería. Sin embargo y en base a lo descrito en estudios como los de Ojeda y otros en 1990 y Cea y Marcial en 1995 parece ser que estas características específicas sí existen en los otros niveles de diferenciación (creencias y valores; actitudes y motivaciones), aspectos en los que pretendemos investigar en un próximo trabajo.

## Bibliografía

1. CEA, J. y MARCIAL, J. 1995: «Impulsor psicológico complace», *Rol*, septiembre, 52-55.
2. OJEDA PEREZ, Bª. y otros, 1990; «Enfermería en Las Palmas ¿Vocación u otros intereses?, *Rol*, nº 142; 59-61.
3. CATELL, R.B., CATELL, A.K.S. Y CATELL, H.E.P., 1994: *16 PF-5,* Ediciones TEA, Madrid.

# INFLUENCIA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL SOBRE EL CONCEPTO DE LAS ENFERMERAS EN ATENCIÓN PRIMARIA



**Isabel Segarra Cañamares**
**Rosa Mª Fuentes Chacón**
**Soledad Sanchez Arnosi**

*Escuela Universitaria de Enfermería de Cuenca*
*Universidad de Castilla-La Mancha*

Las organizaciones están compuestas de individuos o grupos, en vistas a conseguir ciertos fines y objetivos, por medio de funciones diferenciadas que se procura que estén racionalmente coordinadas y dirigidas y con una cierta continuidad a través del tiempo (Porter y col. en PEIRÓ 1986).

Por ello cada vez más, resulta imprescindible para la organización conocer todas los elementos físicos, psicológicos y sociales que determinan e influyen en el rendimiento del trabajador.

Autores como Luc Brunet (1987) afirman «que el clima organizacional -que constituye la personalidad de una empresa- determina y condiciona el comportamiento de los individuos en la organización, y el grado de satisfacción respecto de la actividad que los empleados desempeñan», y en definitiva la productividad.

Dicho de otro modo la identificación del clima organizacional es fundamental. La forma particular que el individuo percibe e interpreta el clima que lo rodea determina su comportamiento y por lo tanto su nivel de satisfacción, rendimiento, estrés, aprendizaje, etc.

La finalidad de la identificación del clima organizacional es instrumental. Permitiría el diagnóstico, por parte de la organización de aquellas dimensiones problemáticas que son necesarias cambiar. Es en este último punto donde queremos hacer mayor hincapié en nuestra comunicación. Al entender que el factor humano es el núcleo fundamental de toda organización y que los directivos son responsables del establecimiento de un «buen» Clima organizacional, pero finalmente son los trabajadores quienes lo perciben, lo incorporan y lo traducen en una mayor o menor implicación en el logro de los objetivos personales y de la organización.

En lo que si se está de acuerdo es en abordar el estudio del clima organizacional desde los mismos aspectos metodológicos, valorando el clima desde tres enfoques no excluyentes: atributos estructurales, organizacionales e individuales.

Estos atributos serían las principales variables en la composición del clima organizacional. Siendo el objetivo de su análisis, describir las interacciones y los efectos que resultan en la organización.

En cuanto a estos atributos que han sido operativizados por Gibson et al, 1979. están:

## ATRIBUTOS INDIVIDUALES O COMPORTAMIENTOS:

- Aspecto individual: actitudes, percepciones, personalidad, estrés, valores, aprendizaje.
- Grupo e intergrupo: estructura, procesos, cohesión, normas y papeles.
- Motivación: motivos, necesidades, esfuerzo, refuerzo.
- Liderazgo: poder, políticas, influencia, estilo.

## ATRIBUTOS ESTRUCTURALES DE LA ORGANIZACIÓN:

- Macrodimensiones.
- Microdimensiones.

## ATRIBUTOS ORGANIZACIONALES O PROCESOS ORGANIZACIONALES:

- Evaluación del rendimiento.
- Sistema de remuneración.
- Comunicación.
- Toma de decisiones.

La combinación de estos atributos o elementos configura el Clima Organizacional, ya que este es el resultado de valorar los rendimientos tanto a nivel:

- Individual: Mediante el alcance de los objetivos, satisfacción y calidad en el trabajo, expectativas de promoción...

- Grupo: Consecución de los objetivos, moral, resultados, cohesión...
- Organización: Niveles de producción, eficacia y eficiencia, capacidad de adaptación a las demandas sociales, tasas de absentismo...

Para realizar el diagnóstico del Clima organizacional se utiliza un instrumento de medida, el cuestionario escrito, con la finalidad de captar lo que percibe el trabajador de los atributos mencionados. No obstante como hay demasiadas variables implicadas, la mayor parte de los estudios, consideran cuatro dimensiones Fundamentales (Luc Bruner, 1987):

- El nivel de autonomía individual que viven los actores dentro del sistema.
- El grado de estructura y de obligaciones impuestas a los miembros de una organización por su puesto.
- El tipo de recompensa o de remuneración que la empresa otorga a sus empleados.
- La consideración, el agradecimiento y el apoyo que un empleado recibe de sus superiores.

Haciendo una revisión bibliográfica sobre las dimensiones que según Luc Bruner (1987) se deberían analizar para la identificación del Clima Organizacional, nos hemos centrado en el primer nivel de atención (Atención Primaria) del Sistema Sanitario Público y en la percepción que tienen del mismo los profesionales de Enfermería.

## DIMENSIONES DE ANÁLISIS

### El grado de autonomía que perciben las enfermeras en los Centros de Salud

Con referencia a personas, la palabra autonomía según María Moliner (1990) se emplea significando la «facultad para gobernar las propias acciones sin depender de otro». Reflexionando sobre la definición se deduce una actitud independiente de la enfermera a la hora de actuar en aquello que es responsable o de su propia competencia. El

modelo de Atención Primaria concibe a la Enfermería como motor de la reforma donde lograrían su reconocimiento como profesionales autónomos e indispensables para la comunidad.

El reconocimiento de esta autonomía profesional debe de configurarse desde tres ámbitos:

- Desde el propio profesional, a través de su desarrollo personal. Todavía conviven en el nivel primario profesionales de enfermería que se identifican con el modelo biomédico y lo reflejan en su práctica, siendo su aportación profesional actuaciones delegadas y dependientes de otros profesionales, lo que dificulta el reconocimiento de su autonomía. Pero también nos encontramos con enfermeras que asumen la responsabilidad de dar cuidados de calidad, porque se reconocen con capacidad y autoridad para tomar sus decisiones en los cuidados de enfermería.

- Desde el poder legalmente establecido, para Hall (1969) «no basta sólo con una actitud personal, sino que debe existir una estructura dentro de la organización que la facilite». Pero Alberdi (1995) va más allá y nos dice: «El poder ya está repartido dentro del sistema sanitario y no quedan vacantes.... Cualquier estrategia que pretenda introducir cambios en la estructura de poder, se va a encontrar con resistencias de todo tipo». Resistencias que todavía los profesionales de enfermería no hemos sabido combatir demostrando claramente cual es nuestra aportación al cuidado de la salud y por lo tanto ser reconocidos como profesionales insustituibles para la comunidad.

- Desde el propio usuario, ya que este tiene unas expectativas ligadas a lo que tradicionalmente ha rodeado a la imagen de las enfermeras, tareas instrumentales. M.J. Pérez (1995) en su estudio concluye «los pacientes no han demostrado una idea clara de los motivos para consultar a la enfermera. Este hecho supone que la población no identifica todavía a la enfermera con roles diferentes a los de la administración de tratamientos y curas tradicionales».

## Las obligaciones estructurales derivadas de la división del trabajo.

Es evidente que la reforma de la atención primaria de salud ha supuesto grandes cambios ideológicos, conceptuales, metodológicos y estratégicos que han llevado a la renovación del primer nivel de atención. Esto debería haber implicado una transformación en quién y cómo se tenía que prestar la atención, puesto que ya no es posible abordar los problemas de salud sólo desde la visión unidisciplinar. De aquí que emerja la idea de equipo interdisciplinar para establecer las estrategias que la comprensión del fenómeno individual y social de la salud exige.

A pesar de la organización formal en equipos de salud, en nuestros centros perdura la estructura piramidal, prevaleciendo los niveles jerárquicos. Unos están arriba y los otros abajo, de hecho el máximo responsable funcional de los Equipos de Atención Primaria según Real Decreto 137/1984 es el médico.

Los trabajos realizados sobre el funcionamiento de los equipos de salud nos indican que una cosa es la teoría y otra son los resultados de la práctica del trabajo en equipo. Según el estudio elaborado por C. Vidal (1993) y refrendado por otros como A. Reig (1989) y J.M. Peiro (1990), «El factor causante de insatisfacción más frecuente hallado entre los profesionales de enfermería es la existencia de conflictos en el equipo». De hecho no siempre se trabaja con personas que forman parte del equipo de salud que valoran y respetan nuestras aportaciones y puntos de vista profesional.

Por otra parte, la organización y directivos no han contraído un compromiso en determinar el marco laboral de enfermería, lo que se traduce en una mayor inseguridad y dependencia de las enfermeras con respecto a otros colectivos profesionales.

## El tipo de recompensa o de remuneración que la empresa otorga a sus empleados.

En la información recogida sobre conceptos retributivos llama la atención las diferencias que existen entre los miembros del equipo, como ejemplos:

- El pago por cartilla pasa a ser incluido como factor fijo de la productividad del EAP, pero este solo se abona a los facultativos, quedando las enfermeras sin retribución por población asistida.

- Las retribuciones relacionadas con la estructura poblacional (% >65 años y <7 años) tampoco son percibidas por las enfermeras.
- Las enfermeras no tienen derecho a percibir el complemento específico por dedicación exclusiva.

Uno no puede ser participe dentro de un equipo ni sentirse tratado con equidad, cuando estas diferencias en conceptos salariales antes mencionadas están relacionadas con la organización del trabajo, características de la población y demandas de servicios que afectan a todo el equipo y no solamente a un colectivo en particular.

### El reconocimiento de la práctica profesional.

Encuestas acreditadas de la OMS consideran el reconocimiento del trabajo realizado y sentirse parte de un proyecto como los dos factores motivacionales principales de los profesionales sanitarios (Monrás, 1995).

Lamata y Checa (1990) en su estudio sobre la motivación y su aplicación a las organizaciones sanitarias identifican lo que ellos llaman «trazos negativos» entre los profesionales y su organización. Entre otros destacan:

- Rigidez en las relaciones.
- El cierre de vías horizontales y verticales de promoción.
- La falta de vinculación de los incentivos a los resultados obtenidos en el lugar de trabajo.

Según M.J. Pérez (1995), sobre el reconocimiento del trabajo de la enfermera y a juicio del resto de profesionales del equipo de salud, «la organización del trabajo es más eficaz, pero no se traduce necesariamente en una mejora de los cuidados para el paciente». Resulta evidente, ante estos resultados, el desconocimiento y desvalorización de nuestra campo específico de trabajo: los cuidados.

## CONCLUSIONES

Hemos realizado un breve diagnóstico acerca de las dificultades de la enfermera de primaria en los ámbitos antes mencionados. Encontrando los siguiente puntos débiles:

- Falta de planificación conjunta y consensuada.
- Desconocimiento por parte de médicos y usuarios de las potencialidades enfermeras.
- Conflictos en las relaciones de los equipos.
- Diferencias en la consideración de conceptos salariales.
- Dificultades de los usuarios para intervenir en los proceso que les afectan.

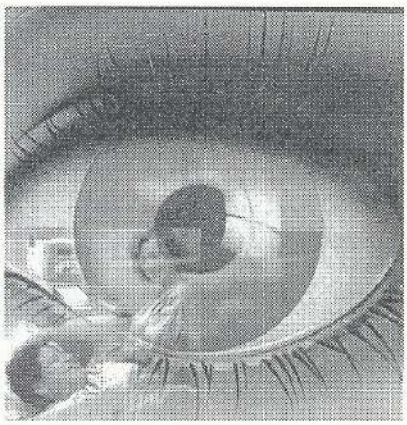
Intentando superar estas limitaciones, debemos realizar una propuesta de acción. La intervención tendría que ir dirigida a favorecer la cooperación, corresponsabilidad de todos los agentes involucrados. En esta línea recogemos la idea de A. Canto (1996): «Si se favorece el hecho de encontrar sentido al trabajo, de proporcionar la creatividad, la asunción clara de responsabilidades, los mecanismos de coordinación y colaboración, los espacios de reflexión... y, en definitiva, se da respuesta a las necesidades de realización -individual y grupal-, las personas encontrarán más energía y flexibilidad para adaptarse a las condiciones cambiantes del entorno, para resolver las necesidades de los usuarios y contribuir, de esta forma, al desarrollo de las organizaciones».

## BIBLIOGRAFÍA


1. ALBERDI, R.Mª. Y JIMÉNEZ, M.O.,(1992): «Atención Primaria de Salud: Un análisis del trabajo enfermero (III) «. Revista Rol de Enfermería, nº 154.
2. CANTO, A. (1996): «Procesos de Formación para el cambio organizativo». Revista Rol de Enfermería, nº 214. Junio.
3. GIBSON, J.L. y col. (1979): Organizaciones: estructura, proceso, comportamiento. Texas. Interamericana.
4. HALL RH. (1969): Occupations and the social structure. Prentice Hall. New Jersey.
5. LAMATA Y CHECA. (1990): «La motivación: su aplicación a los organizaciones públicas». Revista Rol de Enfermería, nº 139.
6. LUC BRUNET, (1987): El clima de trabajo en las organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias. México. Trillas.
7. MARÍA MOLINER, (1990): Diccionario de uso del Español. Madrid. Gredos.

8. MONRAS, P. y col. (1995): «Desarrollo profesional en las organizaciones sanitarias participativas». Revista Rol de Enfermería, nº 200, Abril.
9. PEIRÓ, J.M. y col. (1990): «Clima y satisfacción laboral en los equipos de atención primaria». Nau llibres, Generalitat Valenciana.
10. PÉREZ, M.J. y col. (1995): «Enfermería Comunitaria. Repercusiones en los centros de salud». Revista Rol de Enfermería, nº 201, Mayo.
11. PORTER y col. en PEIRÓ J.M. (1986): Psicología de las Organizaciones. Tomo1. Madrid. UNED.
12. REAL DECRETO 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
13. REIG, A. y col. (1989): «Estudio comparativo de estresores profesionales en personal. Enfermería española y norteamericana». Enfermería científica nº 91.
14. VIDAL, C. y col. (1993): Revista Rol de Enfermería, nº 176, Abril.

# LA IMAGEN DE LA ENFERMERÍA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA A PARTIR DE LA OPINIÓN DE LOS NUEVOS ALUMNOS MATRICULADOS



**Esther Gloria Acosta Suárez**
**Judith Sánchez García**

*Profesoras de Fundamentos de Enfermería*
*Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de G.C.*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La formación académica universitaria implica adentrarse en el aprendizaje del conocimiento lógico y sistematizado y para ello el alumno debe cuestionarse sus creencias previas, ponerlas en ' tela de juicio ' para de esta manera acceder a los mecanismos de investigación racional. Para que esta situación se dé es preciso que el profesor ponga los medios no sólo de transmisión cognitiva sino de análisis de los conocimientos previos. Además de los conocimientos académicos acumulados, cada persona aprende en muchas ocasiones de forma espontánea e informal, desarrollando conductas en función del contexto en el que se desenvuelve. El conocimiento que se configura a partir de esta relación espontánea es el que algunos autores como Pérez y Gimeno denominan vulgar, es decir el conocimiento empírico que no va más allá del aspecto superficial de las experiencias.

Los conocimientos previos a los que nos referíamos anteriormente no son los académicos sino precisamente el conocimiento vulgar, y no por ello menos valioso, del que hablan Pérez y Gimeno. Algunos profesores creemos que las personas que acceden a la formación académica (de cualquier nivel, pero especialmente la universitaria) deben ir rompiendo a lo largo de su proceso enseñanza- aprendizaje con sus conocimientos vulgares en lo que respecta a las materias propias de la carrera a la que han accedido. No obstante, pensamos también que esto se torna difícil cuando los estudios a los que han accedido no coinciden con la opción deseada. En cualquier caso, el profesor es el elemento clave para poner los medios que susciten dicha ruptura.

En este sentido y desde hace tres años, algunos profesores de fundamentos de enfermería de la U.L.P.G.C. venimos planteando un pequeño cuestionario de preguntas abiertas en el día de la presentación de los

nuevos alumnos matriculados en la Diplomatura de enfermería. Este cuestionario pretende recoger las creencias sobre la enfermería que traen los alumnos que acceden a primero. Los objetivos que se intentan conseguir con el cuestionario son dos: por una parte, que sirva de punto de partida para el desarrollo de la primera unidad temática del programa (introducción a la enfermería en el antiguo plan de estudios e Introducción a la enfermería como disciplina profesional en el nuevo) y por otro servir de elemento para provocar esa ruptura o conflicto que les permita el acceso a la comprensión de los conocimientos científicos desarrollados por la disciplina enfermera. En líneas generales podemos decir que es el elemento de partida de profesores y alumnos para construir el proceso enseñanza-aprendizaje de esta primera unidad temática. Aunque el cuestionario no se creó para estudiar específicamente la imagen que traen los alumnos nos pareció oportuno debido a la temática que ofrecen estas Sesiones de Trabajo, la realización de un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en los cursos 94-95 y 96-97´, puesto que la opinión de nuestros alumnos como parte integrante de nuestra sociedad permite acercarnos a la percepción que ésta tiene de nuestra imagen.

## MATERIAL

Para este trabajo se utilizó como material un cuestionario de preguntas abiertas como ya hemos dicho, que se cumplimentó de manera anónima el día de la presentación de los alumnos al inicio de los cursos 94-95 y 96-97. La muestra está constituida por un total de 112 personas.

## MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de las respuestas a tres preguntas del cuestionario. Estas son las siguientes:

1. ¿Qué crees que es la enfermería?
2. ¿Qué crees que tienes que aprender para ser enfermera/o?
3. ¿Qué te ha motivado o motiva a estudiar enfermería?

Las respuestas a cada una de estas preguntas se han clasificado en función de varios aspectos que han facilitado el vaciado de los datos obtenidos.

Para la primera pregunta estos son los siguientes: **denominación de la enfermería como ocupación; objeto de interés de la enfermería; objetivo de interés de la enfermería; acción principal que efectúan las enfermeras/os; carácter operativo o funcional que le otorgan a la enfermería y actitudes o valores en la enfermería.**

Los aspectos clasificados en la segunda pregunta comprenden: **aprendizaje relacionado con (la *conducta, la enfermedad, el individuo enfermo y el conocimiento del cuerpo humano)*, aprendizaje de habilidades y adquisición de actitudes.**

Los aspectos correspondientes a la tercera pregunta hacen referencia a: **la relación, la ayuda, la vocación, la autorrealización y la autopromoción, la motivación relacionada con los valores humanos, la adquisición de conocimientos, la corta duración de los estudios y las perspectivas laborales.**

## RESULTADOS

Debido a la brevedad del tiempo sólo expondré los resultados más relevantes quedando a la disposición de Uds. para cualquier información pormenorizada acerca de ellos.

Los resultados referentes a la pregunta **¿ Qué crees que es la enfermería?** refleja que los nuevos alumnos definen mayoritariamente a la enfermería en términos de su objeto de interés, y le siguen en orden decreciente: la definición de la enfermería como acción, en función de su objetivo, como ocupación, como actitud y finalmente en un sentido operativo.

Con respecto al **objeto de interés**, los alumnos identifican al individuo enfermo, denominándole también paciente. En menor proporción se encuentra la persona sin dotarla de atributo alguno y la enfermedad. Algunos también identifican como objeto de interés de la enfermería: el cuerpo humano, la salud y el conocimiento de sí mismo. La enfermería **como la acción principal que efectúan las/os enfermeras/os** la expresan mayoritariamente con dos acciones: ayudar y cuidar. Los **objetivos de la enfermería** que identifican los asocian con las acciones anteriores, puntualizando como sigue: " ayudar a (las personas, la sociedad, al médico, curar, los enfermos, la comunidad) " y cuidar principalmente a

nuevos alumnos matriculados en la Diplomatura de enfermería. Este cuestionario pretende recoger las creencias sobre la enfermería que traen los alumnos que acceden a primero. Los objetivos que se intentan conseguir con el cuestionario son dos: por una parte, que sirva de punto de partida para el desarrollo de la primera unidad temática del programa (introducción a la enfermería en el antiguo plan de estudios e Introducción a la enfermería como disciplina profesional en el nuevo) y por otro servir de elemento para provocar esa ruptura o conflicto que les permita el acceso a la comprensión de los conocimientos científicos desarrollados por la disciplina enfermera. En líneas generales podemos decir que es el elemento de partida de profesores y alumnos para construir el proceso enseñanza-aprendizaje de esta primera unidad temática. Aunque el cuestionario no se creó para estudiar específicamente la imagen que traen los alumnos nos pareció oportuno debido a la temática que ofrecen estas Sesiones de Trabajo, la realización de un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en los cursos 94-95 y 96-97´, puesto que la opinión de nuestros alumnos como parte integrante de nuestra sociedad permite acercarnos a la percepción que ésta tiene de nuestra imagen.

## MATERIAL

Para este trabajo se utilizó como material un cuestionario de preguntas abiertas como ya hemos dicho, que se cumplimentó de manera anónima el día de la presentación de los alumnos al inicio de los cursos 94-95 y 96-97. La muestra está constituida por un total de 112 personas.

## MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de las respuestas a tres preguntas del cuestionario. Estas son las siguientes:

1. ¿Qué crees que es la enfermería?
2. ¿Qué crees que tienes que aprender para ser enfermera/o?
3. ¿Qué te ha motivado o motiva a estudiar enfermería?

Las respuestas a cada una de estas preguntas se han clasificado en función de varios aspectos que han facilitado el vaciado de los datos obtenidos.

Para la primera pregunta estos son los siguientes: **denominación de la enfermería como ocupación; objeto de interés de la enfermería; objetivo de interés de la enfermería; acción principal que efectúan las enfermeras/os; carácter operativo o funcional que le otorgan a la enfermería y actitudes o valores en la enfermería.**

Los aspectos clasificados en la segunda pregunta comprenden: **aprendizaje relacionado con (la *conducta, la enfermedad, el individuo enfermo y el conocimiento del cuerpo humano)*, aprendizaje de habilidades y adquisición de actitudes.**

Los aspectos correspondientes a la tercera pregunta hacen referencia a: **la relación, la ayuda, la vocación, la autorrealización y la autopromoción, la motivación relacionada con los valores humanos, la adquisición de conocimientos, la corta duración de los estudios y las perspectivas laborales.**

## RESULTADOS

Debido a la brevedad del tiempo sólo expondré los resultados más relevantes quedando a la disposición de Uds. para cualquier información pormenorizada acerca de ellos.

Los resultados referentes a la pregunta **¿ Qué crees que es la enfermería?** refleja que los nuevos alumnos definen mayoritariamente a la enfermería en términos de su objeto de interés, y le siguen en orden decreciente: la definición de la enfermería como acción, en función de su objetivo, como ocupación, como actitud y finalmente en un sentido operativo.

Con respecto al **objeto de interés**, los alumnos identifican al individuo enfermo, denominándole también paciente. En menor proporción se encuentra la persona sin dotarla de atributo alguno y la enfermedad. Algunos también identifican como objeto de interés de la enfermería: el cuerpo humano, la salud y el conocimiento de sí mismo. La enfermería **como la acción principal que efectúan las/os enfermeras/os** la expresan mayoritariamente con dos acciones: ayudar y cuidar. Los **objetivos de la enfermería** que identifican los asocian con las acciones anteriores, puntualizando como sigue: " ayudar a (las personas, la sociedad, al médico, curar, los enfermos, la comunidad) " y cuidar principalmente a

enfermos. Los alumnos nombran la enfermería como **ocupación** con varios sustantivos, entre los que destacan: carrera, profesión y ciencia, acompañando la primera y la última con diferentes matices ("carrera complemento de la medicina", ciencia - " que nos enseña a ayudar a las personas que tengan cualquier problema "; médica "; " en la que aprendes el tratamiento de la persona y la enfermedad "; " del cuidado del enfermo " o " que estudia el comportamiento de las enfermedades. Los encuestados que han expresado la enfermería en un sentido **actitudinal y funcional** son pocos y los resultados son los que pueden ver en la diapositiva.

Los resultados obtenidos tras el vaciado de la segunda pregunta - **¿ Qué crees que tienes que aprender para ser enfermera/o?** ponen de manifiesto que los alumnos contestan en su mayoría aspectos relacionados con el aprendizaje de actitudes, siguiendo en orden el aprendizaje relacionado con (la conducta, la enfermedad y el individuo enfermo, el conocimiento del cuerpo humano y las habilidades mecánicas).

Los resultados concernientes al aspecto **aprendizaje de actitudes** reflejan que las mencionadas con mayor frecuencia son la paciencia y la comprensión; le siguen la humanidad, el cariño, la amabilidad y la profesionalidad. Otras mencionadas han sido: trato digno con el paciente, autodisciplina, valor, seguridad, buen humor, objetividad, confianza, tranquilidad, disponibilidad, sociabilidad, tacto, saber estar, serenidad, humildad, eficacia, precisión y soltura.

Las respuestas a esta pregunta asociadas al **aprendizaje relacionado con elementos conductuales** se encuentran bastante diversificadas; no obstante, un número considerable de alumnos concretan el aprendizaje en este sentido con las expresiones siguientes: " tratar con enfermos ", " tratar con personas " y " relacionarse con personas ". El resto de las respuestas fueron expresadas en los términos que Uds. pueden leer en la diapositiva: " saber cómo debes comportarte y tratar algunos temas y personas "; " todo lo relacionado con el comportamiento de los pacientes "; " aprender a realizar el cuidado "; " trabajar en grupo "; " la conducta que debemos adoptar ".

Con respecto a los resultados correspondientes a esta pregunta referidos al aspecto **aprendizaje r/c la enfermedad y el individuo enfermo** hemos observado que un número considerable de los encuestados

señala como contenidos importantes de su aprendizaje los relacionados con la enfermedad, expresándolos en términos de: enfermedades, su diagnóstico, los medios para curarlas y sus causas. En menor proporción responden con respecto al individuo enfermo.

La escasa proporción de alumnos que han respondido a esta pregunta haciendo alusión al **aprendizaje r/c el conocimiento del cuerpo humano** identifican principalmente la anatomía y fisiología humanas. Algunos se decantan por la anatomía exclusivamente, otros por la fisiología y otros la combinan).

Aún son más escasos los resultados de esta segunda pregunta asociada al **aprendizaje de habilidades mecánicas**. Los alumnos matriculados que han respondido así expresan: " toda clase de técnicas ", " técnicas de curación ", " aplicación de medicación ", " alivio del dolor ", " tomar la T/A ", " hacer curas "o expresiones generales como " práctica " y " muchas técnicas ".

Los resultados de la tercera pregunta analizada **¿ Qué te ha motivado o motiva a estudiar enfermería?** reflejan como primer elemento motivacional la ayuda, seguido de la duración de los estudios y las perspectivas laborales, la adquisición de conocimientos, autorrealización, la adquisición de valores o actitudes humanas, la relación y por último la vocación.

Con respecto a la **ayuda** los encuestados identifican que lo que les ha motivado ha sido ayudar a los demás, en menor proporción ayudar a los enfermos y ayudar a las personas que lo necesitan.

El siguiente motivo que indujo a un alto número de alumnos a estudiar enfermería es la **corta duración de los estudios y las perspectivas laborales**, indicándolo así: " la brevedad de los años y el posible empleo más tarde "; " el gran auge en el campo de trabajo que tiene enfermería "; " las salidas profesionales que ofrece la carrera ", entre otras.

Los alumnos encuestados que indican la **adquisición de conocimientos** lo expresan con respecto al **cuerpo humano** por un lado y con **el enfermo y la enfermedad** por otro.

Como dije las respuestas menos frecuentes a esta pregunta y nombradas por orden decreciente son las relacionadas con **la autorrealización y la autopromoción, la adquisición de valores o actitudes humanas,**

**la relación y la vocación.** De estos cuatro aspectos destacan las siguientes contestaciones: " la autorrealización con vistas a ayudar a otras personas "; " la necesidad de sentir que alguien necesita de tus cuidados "; " ser útil en una sociedad que lo necesita "; "el valor humanitario "; " el estar en contacto directo con las personas " o " lo mío es vocación ".

Finalmente, existen algunos alumnos que no señalan ningún elemento motivacional, sino que indican su acceso a enfermería tras no haber obtenido plaza en medicina, fisioterapia o bien como medio para después acceder a matrona.

## CONCLUSIONES

La conclusión principal a la que hemos llegado tras la discusión de los resultados obtenidos y que nos sirve para cumplir los objetivos presentados al comienzo se basa en la imagen que los alumnos plasman en sus respuestas. Las pinceladas que nos ofrecen los alumnos nos muestra una enfermería centrada en: la enfermedad, el individuo enfermo, íntimamente ligada a la medicina y las buenas perspectivas laborales al finalizar los estudios. Junto a esto destaca la imagen de una profesión (aunque hasta no adentrarnos en el desarrollo de la unidad temática no sabíamos a qué se referían cuando utilizaron este término) en la que priman las relaciones, fundamentalmente de ayuda, - resaltando la prestada al médico - con un cierto matiz religioso en algunas de las actitudes y valores que le asocian.

Sin ánimos de extrapolar a nuestra sociedad en general esta imagen que nos ofrecen los alumnos, podemos decir que su opinión de la enfermería se acerca a la descripción del perfil de ATS. Aunque este profesional forma parte de nuestro pasado más reciente, la imagen que nos han descrito basada en sus observaciones, contactos y experiencias nos pone de manifiesto que ésta no es una figura olvidada e histórica sino con plena vigencia hoy en día.

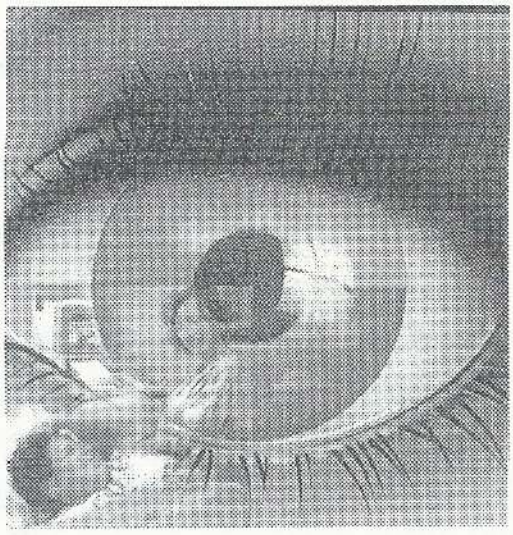
Como es de suponer el trabajo de los profesores de fundamentos de enfermería en ciertos ámbitos como el de la isla de Gran Canaria resulta difícil con respecto a esa unidad temática, desde la perspectiva que presentaba al inicio. La credibilidad de la ruptura de concepciones

que hacemos parece no apoyarse en la realidad que perciben los nuevos alumnos matriculados, sino más bien en el desarrollo del resto de la asignatura y la autoridad que nos confiere el hecho de ser profesores. La impresión general es que inicialmente el alumno al finalizar el primer curso adopta otra concepción, pero al finalizar la carrera, después de todos sus contactos con los distintos medios donde se ha desarrollado su aprendizaje, su ejercicio como profesional es el que le pide el sistema sanitario. Hay quienes se plantean en ocasiones, si el esfuerzo que supone merece la pena, los optimistas pensamos que sí, aunque el cambio de concepciones sea una realidad después de muchas del paso de muchas promociones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen, H. « La enfermera y su identidad profesional. Ed. Grijalbo. Barcelona 1.988
2. Antúnez, S.y cols. « Del proyecto educativo a la programación de aula « Ed. Graó ( 6ª).Barcelona 1.995.
3. Hernández, P. « Diseñar y enseñar «. Ed. Narcea (2ª). Madrid, 1.995.

# LA IMAGEN DE ENFERMERÍA: ES UNA DECLARACIÓN DE INTENCIONES O UNA REALIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL



**Montserrat Llinas**
**Pilar Flor**
**Montserrat Tàrrech**

*Profesora de la EUE Gimbernat*
*Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

Atendiendo a una de las definiciones de lo que es **«IMAGEN»**, según Chombard de Lawe -1963- se describe como **«La síntesis entre la representación social de un conjunto de elementos y la personalidad de los sujetos.»** Entre los elementos presentes en la elaboración de la Imagen nos encontramos: los comportamientos, el status, la situación del individuo respecto al grupo de pertenencia, los mecanismos psicológicos que intervienen en la percepción...

La profesión de Enfermería a lo largo de su Historia ha ido integrando estos elementos creando una imagen social en la cual gran parte de los profesionales sanitarios se han sentido reconocidos y arropados (imagen de humanidad, comprensión, sumisión, obediencia, vocación, dependencia de la profesión médica, tecnicismo...), creyendo ser estos los pilares sobre los que sustentar su identidad profesional, y olvidarse de elementos tan esenciales para la profesión como pueden ser la investigación, la formación continuada, la capacidad de gestión.

La imagen que en la actualidad se quiere dar a la enfermería es que ésta sea autónoma, con un rol profesional bien definido, con un alto grado de conocimientos teórico-práctico y en la que se potencie la investigación y la formación continuada.

Pero la realidad cotidiana del Sistema Sanitario muestra una imagen, que en ocasiones, se aleja de esas bases conceptuales que caracterizan a la profesión. En la actualidad el profesional de Enfermería debe saber responder a las expectativas del usuario a través de su marco de funciones teniendo claro cuales son sus competencias y asumiendo sus responsabilidades. Si como Profesionales somos capaces de adoptar adecuadamente nuestro papel habremos sido capaces de entrar en la garan-

tía de Calidad Total en la administración de cuidados de calidad y por tanto conseguiremos a largo plazo reafirmar nuestra **IMAGEN PROFESIONAL.**

## OBJETIVO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

El objetivo que nos hemos planteado ha sido el de analizar y reflexionar sobre posibles estrategias que nos ayuden a consolidar una imagen de enfermería fundamentada en principios de calidad.

Metodología utilizada: estudio basado en documentación bibliográfica.

## DISCURSIÓN

Tras una revisión bibliográfica acerca de la definición de calidad hallamos una en la cual diversos autores coincidían: **«La Calidad es la capacidad de superar las expectativas del cliente, sea quien sea el cliente»**. Por ese motivo es necesario conocer en profundidad sus expectativas y basarnos en ellas para ofrecer nuestra respuesta. La evaluación de nuestra calidad pasará por comparar sus expectativas iniciales con su percepción del servicio recibido.

Todos los sistemas que configuran la sociedad están pasando por una serie de reestructuraciones que les permite adaptase mejor al momento presente para conseguir un cambio que además de ser necesario será ventajoso. En estos tiempos de turbulencias en el que nos ha tocado vivir, las organizaciones sanitarias se ven enfrentadas al hecho de que su capacidad de innovación y de adaptación a las demandas del usuario, determinan en gran parte sus posibilidades de prestar una atención adecuada.

Según A.FERRIS el sistema imperante es un sistema productivo tecnocéntrico y fundamentado en la robotización. Se da mucha relevancia a los avances científicos y se está convirtiendo en un sistema deshumanizado. Por tanto el cambio debe ir en dirección a potenciar otras características con tendencia antropocéntrica, en el que la preocupación principal se basa en el desarrollo organizacional y cualificación del trabajo lo que se califica como **«Manos Pensantes»**, con una filosofía de prestación de cuidados de calidad y un equipo humano preocupado por la educación más que por la formación.

Así pues el proceso de calidad de servicio se mueve en torno a cubrir necesidades, demandas y expectativas en un intento de conseguir:

- Satisfacción en la aplicación de un servicio de cuidados correcto.
- Satisfacción en atención al usuario.
- Satisfacción de la Imagen Profesional dada.

Analizando estos tres elementos que intervienen en el proceso, cabe la posibilidad de preguntarnos:

- **¿ El colectivo de enfermería se encuentra satisfecho con la imagen profesional que transmite?.**
- **¿ No sería necesario antes de iniciarnos en el mundo de la calidad asistencial, reflexionar sobre esta imagen?.**

Llevar a cabo la prestación de servicios con Calidad Total, es una tarea difícil de conseguir a corto plazo, si valoramos la diversidad de aspectos a tener en cuenta tanto a nivel institucional como a nivel profesional. Ha nivel institucional es importante tener en cuenta la necesidad de favorecer factores como:

- Adecuada distribución de recursos,
- Contemplar las distintas competencias profesionales,
- Favorecer la capacidad de decisión de todos sus miembros.

Pero a nivel profesional es necesario:

- Potenciar motivación profesional,
- Disponer de conocimientos científicos adecuados.
- Dar una imagen profesional adecuada a las expectativas que rigen los principios de cálida.

**¿Cuantas veces hemos oído hablar de la «Imagen Profesional de Enfermería»?.**

Parece ser éste, un tema del que apenas haya más que decir. Y cual fue nuestra sorpresa, cuando a las puertas del siglo XXI, se nos vuelve a presentar la «**OPORTUNIDAD»,** entendida ésta como la - «**La CONVENIENCIA de tiempo y de lugar para determinado fin**» - de realizar unas sesiones de trabajo en las que la Imagen Profesional de Enfermería, marca el eje principal.

Teniendo en cuenta la evolución histórica de la Imagen de Enfermería, actualmente vemos como todavía se nos contempla desde una perspectiva estigmatizada a partir de la cual nosotros como colectivo simplemente conseguimos hacer una constante declaración de intenciones que la mayor parte de las veces utilizamos para justificarnos y ello nos dificulta la posibilidad de hacer algo más al respecto.

Enfermería continua siendo una desconocida, nos cuesta mucho que el usuario identifique qué producto podemos ofrecerle: educación sanitaria, ayuda en la consecución de su autocuidado, integración en su ambiente sociolaboral, habilidad y destreza en la aplicación de técnicas sanitaria... para que puedan escoger, los que solucionaran sus carencias ya que» **lo que no se conoce no se compra**».

Se nos percibe como un colectivo muy conformado y además tenemos poca incidencia en las decisiones políticas, económicas y de gestión. Si tomamos referencia el principio de que» **...Cuando las personas no creen en los conceptos no los utilizan como herramientas.»** podríamos decir que todavía existen profesionales que siguen sin valorar la práctica de su rol autónomo en atención de cuidados al paciente. Esto nos lleva a pensar que realmente **«Vende el que está convencido de la Calidad de su Producto y utiliza las estrategias adecuadas para ello.»**

Analizando alguno de los elementos que configuran en la actualidad la Imagen de Enfermería vemos que todavía existe en la práctica diaria:

- **Ambigüedad en las funciones.-** En el momento actual el colectivo de enfermería suele realizar tareas que podrían ser llevadas a cabo por otros profesionales, convirtiéndose en algo cotidiano que enfermería sirva para todo.
- **Desajuste en el desarrollo profesional.** Existe un gran descontento entre los profesionales de enfermería debido en gran parte a que no hay criterios claros que ayuden a diferenciar a un buen profesional de uno mediocre y lo mismo ocurre entre los que empiezan y los que llevan años trabajando.
- **Falta de percepción del propio poder.-** Es necesario que valoremos que la esencia de nuestra práctica profesional está en creer y demostrar que las actividades de enfermería que

no responden a órdenes médicas, son tanto o más importantes que las derivadas de aquellos.

- **Desajuste personal- Recursos.** Si enfermería continúa ejecutando casi todas las tareas nos encontramos con un ratio enfermera-paciente impensable, si deseamos administrar cuidados integrales de calidad.
- **Trabajo en equipo insuficiente.** -Es necesario que la propia enfermería se responsabilice de su trabajo, tenga la capacidad de tomar decisiones y sepa valorar la esencia de su práctica en el seno del equipo de trabajo.

Teniendo en cuenta que la satisfacción del profesional de enfermería es uno de los elementos de Calidad Asistencial, deseamos que esta satisfacción laboral se consiga dejando de ser la imagen de Enfermería una declaración de intenciones para pasar a ser una realidad de Calidad Asistencial.

**¿Qué significa para la Enfermería dar una asistencia de Calidad?**

La Calidad Asistencial en Enfermería precisa de profesionales que, desde su propia responsabilidad deseen comparar los resultados de su práctica diaria con unas normas y estándares previamente establecidos y sepan valorar donde están las desviaciones para poder enfrentarse adecuadamente, con al objetivo de garantizar y mejorar la calidad de sus cuidados. Para ello, es necesario:

- **Querer intervenir**: estar motivado para desempeñar mejor su rol profesional.
- **Saber intervenir**: debe tener la formación necesaria no solo para hacer su trabajo, sino para detectar fallos y corregirlos.
- **Poder intervenir**: debe estar dotado de suficiente autonomía y responsabilidad para poder subsanar errores que se produzcan en el trabajo.

En conclusión una atención de calidad no solo consiste en intentar lograr una eficacia científica-técnica, sino también conseguir un adecuado nivel de satisfacción del usuario y del propio profesional.

## ALTERNATIVAS: «PARA MEJORAR ES PRECISO CAMBIAR»

La alternativa de cambio que deberíamos plantearnos en relación a nuestra imagen Profesional sería aquella que cumpliera con los siguientes requisitos:

- Tener espíritu de proyecto. Capacidad de visión.
- Tener espíritu de vigía. Ver que hacen otros y que podemos mejorar.
- Tener espíritu abierto a la tecnología manteniendo los valores humanos.
- Tener espíritu de competencia. Preocupación por la mejora continua.
- Tener espíritu de flexibilidad. Adaptarse a los cambios constantes.
- Esforzarse por reconocer los méritos de quienes aportan más que nosotros dentro de nuestro equipo de trabajo.
- Tener espíritu de Calidad detectando los requisitos del usuario para poder cubrir expectativas.

Una alternativa al cumplimiento de estos requisito podría ser aprendiendo a medir el rendimiento de nuestras tareas en función del tiempo invertido.

Partiendo de la base que una tarea tiene dos dimensiones: «**QUE HACE**» entendiendo como lo adecuado /inadecuado en una tarea o proceso vital de trabajo y «**COMO LO HACE**» desde la perspectiva de bien /mal hechas. Estas dos variables relacionadas en un cuadro de doble entrada puede llevarnos a una estimación porcentual del tiempo que se invierte en las actividades de cada cuadrante y con ello conocer la calidad de nuestro propio trabajo y como canalizar mas tiempo en hacer bien lo adecuado si controlamos los otros cuadrantes. Especificando, esta estrategia nos permite detectar:

**Cuando hacemos mal lo adecuado** y por tanto revisar la ejecución de la tares para no cometer errores y consecuentemente repeticiones innecesarias. Podría hacerse énfasis en la correcta aplicación de protocolos.

**Cuando hacemos mal lo que de por sí ya es inadecuad**o y supone una pérdida de tiempo por qué no tiene sentido. Por ejemplo cubrir unas expectativas no deseadas. Hay que intentar reducir la inversión de tiempo a una base cero.

**Cuando hacemos bien lo que es inadecuado.** Por tanto es necesario clarificar los objetivos y metas propuestas a la vez que potenciar la comunicación.

**Cuando hacemos bien lo que es adecuado.** Esto nos llevaría a la mejora permanente de nuestras tareas. y a una optimización de cuidados de calidad.

## CONCLUSIONES

Actualmente el usuario cada vez tienen más información sanitaria y con ello el derecho a exigir. Enfermería como profesional debe saber responder a estas exigencias ofreciendo a través de su marco de funciones los servicios que están dentro de nuestra competencia y responsabilizándonos de que sean adecuados. Es en este punto donde la enfermería no debe perder su horizonte y conseguir hacer real uno de los famosos principios de declaración de intenciones como es el de «**saber ser, saber estar y saber hacer**». Cumplir con este requisito profesional implicaría compartir valores organizacionales como hacer bien el trabajo a la primera, ser los mejores en todo lo que se hace, tener un trato respetuoso para las ideas de todos y evidentemente contar con la colaboración de gestores y mandos intermedios para que dentro de las limitaciones generales favorezcan el que todo ello se pueda llevarse a cabo.

Para conseguir la cumplimentación de estos requisitos en la Profesión de enfermería es preciso que sé de un cambio no tan solo estructural sino también vivencial en el que sus herramientas básicas son : * el desarrollo humano (relación y escucha) * el desarrollo cognitivo (control de prejuicios y declaración de intenciones) y * el de integridad humana que es el compromiso con las acciones de cambio.

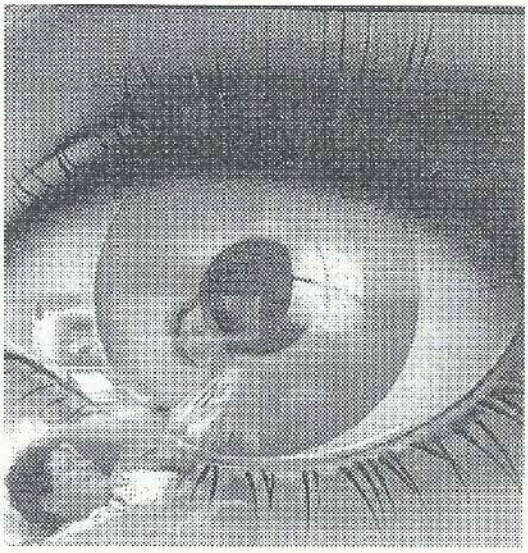
También sería importante conseguir la implicación de los mandos intermedios como líderes de la calidad siendo responsables de la puesta en marcha de programas, mantener la formación y la organización del estudio programado coordinando los grupos de trabajo el proceso, y favoreciendo su aplicación y efectuando la evaluación continua de los resultados obtenidos.

**Por tanto para que la IMAGEN DE ENFERMERÍA pase a ser una realidad de CALIDAD ASISTENCIAL los profesionales deben asumir una máxima autorresponsabilidad e independencia en materia de salud. Es decir «...saber como conseguir que lo que tu haces cuando estas allí, sea hecho cuando tu no estés»**

## BIBLIOGRAFÍA


1. COMO HACER REAL LA CALIDAD. George Labovitz, Yu Sang Chang, Victor I. Rosansky Edit. Diaz de Santos 1995 Madrid.
2. SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO. Dr José Flórez Lozano. Edit. Edika Med.1994 .Barcelona.
3. LA CALIDAD COMO GARANTÍA Y EXIGENCIA DEL CAMBIO NECESARIO. Carlos Carreras de Nadal .Alberto Ferris Pellicer. Articulo: Modelo Conceptual de Calidad .13 enero 1994
4. MOTIVACIÓN PROFESIONAL . ROL de Enfer. Nº176.pag:32-41. 1993.
5. DESARROLLO PROFESIONAL . ROL de Enfer. Nº197.pag:13-19. 1995.
6. IDENTIDAD PROFESIONAL. Rol de Enfer.Nº217.pag:27-33. 1996.
7. RETO AL CAMBIO. George W. Dionne Duddy. Enrique Reig Pintado. Edit. McGraw-Hill. Interamericana de México.S.A. de C.V.
8. PROGRAMA DE CALIDAD DE ENFERMERÍA EVOLUCIÓN Y EXPERIENCIA . Carme Jover. Natalia Solà. Art. Revista de Calidad Asistencial 1996;11:S8O-S9O.

# IMAGEN SOCIAL DE LA PROFESION ENFERMERA EN CARRERAS UNIVERSITARIAS NO RELACIONADAS CON LA RAMA CIENCIAS DE LA SALUD



**J. Sánchez García**
**MªC. Navarro Rodríguez**
**E.G. Acosta Suarez**
**M. Marrero Montelongo**
**R. Chacón Ferrera**
**J.E. Hernández Rodríguez**

*Departamento de Enfermería de la Universidad de Las Palmas De Gran Canaria*

## INTRODUCCION

Tradicionalmente la enfermera ha estado vinculada a connotaciones peyorativas que han perjudicado su imagen como profesional a lo largo de la historia.

Diversos estudios sociológicos nos aseguran que en nuestra cultura se espera que las enfermeras sean maternales, atentas, compasivas, y que su compromiso emocional con el cliente se asemeje al de la madre con un niño enfermo. Además, a la enfermera se la ve como mujer pasiva, sumisa, dependiente y que no se hace valer. Estas afirmaciones, pertenecen a estudios realizados entre 1958 - 1975.

Hoy por hoy, la imagen que la sociedad tiene de la enfermera, no es ni más ni menos, que la que se ha venido observando tanto en los medios de comunicación, como en la asistencia pública y privada que presta esta profesión.

Pensamos, que a pesar de los esfuerzos realizados por los enfermeros de estos tiempos, estas connotaciones no deseadas que arrastramos, continúan arraigadas de modo significativo.

Para poder verificar esta hipótesis, nos dirigimos a un núcleo joven de la sociedad, por tratarse de un sector, que de haber tenido contacto con nuestra profesión, lo ha hecho con la enfermería de estos tiempos, por lo que suponemos nos dará una visión más certera de la imagen social de la enfermera de hoy. La población elegida fue la de los estudiantes de primer curso de carrera de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria desestimando lógicamente las carreras de la rama Ciencias de la Salud.

## OBJETIVO

Se trata de averiguar el modo en que la población elegida representa a los profesionales de enfermería en dos ámbitos o dimensiones fundamentales:

1. La enfermera como profesional.
2. La enfermera como persona.

Para ello y como estrategia de elaboración de los puntos de información del cuestionario hemos considerado:

a. El investigador está interesado en conocer si se ha producido un cambio favorable en la imagen que la sociedad tiene de la enfermera. Su punto de partida es por tanto, que existe una visión deformada de esta profesional. Ello hace que se planteen las hipótesis en un sentido confirmatorio y por tanto de ausencia de cambio en la representación popular de la enfermera.
b. El investigador está más interesado por la imagen de la enfermera que por la imagen de la profesión (que incluiría también a los enfermeros).
c. Las preguntas se han elaborado atendiendo a su facilidad para el análisis e interpretación.

# MATERIAL Y MÉTODO

Seleccionamos como población objeto del estudio a los estudiantes de primer año matriculados en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. La población establecida en el Informe General del Curso académico 1996-1997 en esta Universidad se eleva a 5.727 alumnos. A partir de esta cifra se determinó una muestra mínima de 500 individuos para un error muestral estimado de ± 4% con un nivel de confianza del 95,5% y para el peor de los casos en la varianza de las respuestas (p=.50/q=.50). Con este criterio se seleccionaron cursos al azar. Las carreras elegidas de modo aleatorio fueron: C. Jurídicas, Arquitectura, Magisterio, C. Económicas y Empresariales, C. del Mar y C. de la Educación Física y del Deporte.

El cuestionario consta de 35 ítems referentes a las dos dimensiones objeto del estudio y 11 ítems más, relacionados con datos sociodemográficos del encuestado. (Adjunto anexo).

El estudio estadístico se hizo mediante el paquete estadístico SPSS utilizando la t-Student, $chi^2$ y el test de Tukey cuando el análisis de varianza reflejaba algún grado de significación.

# RESULTADOS

Se mencionan tan sólo los que consideramos de mayor interés.

## 1. AMBITO PERSONAL:

Las respuestas a juicios de valor por parte de los encuestados se expresó en este apartado como porcentaje.

- «Para ser una buena enfermera hay que tener sobre todo vocación» (81,2%).
- «Para ser una buena enfermera se necesita una firme vocación de hacer el bien» (65,5%).
- «No es ético considerar el trabajo de Enfermería como un medio de ganar dinero» (55,6%).
- «Una buena enfermera es la que acepta gustosa y sin vacilación cualquier trabajo por desagradable que este sea» (42,2%).

En el ítem que trata las cualidades importantes de una buena enfermera (valoradas de 0 a 9), expresamos como media y desviación típica, aquellas que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 6:

| CUALIDAD | MEDIA | DESV.TIPICA |
|---|---|---|
| Responsabilidad | 8,34 | 1,21 |
| Eficiencia | 7,86 | 1,56 |
| Capac. de Entrega | 7,80 | 1,55 |
| Laboriosidad | 7,42 | 1,65 |
| Comprensión | 7,33 | 1,79 |
| Fortaleza | 6,88 | 2,25 |
| Alegría | 6,82 | 2,11 |
| Cariño | 6,73 | 2,17 |
| Salud | 6,39 | 2,22 |
| Orden | 6,37 | 2,03 |
| Dulzura | 6,27 | 2,33 |
| Tenacidad | 6,15 | 2,10 |

Por otra parte, cuando consideramos el nivel cultural de los progenitores de los encuestados nos encontramos que los de nivel cultural más bajo estiman una cualidad mucho más importante para ser una buena enfermera el ALTRUISMO, que los de nivel cultural alto (p<0,02).

Los encuestados que no habían ingresado nunca en un hospital frente a los que sí, señalaron cualidades mucho más importantes para ser una buena enfermera:

Altruismo (p<0,004) Generosidad (p<0,001)

Cariño (p<0,03) Salud (p<0,03)

## 2. AMBITO PROFESIONAL

Nuevamente, las respuestas obtenidas de los juicios de valor por parte de los sujetos también se expresó en porcentajes.

- El grado de profesionalidad de las enfermeras debiera ser mayor del que tienen. (60,9%).
- La enfermera es básicamente la ejecutante de unas tareas designadas por los médicos (42,2%).
- No está bien que una enfermera actúe bajo iniciativa propia. (39,3%).
- Las enfermeras están poco satisfechas con su trabajo (34%).

Cuando preguntamos en qué medida otras profesiones son socialmente más (+3) o menos (-3) valoradas con respecto a la profesión Enfermera, obtuvimos los siguientes resultados expresados en media y desviación típica:

* Profesiones **menos** valoradas que la Enfermería:

| PROFESION | MEDIA | DESV.TIPICA |
|---|---|---|
| Historiador | -1,16 | 1,73 |
| Gerente | -0,18 | 1,79 |
| Practicante | -0,09 | 1,35 |
| Puericultor | -0,36 | 1,63 |
| Matrona | -0,14 | 1,64 |
| Aux.Enfermería | -0,93 | 1,24 |
| Policía Nacional | -0,47 | 1,77 |

* Profesiones **más** valoradas que la Enfermería:

| PROFESION | MEDIA | DESV.TIPICA |
|---|---|---|
| Farmacéutico | 1,21 | 1,50 |
| Psicólogo | 1,12 | 1,62 |
| Matemático | 1,21 | 1,84 |
| Médico | 2,73 | 0,91 |
| Abogado | 1,69 | 1,48 |
| Economista | 1,45 | 1,55 |
| Maestro | 0,17 | 1,48 |
| Biólogo | 1,15 | 1,57 |

Se solicitó que puntuaran de 0 a 9 en qué medida les resultaba fácil imaginarse a una enfermera haciendo una serie de actividades que les proponíamos. Las respuestas, expresadas en media y desviación típica, se dividieron en dos grupos, aquellas cuya media obtenida fue mayor o igual a 6 (eran fácilmente imaginables) y aquellas cuya media obtenida fue menor o igual a 4,5 (eran poco imaginables):

Las actividades fácilmente imaginables (mayor o igual a 6):

- Está poniendo una inyección (8,38±1,33).
- Está haciendo unas curas (7,55±1,87).
- Está haciendo los primeros auxilios a un accidentado (6,89±2,28).
- Está dando de comer a un enfermo (6,88±2,41).
- Está pasando visita con un médico (6,81±2,50).
- Está enseñando a los familiares de un paciente cómo ayudarle (6,27±2,39).
- Está tomando café con los compañeros (6,27±2,59).

Las actividades poco imaginables (menor o igual a 4,5):

- Está haciendo compañía a un enfermo (4,50±2,86).
- Está rellenando formularios y recetas (4,33±3,03).
- Está preparando a un enfermo a bien morir (4,05±2,82).
- Está llevándole café al médico (3,11±2,94).

- Está limpiando una habitación de hospital (2,10±2,37).
- Está haciendo la comida para un enfermo (1,51±2,01).

Cuando contrastamos la variable sexo frente al ítem anteriormente expuesto, encontramos que a los varones les resulta más fácil que a las mujeres imaginarse a la enfermera:

- Dando de comer a un enfermo ($p<0,048$).
- Haciendo una cama ($p<0,002$).
- Limpiando a un enfermo ($p<0,001$).
- Limpiando una habitación de hospital ($p<0,009$).

Por otro lado, a medida que aumenta el nivel cultural de los progenitores de los encuestados, aumenta la tendencia a estar de acuerdo con la frase «una buena enfermera debe siempre defender las opiniones del médico» ($chi^2_{(8)} = 16,5$; $p<0,003$).

También descubrimos una mayor tendencia entre los varones a estar de acuerdo con la frase anterior ($chi^2_{(4)} = 34,6$; $p<0,0001$).

Finalmente, entre los resultados a destacar, observamos que existe una mayor tendencia por parte de los varones a considerar que para que un Servicio funcione, la enfermera ha de ver siempre en el médico una figura de autoridad ($chi^2_{(4)} = 17,9$; $p<0,001$).

## DISCUSION:

A la vista de los resultados obtenidos es fácil observar la existencia de una imagen social globalmente negativa de la enfermera. Es llamativo cómo en un sector con un nivel cultural medio y normalizado, con una edad que hace suponer que se han desarrollado en una sociedad más democrática, con una modernización de los valores tradicionales (p.ej.: incorporación de la mujer al mercado laboral) nos encontremos con una estimación mediatizada, poco objetiva y machista del trabajo enfermero, especialmente por parte de los varones. Igualmente, a pesar del desarrollo y los avances en nuestra profesión, y el contacto que mantiene la enfermera con los distintos sectores sociales no es suficiente para generar una imagen más adecuada.

Para los encuestados, los indicadores de cualidades personales como los referentes a virtuosidad, feminidad, pulcritud, vocación o lealtad están íntimamente ligados a la profesión enfermera. Sin embargo, a nadie se le ocurre pensar que un arquitecto deba ser cariñoso, comprensivo o con capacidad de entrega a los demás, para ser un buen profesional. Por otro lado, no ven con buenos ojos que la profesión enfermera sea también un trabajo digno para ganarse la vida, más bien lo entienden en el sentido de la vocación, la entrega o el altruismo. Es más, ahondando en lo antedicho, la vocación queda fuertemente unida a la práctica enfermera.

En el ámbito profesional destaca la dependencia y sometimiento al médico, la carencia de iniciativa propia y una tercera parte de los encuestados ponen en relevancia que las enfermeras no están satisfechas con su trabajo. ¿ Es esta una opinión basada en argumentos razonables?.

Llegado este punto, nos surgen preguntas de manera ineludible: ¿de dónde procede la imagen inadecuada que seguimos manteniendo ante la sociedad? ¿qué participación en nuestra imagen social poseen los medios de comunicación, la universidad, los colegios profesionales, la sanidad pública y privada, las organizaciones paramédicas e incluso nosotras mismas?. Preguntas que nos invitan a continuar investigando y que necesitan además el paso del tiempo para que la imagen que proyectamos sea realmente diferente.

## CONCLUSIONES

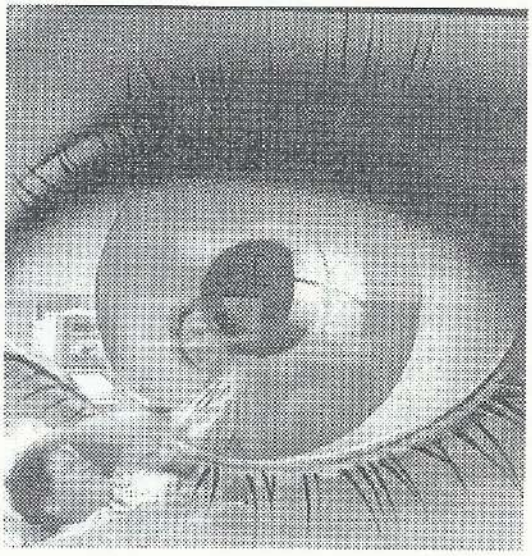
1. Tanto en el ámbito personal como profesional se observan matices negativos que perjudican nuestra imagen social.
2. No existe una visión clara en el sector estudiado de la función propia de la enfermera.
3. En la población estudiada, son los varones los que poseen una imagen profesional de la enfermera más distorsionada.
4. No existen diferencias cualitativas sustanciales de la imagen social de la enfermera en los trabajos realizados entre 1.958-1.975 y este estudio.

5. Creemos necesario establecer líneas de actuación encaminadas a favorecer un cambio social de nuestra imagen.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cohen, H. «La Enfermera y Su Identidad Profesional». Ediciones Grijalbo. Barcelona, 1988.
2. Ojeda Perez, B. Y Cols. «Enfermeria En Las Palmas ¿Vocacion U Otros Intereses?. Revs.Rol. Vol.142 (59-61). 1990.

# EL ENTORNO LABORAL COMO FACTOR CONDICIONANTE DEL CAMBIO DE LA IMAGEN PROFESIONAL



**García Bañon, A.**
**Gil Sacaluga, R.**
**Marchal Escabias, M.**
**Perteguer Huerta, I.**
**Sebastián Iglesias, M. J.**
**de la Torre Fernández-Trujillo, J.**

*Escuela U. de Enfermería*
*Hospital Universitario Puerta del Mar*
*Cádiz*

# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Desde hace varios años una de las preocupaciones de muchos profesionales de la Enfermería, ha sido la de producir un cambio sustancial en la práctica profesional. Cambio encaminado, sobre todo, a mejorar la calidad de los cuidados que prestamos, al desarrollo de nuestra disciplina y al acuerdo de todos los profesionales que la ejercen acerca de la naturaleza y fines de la "Enfermería". Esta preocupación ha sido el eje de actuación de los profesionales comprometidos con el tema de generar dicho cambio, sin embargo los logros no guardan correlación con el esfuerzo realizado. Hemos de reconocer que el cambio no ha sido demasiado importante, al menos en lo que se refiere a la practica asistencial, pues aunque en algunos hospitales, centros de salud o unidades concretas se están llevando a cabo esfuerzos por trabajar desde una perspectiva científica, aún quedan muchos centros donde esto no es más que una utopía y la línea de trabajo sigue siendo la misma que la que se llevaba a cabo antes de que la Enfermería fuese universitaria.

Algunas escuelas hemos pretendido participar de este cambio, formando profesionales desde una perspectiva científica y progresista. Formación en la que el conocimiento de la ciencia y de la metodología enfermera constituyera el eje central. Esto unido a una metodología docente con la que se pretendía el desarrollo de ciertas actitudes en el alumno, tales como el espíritu crítico, el compromiso con su profesión, el deseo de avance y mejora, la creatividad y la disposición a cambiar y a participar en su propio desarrollo tanto humano como intelectual, era obvio que debía dar como resultado un profesional comprometido con el avance de su disciplina y con el cambio de la imagen profesional que transmitimos a la sociedad. Ya que si como imagen entendemos la forma

en la que los demás nos perciben y sabemos que la percepción es fruto de lo que se observa y se siente ante lo observado, está claro que para que los demás nos perciban de otra forma hemos de empezar por cambiar lo que tradicionalmente hacemos, o, al menos, la forma en la que lo hacemos.

Por otra parte, en nuestros años de docentes, observábamos como nuestros alumnos, una vez finalizados sus estudios, parecían olvidar todo lo aprendido y se socializaban con el modelo tradicional en cuanto se incorporaban al mundo laboral. Esto que resulta altamente frustrante, para los que esperan ver los frutos de su trabajo y de su esfuerzo, debía tener alguna causa importante. Podíamos intuir que el entorno laboral que se encuentran no es el más apropiado para llevar a cabo lo que habían aprendido, pero también podía ser que estuviésemos fallando en algo, que nuestra forma de enseñar la Enfermería no fuese la adecuada para ello, o que la fuerza de lo que ven fuese mucho mayor que la fuerza de lo que escuchan. Fuese lo que fuese debíamos analizarlo para poder corregir sobre una base científica.

De estas reflexiones nace un proyecto de investigación que posteriormente ha sido becado por la Junta de Andalucía. Y de cuyos resultados vengo hoy a hablarles aquí.

## OBJETIVO

El objetivo de esta exposición es analizar el entorno laboral que ofrecemos a los recién incorporados a nuestra profesión y reflexionar sobre si este entorno es el más adecuado para conseguir un cambio en nuestra imagen profesional; entendiendo que si esta reflexión no se genera entre todos los participantes a estas sesiones, nada de lo que pueda hoy decir aquí tendrá valor alguno.

## MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio descriptivo que se ha realizado sobre una población de 151 exalumnos, pertenecientes a las promociones 1.993,94 y 95, seleccionando una muestra de 108 alumnos para un 95% de nivel de confianza y con un margen de error de más menos 5. De la muestra seleccionada respondieron en 91 casos equivalente al 84,96% de la muestra. La

edad media fue de 24 años de los que el 70% son mujeres y el tiempo medio que han conseguido trabajar oscila entre los 7 y los 18 meses, siendo el menor tiempo de un mes y el mayor de 24 meses, el 80% de las veces en un hospital público de más de 300 camas y el 42% ha sido fuera de la provincia de Cádiz.

Para la realización del trabajo se elaboró un cuestionario que fue enviado por correo a cada uno de ellos y tras su cumplimentación lo devolvieron a la escuela.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, a primera vista, fueron de lo más desalentadores. Comprobar que el 48% piensa que no es posible una atención integral e individualizada a los pacientes en las instituciones sanitarias actuales, es realmente un resultado escalofriante. Contestando que si es posible solamente un 11%. Esto, que en un principio y en profesionales que lleven muchos años trabajando, puede considerarse fruto del desgaste, el desencanto y el cansancio, en el caso de nuestros exalumnos no tiene ninguna de estas justificaciones, ya que el que más ha trabajado ha sido por un período de 24 meses y por tanto la ilusión primera por hacer las cosas lo mejor posible ha de mantenerse aún viva en ellos.

Por otra parte, el 57% considera que la atención que reciben los pacientes en las instituciones sanitarias es mala y culpan de ello en el 36% a los gestores, en el 55% a la política de salud y en el 9% a los profesionales. Esto demuestra que son conscientes de que las cosas deberían hacerse de otra manera y que el núcleo de acción debiera ser la calidad de la atención que prestamos a nuestros clientes, siendo este reconocimiento de la realidad el primer paso necesario para poder modificar nuestra práctica profesional. El hecho de que culpen en primer lugar a los gestores y a la política sanitaria es señal de que consideran que la organización y los que de ella se ocupan tienen una alta responsabilidad en lo que se está haciendo, son ellos los que han de marcar las líneas de trabajo, la política y la filosofía de cada centro, así como los responsables de articular los mecanismos para garantizar el cumplimiento de las mismas.

Es importante profundizar algo más sobre lo anterior ya que nuestra Ley General de Sanidad obliga a las comunidades autónomas a la elaboración de un plan de salud en el que queda claramente reflejado que la orientación de los servicios de salud debe estar centrada más en los cuidados de salud que en la atención a la enfermedad y, por lo tanto, para el cumplimiento del mismo es fundamental una aportación específica y profesional de los enfermeros, Culpan solo en un 7% a los profesionales enfermeros, ya que estos se ven inmersos en una institución que marca su línea de trabajo, su carga laboral, su distribución por turnos y por responsabilidades, quedándoles poco margen para la iniciativa privada.

A la pregunta que le hacíamos de si habían tenido conflictos por el empleo de los conocimientos adquiridos en la escuela, el 33% responde que si y de ellos el 50% ha sido con sus propios compañeros y un 40% con los médicos. Esto que, en principio, parece que se contradice con lo anterior, tiene su lógica explicación. La mayoría de las personas tenemos cierta resistencia al cambio, sobre todo si nos sentimos cómodos con lo que estamos haciendo, aunque esa comodidad se derive en su mayor parte del hábito de hacer lo mismo durante años. Además, si a esta resistencia a cambiar, añadimos el hecho de que tampoco la institución que nos contrata pide de nosotros mucho más de lo que estamos haciendo ¿para qué esforzarnos?, ¿para qué introducir nuevos elementos en nuestras vidas y en nuestros trabajos que lo único que conseguirán será desequilibrar esa rutina que tanta seguridad nos proporciona?. Si además, ese cambio nos dice que nos responsabilicemos de nuestras propias decisiones, ¿para qué llevarlo a cabo si a mí me resulta más cómodo que sea otro el que determine lo que yo debo hacer y otro, por tanto, el que se responsabilice de ello?

En el 41% de las ocasiones ese conflicto fue debido a la utilización de una metodología de trabajo y en un 31% por defender los derechos de los pacientes. Creo que resulta a todas luces evidente que esta respuesta apoya la argumentación anterior. El empleo de una metodología de trabajo implica responsabilidad de las propias actuaciones, y encima viene propuesta por los jovencitos que acaban de terminar y que no tienen la menor experiencia, [¡con los años que llevo yo trabajando, va a venir este a decirme que lo estoy haciendo mal!]. Es significativo también que en

un 30% de los casos los conflictos hayan venido por defender los derechos de los pacientes. En instituciones que centran su organización más en los intereses de los propios profesionales: la hora de pasar sala el médico, los turnos de las enfermeras, la farmacia, la cocina... todo, menos la comodidad y el interés de sus usuarios, es evidente que las personas con otra visión han de encontrarse con problemas. Han de chocar con sus rígidas normas y con sus rutinas que convierten al individuo en un número en cuanto entra por las puertas.

## CONCLUSIONES

Estos resultados, que parece que en principio eximen de responsabilidad a los docentes, nos pueden resultar satisfactorios, pero si reflexionamos con seriedad sobre los mismos, veremos que no es cierto, ya que como profesionales de la Enfermería y como personas enamoradas de su profesión y activistas en el cambio de la misma, hemos de preguntarnos: ¿qué se puede hacer para conseguir realmente un cambio de dirección y, por tanto, de imagen profesional?

Es evidente que el abordaje no puede limitarse al campo de la docencia. La administración, la política, los colegios profesionales, los sindicatos y todo el entorno en general, hemos de comprometernos con la misma idea. El trabajar como corpúsculos aislados no conduce a nada, todo lo más a ir sembrando una semilla que esperamos que algún día dé su fruto, pero alguien tiene que ocuparse posteriormente de regarla y de garantizar que tenga luz y buena tierra si pretendemos que germine y crezca.

La teoría y la práctica no pueden ir por distintos derroteros, el aprendizaje se produce simultáneamente en ambas esferas. La socialización tiene lugar por modelaje. El alumno ha de tener una figura de referencia para identificar su rol profesional.

Desde nuestra perspectiva, como docentes, pensamos que una buena forma para que el entorno no actuase como un elemento dificultador para el cambio, sería la integración de la docencia y la asistencia ya que permitiría que el alumno tuviese al profesor como figura de referencia allí donde realizara su práctica asistencial. Al mismo tiempo los docentes

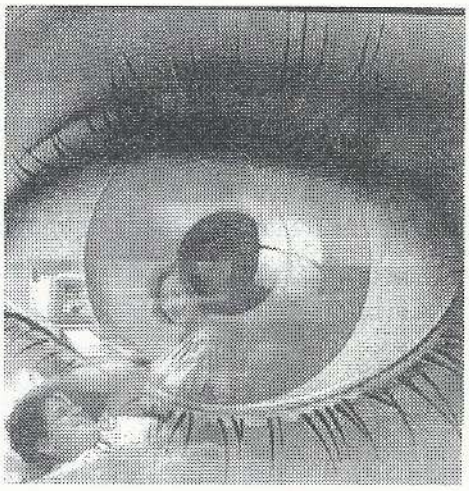
podrían actuar como agentes de cambio dentro de las instituciones, lo que constituiría un modelaje importante para los profesionales. Los profesores dejaríamos de ser los "teóricos", demostrando en el día a día que aquello que predicamos es, no solo posible, sino mucho mejor tanto para nuestros pacientes como para nosotros mismos ya que el grado de satisfacción profesional que se encuentra es mucho mayor cuanto más autónomo y responsable se es del propio trabajo.

Solo si nos desprendemos de nuestras propias comodidades, de nuestra cómoda rutina y nos convertimos todos en agentes activos del cambio profesional, podremos ofrecer a la sociedad una imagen enfermera clara, única, especifica, concreta y real. Solo así nos percibirán por lo que realmente somos y no por lo que tradicionalmente hemos venido haciendo.

## BIBLIOGRAFÍA


1. González de Haro, M.; Formación Básica de Enfermería; Revista ROL de Enfermería. Febrero 1992. Nº 162 pág. 57 a 62.
2. Jiménez, C. Y otros; Actitudes y opiniones de los profesionales de la salud y su cambio después de un curso de perfeccionamiento. Enfermería Clínica, septiembre 1991, nº 114, pág.. 37 a 43.
3. Roda, M.T. y Ruiz, M.; Funciones de Enfermería, evolución de un concepto. Enfermería Clínica, julio 1992. Vol.2, nº 4, pág.. 135 a 141.
4. Blasco, R.; Enfermería en la Universidad diez años después. Revista Rol de Enfermería, número 100, pág. 60.
5. Gusiñe, F.; ¿Que entendemos por un profesional de Enfermería?. Revista ROL de Enfermería, número 118, pág. 72.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermería en Acción. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.
7. Polit, D.F.; Hungler, B. P.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Interamericana Mc Graw Gil, 1991.
8. Peplau, H.; Relaciones Interpersonales en Enfermería. Masson Salvat. Barcelona 1.992.

# IDENTIDAD E IMAGEN PROFESIONAL



**Frutos López, Mª Luz**
**Hernández Martínez, Helena**
**Muñoz Lobo, Mª Jesús**

*Profesoras Asociadas*
*E. U. de Enfermería y Fisioterapia*
*Universidad de Alcalá*

## INTRODUCCION

Es imprescindible poseer una identidad profesional para poder proyectar una imagen a la sociedad coherente con el significado de nuestra profesión.

En la actualidad, los conocimientos sobre el campo disciplinar, los modelos y las teorías enfermeras proporcionan una mayor identificación del campo profesional, esto permite el crecimiento tanto personal como profesional del colectivo enfermero.

Desde estas premisas pretendemos acercarnos al conocimiento de nuestra realidad, a los valores que desde nuestro punto de vista caracterizan la identidad profesional, que ofertamos y como lo ofertamos.

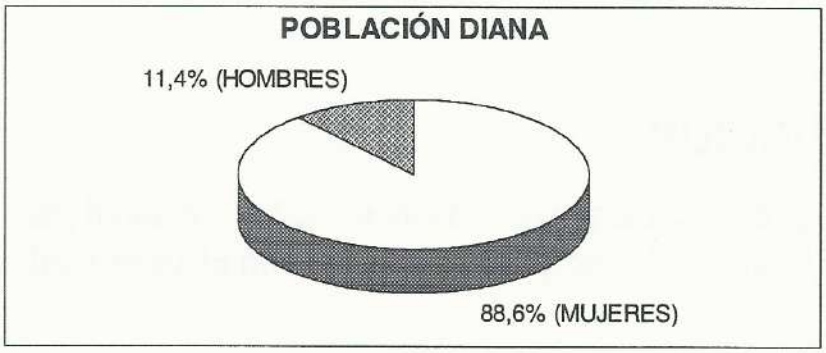
## MATERIAL Y METODO

Se elabora una encuesta para realizar un estudio descriptivo, tomando como población los profesionales de enfermería del H.U. Príncipe de Asturias, situado en Alcalá de Henares a 30 Km. de Madrid. Siendo un hospital comarcal, abierto en 1987.

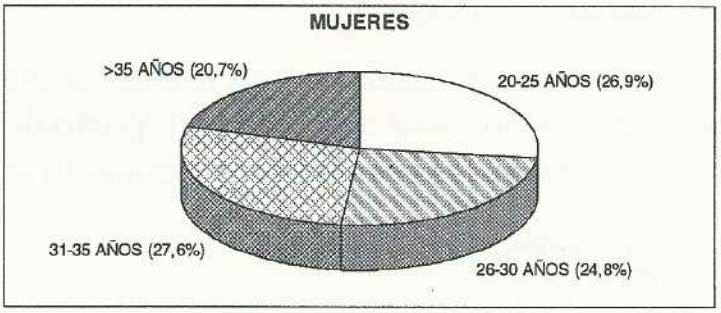
Determinamos el tamaño muestral en 60 profesionales, de los que el 11,4 % son hombres y el 88,6 % mujeres, para reflejar el porcentaje real de la población; con ello obtenemos un nivel de confianza del 95,5 %. Utilizándose dentro de cada grupo de edad establecido como método de selección el aleatorio.

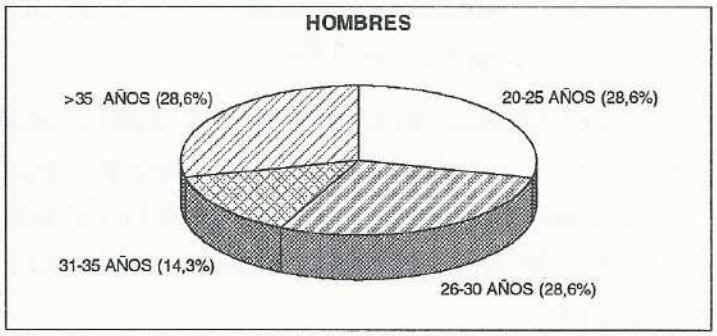
Como variables dependientes se emplean: el uso de un modelo enfermero, el uso de metodología y la vía elegida para el desarrollo profesional, a través de preguntas cerradas; y que oferta la enfermería a través de una pregunta abierta.

Como variables independientes: el sexo, la Escuela donde han realizado los estudios básicos y la edad. Dividendo la población en los siguientes grupos de edad: de 20 a 25 años, de 26 a 30 años, de 31 a 35 años y mayores de 35 años.




## EDAD DE LA POBLACIÓN



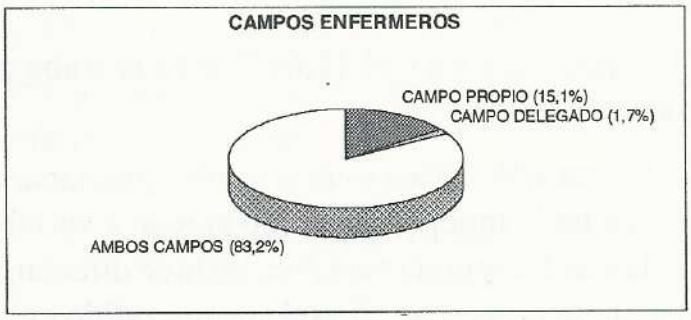



# RESULTADOS

A la pregunta la profesión enfermera tiene:

- Un campo de actuación propio.
- Un campo de actuación delegado.
- Ambos campos de actuación.

El 16,10% de la población muestral contesta que tenemos un campo de actuación propio, sólo el 1,78 % siente que tenemos un campo de actuación delegado y la inmensa mayoría, el 82,12 %, opina que tenemos ambos campos de actuación.




Es muy significativo, como puede apreciarse en los gráficos, que sean las enfermeras mayores de 35 años las únicas que siente la profesión enfermera con un campo de actuación delegado. Así mismo, el 100 % de los enfermeros que consideran la enfermería con un campo de actuación propio, se sitúan en el grupo de edad de 20 a 25 años y han cursado la carrera en la E.U. de Enfermería y Fisioterapia de la U. de Alcalá.

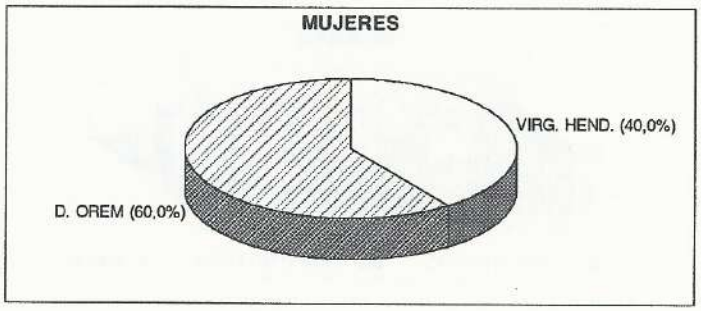
En las enfermeras no tiene significación los grupos de edad, pero sí la Escuela donde realizan sus estudios, pues del 12,5 % de enfermeras que reconoce un campo de actuación propio, el 87,44 % ha estudiado en la E. U. de Enfermería y Fisioterapia de la U. de Alcalá.

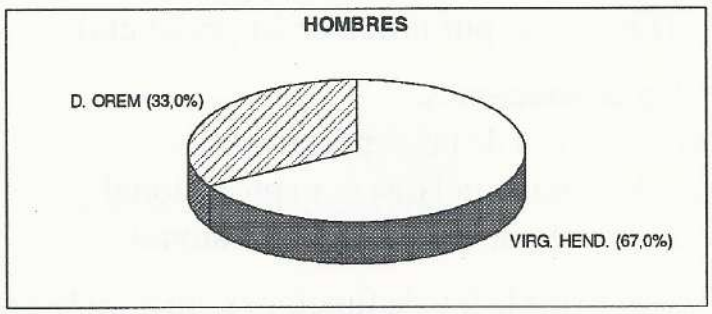
En cuanto a la cuestión, ¿Trabaja en base a un modelo enfermero?

El 58,34 % responde no y el 41,66 % refiere trabajar en base a un modelo enfermero.

Al incluir las variables sexo y edad puede apreciarse en los gráficos como la primera variable independiente no afecta la variable dependiente; mientras que la edad, segunda variable, influye directamente, pues del 41 % que utiliza un modelo el 85 % está comprendido en los dos primeros grupos de edad: de 20 a 25 años y de 26 a 30 años.

Respecto al modelo enfermero que tienen de base, vemos que el 59,94 % de las enfermeras utilizan el modelo de Dorothea Orem frente al 40,06 % que utiliza el modelo de Virginia Henderson. Estos resultados se invierten en los enfermeros , el 66 % utiliza el modelo de V. Henderson y el resto el de D. Orem.



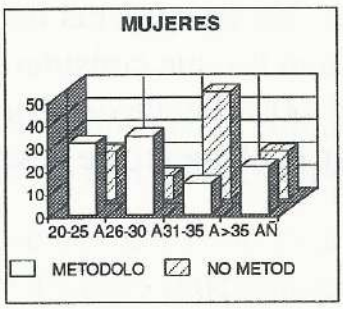


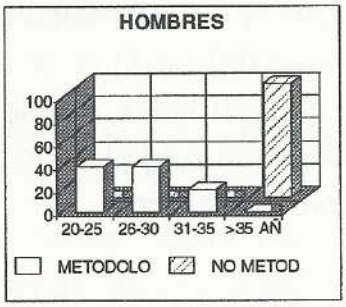

Al incluir la variable, Escuela donde han cursado sus estudios, el 97,66 % de la población total que utiliza el modelo de Déficit de Autocuidado son ex-alumnos de la E. U. de Enfermería y Fisioterapia de la U. de Alcalá.

A la pregunta, ¿Trabaja con metodología ?:

El 56,93 % utiliza una sistematización en su trabajo en contra del 43,07 % que refiere no utilizarla.

Como se aprecia en los gráficos, la variable sexo no es significativa, sin embargo, al incluir la variable edad vemos que la distribución es distinta en ambos sexos. El 100 % de los enfermeros que no usan metodología en su trabajo están en el grupo de edad de más de 35 años y la mayoría de las enfermeras que no la utilizan, están en el grupo de edad de 31 a 35 años.



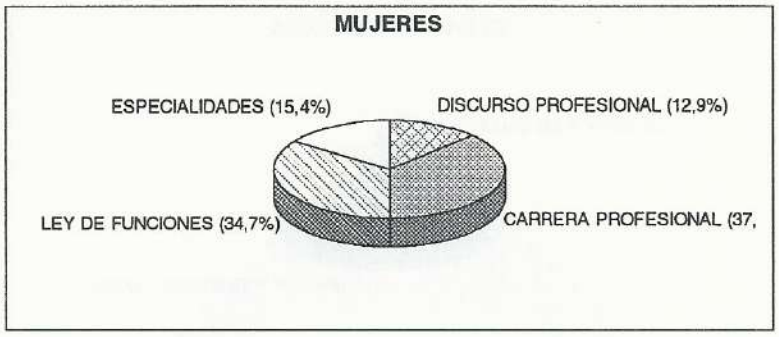
En la cuestión, ¿Qué cree necesario para desarrollo profesional de la enfermería?. (Enumerar por orden de importancia).

- La ley de funciones.
- La regulación de las especialidades.
- La redefinición del discurso profesional.
- El desarrollo de la carrera profesional.

El 29,09 % prioriza la ley de funciones, un 9,09 % considera que lo más importante en la actualidad es la regulación de las especialidades, el 14,54 % prioriza la redefinición del discurso profesional y un 29,09 % el desarrollo de la carrera profesional.

Al introducir las variables sexo y edad, vemos: Los profesionales masculinos que consideran lo más importante redefinir el discurso profesional (57,14 %) tienen una edad comprendida entre los 20 a 30 años. Todos los enfermeros de los 2 grupos de mayor edad, priorizan la ley de funciones y sólo un 14,28 %, que corresponde al grupo más joven (de 20 a 25 años), consideran la carrera profesional como el elemento necesario para el desarrollo profesional.

Las enfermeras se pronuncian en un 31,25 % por el desarrollo de la carrera profesional, en segundo lugar se prioriza sobre la ley de funciones con un 29,16 %, donde destacan las enfermeras de 31 a 35 años. Con un porcentaje del 10,41 % se sitúan las que consideran la regularización de las especialidades, donde el 60% tienen de 26 a 30 años, y por último, un 8,33 % han considerado que el elemento de desarrollo lo constituye el discurso profesional.



En esta cuestión si es determinante, como hemos visto, la variable sexo, no así la Escuela de procedencia que sólo se hace significativa al valorar la opción del discurso profesional en los varones, pues un 75 % de éstos provienen de la E. U. de Enfermería y Fisioterapia de la U. de Alcalá.

En la pregunta abierta, ¿Qué considera que oferta la enfermería a la sociedad?

El 93,52 % contesta que cuidados integrales, sin definirlos y/o describirlos; el 6,48 % restante responde, servicios de salud.

Al estudiar los datos de esta cuestión vemos que no interfieren ninguna de las variables independientes de nuestro estudio.

# CONCLUSIONES

Tras analizar el resultado de las encuestas se aprecia que existe una falta de identificación del campo profesional.

Sólo un 16,10 % siente que tenemos un campo de actuación propio, no se define que es lo que ofertamos a la sociedad como característico y único de nuestra profesión. Y sólo un 41,66 % refiere trabajar en base a un modelo enfermero. La redefinición del discurso enfermero sólo es considerada como lo más importante en la actualidad para el desarrollo profesional, por un 14,54 %.

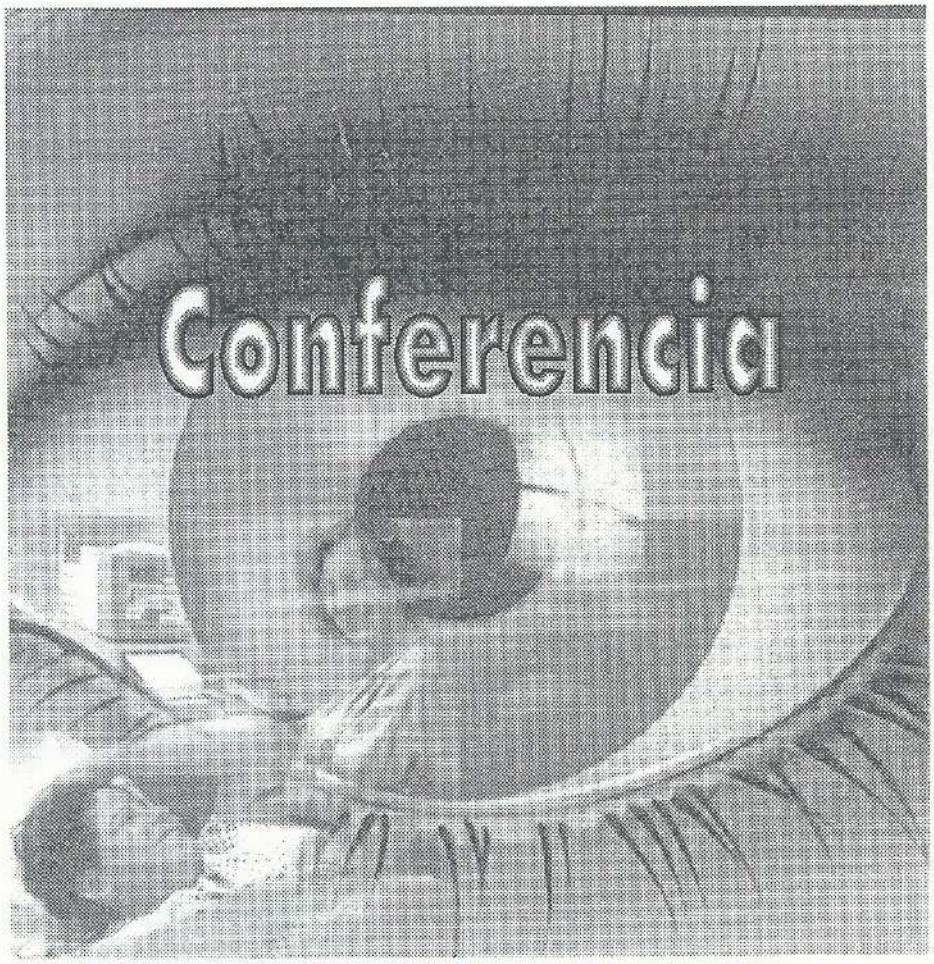
A la vista de estos datos, vemos la necesidad de que todos los profesionales interioricen el campo enfermero, sin el cual, no podemos proyectar una imagen profesional, coherente con nuestra profesión, a la sociedad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Doyma. 2ª ed. 1992.
2. Henderson, V. Enfermería Teoría y Practica. Prensa Méxicana. Mexico. 1987.
3. Marriner. Modelos y Teorías en Enfermería. Rol. Barcelona. 1989
4. Mateos Rivas, Mª J. Estadística en Investigación Social. Paraninfo. Madrid. 1989.
5. Moliner, M. Diccionaio del uso del español. Gredos. 1992.
6. Orem, D. Conceptos de Enfermería en la Practica. Masson-Salvat. Barcelona. 1993.

# una mirada académica

# IMÁGENES ENFERMERAS EN LA UNIVERSIDAD




**Marta Durán Escribano**

*Directora de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia*
*Universidad de Alcalá*
*Madrid*

## PRESENTACIÓN

Cuando me comunicaron el tema central de estas sesiones y mi participación como conferenciante, debo confesar que se me quedó la mente en blanco, ¿qué podía aportar yo sobre la imagen enfermera, si entiendo que para observar una imagen hay que hacerlo con perspectiva?. Cuando recibí el programa definitivo entendí mi papel, la mirada ajena la iban a cubrir relevantes profesionales observadores de la evolución enfermera, a mí tal vez se me pedía que construyera la imagen, asumir el papel de escultor, debía trazar las líneas y la composición, el movimiento y el equilibrio, el color, el tono y la iluminación de la imagen.

Para poder responder a la difícil tarea encomendada, comencé por hacer una revisión bibliográfica sobre temas relativos a la imagen, cómo elaborarla, observarla y describirla, qué son las imágenes y cómo se comunica la imagen. Mi trayectoria y experiencia profesional me harían interpretarla adecuada al tema enfermero. Y así diseñé mi propósito, y para ello, he establecido tres etapas diferenciadas en la exposición:

- La IMAGEN académica.
- El IMAGINERO o escultor de la disciplina.
- Cómo IMAGINAR una ilusión.

Las dos primeras partes, las enfoco desde la reflexión crítica, la tercera, trata de orientar una alternativa hacia la imagen enfermera en la universidad.

## 1. LA IMAGEN ACADÉMICA

La palabra «imagen», viene del latín, «imago». «Es la representación mental de alguna cosa percibida por los sentidos» (Casares, 1978). «La imagen virtual es la formada por la prolongación de los rayos y se

complementa con la imagen viva que se aplica a una persona o grupo donde domina un cierto sentimiento». (Moliner, 1991). Esta complementariedad entre las formas y los sentimientos es lo que configura la representación de la imagen, en nuestro caso, la imagen enfermera en la universidad.

Son, a mi modo de ver, dos los elementos que configuran la imagen académica, la enfermera en el entorno universitario y el contenido disciplinar.

## El ENTORNO UNIVERSITARIO.

La incorporación de los Estudios Universitarios de Enfermería, en nuestro país, coincide con una nueva concepción de la enfermería y de los estudios enfermeros, por ello, pudiéramos decir que este hecho debe marcar una reorientación de la imagen enfermera, en el entorno social y en el campo universitario. La Universidad se define en su propia esencia, con una serie de atributos que le confiere la sociedad y su trayectoria a lo largo de la historia, como son, su carácter de universalidad, el desarrollo del progreso al servicio del hombre y en bien de la humanidad, es guardián de la cultura y la ciencia, forma hombres y mujeres con talante crítico y humano para el desarrollo de la investigación y está al servicio de la sociedad para dar respuesta a las necesidades y requerimientos de nuevas profesiones.

Cuando la disciplina enfermera se incorpora en la universidad, se le suponen los atributos universitarios y se observa a los docentes de la enfermería, por su talante reflexivo y humano, su capacidad de integración y diálogo con otras disciplinas, su capacidad crítica y creadora, su sensibilidad para el contacto con la sociedad y su aportación general al funcionamiento de la universidad. Esto requiere en las personas docentes de la enfermería dos cualidades específicas, la sobriedad del estudio y el rigor de la reflexión. Siendo estas características, elementos claves de socialización en el mundo universitario, van a ser el resultado de una manera de comprender al hombre y de entender la vida en términos generales, por tanto no son contenidos que se transmiten por los textos, son cualidades adquiridas desde la educación, desde los primeros contactos con el mundo de la enfermería y con el entorno de la universidad.

Si en esta misma línea, destacamos las cualidades que identifican la imagen de la enfermera profesional, y analizamos los elementos que

caracterizan la atención de cuidados a las personas, pudiéramos de alguna manera establecer cierto paralelismo con el talante universitario. La enfermera cuidadora se define por el respeto a los valores y cultura de la persona, la equidad frente a las desigualdades y la solidaridad, la atención individual a las necesidades de cuidados, en el marco del entorno de la persona y de la continuidad de los cuidados, la enseñanza de autocuidados potenciando el desarrollo personal, familiar y social. Este marco de responsabilidad profesional, le confiere a la enfermera una capacidad innovadora y crítica, para la adaptación permanente a los requerimientos sociales y lleva implícita una clara conciencia de servicio, de adecuación a una respuesta profesionalizada, desde la sistematización de las prestaciones y una atención refrendada desde el rigor de la ciencia enfermera.

Pudiéramos decir desde estas afirmaciones, que a la enfermera cuidadora, se la define por una serie de cualidades que se adecuan al perfil universitario, pero en cualquier caso, esto no lleva implícito que a las enfermeras de nuestra universidad hoy, se les pueda aplicar la configuración inherente de este perfil, que le confiere la sociedad como enfermeras, de una manera, y como universitarias de otra. Este es el reto de la imagen enfermera en el entorno de la universidad.

## EL CONTENIDO DISCIPLINAR.

Haremos referencia a las enseñanzas de la enfermería en la universidad, desde dos aspectos contrapuestos, que cuestionan la imagen que actualmente representamos. Por una parte, cuando comunicamos qué queremos enseñar, y de otra manera, cuando manifestamos qué estamos enseñando. Se trata en cualquier caso, de llegar a una aproximación, entre la imagen deseada y la imagen real.

Entendemos que, en los últimos años, ha habido un gran aumento de conceptos que se identifican en la definición de la enfermería, y se han desarrollado nuevos instrumentos metodológicos para la atención enfermera. Este hecho, está acelerando el cambio de paradigma en la conceptualización de la enfermería, y desde mi perspectiva, estos nuevos conceptos, no están impregnando las enseñanzas en la universidad, si bien, se presta más atención a los instrumentos de aplicación metodológica. Con esta reflexión quiero decir, que en la enseñanza de la enfermería, está adquiriendo una mayor relevancia la aplicación de los

Diagnósticos y del Proceso, que el análisis y la integración de los conceptos, que se definen en los modelos conceptuales como razón de ser de la profesión y, por tanto, han de ser la base de la estructura disciplinar.

En este sentido, considero que estamos en el momento de poder definir los conceptos básicos, que son, el eje integrador de las materias propias del área de conocimiento de enfermería y, que a su vez, configuran la estructura disciplinar de los estudios. Para ello, propongo una clasificación, que nos permita determinar cada uno de estos conceptos considerándolos como eje de una enseñanza transversal, y que incorpore los elementos de aprendizaje de la nueva disciplina enfermera. Desde esta perspectiva, y a modo de ordenar el debate en la docencia enfermera, se propone una orientación desde:

a) Los antecedentes del conocimiento para la elaboración del pensamiento enfermero.

Conceptos de adaptación, comunicación, necesidad, sistema, interacción, toma de decisiones, etc.

b) La elaboración del pensamiento enfermero

Conceptos de salud, entorno, persona, familia, cuidado y cuidados enfermeros.

c) Los elementos para la instrumentación del cuidado.

Conceptos de ciencia, método, teoría, modelo, proceso, tecnología, didáctica, investigación, etc.

d) Los aspectos sociales de la profesión.

Conceptos de ética y bioética, profesión, profesionalidad, socialización, ayuda, redes sociales, cooperación, economía de la salud, función, servicio, equipo, comunidad, información, etc.

e) Los aspectos relacionados con la atención de salud.

Conceptos de autonomía, dependencia, déficit, problema, síntoma, discapacidad, promoción, prevención, recuperación, tratamiento, integración, etc.

f) Los contenidos interdisciplinares.

Conceptos de antropología, sociología, psicología, ecología, biología, medicina, matemáticas, estadística, demografía, filosofía, economía, farmacología, terapias, etc.

Para quienes me están escuchando, no es necesario explicar que no trato, en absoluto, de recoger en un listado todos los conceptos definitorios de la construcción disciplinar, ya que éste ha de ser un trabajo riguroso y más amplio, mi objeto en este foro es tan sólo destacar alguno de los conceptos, que si bien, no los podemos considerar nuevos, su novedosa interpretación en el discurso enfermero, requieren de un acuerdo entre los docentes de la disciplina. Aquí radica la definición del problema, como lo propongo en el día de hoy. Considero que;

***«la falta de unificación de conceptos en la transmisión del conocimiento enfermero, está produciendo una contraposición entre lo que debemos enseñar, y lo que estamos enseñando».***

Pudiéramos de alguna manera decir, que existe un cambio en el lenguaje de lo que enseñamos, pero no en todos los casos, de lo que transmitimos. Si esta reflexión fuera contrastada, podríamos coincidir en que, es necesaria una estrategia educativa para adecuar el perfil actual a la imagen deseada. Como ya he expresado, es en la última parte de mi exposición cuando trataré de abordar el problema dando algunas pinceladas que nos pueden orientar hacia la alternativa.

## 2. EL IMAGINERO O ESCULTOR DE LA DISCIPLINA.

Se llama imaginero «al pintor o escultor de imágenes» (Moliner, 1991). Imaginero es el que imagina, el que crea, es también el que cada día modula la construcción de algo. El que imagina y crea enseña y muestra la imagen que moldea. El que enseña tiene que moldear cada día, que esculpir cada gesto, cada expresión, cada símbolo, cada matiz. El profesor enfermero es imaginero, es el escultor de la disciplina.

En el mundo de la imagen no existen puntos de contacto con las cosas que no se conocen, dicho en otras palabras, cada uno ve sólo lo que sabe o lo que conoce, por tanto, para aprender algo es necesario

partir de las cosas que ya se conocen, aquellas cosas que puedan ser superadas. Cuando alguien ajeno, observa nuestra imagen, la enfermería, la observa desde los signos que la sensibilizan en el entorno de la cultura que nos rodea, y en nuestra profesión, son muchos los estereotipos existentes. Cambiar la imagen, implica cambiar los sistemas constructivos, el mero hecho de cambiar las formas acabadas sin comprender la estructura que las determina, no condiciona el cambio de la imagen, no modifica la forma de los objetos, porque éstos, siguen teniendo la misma naturaleza.

El imaginero de la disciplina, tiene dos instrumentos fundamentales para esculpir la enfermería, los contenidos curriculares y los métodos didácticos y educativos. Sobre los contenidos ya hemos hecho mención, sobre los métodos nos referimos ahora.

Hablar hoy de nuevos instrumentos educativos, casi presupone que estamos haciendo referencia a aspectos externos como la cibernética o sistemas multimedia. Sin despreciar, en absoluto, la ayuda de tantos medios asociados, queremos hacer mención a lo que los estudiosos de la pedagogía y la didáctica denominan la «Educación para el futuro», que viene a determinar que la educación tradicional, que está centrada esencialmente en la transmisión de conocimientos, ha quedado obsoleta para adquirir relevancia un concepto de educación para la inteligencia, que permita la comprensión y la creación de conocimiento, acción dirigida a enfrentar los desafíos del futuro. La base actual de la educación es el análisis del conocimiento, pero como dice el filósofo Kant, mediante los juicios analíticos nunca se logran nuevos conocimientos. Una educación que prepara al alumno en la cultura actual, agrega a lo analítico lo sintético, que es, como también afirma Kant en sus escritos, la capacidad de crear conocimiento nuevo. Así, como la capacidad de síntesis, otros métodos educativos que propugnen el crecimiento intelectual, deben priorizarse frente a los tradicionales, puesto que hoy se hace indiscutible que el conocimiento es el resultado de la interacción de múltiples variables como son, la densidad y calidad de la información, la multiplicidad de factores que condicionan los hechos, el abordaje interprofesional de los procesos y el corto espacio de tiempo en el que se suceden los fenómenos. El orden de valores hoy, está definido por la capacidad de interpretar y de crear nuevo conocimiento.

En este contexto, nos proponemos abordar la imagen del profesor enfermero en la universidad. El profesor enfermero, que hoy desarrolla docencia universitaria, ha sido formado en una época donde el valor que predominaba, en la atención sanitaria, era la tecnificación sobre el cuidado de las personas, y a ello ha respondido su formación. Entendemos por técnica el proceso estructurado de un procedimiento y por cuidado enfermero la conceptualización de un modelo de atención. Esta diferenciación en el objeto de la educación, entre enseñar para la aplicación de un procedimiento o enseñar desde la conceptualización de un proceso, está condicionando nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje, lo que precisa una reorientación de la educación enfermera en la universidad.

En la historia reciente, la evolución del pensamiento enfermero, a incorporado dos elementos claves en la formación, el desarrollo de los modelos conceptuales como marco y estructura del conocimiento de la enfermería, y los instrumentos metodológicos para la aplicación de la atención enfermera. En este progresivo avance de la disciplina, es evidente que los métodos educativos y didácticos deben adaptarse a los requerimientos disciplinares, apoyándose en una estructura de pensamiento deductivo que facilite la capacidad de creación de conocimiento. La enseñanza de la enfermería hoy, requiere partir de la contextualización del marco teórico, para desarrollar los instrumentos metodológicos y los derivados de la tecnología del cuidado. No obstante, se está dando una mayor relevancia a los instrumentos metodológicos, Proceso y Diagnósticos, y a las técnicas instrumentales, como parte del «hacer», sin una contextualización teórica. Para poder fundamentar este proceso de integración, entre contenido curricular y métodos educativos, son necesarios dos requisitos en la estructura docente:

1. La programación docente debe definirse desde los marcos generales, para desarrollar a partir de ello los contenidos particulares o concretos, esto es, de las teorías generales y los modelos conceptuales a los instrumentos y tecnología de aplicación enfermera.

2. Los métodos de enseñanza deben reflejar esta misma estructura. La utilización de métodos deductivos que permitan desde un marco teórico general, la contextualización de cada una

de las enseñanzas particulares con explicación de las interrelaciones existentes.

Y aquí radica la definición del problema como yo lo planteo;

*«los docentes enfermeros que imparten las enseñanzas en el pregrado de enfermería integran con mejor capacidad métodos de enseñanza inductivos que la enseñanza contextualizada desde un marco general».*

Desde mi perspectiva, la demanda consustancial a este requerimiento, se asienta en la necesidad de formación para la investigación. Docencia e investigación han de ser indisolubles para la práctica adecuada de las enseñanzas de la enfermería.

## 3. COMO IMAGINAR UNA ILUSIÓN

Cuando buscamos el significado de la palabra «imaginar», podemos iniciarnos en un sueño. Dice, «figurarse, idear, antojarse, utopía, ilusión» (Moliner, 1991). «Representar idealmente una cosa, crearla en la imaginación» (Casares, 1978). ¿Qué sucede cuando ponemos a funcionar la imaginación?. Simplemente comienzan a fluir objetos, paisajes, situaciones, recuerdos, sucesos que pasaron y hechos que nunca han sucedido. Lo que está claro es que las imágenes proceden de nosotros, de nuestro sentir y de nuestra capacidad de raciocinio. Es la expresión de nuestros sentimientos que simbolizan la visión que tenemos del mundo que nos rodea. Y el momento que hoy vivimos, el mundo enfermero, nos permite tener un sueño, una ilusión que yo quiero compartir en la mañana de hoy.

Soñemos la imagen enfermera en la universidad. A través de la imagen enfermera, lo que representa, se nos va a permitir entrar en el conocimiento del mundo de la enfermería. Podemos hablar de la imagen enfermera en la universidad, porque es un hecho que la enfermera está en la universidad hoy, el hecho de su existencia, es lo que nos permite hablar de una imagen real. Al mundo del conocimiento, podemos entrar porque previamente se ha dado el hecho de la existencia. Por tanto decimos que la estética de la imagen, es lo que vemos, la naturaleza de la imagen es el conocimiento. En este sueño que les propongo, trataremos

de integrar el conocimiento enfermero, en la estética de la imagen. Lo que somos y lo que aparentamos ser, debería ser una misma cosa.

El conocimiento enfermero es, la base en la que se sustenta el desarrollo disciplinar. El conocimiento enfermero tiene una fundamentación teórica formada por conceptos, teorías y modelos específicos, que dan significado a la enfermería. Actualmente avala el acercamiento de enfermería a la ciencia, la creación de más de cincuenta modelos conceptuales propios, para afrontar la práctica enfermera apoyados en teorías generales. El conocimiento enfermero, se apoya en el conocimiento de las Ciencias Factuales (Naturales y Sociales) que estudian los hechos, experiencias y percepciones, y en las Ciencias Formales (Matemáticas y Lógica), que estudian las ideas (Bunge 1974).

La historia reciente de la enfermería, nos adentra en un mundo apasionante del conocimiento de las ciencias humanas y sociales y de las ciencias naturales, aplicadas al contexto disciplinar. La explicación y capacidad para dar respuesta, a todas las cuestiones del desarrollo de la disciplina, no pueden ser resultado del azar u opiniones ausentes de rigor científico. La evolución del pensamiento enfermero, solamente puede ser aceptado, desde el estudio sistematizado de cada una de las variables, que se determinan constituyentes de la definición de conceptos de la enfermería, estableciendo interrelaciones que expliquen y establezcan las presunciones, sobre los fenómenos que determinan el marco conceptual de la enfermería. Esta es la esencia de la investigación, es ésta la ilusión de la imagen, del sueño que quiero compartir, la investigación enfermera.

Pasemos a describir algunas cuestiones que, en mi opinión, justifican la investigación.

Nuestra realidad profesional muestra un panorama insólito. Por una parte, en el desarrollo profesional de nuestro país, la enfermera tiene definido en el sistema público, la atención directa con responsabilidad en la atención de cuidados, tanto en atención hospitalaria como extrahospitalaria. En la gestión de servicios, a la enfermera se le reconoce la capacidad de toma de decisiones, para la administración y gestión de servicios de atención de cuidados. En la investigación, la enfer-

mería tiene revistas científicas de reconocimiento a nivel nacional e internacional, donde publica periódicamente. El sistema educativo y el sistema de salud, están acreditando Reuniones Científicas en el campo de las Ciencias de la Salud y de la Enfermería, en Congresos y Jornadas, donde se imparten conferencias y comunicaciones de carácter científico, impartidas por reconocidos profesionales del mundo de la enfermería. El Fondo de Investigaciones Sanitarias, reconoce desde hace siete años la autoridad investigadora de la enfermera y presupuesta becas y proyectos para la investigación en enfermería. Las Asociaciones Científicas de Enfermería dan respuesta a las necesidades de desarrollo y progreso de los diferentes campos de la Enfermería.

Este panorama en el campo de desarrollo profesional, se contradice incomprensiblemente, con la formación académica que se le confiere a la enfermería. El grado académico de diplomatura, le restringe la formación investigadora inicial y la falta de licenciatura, no da acceso al doctorado y desarrollo de la investigación estructurada. La consecuencia inmediata es que, *las enfermeras en España están haciendo investigación*, pero el mundo académico está dando la espalda a una realidad profesional. En este contexto, la actividad investigadora es un hecho, pero la cuestión se plantea en términos de la calidad de estas investigaciones.

Si miramos el contexto internacional, de los países desarrollados, donde enfermería a alcanzado las cotas profesionales, en términos similares a nuestra realidad social, en Canadá, en Estados Unidos, en el Reino Unido como país europeo, e incluso en Iberoamérica, la estructura académica y el grado de titulación de la enfermera universitaria se corresponde con la Licenciatura y el Doctorado, que permite la formación y actividad investigadora. Esta situación de coherencia, entre las demandas sociales y los requerimientos profesionales, y la respuesta de la universidad en la formación académica, son un ejemplo de integración de la universidad en la estructura social, como respuesta a las necesidades sociales y de la profesión.

En este sentido, y sobre la misión de la universidad, son clarificadoras las palabras de Ortega y Gasset (1940); « El hombre pertenece

cualquier parte, sino muy especialmente sobre la anterior. Esto significa que es forzoso vivir a la altura de los tiempos, a la altura de las ideas del tiempo». Esta visión de la universidad como respuesta a la evolución y progreso de las ideas es lo que la caracteriza en el ámbito de lo social. El mismo Ortega, cuando hace referencia al profesor universitario, expresa «nuestros profesores mejores viven en todo con un espíritu quince o veinte años retrasado, aunque en detalles de sus ciencias estén al día. Es el retraso trágico de todo el que quiere evitarse el esfuerzo de ser auténtico, de crear sus propias convicciones». Este llamamiento de Ortega, a la autenticidad de las ideas, a la adecuación de las enseñanzas a los tiempos reales y la respuesta del mundo universitario a la necesidad del entorno social, la hacemos nuestra para construir la imagen enfermera en la universidad de hoy.

La investigación enfermera se justifica desde una perspectiva ética, para dar respuesta a las necesidades de cuidados de las personas, orientada en el respeto a los valores culturales y la percepción individualizada de sus problemas de salud. La respuesta profesional, parte de la responsabilidad que la sociedad le confiere a la enfermera, y ésta, solamente es responsable, si está asentada en el conocimiento teórico y en la atención sistematizada, que es resultado de la acción profesional. La acción enfermera que se asienta en el rigor metodológico, posibilita la evaluación y el cuestionamiento de los hechos y los fenómenos de la práctica enfermera, garantizando una atención de calidad. La investigación enfermera, por otra parte, debe dar respuesta a las actuaciones enfermeras y su relación con el coste de los servicios de salud, que integre la relación adecuada entre los niveles de salud alcanzados y el coste de las prestaciones ofertadas. La investigación enfermera, se hace cada vez más necesaria, para dar respuesta a necesidades reales de la población, en referencia a una atención de cuidados para la salud y el bienestar de las personas. Esta atención de cuidados se justifica cada vez más, atendiendo al aumento progresivo de la edad de nuestros mayores, los procesos crónicos , invalidantes y degenerativos, la cultura de bienestar que implica incorporar hábitos de vida saludables en la infancia y adolescencia y el concepto del cuidado de la salud, como un bien de nuestra cultura y desarrollo.

Si bien, el momento socio-profesional que estamos viviendo nos envuelve en una actitud reivindicativa hacia la licenciatura, la reflexión que estoy planteando quiere significarse en hechos muy concretos;

a) La licenciatura es un medio para alcanzar el doctorado y, la necesidad enfermera es la investigación.

b) La investigación es competencia de los profesionales enfermeros, pero no todos los profesionales tienen que hacer investigación. Ser investigador implica tomar esta opción personal con compromiso de vida, como sucede en tantas otras disciplinas, conduciendo un trabajo reglado desde líneas de investigación predefinidas.

c) La investigación corresponde al científico y hay consenso que, científico es aquél que hace ciencia, pero no aquel que enseña una ciencia. «Actualmente se considera a la enfermería una ciencia en desarrollo» (Muñoz, 1995).

d) Ser investigador enfermero implica conocer el método científico, y usarlo para generar nuevo conocimiento o verificar conocimientos ya acumulados, para mejorar la calidad de la atención y de la enseñanza de la enfermería.

e) Por la propia configuración del pensamiento enfermero, la investigación requiere incorporar el estudio y las bases de la investigación cualitativa, para dar respuesta e interpretación a nuevas ideas, actos, suposiciones y relaciones de los fenómenos que experimenta la persona y familia cuando vivencia el proceso salud-enfermedad.

f) La investigación es un proyecto planificado desde un consenso profesional en el que hay que definir el objeto de la investigación y los subsistemas que generan campo específico para la investigación enfermera.

Ahora bien, la formación en investigación, no ha de ser exclusiva para el investigador. La formación en metodología científica y de la in-

de la docencia, de la gestión y de la atención enfermera. En esta conferencia, he hecho referencia a los problemas derivados de la enseñanza de una nueva conceptualización de la enfermería y la contradicción aparente con la estructura de pensamiento de los docentes enfermeros, pues bien, aquí radica una justificación de la necesaria formación investigadora de los docentes universitarios, y la ya citada afirmación, de que docencia e investigación son indisolubles. Si esta justificación es válida desde la adecuación de los métodos educativos, no lo es menos, desde los contenidos disciplinares. A la generación de conocimiento es consustancial su incorporación en la enseñanza y educación de nuevos profesionales, y es condición sine qua non, la capacitación del profesorado, para integrar nuevo conocimiento y para formar alumnos con mentalidad crítica y creadora de conocimiento nuevo.

Para terminar, a modo de conclusión, podemos decir que la imagen enfermera en la universidad es;

- La enfermera docente actual, por lo general, utiliza métodos de enseñanza que están condicionando el desarrollo de los nuevos contenidos curriculares.
- Se hacen necesarios programas de formación que desarrollen una estructura de pensamiento lógico, que faciliten la enseñanza de la enfermería desde los conceptos paradigmáticos de la profesión.
- La formación investigadora y el desarrollo de la investigación son la alternativa al desarrollo profesional.

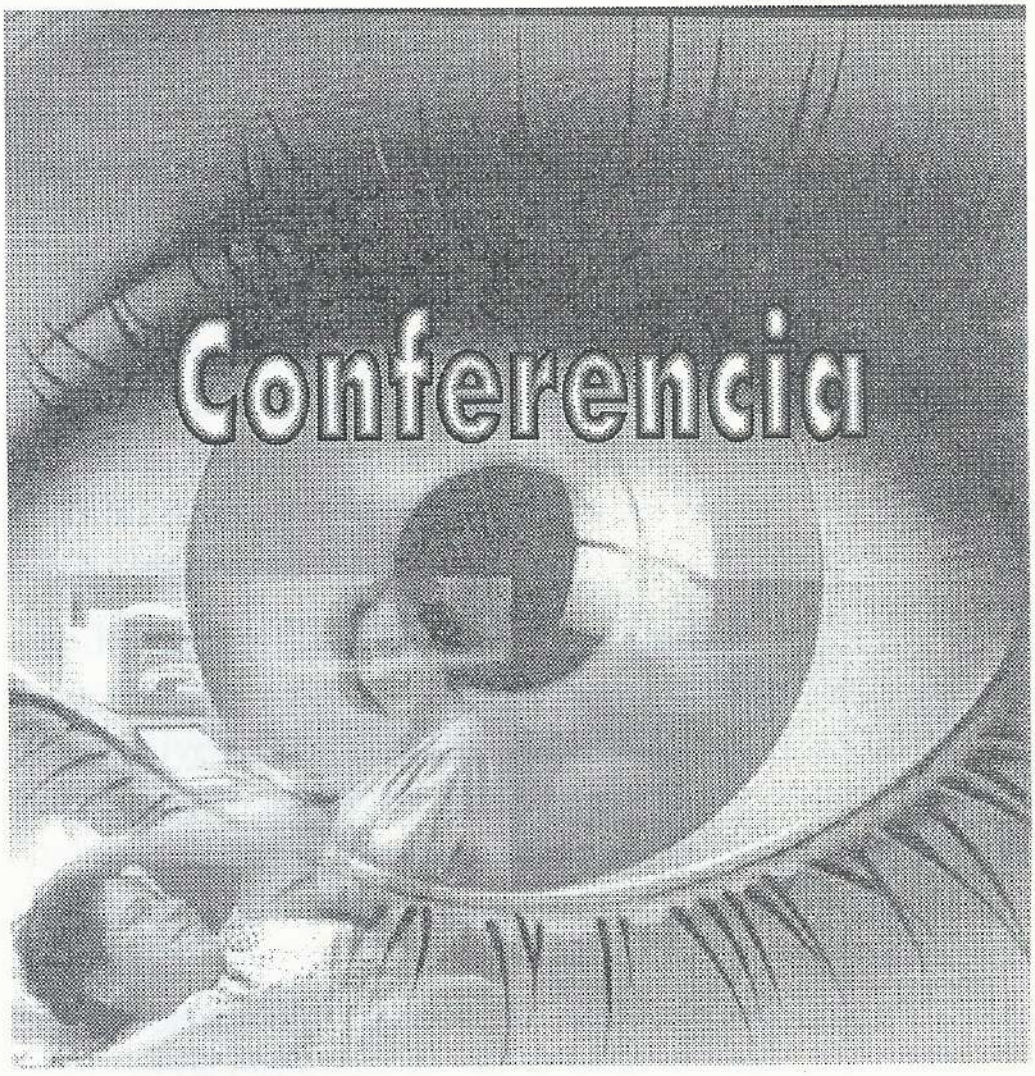
## BIBLIOGRAFÍA


1. Diseño y Comunicación Visual. B. Munari. Ed. Gustavo Gili, Barcelona 1989.
2. Mirar la Imagen. Santos Zunzunegui. Servicio Editorial Universidad del País Vasco. 1984
3. La Sintaxis de la Imagen. D.A. Donis. Ed. Gustavo Gili, Barcelona, 1982.
4. Arte y Percepción Visual. Rudolf Arnheim. Ed. Alianza 1979.
5. Factores de una Educación para el Futuro. Salvatore Cirilo Dama. Ed. Saber, Comunicar y Crecer, N 3, 1995. Universidad de Magallanes, Chile.

6. El desafío de Investigar en Enfermería. Luz Angélica Muñoz González. Ciencia y Enfermería. Revista Iberoamericana de Investigación. Vol I, N 1, 1995.

7. El Libro de las Misiones. José Ortega y Gasset. Colección Austral. Ed. Espasa Calpe, Madrid 1940.

# LA CONSTRUCCIÓN DISCIPLINAR ENFERMERA




**Rosalinda Alfaro-LeFevre**

*MSN, RN*
*Stuart (Florida)*

## INTRODUCCIÓN

El tema de esta conferencia, como todos ustedes saben es «La construcción disciplinar enfermera» o, dicho de otra manera, ¿Cómo podemos seguir construyendo la «casa» cuyos cimientos puso Florence Nightingale hace tantos años?

Me gustaría empezar contándoles una historia que una colega publicó recientemente en una revista profesional americana. Se trata de la historia de Ana, una enfermera de 40 años y de su paciente Oliver, un varón de 85 años de edad que ingresó en el hospital con una insuficiencia cardíaca congestiva.

Cuando Ana y Oliver se encontraron por primera vez ambos tenían una cosa en común: ninguno de ellos había estado demasiado tiempo en un hospital (Oliver porque había gozado siempre de buena salud, Ana porque había estado en casa cuidando de sus dos hijos durante casi 20 años). Tras estudiar los nuevos medicamentos, hacer un curso de reciclaje y completar un rápido programa de orientación en el hospital, Ana reanudó la práctica profesional convencida de que algunas cosas, como los buenos cuidados enfermeros, no habían cambiado. Y eso es lo que dio a Oliver -unos cuidados de 20 años atrás, basados en las investigaciones enfermeras de los años 70.

Esta es la historia de Oliver y Ana...

Oliver no durmió bien la primera noche que pasó en el hospital. No podía estar en la cama y vagó por los oscuros pasillos y por las habitaciones de otros pacientes.

Cuando Ana inició su turno por la mañana, solicitó al médico una orden de sujeción física: quería que Oliver descansara un poco para que

estuviera receptivo cuando le hiciera la educación sanitaria. Sin embargo, cuando aplicó las restricciones, Oliver empezó a presentar problemas de incontinencia urinaria. Tampoco parecía capaz de encontrar una postura cómoda y se movía constantemente en la cama.

Ana, finalmente, pidió al médico una orden para ponerle una sonda Foley y para administrarle Valium. Tras sumergir a Oliver en una confusión inducida por la medicación, empezó realmente a trabajar, no sólo lavándole de cabeza a pies, sino irrigando la sonda Foley, limpiando el meato urinario con Betadine sin diluir y sujetando a la ropa de cama el tubo de la bolsa de diuresis de manera que formara varias curvas para que el paciente pudiera moverse sin traccionar la sonda. Cuando notó que había áreas enrojecidas en los codos y en los talones, Ana aplicó una loción y frotó vigorosamente la zona cada cuatro horas. Cuando descubrió el inicio de una úlceras por presión la piel de la cadera izquierda, limpió el área con Betadine extra concentrado, cubriéndola luego con una pasta hecha con harina de maíz y agua.

Cuando dio el informe de cambio de turno a Melisa, una enfermera recién graduada que hacía el turno de noche, ésta señaló que pensaba que las últimas investigaciones enfermeras recomendaban prácticas muy distintas de las empleadas para el cuidado de la piel y de la sonda urinaria, cuestionando también el uso de un tranquilizante. Sin embargo, Ana insistió en que había sido el médico quien había ordenado esos cuidados, evitando mencionar el hecho de que ella había solicitado la orden.

Ahora Oliver «estaba como un rey», exceptuando el hecho de que se encontraba completamente inmovilizado, casi delirante y babeando. Siempre atenta y vigilante, Ana le brindó vigorosos cuidados pulmonares, aspirando la tráquea a través de un catéter nasal e instilando cantidades industriales de solución salina cada dos horas, tanto si la necesitaba como si no.

Ana dio a su compañera de la noche, a lo que interiormente consideraba demasiado inexperta para saber lo que realmente convenía hacer, junto con el informe de cambio de turno, instrucciones claras de continuar con el mismo tratamiento. Al quinto día, tras finalizar el ritual de los cuidados matinales, administró de nuevo un tranquilizante a Oliver y dejó la habitación en penumbra. Cuando su esposa acudió a visitarlo

que intentaba descansar. Por desgracia éste estaba aún bastante consciente y al borde de una grave infección (urinaria, respiratoria, o de la herida, lo que ocurriera antes) y presentaba un estado de debilidad adquirido en el hospital e inducido por la enfermera.

La esposa de Oliver estaba indignada por el mal aspecto que presentaba su marido, mientras que Ana se culpaba por ello, castigándose psicológicamente de una forma que sólo las enfermeras podemos hacer. Durante cinco días había brindado a su paciente los mejores cuidados de los que era capaz, y éste se encontraba peor que cuando ingresó en el centro.

¿Qué había sucedido? Ana había dado sus mejores cuidados a su paciente -unos cuidados basados en estándares antiguos- sin embargo, esos fueron desastrosos porque, a la luz de los actuales hallazgos de la investigación, sabemos que:

- Los tranquilizantes y las sujeciones pueden aumentar la confusión en los ancianos.
- Los cuidados que Ana aplicaba para evitar la infección urinaria en realidad aumentaban la incidencia de la misma.
- La práctica rutinaria de instilar solución salina y aspirar después aumenta el riesgo de infección.
- Frotar un área de piel enrojecida puede empeorar la situación.

Lo que quiero señalar con esta historia es que nadie puede anticipar todos los cambios de salud que pueden acontecer en un paciente y que a las enfermeras como Ana les importan las personas a las que cuidan, Pero como científicos, las enfermeras no podemos basar nuestra práctica en cuidados rituales. Debemos comprometernos con el cambio. No podemos sentimos satisfechas con el status quo. Individualmente y como grupo profesional debemos cuestionarnos constantemente qué hacemos y cómo podemos hacerlo mejor.

Demos una ojeada a las cuatro áreas clave en las que debemos centrarnos si queremos construir la disciplina enfermera. Estas 4 áreas son:

- La asistencia directa
- La investigación
- La docencia
- El liderazgo

## LA ASISTENCIA DIRECTA

Empezaré con la asistencia directa o cómo podemos construir la disciplina enfermera «desde las raíces». En otras palabras, cómo podemos hacer que las enfermeras que brindan cuidados directos se sientan más responsables de introducir cambios, de construir la disciplina enfermera.

Primero y principal: debemos trabajar para ayudar a las enfermeras asistenciales a darse cuenta de lo importantes que son ya que se encuentran en la mejor posición para identificar los cambios que deben llevarse a cabo.

Necesitamos conectar con esas enfermeras y hablar con ellas de sus frustraciones por los retrasos y desorganización en los cuidados de los pacientes. Muchas enfermeras asistenciales aceptan estas frustraciones y retrasos como parte del «trabajo en el mundo real». Debemos ayudarlas a cambiar de idea. Deben empezar a contemplar los retrasos y frustraciones en el cuidado de los pacientes como oportunidades para que las enfermeras construyamos nuestro ejercicio profesional y tengamos un impacto positivo en los cuidados del paciente.

Permítanme ponerles un ejemplo: hace poco tiempo que en una revista de cuidados críticos se publicó un artículo sobre las enfermeras de una unidad de vigilancia intensiva que, centrándose en mejorar los resultados obtenidos por los enfermos, ampliaron su práctica. Estas enfermeras se dieron cuenta de que los traslados de los enfermos a una unidad de cuidados intermedios no se realizaban a tiempo porque no podían ser transferidos mientras llevaran insertadas vías invasivas. Los médicos estaban muy ocupados a primera hora de la mañana para ir a la unidad y retirarlas por lo que los enfermos esperaban horas para ser trasladados simplemente porque aún llevaban una vía invasiva que ya no necesitaban. Con frecuencia el traslado se producía bien avanzado el día, a una hora poco adecuada. Enfermos y enfermeras estaban insatisfechos con esta práctica tan poco eficaz y éstas empezaron a preguntarse por qué no podían aprender ellas a quitar las vías en vez de esperar a que lo hicieran los médicos.

Estudiaron la literatura disponible, hablaron con los médicos y con los supervisores enfermeros y desarrollaron una política para que las enfermeras quitasen las vías invasivas. Escribieron luego al comité

mente con el mismo la mejoraron aclarando en qué circunstancias podías las enfermeras extraer las vías invasivas y en cuáles no (por ejemplo, el enfermo tenía que estar estable durante un número determinado de días y las enfermeras tenían que poseer un entrenamiento especial y ser capaces de demostrar su competencia al realizar la extracción de las vías). Ahora esas enfermeras retiran las vías invasivas antes y los enfermos son trasladados a tiempo.

Es preciso que compartamos historias como ésta con las enfermeras asistenciales y que las animemos a responsabilizarse de identificar los problemas que tienen un impacto negativo sobre los cuidados de los usuarios. Cuando identificamos algo que las enfermeras podemos hacer para tener un impacto positivo en los resultados obtenidos por los usuarios, estamos construyendo la disciplina enfermera. Permítanme repetirlo: cuando identificamos algo que las enfermeras podemos hacer para tener un impacto positivo en los resultados de los usuarios de nuestros servicios, estamos construyendo la disciplina enfermera. Creamos una situación en la que todos salimos ganando: mejoramos los cuidados que reciben los usuarios al tiempo que aumentamos nuestros conocimientos, experiencia y campo de actuación profesional.

## LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA

Pasemos ahora a contemplar la investigación, un elemento esencial para construir la disciplina enfermera: es necesario el perfeccionamiento continuo de la práctica basada en la investigación para justificar y mantener nuestra posición profesional. También es la clave para mejorar los cuidados enfermeros, ayudándonos a pasar de una práctica ritualista a otra basada en los conocimientos científicos. Permítanme que presente algunos ejemplos de antiguos rituales enfermeros que la investigación ha demostrado recientemente que eran incorrectos:

- ANTIGUO RITUAL ENFERMERO: Los enfermos eran despertados al alba para obtener un peso diario exacto.
- LA INVESTIGACIÓN HA DEMOSTRADO QUE: pesar al enfermo por la tarde es igualmente útil y altera muchos menos su descanso.

- ANTIGUO RITUAL ENFERMERO: Las enfermeras trataban la fiebre alta con antitérmicos y baños de agua tibia.
- LA INVESTIGACIÓN HA DEMOSTRADO QUE: administrar sólo el antitérmico es exactamente igual de efectivo.
- ANTIGUO RITUAL ENFERMERO: Las enfermeras instilaban habitualmente solución salina antes de realizar la aspiración traqueal para desprender las secreciones.
- LA INVESTIGACIÓN HA DEMOSTRADO QUE: La instilación de solución salina es una barrera para la oxigenación y aumenta el riesgo de infección.
- ANTIGUO RITUAL ENFERMERO: Se limitaban las horas de visita para permitir la intimidad y el reposo.
- LA INVESTIGACIÓN HA DEMOSTRADO QUE: La no restricción de las horas de visita no interfiere con la recuperación y probablemente la fomenta.

Todos los anteriores son ejemplos muy reales que demuestran cómo la investigación enfermera es esencial para cambiar los antiguos hábitos y mejorar el cuidado de los usuarios.

La investigación no sólo nos permite modificar los viejos rituales, sino que nos ayuda a forjar nuevos caminos. Por ejemplo, mucho del trabajo que se ha hecho con los diagnósticos enfermeros ha ampliado claramente el ámbito de la práctica profesional al poner nombre a los problemas que tratamos las enfermeras. Aunque el desarrollo y uso de los diagnósticos enfermeros no se produce sin dolores de crecimiento, ha constituido un auténtico reto que nos ha obligado a examinar y construir nuestra práctica de una forma desconocida anteriormente: las enfermeras hemos pasado de una mentalidad de «yo sólo cumplo órdenes» a otra de «somos responsables» Y «nosotras marcamos la diferencia al centrarnos en las respuestas humanas».

## LA DOCENCIA

Veamos en tercer lugar cómo construir la disciplina enfermera a través de la docencia, aunque esta categoría puede parecer obvia. Es posible que crean que me refiero a lo que enseñamos a las enfermeras y, evidentemente, lo que enseñamos es importante, pero a mí me gustaría

hablar brevemente de cómo enseñamos a las enfermeras. O, mejor aún, cómo podemos ayudar a las enfermeras a ser responsables de su propio aprendizaje. Porque eso es, en mi opinión, lo que tenemos que hacer para construir la disciplina de la enfermería. A medida que la información y la población mundial aumentan de forma vertiginosa, las enfermeras tenemos que responsabilizarnos de nuestra propia formación. No habrá suficientes profesores para enseñar a tiempo todo lo que tiene que aprenderse. Cada uno de nosotros tiene que identificar sus propias carencias cognitivas y saber cómo solucionarlas independientemente.

Estamos en la antesala de grandes cambios en la enseñanza y el aprendizaje. Como enseñantes y como estudiantes la mayoría de nosotros necesitamos cambiar creencias y actitudes profundamente enraizadas sobre cómo enseñar y aprender. En los Estados Unidos nos hemos comprometido a hacer cambios -estamos creando escuelas para «romper los moldes»

Veamos un par de ejemplos de lo profundos que son nuestros antiguos hábitos de enseñanza y aprendizaje y hasta qué punto necesitamos cambiarlos.

1. No hace mucho estuve en Japón y un grupo de brillantes profesores me pidió que pasara el día con ellos hablando sobre el pensamiento crítico. Antes de ir les dije que formulasen los objetivos a conseguir ese día y que escribiesen algunas de las cuestiones que les gustaría abordar durante la sesión. Cuando llegué, la primera pregunta que me habían preparado era:

«¿Cómo podemos conseguir que nuestros estudiantes aprovechen mejor las clases magistrales?»

Se trataba de un grupo de profesores con un gran interés y muchas ganas de dialogar. Inmediatamente me di cuenta de la ironía de la situación: los profesores no quería que yo les diera una lección magistral, sino una clase interactiva sobre cómo impartir ellos una lección magistral a sus estudiantes.

Pensemos en ello: los profesores no querían recibir una lección magistral, pero querían aprender a hacer mejores lecciones magistrales a sus alumnos. Este grupo, como otros muchos, tenía hábitos de enseñanza profundamente arraigados; de otra forma probablemente habrían preguntado:

«¿Cómo podemos reducir el número de clases magistrales y aumentar la cantidad de aprendizaje interactivo?»

2. Mi segundo ejemplo sobre cómo deberían cambiar la enseñanza y el aprendizaje sucedió en una escuela de enfermería cercana a mi casa, en Florida. El conjunto de estudiantes de esa escuela está en desventaja respecto a otras escuelas del país -por ejemplo, tiene estudiantes procedentes de Haití y muchos de ellos con un substrato socioeconómico bajo.

Esta escuela constató que tenía un fracaso escolar del 70% Los profesores decidieron que tenían que introducir cambios radicales. Se dieron cuenta de que simplemente no podía ser que se graduaran únicamente el 30% de sus estudiantes. Se arriesgaron y diseñaron un nuevo programa, empezando por lo que podríamos llamar un «programa basado en la competencia». Se trata de un programa completamente independiente -los estudiantes aprenden por sí mismos centrando su atención en los objetivos y competencias que necesitan conseguir. En esta escuela han desaparecido las clases magistrales: los profesores están a disposición de los estudiantes como recursos. Los estudiantes aprenden juntos en grupo a su propio ritmo, buscando la ayuda de los profesores sólo cuando la necesitan. El resultado de estos cambios ha sido que, actualmente, la mayor parte de los estudiantes que entran en el programa (el 90% de ellos), se gradúa.

El director de la escuela me dijo que el mejor regalo que hacen a sus estudiantes es hacerles conscientes de que pueden aprender por sí mismos. Permítanme repetirlo: el mejor regalo que pueden hacer a sus estudiantes y a las enfermeras asistenciales es enseñarles a aprender por sí mismos.

Y éste es hoy mi mensaje para construir la disciplina enfermera a través de la docencia:

Todos nosotros necesitamos volver a pensar cuál es la mejor forma de enseñar y de aprender. Debemos estar dispuestos a poner en tela de juicio las antiguas asunciones y a probar nuevos enfoques.

Debemos proporcionar a los estudiantes y a las enfermeras más oportunidades de obtener experiencias positivas aprendiendo por sí mis-

La enseñanza y el aprendizaje se harán más dinámicos y eficientes -pero es preciso que busquemos activamente información sobre las nuevas estrategias a utilizar.

Debemos aprender nuevas formas de ayudar a las enfermeras y a los estudiantes a sentir la emoción de aprender por sí mismos. Sólo entonces tendrán un gran deseo de aprender más, de hacer más, de construir su propia práctica.

## EL LIDERAZGO

Finalmente, para construir la disciplina enfermera a través de la asistencia directa, la investigación y la docencia, debemos tener liderazgo.

Tal como Melisa Fitzpatrick, presidenta de la Asociación Americana de Cuidados Críticos, escribió en un editorial titulado «Oportunidad en el caos», «el liderazgo requiere visión de futuro, compromiso, valor, conducta ética y carisma». Como líderes debemos ser capaces de inspirar a otros a seguirnos, a contribuir, a ser fuertes.

Los enfermeros tenemos una idea clara de lo que son unos excelentes cuidados a los usuarios. Y disponemos de los conocimientos y habilidades para convertir esa idea en realidad. Nos corresponde a nosotros materializarlos, ayudar a unificar criterios y convencer a las personas de que pueden hacer algo -de que. en palabras del poeta «no hay camino, se hace camino al andar».

Debemos abrir nuevos caminos a través del liderazgo, la comunicación y la colaboración. Juntos podemos derribar las barreras existentes entre:

- Los enfermeros y otros profesionales del cuidado de la salud.
- El departamento de enfermería y los restantes departamentos del hospital.
- Los enfermeros de distintos turnos y de diferentes unidades.

Si eliminamos las barreras a través del liderazgo, la colaboración y la comunicación, podemos crear un mejor clima para los cuidados. Pero tener un sueño y tratar de convertirlo en realidad no resulta sencillo. Este ideal y los enfermeros comprometidos con el mismo se verán

puestos a prueba diariamente por todos aquellos a quienes resulta más fácil criticar los esfuerzos que participar en ellos y aprender. El camino que nos aguarda está lleno de recodos y discurre cuesta arriba la mayor parte del trecho. Los retos no se acaban nunca.

No obstante, mientras lucha por superar estos desafíos no olvide el poder del éxito del día a día -celebre los pequeños triunfos. No se deje atrapar por la gran visión de futuro. Reconozca las pequeñas intervenciones diarias que marcan la diferencia. Dé su reconocimiento y apoyo a todos aquellos que diariamente «Hacen camino al andar», tanto en la práctica asistencial directa, como en la investigación o en la docencia.

## EN CONCLUSIÓN...

Finalmente, y a modo de conclusión de esta conferencia, quisiera resumir mis sugerencias para construir la disciplina enfermera:

- Centrar nuestra atención en la gran trilogía: la asistencia directa, la docencia y la investigación.
- Buscar oportunidades para colaborar y trabajar juntos (no podemos separar a los enfermeros asistenciales de los docentes y los investigadores. Para avanzar como profesión debemos comunicarnos entre nosotros en un plano de igualdad).
- Identificar formas en que los enfermeros podemos influir en los resultados obtenidos por los usuarios.
- Estar dispuestos a asumir riesgos y a probar nuevos enfoques.
- Contemplar los retrasos y las frustraciones profesionales como oportunidades para construir la práctica enfermera.
- Celebrar los pequeños éxitos -son como pequeñas remodelaciones de la gran casa de Florence Nightingale- cada éxito y cada renovación contribuye a la mejora de la imagen general.
- Y, finalmente, desarrollar nuestras habilidades de liderazgo y las de nuestros estudiantes.

Construir la disciplina enfermera exige derribar barreras y construir nuevos puentes con los mejores materiales de que disponemos: el liderazgo, la colaboración y la comunicación.

# LA AEED, 1979-1996: EL COMPROMISO DE UNA IMAGEN

**Junta Directiva de la AEED**

En unas Sesiones dedicadas a analizar la imagen que de los profesionales enfermeros se tiene, tanto en los distintos ámbitos de actuación profesional como desde nuestra propia perspectiva, no podíamos dejar fuera de ese análisis a nuestra Asociación, ya que durante sus casi 18 años de existencia como tal, ha sido una de las organizaciones profesionales que mayor influencia, o desde luego, mayor significado ha tenido en la evolución y el desarrollo de la Enfermería.

Por ello, hemos querido poner de manifiesto la evolución de la AEED, de sus ilusiones y trabajos, a través de las imágenes que ha ido produciendo y por medio de las que se la identifica y se la conoce. Tenemos, por tanto, como propósito mostrar la evolución de la Asociación Española de Enfermería Docente mediante sus realizaciones, pero en el seno del contexto profesional y social de cada momento, con el fin de destacar su aportación específica y, desde ese análisis, intentar conocer su valor y razón de ser en la actualidad.

Dos ideas han estado en la base de nuestro propósito: Toda organización

- está enraizada en el contexto social y profesional en el que nace y crece y
- su importancia depende, fundamentalmente, de que sepa responder a las necesidades y expectativas que en ese contexto profesional se van creando.

Hemos articulado esta intervención a modo de narración a tres voces: Una voz dará cuenta del contexto social español de cada momento, a través de los hechos que consideramos más significativos o más llamativos.

Otra, explicará, siguiendo del mismo modo, en qué y en dónde hemos estado las enfermeras y enfermeros en todos estos años, cuáles han sido nuestras preocupaciones, deseos, reivindicaciones e ilusiones. Y la última voz, pasará revista a los hechos de la AEED e intentará mostrar cómo hemos sabido entre todos, socios y Juntas Directivas, responder, justificar y presentar nuestras propuestas y trabajos.

Para llevarlo a cabo, hemos dividido todos estos años en cuatro períodos cronológicos. El primero, lo hemos llamado «Los prolegómenos» y abarca el tiempo inmediatamente anterior a la constitución legal de la AEED, y los tres períodos restantes los hemos agrupado en quinquenios: de 1980 a 1985, de 1986 a 1990 y de 1991 a 1996.

Antes de terminar esta introducción, es preciso dejar sentada una cuestión importante que puede expresarse, siguiendo el dicho popular, de que en la exposición que sigue «ni están todos los que son, y posiblemente, no sean todos los que están». Queremos decir, que en el corto espacio de tiempo de que disponemos no es posible hacer una relación exhaustiva de las actividades que en 18 años se han realizado y, por tanto, hemos agrupado los hechos intentando reflejar globalmente los aspectos más destacados. A pesar de ello, seguramente habrá omisiones que para algunos puedan ser importantes o, por el contrario, habrá manifestaciones expresadas que no sean todo lo significativas que podía esperarse.

Dicho esto, empecemos con el panorama social previo a la constitución de la AEED.

## LOS PROLEGÓMENOS O LA DÉCADA DE LOS 70

### LA VOZ SOCIAL:

Esta es una narración subjetiva y, por tanto, cierta de unas determinadas narradoras y narradores. No pretende ser exhaustiva sino enmarcar el resto de narraciones y relacionarlas. Hecha esta advertencia, empecemos pues.

Si en algo se caracteriza la década de los años 70 es porque en ella se produjeron las circunstancias que propiciaron la realización

En esos diez años cayó un régimen autoritario y se sentaron las bases sociales (legislativas y de relación) que están permitiendo el desarrollo de uno democrático.

En noviembre de 1975, hace tan sólo y ya 21 años, muere Francisco Franco y con él, mucho de lo que configuró a España durante cuarenta años: la cultura y los valores o sea, una determinada concepción de lo bueno y lo malo, del papel de la mujer, del lugar de nuestro país en el mundo, de las ideas respecto a la economía y a lo que significa el desarrollo...

En 1979 se aprueba la Constitución y se inicia la instauración rápida y eficaz de los mecanismos que aseguran la representación democrática.

Los españoles vivimos una verdadera eclosión:

- de la participación
- del deseo de expresar la opinión
- de la constatación de la divergencia de opiniones
  y a la vez
- de la unión de los que opinan lo mismo y distinto de los demás

## LA VOZ PROFESIONAL:

Esta situación de apertura y espíritu de cambio que se vivía en plena transición política en nuestro país benefició al desarrollo profesional.

Los problemas profesionales lo eran de todos, dándose un gran espíritu de solidaridad.

Desde los primeros setenta, se venía hablando de la unificación de los colegios de practicantes, enfermeras y matronas, lo que al fin termina siendo una realidad.

Como consecuencia se da un cambio en la estructura de los Colegios y se confía en que mejoren los aspectos de cohesión, comunicación y representación oficial, que hasta entonces no se hacía de forma satisfactoria para un gran número de profesionales.

Surgen también en estas fechas y a modo de movimiento importante las llamadas coordinadoras de Hospitales que se organizan, entre otros aspectos, para reivindicar el aumento del nivel de la carrera de Enfermería, tanto en lo profesional como en los aspectos retributivos lo que se concretó en el reconocimiento del llamado «módulo 8».

En julio de 1978, aparece el primer número de la Revista ROL de Enfermería, dotándose a la profesión enfermera de un eficaz medio de comunicación y formación.

Los nacientes sindicatos de clase, hacen suyas muchas reivindicaciones de las enfermeras y ello culmina con un «encierro», en el Colegio de Enfermería de Madrid, con representantes profesionales de toda España.

Otro hito histórico de la profesión, que se sitúa en estos años, es la aprobación en el año 1.977, del Plan de Estudios de Diplomados en enfermería, con el que se alcanza otra de las mayores aspiraciones de la profesión, abriéndose así el camino a las legítimas aspiraciones de licenciatura y doctorado en las que nos encontramos en este momento.

## LOS HECHOS DE LA AEED:

Aunque como ya se ha dicho, la AEED como tal no se constituye hasta 1979, los movimientos profesionales que tuvieron lugar durante la segunda parte de la década de los años 70 motivaron que, también, en el ámbito docente se establecieran diversos grupos de profesoras de las, entonces, Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, que trabajaron intensamente por la instauración de los estudios de Enfermería en la Universidad como carrera independiente y singular, fuera del ámbito y la tutela de las Facultades de Medicina, y que diseñaron y planificaron los proyectos curriculares que, finalmente, verían la luz a partir del año 1977 con la transformación de los Títulos de Ayudante T. Sanitario en los de Diplomado en Enfermería.

Pues bien, de entre esos grupos surge, con motivo de un curso sobre Capacitación Pedagógica organizado por el INCIE en Madrid, en el verano de 1977, y donde nos reunimos un gran número de profesionales docentes, la necesidad de tener un foro común de discusión y debate desde donde trabajar la puesta en marcha de los nuevos planes de estudio e ir creando una «cultura enfermera» pues, aunque era la docencia la actividad profesional común de todas esas enfermeras, también se buscaba un «estilo profesional» que reflejara las nuevas tendencias que sobre el quehacer enfermero estaba naciendo entre nuestro colectivo.

Así, después de estar dos años trabajando intensamente, y viajando

lugar, se enunciaron los fines, objetivos y organización de los que llamamos ANED (Asociación Nacional de Enfermería Docente). Hay que añadir que no todas las personas que constituyeron el grupo inicial permanecieron en él hasta la configuración final de la Asociación, y que se incorporaron, en varios momentos, también personas nuevas y, en este caso, pertenecientes al campo de la gestión y la asistencia, es decir, no sólo docentes.

Por ello, a pesar de que la mayoría de las socias fundadoras éramos docentes, la ANED nace buscando un fin integrador que aúne a todas las enfermeras ( y enfermeros, que alguno había) que quisieran participar del desarrollo de la Enfermería, fundamentalmente a través de la docencia, pero desde la diversidad de los ámbitos donde se ejercía, y se ejerce, la profesión.

Posteriormente, iniciados los trámites para inscribir a la ANED en el Registro de Asociaciones, hubo que cambiar el término «Nacional» por el de «Española» por indicación del Ministerio del Interior, y así queda constituida legalmente como Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) el día 4 de Enero de 1979.

Hay que decir que en estos años previos al 79, la Asociación ya ha empezado a funcionar y se ha dado a conocer, no solamente a las Escuelas de Enfermería y parte del colectivo profesional, sino a los distintos organismos nacionales e internacionales relacionados con la Enfermería, como fueron el Consejo General de Ayudantes T. Sanitarios, los Colegios Provinciales, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la Organización Mundial de la Salud, etc., así como a los Ministerios competentes en materia de Sanidad y Educación.

Al mismo tiempo se está trabajando ya en distintos temas de interés como, por ejemplo, la formación del profesorado, el modelo organizativo de las Escuelas de Enfermería, el control de calidad de la enseñanza, los distintos niveles de enfermería o las perspectivas de la Enfermería en Salud Pública.

En Febrero de ese mismo año se nombran, de entre las socias fundadoras, los cargos provisionales de Presidenta, Secretaria y Tesorera, respectivamente y se acuerda realizar la primera Asamblea General Extraordinaria de Socios el día 8 de Abril del año en curso

Como primera actividad pública se acuerdan realizar las I Sesiones de Trabajo y la primera Asamblea General Ordinaria de Socios, que tienen lugar en Diciembre de ese mismo año.

## 1980-1985

## LA VOZ SOCIAL:

1981 es un año muy importante, también, para la historia reciente de España porque en febrero, el 23, se pone a prueba la fuerza que ha logrado adquirir el deseo, mayoritariamente expresado, de democracia.

Se aborta un golpe de estado. El primero y confío que el último del período de participación política en el que estamos.

1982 es un año trascendente:

- Un partido político logra la mayoría absoluta, iniciándose una acción de gobierno, la socialista, que se prolonga durante catorce años
- España da sus primeros pasos en la definición de su nueva papel en Europa y en el mundo:
  - Se incorpora a la entonces CEE (1985)
  - Ingresa en la Alianza Atlántica

Se produce la primera decisión gubernamental de política financiera, que causa gran revuelo socioeconómico en la democracia: la expropiación de RUMASA (1983).

El quinquenio es testigo de dos catástrofes de especial significado por la responsabilidad pública que comportan:

- La epidemia que se ha denominado como «el síndrome del aceite de colza» (1981)
- El derrumbamiento de la presa del pantano de Tous (1982) y también
- Se suprime la prensa estatal, la financiada por el Estado, abriéndose en el ámbito de la información periódica escrita, el campo de la libertad y el contraste de opiniones (1981)
- Se aprueba y pone en marcha la Ley del Divorcio
- La Sanidad, su estructura y organización, constituye una preocupación de gobernantes y ciudadanos. Dicha preocupación se concreta en la primera medida legislativa de reforma pro-

de «estructuras básicas de salud», que supone la aplicación de las orientaciones de la Conferencia de Alma-Ata (1977) en nuestro país.

En otros ámbitos de la vida pública...

- Un toro mata a Paquirri
- Obtenemos nuestro primer Oscar (1983) por «Volver a empezar» de José Luis Garci

## LA VOZ PROFESIONAL:

El Real Decreto de Estructuras Básicas, ya mencionado se materializa con la incorporación de las enfermeras a los equipos de Atención Primaria, definiendo por primera vez una población a su cargo, lo que les permite mayor autonomía profesional y la participación, junto con otros profesionales de los centros, en la gestión y la administración de los mismos.

En este período se desarrolla el Curso de Nivelación de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, por los de Diplomado en Enfermería. Esto supuso en su momento, la unificación de criterios y el inicio hacia un cambio de conceptos que conducirían inexorablemente a lo que hoy es la profesión en nuestro país. Ciertamente se desarrolló no sin dificultades, pero bueno es reconocer, adquirida la necesaria perspectiva, la importancia fundamental del mismo. Además, con él se produce una proyección internacional de las enfermeras españolas: el curso de nivelación fue valorado de modo positivo por algunos países europeos y latinoamericanos, como formación unificada de todo un colectivo profesional.

Tienen lugar tres eventos profesionales de gran importancia:

- El «I Congreso para el desarrollo de la enfermería», celebrado en Madrid.
- «El I Congreso de Enfermería Catalana», que reúne a más de mil quinientas enfermeras.
- Las «I Jornadas Nacionales de Enfermería», organizadas por el INSALUD.

Igualmente, en este período se configuran las asesorías enfermeras en el INSALUD, tanto en los Servicios Centrales como en las Direcciones Provinciales. Aparece también esta figura en algunas Consejerías de distintas Comunidades Autónomas.

La reforma del Sistema Sanitario sigue adelante: en 1985 se publican las Ordenes ministeriales sobre los nuevos órganos de gestión en los hospitales que sitúan a las Direcciones de Enfermería al mismo nivel que el resto de Direcciones Hospitalarias. De este modo, a las enfermeras se les permite demostrar todas sus posibilidades de aportación a la gestión de los Hospitales públicos.

También, en el terreno de la docencia, optan las primeras enfermeras a las titulaciones de Escuelas Universitarias a través de las pruebas de idoneidad.

Por otro lado, se crea la comisión que estudiará el proyecto para las Especialidades de Enfermería.

Finalmente, hay que decir que, en el ámbito de lo profesional se da gran auge del asociacionismo y la participación, creándose diversas Asociaciones en función de las peculiaridades regionales, laborales y de especialización.

**Se fomentan especialmente las relaciones con organismos internacionales y con enfermeras de elevado prestigio de otros países que, por diversos motivos, visitan España.**

## LOS HECHOS DE LA AEED:

Siguiendo los objetivos y políticas establecidas en el año anterior, en este quinquenio la AEED desarrolla una intensa actividad en diversos campos:

- Organiza los primeros cursos y seminarios dirigidos a orientar el desarrollo de las nuevas asignaturas que se comienzan a impartir en las Escuelas (Enfermería Fundamental, Proceso de Atención de Enfermería, Salud Pública, Administración, Dietética, etc.), al perfeccionamiento docente del profesorado y a los métodos de evaluación de las materias curriculares, todos ellos con la colaboración de Escuelas de Enfermería de diversas provincias.

- Participa activamente en el diseño y organización del curso de «Nivelación de Conocimientos para la Convalidación de los títulos de A.T.S. por Diplomado en Enfermería», lo cual realiza a petición expresa del Consejo de Universidades y de la UNED.
- Realiza y traduce importantes documentos sobre Especialidades, funciones profesionales, sistema de personal de Enfermería, etc., los cuales difunde ampliamente y comienza a manifestar la necesidad de obtener el grado académico de Licenciatura en Enfermería, siendo la primera organización que lo propone. - Continúa manteniendo relaciones con los Ministerios de Sanidad y Educación, y con organizaciones internacionales (CIE, OMS, OPS), así como con la Organización Colegial, otras Asociaciones de Enfermería y sindicatos, aportando en todas las ocasiones sugerencias, informes, proyectos y demandas relacionados con los temas anteriormente citados.
- Acerca a los profesionales españoles, enfermeras de otros países que contribuyen a ir definiendo las nuevas tendencias que sobre Enfermería se están desarrollando en esa época, e invita, entre otras, a las señoras Nelly Garzón, Patricia Asworth y Dorothy Hall (a la cual se le nombra Socia Honoraria en 1980), a participar en las diversas actividades que realiza la AEED.
- Asiste, invitada por diversos grupos organizadores de eventos profesionales, a Jornadas y Congresos donde se presentan ponencias de gran interés y repercusión en el desarrollo, tanto educativo como asistencial, las cuales se suelen enviar a los socios.
- Continúa realizando las Sesiones Anuales de Trabajo, donde se tratan temas de máxima actualidad.

En estos años se modifica parcialmente la Junta Directiva en varias ocasiones, incorporándose a la misma socios que ya venían colaborando activamente con la Asociación. Así, en 1980 es elegida una nueva Junta Directiva, que se renueva parcialmente en 1982 y 1985.

## 1986-1990

## LA VOZ SOCIAL:

El proceso de integración de España en las estructuras y problemas internacionales sigue su curso:

- En 1988 tiene lugar el referéndum de la OTAN y la posterior integración completa en la misma
- Es el tiempo de la explosión de la esperanza para los 430 millones de personas que vivían en los países europeos comunistas y que soñaron con un futuro distinto y mejor.

En 1989, se produce el acontecimiento más emblemático de todo el proceso de caída de los regímenes comunistas. Se derriba el muro de Berlín.

Los españoles miramos esperanzados y preocupados a esa nueva configuración del mundo, diseñando y luchando por el papel que en él queremos desarrollar.

En nuestro país muere el primer español significado de la democracia: Enrique Tierno Galván y el quinquenio se caracteriza por tres grandes conflictos sociales:

- Los que se producen por los atentados de ETA en la población civil, militar y en sus propios ex-militantes: Yoyes es asesinada en 1986
- Amedo y Domínguez son procesados, iniciándose el caso GAL (1988)
- En 1988 se produce la primera huelga general del gobierno socialista.

En el terreno educativo se sientan las bases de la reforma universitaria, aprobándose la LRU (1988

Y mientras todo eso sucede, las mujeres, como colectivo, avanzan considerablemente:

- Se da un importantísimo auge del movimiento feminista: surgen múltiples asociaciones de mujeres y en gran parte de la

plano de total igualdad con los hombres.

- Se aprueba y empieza a aplicar la Ley sobre «la interrupción voluntaria del embarazo», conocida como Ley del aborto
- En 1989, las mujeres se integran en las Fuerzas Armadas y también
- Se estrena «Mujeres al borde del ataque de nervios»
- Arantxa Sánchez Vicario gana el «Roland Garrós»

## LA VOZ PROFESIONAL:

Estos cinco años, se caracterizaron fundamentalmente por las importantes partidas presupuestarias que el sistema nacional de salud destina a la formación continuada, creándose las comisiones de Formación Continuada, germen de las actuales Unidades de Formación Continuada.

Se produce el proyecto de desarrollo del «Curso Superior de Enfermería» por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que constituye la primera propuesta experimental de licenciatura en enfermería.

En 1989se celebró el Congreso cuadrienal del CIE en Tel-Aviv, con la asistencia de una nutrida representación de las enfermeras españolas.

Se establecieron por parte de la Oficina Regional Europea de la OMS, las políticas que se recogieron en el documento sobre los 38 objetivos de «Salud para todos en el año 2000». Gracias al apoyo organizativo y colaboración del CIE, el Consejo General de Enfermería, muchas Consejeras de Salud, los Colegios Profesionales, las Universidades, las Asociaciones y los Centros Sanitarios, las enfermeras españolas tuvieron la ocasión de constituirse en grupos de discusión y debate, cuya opinión se trasladó al foro internacional de la Conferencia de Viena.

Aparece el Real Decreto de Especialidades de Enfermería y se integran en la Universidad un número importante de Escuelas de Enfermería adscritas.

Hay un gran auge de los cursos de administración y gestión sanitaria que se desarrollan de forma interdisciplinar.

Surgen los primeros grupos de enfermeras que discuten y elaboran proyectos para delimitar las funciones de la profesión enfermera.

Con motivo de la publicación de la L.R.U., se inicia la renovación de los planes de estudios de enseñanza universitaria. El Consejo de Universidades constituye diferentes grupos de trabajo, entre los que se encuentra el

denominado Grupo IX, donde se elaboran los proyectos de medicina, enfermería y fisioterapia y en el que participaron un grupo de enfermeras de reconocido prestigio profesional. Como consecuencia de este proceso se publican las directrices generales para la elaboración de los nuevos planes de estudio.

Finalmente hay que recordar que en este período se produce la separación de las carreras de Fisioterapia y Podología de la de Enfermería y la creación del Sindicato de Enfermería SATSE.

A propuesta de su Escuela de Enfermería se nombra a Virginia Henderson Profesora Honoraria de la Universidad de Barcelona.

## LOS HECHOS DE LA AEED:

Profundamente implantada ya la Asociación, tanto entre el colectivo profesional como entre los organismos nacionales e internacionales, y reconocida como una gran fuerza profesional, la AEED dedica estos años a trabajar de forma intensa todo lo relativo a:

El desarrollo de las Especialidades de Enfermería pues, una vez conseguida la publicación del Real Decreto de Especialidades, no se apreciaba la voluntad política de implantación de las mismas, por lo que la Asociación invirtió una gran parte de su tiempo y esfuerzo en trabajar diversos proyectos y mantener entrevistas con otras Asociaciones, Sindicatos, Organización Colegial y Ministerios con el fin de llegar a acuerdos y encontrar apoyos que obligaran a constituir, en primer lugar, el legalmente previsto Consejo Asesor de Especialidades, lo que se consiguió en 1988 y del que formó parte Mª Paz Mompart, Presidenta en esos momentos de la AEED.

Ante la necesidad de ajustarse a la realidad y legislar sobre las competencias profesionales enfermeras, la AEED, además de mantener entrevistas con los interlocutores pertinentes, elabora diversos informes sobre los borradores de la Ley de Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias que realiza el Ministerio de Sanidad, recurre los Decretos que establecen el plan de estudios de Médicos Especialistas en Medicina de Familia por entender que entran en el ámbito de responsabilidad claramente enfermero, y organiza varias reuniones y seminarios para tratar estos temas.

En este período de tiempo es importante destacar los trabajos que se hicieron sobre las Directrices para la elaboración de los nuevos planes de estudios que el Ministerio de Educación quiere renovar a partir

de la Ley de reforma Universitaria. Entre los diversos grupos de trabajo que crea el Consejo de universidades, en el ya citado «grupo IX» participan tres enfermeras, socias de la AEED, Rosa Blasco, Milagros Herrero y Pilar Arroyo. La Asociación elabora diversos informes sobre los proyectos de R.D. que tienen como fin ordenar dichos temas, y se mantienen reuniones importantes con el Consejo de Universidades, adoptándose siempre una postura combativa y defensora de la Enfermería y sus profesionales, llegando incluso a interponer un Recurso ante la CEE y ante la Sala 3ª del Tribunal Supremo contra el R.D. que regula los nuevos títulos dado que no reconocen, en lo que respecta a Enfermería, las Directrices de la CEE sobre la Formación de Enfermeros Generalistas.

Todo este trabajo no impide que se continúen realizando cursos y talleres sobre Administración y Gestión, Evaluación de la calidad de los Cuidados Enfermeros, Diagnósticos de Enfermería, Profundización Teórica y construcción disciplinar, etc.

Igualmente se llevan a cabo las Sesiones Anuales de Trabajo, así como otras reuniones profesionales importantes como, por ejemplo, el «I Encuentro Hispano-Luso de Enfermería» que se celebró en Valladolid en Mayo de 1986, y vienen a España, invitadas por la Asociación, las señoras D. Orem, Taylor y Carpenito, las cuales imparten diversas conferencias y seminarios de especial importancia para el colectivo profesional.

Hay que destacar que durante estos años, en los que se integraron gran cantidad de Escuelas en sus respectivas Universidades, los miembros de la AEED y de su Junta Directiva ayudaron de modo sustancial a que se llevaran a cabo estos procesos y sus consiguientes oposiciones a profesores titulares de Escuela Universitarias.

También en esta etapa, las Juntas Directivas se van renovando y participan en ella diversos socios y socias.

## 1991-1996

## LA VOZ SOCIAL:

Varios nombres masculinos son los protagonistas de los últimos años:

- Don Juan de Borbón muere en 1994, siendo enterrado con honores de Rey y revisándose y resaltándose el papel jugado

por él en todo el proceso de transición de España
- Mario Conde y Luis Roldán protagonizan los dos escándalos más importantes de corrupción económica y política de nuestra democracia y en otro plano bien distinto
- José María Aznar gana las elecciones generales y el Partido Popular sustituye al PSOE en el Gobierno de España y en gran número de CCAA y Municipios

Dos acontecimientos sociales, realizados en España, nos convierten en el centro de las miradas del mundo:

- La Exposición Universal de Sevilla: EXPO´92
- Las Olimpiadas de Barcelona

Los sentimientos de solidaridad y conciencia social presentes entre la sociedad española se ponen de manifiesto y se concretan en varias formas:

- La campaña para conseguir que el 0,7% del presupuesto nacional se dedique a ayuda humanitaria
- El lazo azul se convierte en el símbolo de la conciencia organizada contra el terrorismo
- Se producen significativas sentencias judiciales en las que se reconocen los derechos de las parejas de hecho, creándose los primeros registros para las mismas.

El quinquenio es, sin duda, el de la comunicación. Los avances en ese campo nos están obligando a revisar un gran número de conceptos. incluso algunos de los más sólidamente establecidos como el de la tangibilidad de la realidad y se convierte en verdadera la visión que años atrás había profetizado Marshall Mclujan: Internet, la red de redes. nos abre las puertas a todos los mundos posibles, y también,

- Induráin gana 5 Tours
- Obtenemos otro Oscar. Esta vez es Fernando Trueba con «Belle Epoque»

## LA VOZ PROFESIONAL:

En estos años hay una verdadera eclosión de títulos de postgraduados: masters, expertos, etc... y un fuerte movimiento para conseguir la licenciatura de enfermería. Ante su inexistencia y debido a

deseo de desarrollo disciplinar y profesional, un gran número de enfermeras obtienen licenciaturas en otras disciplinas.

Se regula y se pone en marcha la especialidad obstétrico-ginecológica (matrona).

También en éste período van desapareciendo las asesorías enfermeras, e integrándose, como el resto de los profesionales, en los organismos sanitarios a nivel estatal y autonómico.

Se desarrollan los trabajos del «Grupo de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario», conocido como «Informe Abril», en el que en diversas comisiones, participan un considerable número de enfermeras.

Se crea el Consejo Asesor del Ministro de Sanidad y Consumo, con la presencia de dos enfermeras, ambas pertenecientes a nuestra Asociación, reconociéndose también en éste caso la capacidad de las profesionales.

Igualmente, las enfermeras asumen distintos puestos de responsabilidad en el terreno político y profesional: Diputadas, Directoras Generales, Delegadas de Salud, Secretarias de Universidad, Directoras de Centros, etc...

Por último hay que decir que hay una preocupación manifiesta por poner en marcha métodos de trabajo enfermeros que aseguren la mayor autonomía profesional y la mejor calidad de los cuidados que se prestan. Preocupación manifestada por una demanda importante de formación en éste sentido y la creación de grupos de discusión y reflexión.

## LOS HECHOS DE LA AEED:

A pesar de los avances y logros conseguidos durante la década de los 80, en estos últimos cinco años la AEED ha tenido que proseguir el trabajo de forma incesante, pues a los diversos problemas ya existentes se han sumado nuevos temas a los que ha sido preciso dar respuesta y nuevos campos por donde desarrollar la actuación de la Asociación.

En 1991 hay un cambio parcial en la Junta Directiva y en 1992 cambia en su totalidad.

Como ya se ha dicho, en esta época se pone en marcha la Especialidad de Enfermería Obstétrica y Ginecológica pero, sin embargo, el resto de Especialidades sigue sin desarrollarse. Por este motivo la Asociación ha seguido insistiendo en este tema, para lo cual ha mantenido

entrevistas con el Ministerio de Sanidad en diversas ocasiones y ha enviado informes justificativos de la necesidad de llevar a cabo ese desarrollo, aportando sugerencias y prioridades de implantación.
Durante 1992 y 93 se sigue con los Recursos contra los Planes de Estudio, consiguiéndose que fueran rectificados y, en la medida de los posible, mejorados, de acuerdo a la realidad del sistema educativo presente y a la autonomía universitaria. Se resuelve de este modo, el amenazante conflicto que existía con la Unión Europea sobre la libre circulación de profesionales. Como actividades destinadas a tal fin, cabe destacar la realización de dos reuniones de Escuelas que convocó la Asociación y que se celebraron con la presencia del, entonces, Secretario General del Consejo de Universidades y varios Vicesecretarios del mismo organismo, y los informes que se difundieron entre socios, Escuelas de Enfermería, centros sanitarios, Organización Colegial y demás organismos.

Ante los proyectos aparecidos sobre los nuevos títulos de Técnicos Especialistas, también se elaboran diversos informes sobre los mismos, manifestando un profundo desacuerdo por entender que las competencias que se adjudican a varios de ellos invaden el campo de responsabilidad profesional de los Diplomados en Enfermería y se difunden como anteriormente se había hecho con el tema de los planes de estudio. Se realiza una nueva reunión de Escuelas y se asiste a otras reuniones en las que se llama a la Asociación para dar su opinión como, por ejemplo, a varias convocatorias de la Conferencia de Directores de Escuelas de Enfermería Estatales, Asambleas de diversos Sindicatos y otras reuniones profesionales celebradas en varios centros sanitarios.

Sin embargo, dado que no se puede llegar a impedir que se publiquen en el BOE los Reales Decretos que regulan estos títulos, aunque bien es verdad que se tienen en cuenta algunas de las propuestas modificativas planteadas, se interponen nuevos Recursos Contencioso-Administrativos contra los dos Reales Decretos que regulan el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su plan de estudios, encontrándose en la actualidad pendientes de resolución. Hay que decir que estos recursos se han interpuesto conjuntamente con la Asociación Catalana de Enfermería y con la Conferencia de Directores de Escuelas

En cuanto a la Licenciatura, la AEED sigue trabajando incesantemente, habiendo establecido contactos con diferentes partidos políticos, instituciones y grupos profesionales. Se constituye un pequeño grupo de trabajo donde se ponen las bases de un proyecto sobre Licenciatura en Enfermería, constituido por varias socias y miembros de la Junta Directiva, como consecuencia del cual la Asociación difunde su opinión sobre el tema, oponiéndose al proyecto del Consejo General de Enfermería de suprimir el primer ciclo de los estudios, mediante el cual se obtiene el título de Diplomado en Enfermería, a cambio de una Licenciatura de 4 años, por entender que es un gran riesgo para la profesión. En este sentido, la AEED se manifiesta partidaria de un primer ciclo de tres años con título intermedio de Diplomado y un segundo ciclo de dos años con título terminal de Licenciado.

Asiste a una reunión organizada por el grupo de Directores de Departamentos de Enfermería y elabora una parte de la fundamentación y justificación del proyecto de Licenciatura sobre el que en la actualidad se está trabajando.

Se continúan impartiendo cursos sobre metodología enfermera, proceso diagnóstico y desarrollo de habilidades docentes, los cuales se realizan con la colaboración de diversas Escuelas. Se inicia, igualmente, la difusión de críticas de las últimas publicaciones profesionales que van apareciendo, y se realiza el I Encuentro Europeo de Escuelas de Enfermería en colaboración de las Escuelas de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Se crean diversos grupos de trabajo de desarrollo curricular sobre las materias de Fundamentos de Enfermería y Enfermería Comunitaria, cuyo producto se materializó en sendos documentos que fueron puestos en conocimiento de los colectivos interesados en dos Symposiums celebrados en la Escuela de la Universidad de Cantabria.

Otro proyecto que ve la luz durante estos años es la creación del GREDE (Grupo de Referencia para el Estudio de los Diagnósticos Enfermeros), cuyo fin es difundir información actualizada y facilitar líneas de trabajo sobre metodología diagnóstica. En este sentido, hay que destacar que el GREDE está reconocido oficialmente por la NANDA como grupo de referencia español y miembro asociado.

En estos momentos están en pleno proceso de configuración nuevos grupos trabajo sobre Ética y Deontología profesional, Enfermería Comunitaria y Fundamentos Enfermeros, además de otros proyectos de

realización de diversas actividades en colaboración con la Asociación Catalana de Enfermería, Escuelas y Centros.

Durante estos años, al igual que anteriormente, se han seguido realizando las Sesiones Anuales de Trabajo y han tenido lugar otras reuniones científicas como, por ejemplo, las realizadas en Barcelona y en Jerez sobre el producto enfermero y los nuevos modelos de gestión sanitaria.

## CONCLUSIONES

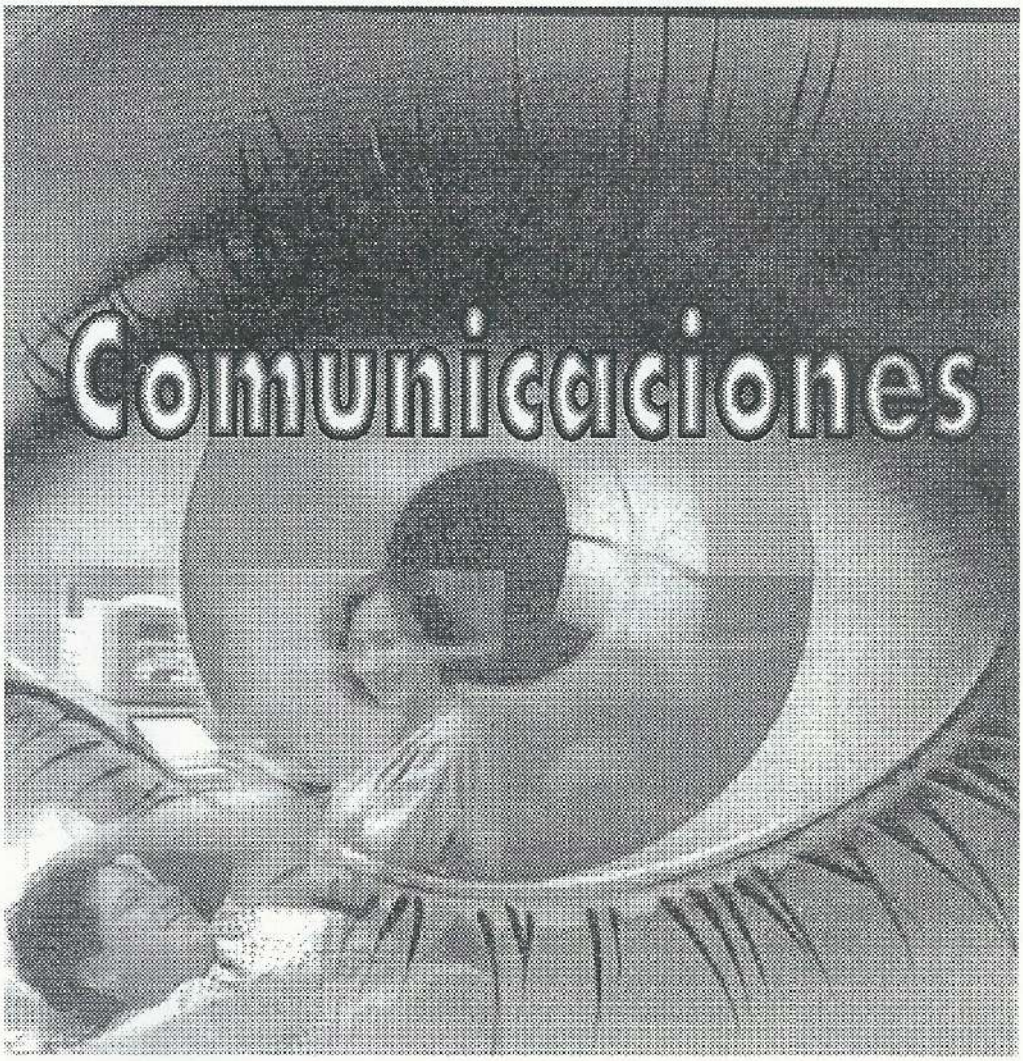
A todo lo anteriormente citado, hay que añadir que se han publicado cada año los libros de todas la Sesiones de Trabajo que la AEED a realizado, se han editado y difundido documentos de gran relevancia profesional, se ha asistido como invitados a múltiples actos y reuniones científicas y se ha seguido colaborando con diversos grupos profesionales.

Hasta aquí, esta narración a tres voces sobre los últimos 18 años de la historia social, profesional y de la AEED.

Como esperamos, habrá podido apreciarse que la AEED, durante todos estos años, ha dirigido sus actividades hacia dos campos fundamentales: al desarrollo disciplinar y a la promoción y el desarrollo profesional, y todo ello a través de la docencia o desde su perspectiva.

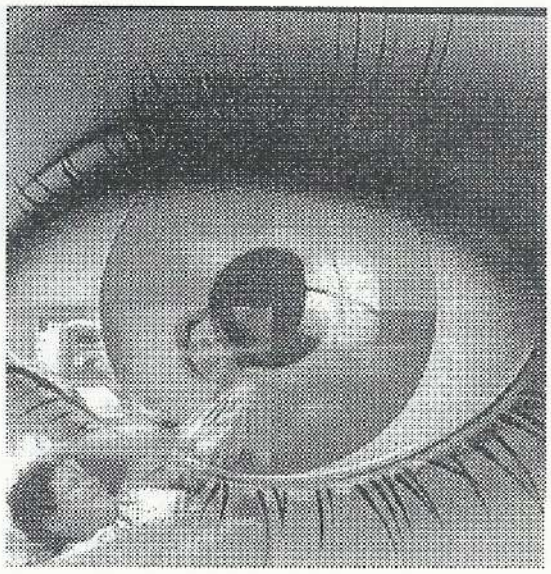
Creemos, por tanto, que ha mantenido una imagen coherente con sus fines, sabiendo adaptar sus formas y modos de hacer a cada nuevo tiempo que le ha tocado vivir y, por ello, pensamos que lejos de lo que podía ser algo lógico después de tanto tiempo, no sólo no ha dejado de mantener actualizados los objetivos para los que fue creada, sino que sigue viva y mostrando una imagen dinámica y progresista.

¡Ojalá que esta revisión que hemos hecho, haya demostrado la coherencia y el compromiso de la AEED con una imagen!




# una mirada académica

# LA CONSTRUCCIÓN DE UNA IMAGEN PROFESIONAL A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ACTITUDES: ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA



**Encarnación Betolaza Lopez de Gamiz**
**Mª Florentina Correyero Tadeo**
**Lourdes Edroso Albaina**

*Escuela Universitaria de Enfermería*
*Servicio Vasco de Salud*
*Vitoria*

El desarrollo de este trabajo, partió de la reflexión de los dos términos que encabezan esta comunicación y a su vez dirigen nuestro trabajo docente: Profesión e Imagen.

¿Qué entendemos por Profesión?. A nuestro entender es algo más que un paquete de conocimientos y habilidades. Siguiendo a Virginia Henderson, no sólo enfermería necesita conocimientos y fuerza para desarrollarlos, sino la voluntad propia y específica de la disciplina que consolide, mantenga y dirija la profesión a un desarrollo continuo.

¿Qué es para nosotras Imagen?. El resultado de conductas y comportamientos manifiestos, como así queda demostrado por la opinión de los usuarios. Siendo por tanto esto, el producto o fruto de la función social de la profesión Enfermera.

Aunque es verdad que las conductas y comportamientos pueden nacer del conocimiento o de la experiencia, su estabilidad y sentido viene dado por la consolidación de una Actitud. Entendiendo el término actitud, como la disposición y comportamiento que define y diferencia al individuo y en nuestro caso a la profesión.

Todo esto nos llevó a la siguiente cuestión. ¿Valoramos y evaluamos **actitudes** en nuestros alumnos?. Nos encontramos con la existencia de unos objetivos actitudinales llenos de subjetividad y por tanto difícilmente mensurables. Se decidió trabajar en la creación de un instrumento que en formato de cascada reflejara y midiera las actitudes de los alumnos, trabajando:

1°.- Disposiciones. Primeramente las disposiciones o ejes que definen nuestro perfil enfermero, entendiendo disposición como la tendencia a.... El resultado fueron cuatro ejes.

- Disposición para formarse
- Disposición para trabajar en equipo
- Disposición para relacionarse y cuidar al cliente y familia
- Disposición para desarrollar una ética profesional

2°. Actitudes. A su vez cada disposición se relacionaría y materializaría a través del desarrollo de una serie de actitudes.

3° Conductas. Hasta aquí todavía el instrumento era imperfecto para medir nuestros propósitos. ¿Cómo demostrar la existencia y desarrollo de estas actitudes?. La respuesta consistió en definir el componente conductual de cada actitud. Por tanto estas pautas de conducta se convierten en los indicadores objetivos y medibles del instrumento.

Actualmente estamos trabajando en su desarrollo en el tiempo, es decir, su secuencia en graduación e intensidad a lo largo de los tres cursos.

Como conclusión al trabajo desarrollado presentamos los objetivos actitudinales óptimos a conseguir por el alumno.

# OBJETIVOS ACTITUDINALES

## 1. DISPOSICIÓN PARA FORMARSE

### 1.1. Actitud para aprender.

- Tiene interés. (Hace preguntas, está activo, presta atención).
- Relaciona ideas, conexiona conocimientos.
- Programa o planifica el aprendizaje.
- Consulta bibliografía, revisa historias.

### 1.2. Actitud para aplicar los aprendizajes.

- Pone atención en las instrucciones.
- Pone en práctica las instrucciones.
- Une conocimientos, contextualiza, se adapta a la situación concreta y tiene capacidad crítica.

### 1.3. Actitud autorreflexiva.

- Se pregunta.
- Se cuestiona.
- Sus intervenciones son relevantes.
- Hace autoevaluación de su propio aprendizaje (Repercusiones y consecuencias de su propio aprendizaje, práctica...)

## 2. DISPOSICIÓN PARA TRABAJAR EN EQUIPO

### 2.1. Actitud comunicadora.

- Se expresa utilizando un vocabulario adecuado.
- Explica sus dificultades de relación e integración (Capacidades, limitaciones...).
- Da información clara.
- Da información concreta.
- Escucha con atención.
- Facilita la comunicación.

### 2.2. Actitud colaboradora.

- Dispuesto a colaborar (Está atento a la dinámica del grupo y dispuesto a participar).
- Colabora cuando se le pide.
- Se identifica con las tareas del grupo (Pone energías en común hacia objetivo común, activo en el grupo).
- Asume su papel o función.
- Es capaz de explicar el fundamento de sus iniciativas.
- Sus iniciativas contribuyen a la mejora del trabajo en equipo.

### 2.3. Actitud de Respeto.

- Escucha.
- Es cortés (educado amable).
- Tolera (Acoge y admite lo que se le dice...).
- Tiene en cuenta la jerarquía/función.
- Da opiniones cuidando las formas (gestos, tono...).
- Emite juicios sólidos formados e informados (Sabe el por qué...).

### 2.4. Actitud ante las reuniones.

- Asiste a las reuniones.
- Participa activamente.
- Colabora constructivamente.

## 3. DISPOSICIÓN PARA RELACIONARSE Y CUIDAR AL CLIENTE Y FAMILIA

### 3.1. Actitud de acogida

- Crea oportunidad de diálogo.
- Facilita la comunicación (lenguaje adecuado, se explica y deja que se explique...)
- Le escucha las demandas (Verbal y no verbal...).
- Tiene seguridad de haberle comprendido.
- Identifica la demanda (Se da cuenta de la situación y estado del cliente).

### 3.2. Actitud ante la Comunicación

- Le informa.
- Utiliza lenguaje adecuado al cliente.
- Responde a sus preguntas.
- Le explica relacionando.
- Tiene conducta tranquilizadora.
- Difencia las preguntas que ella puede responder de los que no puede.
- Deriva las preguntas que no puede responder.

### 3.3. Actitud de respeto.

- Es tolerante.
- Es educado.
- Es amable.
- Es respetuoso.
- Da opiniones cuidando la forma (Gestos, tono de voz...).
- Emite juicios fundamentados.

### 3.4. Actitud cuidadora.

- Muestra empatía.
- Detecta problemas situacionales y del estado del cliente con una visión global.
- Planifica cuidados a las alteraciones detectadas.
- Realiza y/o deriva actividades planificadas.
- Evalúa los resultados.

## 4. DISPOSICIÓN PARA DESARROLLAR UNA ÉTICA PROFESIONAL

### 4.1. Actitud de comunicar dificultades respecto a su actuación.

- Pregunta dudas.
- Busca fuentes de información.
- Comenta reflexiones.
- Resuelve las dificultades encontradas.
- Da cuenta de los errores.

### 4.2. Actitud para actuar responsablemente.

- Con prontitud.
- Con exactitud.
- Tomando conciencia del error (Repercusión, consecuencias...).
- Lleva a cabo las tareas encomendadas (Momento, lugar, persona...).
- Termina las tareas iniciadas.
- Justifica su actuación.
- Se compromete.

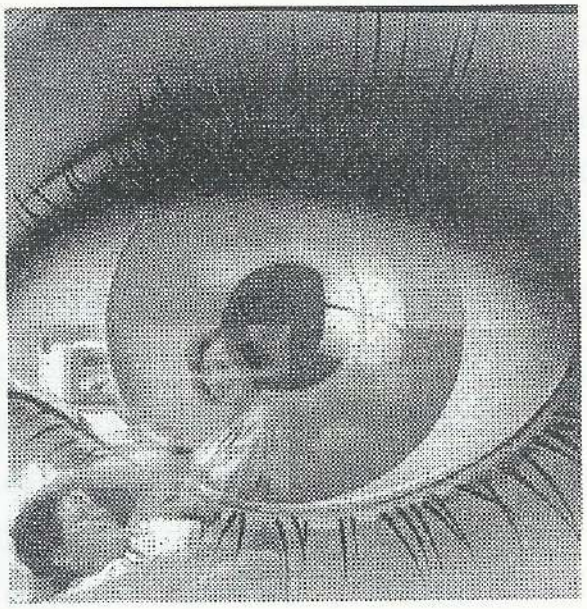
### 4.3. Actitud ante el secreto profesional.

- Distingue en qué situaciones hay que dar o guardar información.
- Comenta lo imprescindible.

### 4.4. Actitud coherente.

- Correspondencia entre lo que se dice y lo que hace.

# IMAGEN Y EVALUACIÓN DEL PROFESOR ASOCIADO



**Sonsoles Rodríguez de la Parra**
**Begoña Carbelo Vaquero**
*Profesoras asociadas*

# INTRODUCCIÓN

La Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Alcalá, creada hace 5 años, tiene características peculiares. El 90% de los profesores del Departamento de Enfermería y Fisioterapia somos profesores asociados, todos impartimos clases teóricas y cada profesor tutoriza un grupo de 7-9 alumnos durante el periodo de prácticas.

En la Universidad existe un sistema de evaluación anual del profesorado realizado por los alumnos, pero no conocemos programas de evaluación por parte de otros miembros de la comunidad educativa.

Durante el curso 94-95 el equipo directivo de la Escuela trabajó con un grupo de profesores asociados en el diseño de un sistema de evaluación que aportara la visión de los profesores sobre su actividad docente, para complementar la evaluación que realizan los alumnos. Se diseñó un cuestionario para que cada profesor evaluara a sus compañeros de materia, pero este sistema fue poco aceptado por los profesores, ya que sólo participaron un 20% de Enfermería y un 10% de Fisioterapia.

Tras la escasa respuesta del profesorado a este primer intento de evaluación, las direcciones de la Escuela y del Departamento optaron por desarrollar un nuevo proyecto que incluyera la evaluación de cada profesor por sus compañeros de materia, por la Dirección y una autoevaluación. Para el desarrollo de este proyecto la Escuela contó con el apoyo y la asesoría de un experto en sistemas de evaluación del desempeño. Entre las diferentes fases del proyecto se incluyó la realización de un grupo de discusión que aportara la visión de los propios profesores sobre determinados aspectos de la docencia, para definir los ítems en base a los cuales construir el cuestionario y determinar las escalas de evaluación.

En esta comunicación vamos a exponer el desarrollo y los resultados de este grupo de discusión y las conclusiones a las que hemos llegado las autoras de este trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La Dirección del Departamento seleccionó 8 profesores asociados (10% de la población a evaluar), para formar parte del grupo de discusión, que tras aceptar su participación, fueron convocados formalmente para la sesión de discusión. Cada uno de los profesores participantes imparte distintas materias y desempeña la actividad asistencial en las 3 Áreas de Salud en las que desarrollan las prácticas los alumnos. Asistieron 5 profesores de Enfermería y 3 de Fisioterapia, oscilando su antigüedad en la Escuela entre 2 y 5 años.

Para el desarrollo de la sesión se utilizó la técnica del grupo de enfoque, actuando como moderador el experto en sistemas de evaluación, que informó del objetivo de la sesión y pidió a los participantes que expresaran sus opiniones personales con honestidad y respeto a las opiniones del resto del grupo. El moderador se abstuvo en todo momento de expresar sus opiniones o juicios de valor sobre las cuestiones planteadas por él y las opiniones expresadas por los participantes. En la sesión de trabajo los integrantes del grupo reflexionaron y debatieron sobre los diversos aspectos de la actividad docente planteados por el moderador y los criterios para su evaluación.

Los resultados que exponemos a continuación corresponden al análisis de las anotaciones tomadas durante la sesión por las autoras de este trabajo, que posteriormente han sido contrastadas y completadas con los resultados obtenidos por el moderador del grupo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Vivencia de la actividad docente.**

En general la actividad docente se vive como un reto y como tal plantea dificultades, entre las que se señalaron: problemas organizativos y de coordinación; inseguridad para trasmitir los conocimientos, espe-

cialmente al iniciar la actividad docente y conflictos para coordinar la asistencia con la docencia. Todas estas dificultades exigen del profesor asociado una gran carga de responsabilidad, compromiso y horas de trabajo. A pesar de estas exigencias, la actividad docente resulta muy gratificante, estimula el aprendizaje permanente y proporciona enriquecimiento personal y profesional.

**Comparación entre actividad docente y asistencial.**

Todos los miembros del grupo opinaron que se trata de actividades complementarias, que permiten transmitir e intercambiar conocimientos con compañeros y alumnos. Se resaltó que, aunque la función educativa es inherente a la profesión enfermera en cualquier campo en que se desarrolle, la actividad docente potencia esta función, introduciendo modificaciones positivas en la práctica asistencial. Asimismo, la actividad docente permite trasladar al aula la experiencia cotidiana de la actividad asistencial, lo que enriquece la formación de los alumnos.

La actividad docente permite mayor grado de autonomía que la actividad asistencial. Las relaciones con profesionales de otras disciplinas resultan más gratificantes en el terreno docente que en el asistencial.

**Factores que intervienen en la capacidad docente.**

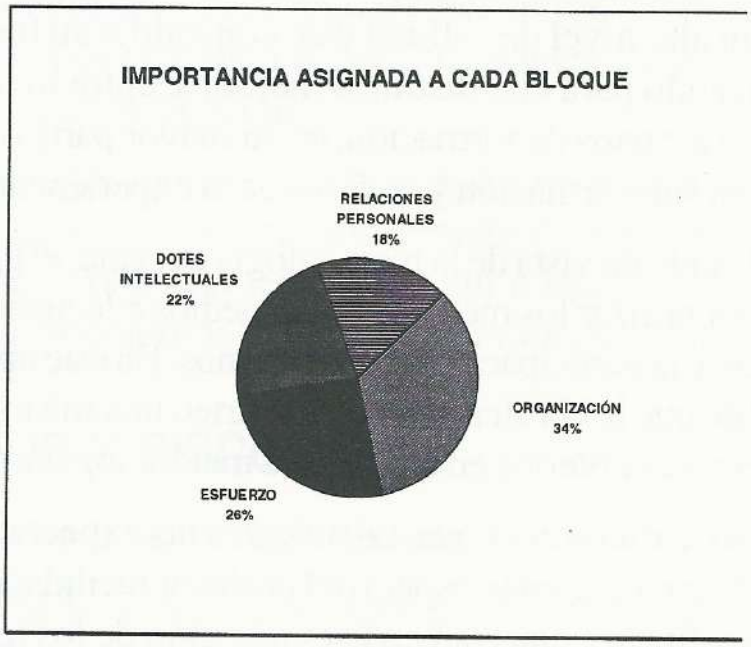
Todos los miembros del grupo expresaron su deseo de impartir la docencia con un alto nivel de calidad y de consolidar su formación como docentes, utilizando para ello distintos métodos, entre los que se enumeraron: asistencia a cursos de formación, en su mayor parte organizados por el Departamento, autoformación y análisis de la experiencia docente.

Desde el punto de vista de la metodología docente, el grupo manifestó preocupación por utilizar los métodos y los medios adecuados para estimular el aprendizaje y la participación de los alumnos. En este apartado se resaltó la necesidad de que los profesores que imparten una misma materia coordinen y unifiquen sus criterios en cuanto a la metodología a utilizar.

Se analizó la dicotomía que existe entre las expectativas del alumno y las del profesor: el alumno espera del profesor facilidades para aprobar con el mínimo esfuerzo, claridad en la exposición de los temas, homogeneidad en la metodología docente etc. El profesor espera del alumno que participe activamente en su formación, que profundice en la materia y

que acepte la diversidad de criterios y de metodología docente. Los factores que se consideraron necesarios para impartir la docencia con un buen nivel de calidad, se agruparon en cuatro bloques, asignando cada profesor un porcentaje a cada bloque, según su importancia. (gráfico 1)

El bloque *organización, coordinación, planificación*, fue el que obtuvo el mayor porcentaje (34%), resultando además la votación más homogénea que en el resto de los bloques, con una dispersión del 19% y una desviación estándar de 6,4 (gráfico 2).



Sin embargo, en el bloque *esfuerzo, preparación, trabajo*, al que se asignó el segundo lugar de importancia (26%), se manifestaron las mayores diferencias en la votación con una dispersión del 44% y una desviación estándar de 11,4.

*Dotes intelectuales, cualidades personales, personalidad*, obtuvo el 22% con una dispersión del 39,7% y una desviación estándar de 8,6.

Al bloque *relaciones personales, accesibilidad, disponibilidad*, se le asignó el porcentaje más bajo (18%), con una dispersión del 34,6% y una desviación estándar de 6,4.

**Criterios para la evaluación.**

La mayoría de los miembros del grupo consideró que la evaluación es útil para el profesor porque le permite conocer la imagen que transmite, los aspectos susceptibles de mejorar y aquellos en los que ha mejorado. También debe ser útil para la institución, ya que el conocimiento global del colectivo de profesores facilitará la priorización de objetivos, la planificación en función de los mismos, y el diseño de programas de formación dirigidos a perfeccionar la capacidad docente del profesorado. Si a partir del análisis de los resultados de la evaluación, los profesores y la institución introducen cambios dirigidos a mejorar la calidad de la enseñanza, la evaluación resultará útil también para los alumnos.

En cuanto a la evaluación del profesorado por otros profesores, seis se mostraron a favor, uno en contra y uno se abstuvo, aunque todos manifestaron cierto grado de resistencia a implicarse en la evaluación de sus compañeros. La escasa participación de los profesores en la evaluación del curso 94-95 y la resistencia manifestada por los miembros de este grupo de discusión para evaluar a sus compañeros, podrían traducir cierto temor a la autocrítica que sería necesario vencer.

Una vez analizados los aspectos de la actividad docente que podrían ser evaluados y quién debería evaluar cada uno de ellos, se construyó una ficha para que cada miembro del grupo asignara un porcentaje a cada ítem y un porcentaje a los evaluadores potenciales de cada ítem por orden de importancia.

Como se puede observar en la tabla anterior, los alumnos fueron considerados por el grupo los evaluadores potenciales más importantes

(29,6%), siendo los ítems en los que su evaluación adquiere mayor relevancia *la capacidad pedagógica* (55,6%), *el servicio a los alumnos* (47,5%) y *la equidad en la evaluación* (42,9%). A la Dirección del Departamento se le asignó un 23,5% como evaluador potencial, considerándole el agente más cualificado para evaluar *la identificación con el centro* (47,2%) y *la actividad investigadora* (38,8%). La evaluación por otros profesores obtuvo un 23%, siendo el grupo al que se atribuyó más importancia para evaluar *la coordinación con otros profesores* (46,9%) y *las relaciones interprofesionales* (36,9%). La autoevaluación se manifiesta como una parte considerable de la evaluación con un 18,6% sin obtener un papel relevante como evaluador principal para ningún ítem. La evaluación por agentes externos adquiere escasa relevancia (5,3%).

| ÍTEMES | % | EVALUADORES POTENCIALES (%) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ALUMNOS | EL PROPIO PROFESOR | OTROS PROFESORES | DIRECCIÓN DEPTO. | AGENTE EXTERNO |
| CAPACIDAD PEDAGÓGICA | 14 | 55,6 | 10,6 | 15 | 10,6 | 8,1 |
| CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES | 10,6 | 35 | 13,5 | 20,9 | 27,5 | 3,1 |
| ACTIVIDAD INVESTIGADORA | 9,6 | 13,1 | 21,9 | 15,6 | 38,8 | 10,6 |
| EQUIDAD EN LA EVALUACIÓN | 8,6 | 42,9 | 24,1 | 18,5 | 6,3 | 8,1 |
| RELACIONES INTERPROFESIONALES | 8,8 | 20,6 | 8,1 | 36,9 | 31,3 | 3,1 |
| AJUSTE A LA PROGRAMACIÓN | 9,3 | 36,9 | 22,5 | 20 | 16,3 | 3,1 |
| COORD. CON OTROS PROFESORES | 10,3 | 10 | 19,3 | 46,9 | 21,9 | 1,9 |
| DOMINIO DE LA MATERIA | 10,6 | 27,5 | 26,9 | 26,9 | 14,4 | 5,6 |
| SERVICIO A LOS ALUMNOS | 11 | 47,5 | 13,1 | 13,8 | 21,3 | 4,4 |
| IDENTIFICACIÓN CON EL CENTRO | 7,3 | 6,9 | 25,4 | 16 | 47,2 | 4,4 |
| MEDIA | | 29,6 | 18,6 | 23 | 23,5 | 5,3 |

# CONCLUSIONES

1. La actividad docente resulta muy gratificante y enriquecedora personal y profesionalmente, a cambio de un alto grado de compromiso.
2. Las actividades docente y asistencial se complementan, aunque hacerlas compatibles presenta dificultades y exige un gran esfuerzo.
3. En la evaluación deben intervenir los distintos grupos de la comunidad educativa, ya que de esta forma se obtendrá una visión global del profesorado.
4. El análisis de los resultados de la evaluación debe ser una herramienta que facilite a los profesores y a la institución establecer objetivos que permitan mejorar la calidad docente.
5. Un adecuado sistema de evaluación global del profesorado nos mostrará la imagen que transmitimos y nos ayudará a definir y construir el perfil de profesor asociado que cada uno queremos llegar a ser.

La evaluación de los profesores asociados realizada en la Universidad anualmente por los alumnos ofrece una visión parcial de los mismos.

Con el fin de completar la evaluación del profesorado, la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, ha diseñado un proyecto de evaluación en el que participen, además de los alumnos, otros miembros de la comunidad educativa.

Como fase previa al diseño del cuestionario de evaluación, se creó un grupo de discusión formado por 8 profesores asociados de la EUEF de Alcalá, en el que se debatieron los aspectos, características y cualidades del profesor asociado que pueden influir en la calidad de la enseñanza, y quiénes deben ser los evaluados de los mismos.

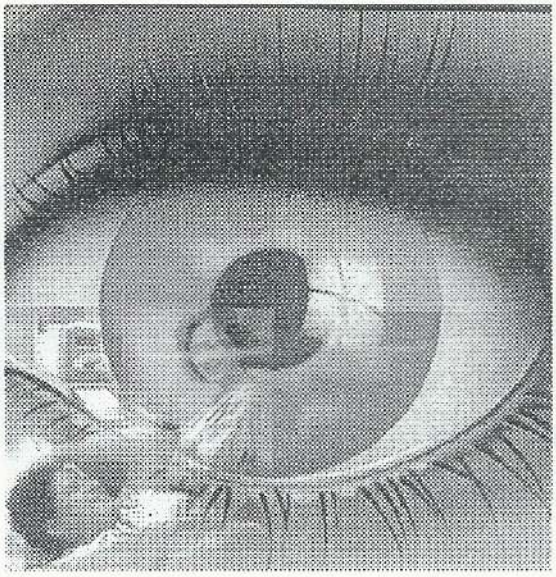
En el grupo de discusión se reconoció la importancia relativa de la evaluación realizada por los alumnos (29,6%), y se asignó un valor considerable a la evaluación por otros profesores (23%) y por la dirección

del Departamento (23,5%), adquiriendo especial relieve la autoevaluación (18%).

Un sistema de evaluación en el que los diversos factores que influyen en la calidad de la enseñanza sean evaluados por distintos miembros de la comunidad educativa, mostrará una imagen global del profesorado que facilitará tanto a nivel individual como institucional, establecer objetivos dirigidos a mejorar aquellos aspectos en los que los resultados no son satisfactorios.

Conocer a través de este sistema de evaluación la imagen que transmitimos, permitirá definir y construir el perfil del profesor asociado individual e institucionalmente.

# ANÁLISIS DEL MÉTODO DOCENTE UTILIZADO EN LA E.U.E. CIENCIAS DE LA SALUD DE MÁLAGA



**Begoña C. Arjones Fernández ***
**Nuria Barragán Pérez ***
**Eva Mª Carballeda Camacho ***
**Ana Mª García Parra ****
**Sergio Rodríguez Fernández ***

** Diplomado Universitario en Enfermería*
*** Profesora Titular E.U. de Ciencias de la Salud*
*Málaga*

## INTRODUCCIÓN

En aquellos estudios en los que se conjugan los conocimientos teóricos con un gran contenido práctico, se plantea cierta dificultad a la hora de estructurar el curso académico, tal es el caso de la Diplomatura de Enfermería.

Hasta hace tres años en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Málaga, se utilizó el método Modular Puro, que consistía en impartir en primer lugar los conocimientos teóricos y una vez adquiridos éstos, comenzar las prácticas en Hospitales y Centros de Salud.

A partir del curso 1994/95 se decidió experimentar el método Modular Mixto, mediante el cual tras un período exclusivo de clases teóricas de dos meses, empezaba un bloque en el que los conocimientos teóricos y prácticos se adquirían de forma simultánea, dedicando dos días por semana a la teoría y tres a la práctica. Actualmente continúa en vigor el Modular Mixto.

Con este estudio pretendemos analizar estos dos Modelos hasta llegar a discernir cuál es el método docente que más se ajusta a las necesidades sentidas por los alumnos. Así mismo, pensamos que los resultados de este análisis podrían ser extrapolables a otras Escuelas de Enfermería.

## OBJETIVO

Con este trabajo, pretendemos conocer a través de las opiniones de los alumnos, las ventajas e inconvenientes que plantea dos diferentes sistemas de estructurar teoría y práctica, que han sido llevados a cabo en la Diplomatura de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

# MATERIAL

En este estudio hemos contado con los siguientes recursos:

**Humanos:**

- Diplomados en Enfermería
- Profesora titular de la E.U. de Ciencias de la Salud.
- Alumnos de 3° curso de dos promociones distintas.

**Materiales:**

- Fichero de la Biblioteca de la E.U. de Ciencias de la Salud.
- Textos sobre Estadística e Investigación.
- Publicaciones periódicas.
- Encuestas.
- Material informático.

# MÉTODO

Para poder llevar a cabo el objetivo prefijado, el Departamento de Enfermería elaboró un cuestionario de 17 ítems, en los que se presentaban las posibles ventajas e inconvenientes de ambos sistemas modulares.

En cada ítem se contemplaba el sistema **"Modular Puro"** y el **"Modular Mixto"** y se pidió al encuestado que contestara en un intervalo del 1 al 5, entendiendo que 1 equivale a completo desacuerdo y 5 a completo acuerdo.

El cuestionario elaborado fue el de la Tabla n°1.

La población objeto de este estudio la componían un total de 210 personas. Se eligieron dos grupos distintos, con el fin de poder comparar las opiniones de quienes habían conocido ambos sistemas modulares, y las de los que sólo habían conocido el sistema modular mixto.

El primer grupo estaba formado por alumnos a los que se les impartió la docencia en 1° y en 2° curso según el sistema modular puro, y en 3° curso el sistema modular mixto, éstos fueron un total de 120. Y un segundo grupo constituido por un total de 90 alumnos de 3° curso que únicamente habían conocido el sistema modular mixto.

Contestaron a la encuesta el 84´16% y el 72´22% respectivamente.

## Tabla nº1

1. Me imposibilita realizar, durante las practicas, todas las actividades de enfermería, ya que hay algunas que solo se realizan los días que no asistimos.
2. Me permite utilizar los conocimientos teóricos ya aprendidos en el desarrollo de las practicas.
3. Me permite desde el comienzo de las prácticas utilizar las habilidades aprendidas previamente en Salas de Demostración.
4. Me permite comentar con los profesores en el ámbito teórico (clases, seminarios, etc.) los casos que se ven en prácticas.
5. Permite un buen seguimiento del paciente.
6. Dispongo de tiempo para estudiar.
7. Facilita la utilización de los recursos del Centro (Secretaría, Biblioteca, etc.)
8. Dispongo de tiempo para consultas bibliográficas, tutorías, etc.
9. Posibilita una mejor atención del Profesor Asociado Clínico durante las prácticas.
10. Favorece la calidad en la impartición de las clases teóricas.
11. Hay una mayor asistencia de alumnos a clase.
12. La organización de Salas de Demostración posibilita un mejor aprendizaje.
13. La distribución de las clases teóricas facilita su comprensión y asimilación.
14. Realizo menos desplazamientos.
15. Favorece la interrelación entre los alumnos.
16. Favorece la interrelación con los profesionales sanitarios.
17. La organización teórico-práctica en cuanto a distribución horario conlleva mayor cansancio físico.

Una vez obtenido los cuestionarios se procedió al análisis de los datos, obteniendo las medias y los porcentajes de las respuestas para cada ítem y representándolos después en gráficas. (Gráficos nº 1 y 2)

Posteriormente comparamos ambas muestras, obteniendo los siguientes resultados.

# RESULTADOS

Para los encuestados del 1er grupo, el sistema modular que más ventajas comporta es el puro, aunque han destacado algunos aspectos favorables al mixto, como son:

- La posibilidad de comentar en el ámbito teórico los casos vistos en prácticas. (Gráfico nº 3)
- Facilitar la utilización de los recursos del Centro: consultas bibliográficas, tutorías, etc. (Gráfico nº 4)
- Mejorar el aprendizaje en las Salas de Demostración. (Gráfico nº 5)
- Favorecer la interrelación entre los alumnos.(Gráfico nº6)

Los encuestados del segundo grupo, a pesar de que no se les impartió la docencia según el sistema modular puro, consideran éste el más ventajoso. En cuanto a los aspectos positivos del sistema modular mixto, coinciden con los resultados del primer grupo. (Gráficos nº 3, 4, 5 y 6)

En la siguiente tabla quedan reflejadas las medias resultantes por grupo, de cada ítem en ambos sistemas modulares. (Tabla nº2)

Tabla nº2

| | 1ª. GRUPO | | 2ª. GRUPO | |
|---|---|---|---|---|
| ITEMS | M. PURO | M. MIXTO | M. PURO | M. MIXTO |
| 1* | 1,71 | 3,60 | 1,82 | 3,30 |
| 2 | 3,30 | 2,61 | 4,65 | 2,67 |
| 3 | 3,16 | 2,48 | 4,45 | 2,62 |
| 4 | 1,73 | 3,87 | 2,05 | 4,25 |
| 5 | 4,41 | 1,67 | 4,75 | 2,00 |
| 6 | 3,22 | 2,70 | 3,51 | 3,01 |
| 7 | 2,44 | 3,46 | 2,47 | 3,98 |
| 8 | 2,50 | 3,10 | 2,40 | 3,76 |
| 9 | 3,30 | 2,10 | 3,98 | 3,01 |
| 10 | 2,92 | 2,60 | 3,68 | 3,12 |
| 11 | 3,94 | 1,76 | 4,15 | 2,34 |
| 12 | 2,95 | 3,14 | 3,92 | 3,12 |
| 13 | 2,82 | 2,79 | 3,81 | 3,08 |
| 14 | 3,06 | 2,50 | 3,49 | 2,46 |
| 15 | 2,80 | 3,46 | 2,62 | 3,87 |
| 16 | 4,10 | 2,18 | 4,46 | 2,69 |
| 17* | 3,24 | 3,64 | 3,50 | 3,23 |

* Las cuestiones número 1 y 17 están formuladas de forma negativa con lo que los resultados han de interpretarse de manera inversa; es decir, si han puntuado 5 están en completo desacuerdo con ese Sistema Modular; a su vez, la puntuación 1 corresponde a completo acuerdo.

# CONCLUSIÓN

Al comienzo de este trabajo pretendíamos evaluar la aplicación de los dos sistemas que combinan los conocimientos teórico-prácticos desarrollados en la Diplomatura de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud.

Con los resultados obtenidos en este análisis concluimos que debería plantearse un cambio en la actual estructuración, intentando englobar en un nuevo sistema aquellos aspectos más positivos de cada uno de los métodos, aunque como hemos podido comprobar éste habrá de tender hacia el modular puro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Roldán, J.L. "Cómo elaborar un proyecto de investigación" Universidad de Alicante. Secretariado de Publicaciones. Alicante. 1995.
2. Pinedo Sánchez, A; García Rodríguez, A. "Aplicaciones de la Estadística y la Informática a la Salud Publica". (Piédrola Gil, S y otros. "Medicina Preventiva y Salud Publica". Tomo Y. Salvat. Barcelona. 1991).
3. Sánchez Fond, E; Rives Díaz, F. "Guía para la asignatura de Bioestadistica" Universidad de Málaga. Secretariado de Publicaciones. Corcelles - La España. Málaga. 1990.

# ANEXO

Grafico 1

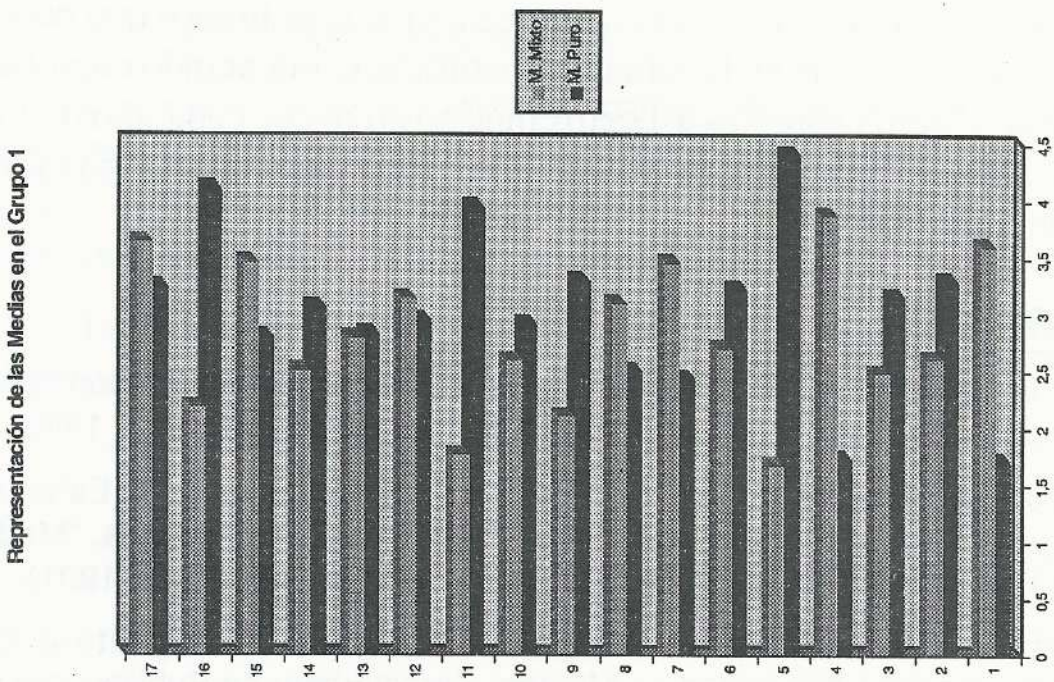



Gráfico 2

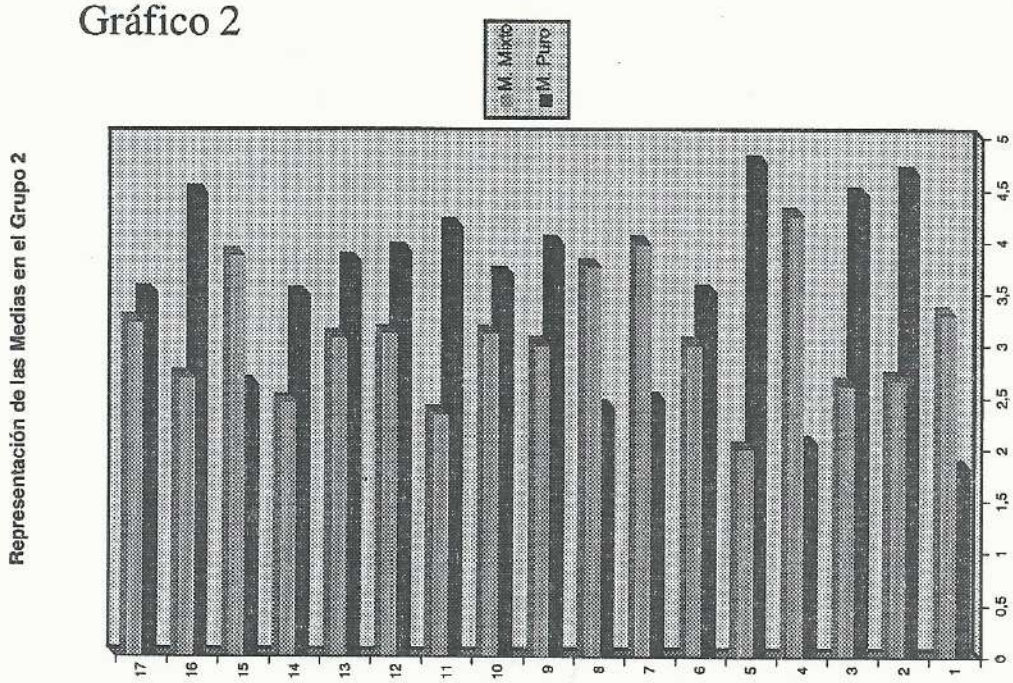


Gráfico 3

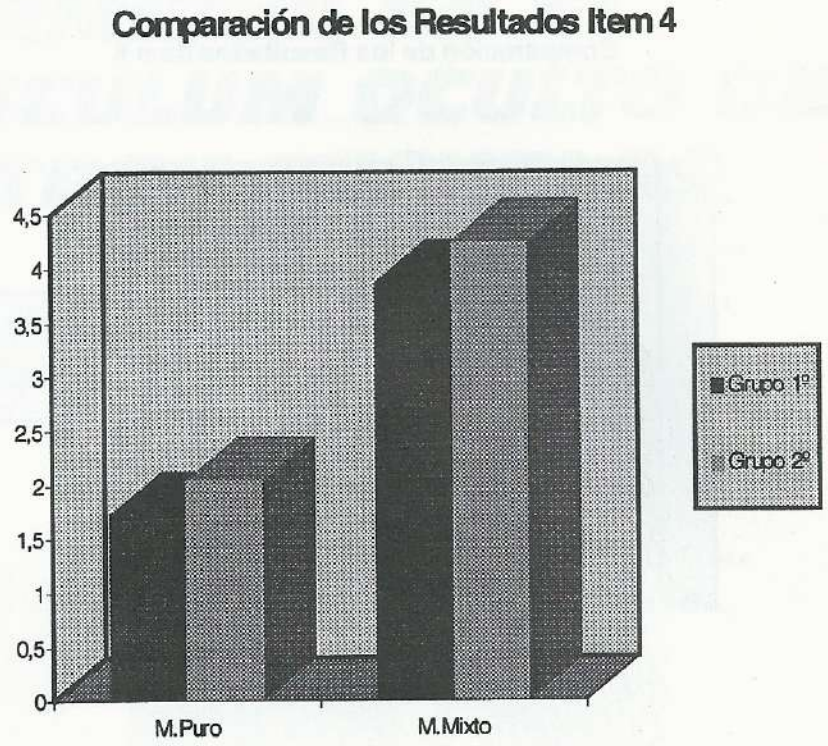



Gráfico 4

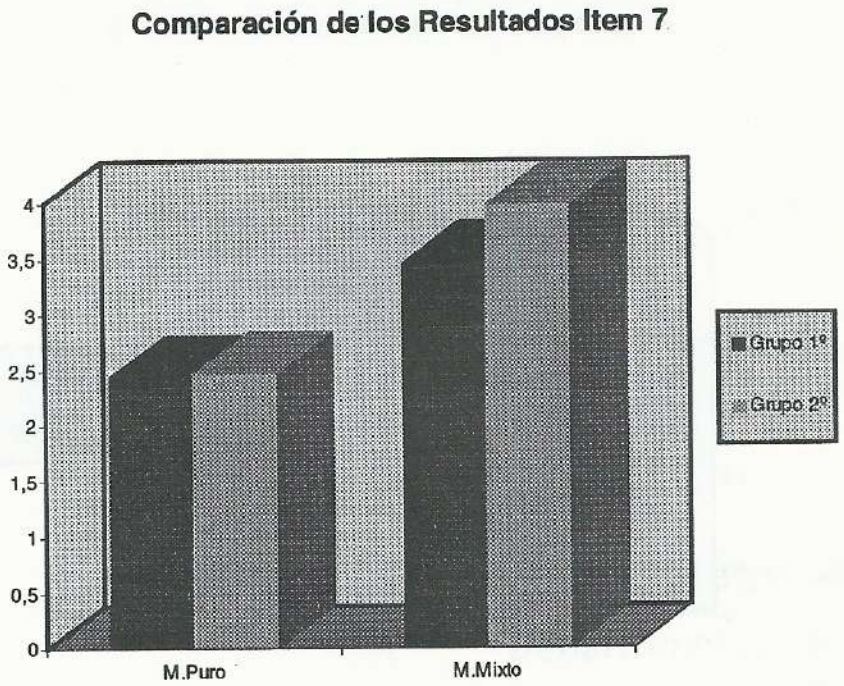


Gráfico 5

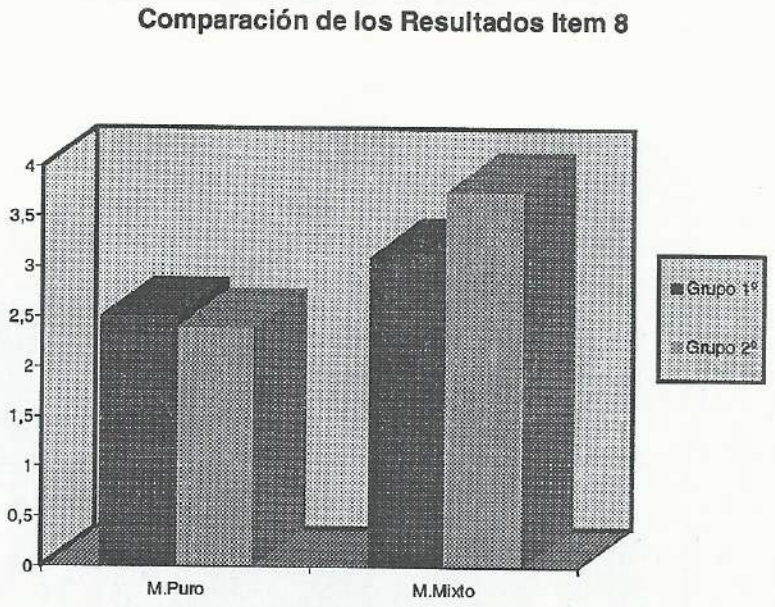
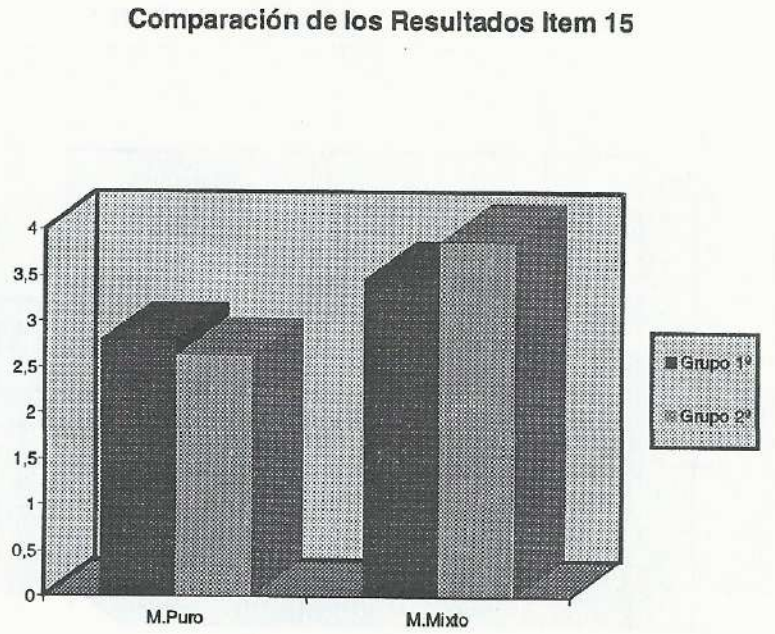
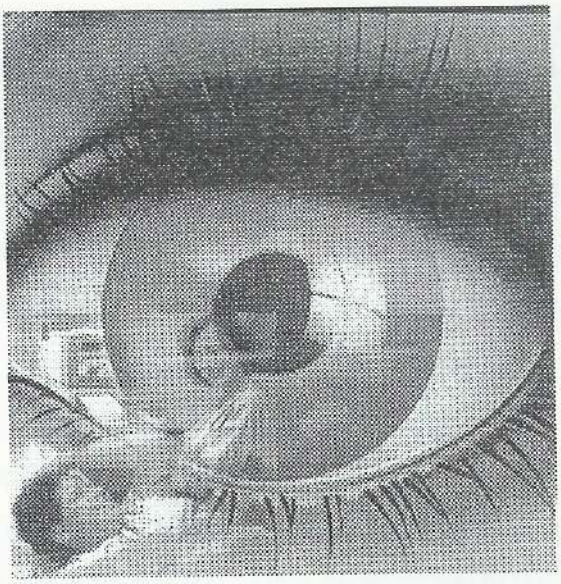



Gráfico 6



# LA IMAGEN DE ENFERMERÍA EN EL CURRICULUM OCULTO DE NUESTRAS ESCUELAS



**Diego Japón Ruiz**

*Departamento de Enfermería*
*Universidad de Sevilla*

# INTRODUCCIÓN

*Hablamos de lo que sabemos y enseñamos lo que somos.*

Un interrogante de gran interés para los que estamos inmersos en el mundo de las escuelas de enfermería es conocer si realmente los profesionales que formamos se ajustan a las expectativas que ponemos en ellos o dicho de otra forma si coincide la imagen de la profesión de enfermería que queremos dar a nuestros alumnos con la que realmente le damos. Es esta una reflexión que trataré de exponer apoyándome en los resultados de nuestro estudio. Nuestro objetivo es analizar como se realiza la enseñanza de la enfermería en nuestras escuelas.

¿Qué es el curriculum? El carácter polisémico del concepto nos obliga precisar que entendemos por curriculum. El conjunto de cursos y experiencias planificadas que un estudiante tiene bajo la orientación de un centro escolar (Gimeno 1989). Las escuelas de enfermería ordenan y sistematizan los contenidos y experiencias para proveer a los alumnos de un bagaje cultural que les permita ejercer la profesión de enfermería. No habría ningún impedimento en admitir que formamos profesionales críticos y participativos, competentes en cuidados, con unos hábitos de estudio, con cierta inquietud investigadora y preparados para trabajar tanto en equipo como de forma autónoma.

> *R1. Aquí nos han enseñado desde que tu entras en primero que te quede claro que tu tienes un campo de actuación, y que igual que tu no estas cualificado... para meterte en el campo del médico ellos tampoco están para meterte en el tuyo. O-ALU.*

Pero estas afirmaciones generalizantes nos dicen bien poco de como se están formando realmente nuestros alumnos, para saberlo tendremos que analizar como se desarrolla esta enseñanza en las escuelas.

Durante mucho tiempo se ha considerado el curriculum explícito, se ha considerado como el único que ejercía influencia sobre los alumnos en la escuela y los profesores debíamos conocerlo y valorarlo para con-

seguir sus objetivos. Sin embargo hoy sabemos que la influencia de la escuela va mucho más allá de lo que esta explícito en programas, planes de estudios o descriptores. (Torres 1991)

Fue John Dewey en 1938 el primero que habla de aprendizaje colateral para indicar aquello que se aprende en la escuela sin que exista intención de enseñarlo por parte del profesor. Bastante más tarde, en 1975 Jackson acuña la expresión **curriculum oculto** para referirse a todos aquellos aprendizajes que la escuela propicia no de forma expresa sino de una manera más difusa a través de determinadas maneras organizativas, rutinas, usos y costumbres que imperan en los centros y en las aulas (Jackson 1975). Con esta forma de enseñar la escuela construye una parte importante de la personalidad del alumno necesarios para convivir en sociedad.

## EL CONTEXTO

Este es un estudio realizado en distintos centros de nuestra comunidad Autónoma que toma como unidad de análisis la escuela. En ellas la convivencia entre iguales se asemeja mucho a la relación entre hermanos, a veces, incluso mal avenidos. No estaremos muy lejos del concepto de tribu que Godelier nos deja, asimilándola a una comunidad cuyos nexos de unión son fundamentalmente familiares y consanguíneos. Por que la consanguinidad en la comunidad científica, y esto es la universidad, viene dada por comunión de ideas y supuestos más que por las características del rojo fluido. A veces, los alumnos aprenden más de las relaciones con y entre los profesores que en las mismas aulas, o aprenden cosas distintas e incluso contradictorias. Por ello hemos abordado su análisis y lo hemos hecho desde planteamientos etnográficos.

Pero. ¿Qué entendemos por etnografía? La etnografía es una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales intactos (Spradley y McCurdy 1972). La etnografía recrea para el lector las creencias compartidas, prácticas, artefactos, conocimiento popular y comportamientos de un grupo de personas (Goetz y LeCompte 1988).

El etnógrafo se mete dentro del grupo de individuos para conocer la perspectiva de esos miembros, su realidad singular y su interés propio, lo que hay dentro del pensamiento de los sujetos, representando la realidad estudiada desde un marco de referencia holístico con abundancia de detalles y ricas descripciones (Woods 1987).

# METODOLOGÍA

## Instrumentos

El instrumento utilizado fue básicamente la entrevista. Aunque no hemos perdido la oportunidad de recoger innumerables notas de campo que nos ayudaron en la interpretación. Esta entrevista tiene una mínima estructuración con el fin de permitir que afloren los elementos que para los individuos tienen una mayor importancia en el funcionamiento del centro. Hemos considerado esta como el instrumento más adecuado, ya que ella lleva un encuentro personal con los individuos (Marcelo y Parrilla 1991) y nos permitirá no sólo conocer el como, también la justificación de los procedimientos encontrados por parte de los entrevistados. Han sido en total dieciocho entrevistas tres por cada escuela explorada, un miembro del equipo directivo, un profesor con más de dos años de docencia, y un alumno de tercer curso. La elección de los sujeto se realiza cogiendo al azar uno de los que aquel día acudió al centro.

## Análisis de los datos

Las entrevistas se recogen en soporte magnetofónico, para su posterior transcripción ayudado del procesador de textos Word Perfect. A continuación se realiza el análisis de contenido mediante el programa informático AQD de la Universidad de Tubinga (huber, G. 1989). Por análisis de contenido entendemos el conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones tendentes a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes (Bardín 1986). Este análisis se realiza mediante codificación, relación de códigos, establecimiento de hipótesis y conclusiones. (Marcelo 1990).

# RESULTADOS

Los resultados que voy a exponer no son, por fortuna, representativos ni generalizables, no era ese nuestro propósito, solo pretenden mostrar una realidad muy concreta y un momento muy concreto. Tampoco cabe pensar que exista una conspiración maquiavélica para que las cosas sean como son. Cada escuela tiene una historia y una evolución que la hace ser como es y no de otra forma.

## Profesorado y cultura en nuestras escuelas

La heterogeneidad del profesorado condiciona la imagen de enfer-

mería que se trasmite. En nuestras escuelas coexisten principalmente dos grupos de profesores con condicionamientos distintos, y distinta experiencia, son médicos y enfermeras. Profesores con origen, formación, preparación, visión de la enfermería absolutamente distinta e incluso a veces con diferentes condiciones de trabajo. Cada tipo de profesor condiciona una forma de hacer y de entender la enseñanza y una determinada imagen de la enfermería, a veces, radicalmente opuesta, forman dos subculturas dentro de la escuela. Ambas subculturas sobreviven en una continua lucha por el poder y el control de nuestras escuelas. Nosotros las denominaremos subcultura E asumida por gran parte del profesorado enfermero y subcultura M, con más fuerza y tradición que se manifiesta en los profesores de otras titulaciones, fundamentalmente médicos.

A partir de estos elementos hemos analizado la imagen de enfermería en el curriculum oculto de tres tipos de escuela, Escuela tipo E, con predominio de esta subcultura, escuelas en la que el poder esta en manos de la subcultura M y por último el tipo ST, donde predomina una subcultura de Síntesis-Transformación.

## Centros M.

Tiene un alto nivel de cohesión, su cultura es aristocrática, a veces se muestra coercitiva con el alumnado, la imagen de enfermería que transmiten es de dependencia, sacrificio, abnegación e incluso heroicidad, la enfermera ideal es aquella que esta técnicamente preparada para ayudar a otros profesionales a realizar su función, ejercen su profesorado basándose en el argumento de autoridad, el profesional de enfermería no tiene cabida en la docencia. A otras profesiones se les supone competencia para enseñar en enfermería pero los profesores enfermero deben demostrarla, la imagen de la enfermera docente, es nula, o queda seriamente cuestionada no sólo en cuanto a conocimientos sino también en cuanto a trato con el alumnado.

*Realmente por ejemplo los médicos en su gran mayoría es muy buen profesorado, te tratan bien, como persona y son gente que saben y aprendes con ellos. Enfermeros hay algunos muy buenos, pero en su gran mayoría son gente nula.O-ALU.+*

Nos sorprende la audacia de un director que afirma:

*Nuestros profesores están lo suficientemente capacitado en su materia como para necesitar una formación permanente*

Manifestaciones, como estas resultan desalentadoras si se olvida el contexto donde se producen y se olvidan las condiciones en las que estas enfermeras docentes trabajan.

*Estamos en la universidad y aquí hay unas normas para enseñar hay que ser licenciado o doctor(DIR)*

Los alumnos son consumidores de un tipo de sabiduría, existe una relación vertical profesor alumno y para ellos encontrar un buen profesor entre los enfermeros es más la excepción que la norma. Absolutamente lógico por debido al escaso numero de estos que hay en la escuela.

*La verdad es que enseñar con transparencias es muy pobre, a veces ni se leen siquiera(ALU).*

Cuando pedimos al profesorado de las escuelas que expliciten el profesional que están formando todos se paran a pensarlo. Algunos profesores, médicos sobre todos, declaran abiertamente que los que forman es un técnico cualificado para que puedan ayudar al médico y a otro profesionales a realizar sus funciones.

*Estamos formando, yo que sé... Un técnico de grado medio, con gran competencia y preparación práctica(DIR)*

**Profesional autónomo y con capacidad para tomar decisiones.**

Podríamos preguntarnos dónde aprenden los profesionales de enfermería a tomar decisiones, El tema de la participación de los alumnos en las escuelas de enfermería lo he tratado más extensamente en otro lugar(Japón 1994). No obstante diremos que esta aparece como un valor aceptado en la mayoría de las escuelas. Pero, y esto es común a todos los centros, la participación es un proceso y se aprende y este aprendizaje, a nivel profesional o se realiza en las escuelas o no se realiza. Nuestros alumnos muestran una total falta de información que no les permite decidir aún a pesar de tener los cauces establecidos.

*No nos informan de nada y cuando preguntamos, nos dan largas (ALU).*

Quizás deberíamos hacer que nuestros alumnos participen en la organización de la docencia con más intensidad. Pero ellos están tan ocupados recogiendo nuestros apuntes que apenas les queda tiempo para participar. Frecuentemente pensamos que son tan ignorantes que lo mejor es organizárselo todo porque ellos tienen que aprende primero.

*El alumno no esta capacitado para opinar sobre la vida de la escuela y mucho*

*menos sobre el profesor.(PRO)*

Claro que, muchas veces necesitamos que el alumno tome parte en el juego de poder de los profesores, constituyendo poco más que un voto, la falta de información es el mejor aliado del profesor para tener asegurada la manipulación.

*Y ya lo único que hay que hacer es decir si o no pero el no muchas veces casi no tiene... están ya las cosas hechas(ALU)*

Nuestros alumnos son lo suficiente inteligentes y sabios como para capar esta imagen de dependencia y subordinación que sin querer le damos, cuando a veces se llega a la violencia verbal ante la petición de información.

*Entramos a hablar con el director y nos salió como un «vitorino», nos dio con la puerta en las narices y nos echo una bronca como a niños chicos.(ALU)*

**Profesional competente sin competencia.**

Estamos cansado de reivindicar más horas para nuestros alumnos en pos de una calidad de la formación, como su esta se pudiera medir por kilos. Enfermeros y médicos coinciden en que las grandes posibilidades en tiempo y espacio para hacer prácticas condiciona una mejor formación. Pero ello esconde, a mi entender, una pobre imagen de la profesión, si la enfermera cuando salga lo que tiene que saber es hacer cosas, cuanto más prácticas pueda hacer durante su formación mejor preparada saldrá.

*Si reducen las horas pues saldrán mucho peor formados.(DIR)*

En nuestras escuelas encontramos alumnos super saturados de horas, alumnos que entran a las ocho de la mañana y salen a las siete de la tarde y a los que encima se les pide que estudien, se preparen.

*Esto es quemante, es que tienes que vivir y no te queda tiempo para ello*

Para nuestros alumnos el paso por la carrera se convierte en una carrera de obstáculo donde lo importante no es tanto aprender, eso se hará el hospital, lo que importa es aprobar superar el curso.

*Aquí se estudia para aprobar, no hay otra opción. ¿A que hora? No se puede*

Para muchos profesores esto es una realidad inevitable que va con la idiosincrasia de la profesión, sin caer en la cuenta de que con ello estamos diciendo al alumnado que en nuestra profesión es más importante tener una espíritu de sacrificio y abnegación-ello lo hemos oído de algunos profesores-que la propia preparación científica. No es de extrañar que los alumnos tengan una extraña imagen de la profesión.

*Enfermería son relaciones humanas con un componente de monja de la caridad. (ALU)*

Hay que aprobar los cursos pero lo importante es la actitud. Y los alumnos captan esa imagen y así la interiorizan y la llevan presente.

**¡A que no sabes lo que te espera!**

El Rito de incorporación. Para los estudiantes de primero, la iniciación comienza el primer día de clase cuando un alumno de tercero que suplanta la personalidad de algún profesor, Dr. por lo general, pronuncia una extraña lección magistral.

*Fue divertidísimo, Pepe pronunciando un discurso y los pardillos de primero tomando apuntes.O-ALU.*

Nuestra interpretación es que los veteranos preparan a los novatos para adoptar su rol de sumisión ante la jerarquía de la escuela, comienzan a aprender. Esta caricaturización es captada por los alumnos en su relación con el profesorado que frecuentemente establece con ellos una relación de superioridad.

Nuestros alumnos no solo deben de soportar los mensajes discordantes que provienen de la heterogeneidad cultural del profesorado, médicos y enfermeras, sino que además han de aprender a convivir con las costumbres que nosotros los profesionales de enfermería hemos adoptado con la incorporación a la universidad.

**Dime donde vives y te diré quien eres.**

Para muchas escuelas la consecución de un espacio físico ha supuesto todo un símbolo de libertad e independencia de la carrera de medicina.

*Nos trasladamos de la facultad donde estábamos totalmente dominados por su estructura(DIR)*

Sin embargo en aquellos lugares donde conviven ambos estudios, los alumnos de enfermería saben muy bien cual es la más importante, cual es la que dispone, porque están acostumbrados a ver la preferencia en el uso de los recursos compartidos.

*Tenemos varias aulas compartidas con medicina, con preferencia para medicina.(ALU)*

## Centros de E.

El profesorado de estos centros esta constituido fundamentalmen-

te por enfermeras irradian una imagen radicalmente distinta de la enfermería, Su cultura es más participativa y abierta, los alumnos son futuros compañeros, es la imagen de la enfermera que trabaja de forma autónoma y en equipo, que enseña y organiza, si la dejan la enseñanza de su profesión, que son conscientes de que no lo saben todo y que realizan actividades de formación permanente sobre su materia, la enfermería. Su presencia en las escuelas se justifica porque:

*«A los médicos no les enseñan en las facultades a cuidar enfermos por lo tanto ellos no pueden enseñarlo.» O-DIR.*

Hay que decir que el único profesorado que posee una inquietud por su formación pedagógica es enfermería, el resto la obtienen con la licenciatura y el doctorado en otra materia.

Pero, aun las enfermeras no tienen una idea clara del tipo de profesional que forman. Una enfermera me responde que le gustaría saber que tipo de profesional están formando, puesto no acaba de encuadrar a su escuela dentro de un modelo, lo que sí parece claro es que forma «Expertos en cuidados».

*No lo sé. Me gustaría decir que formamos enfermeras al modelo Henderson pero no lo sé y además no creo que eso sirva de mucho.*

**Del dicho al hecho...**

Un último aspecto de esta imagen de enfermería que se nos escapa día a día sin pretenderlo esta referido a la laguna de los dos mundos, la escuela y el hospital, la imagen que nos esforzamos dar en nuestras clases no tienen un correlato en las prácticas que el alumno realiza. Diríamos más muchas veces es contradictoria. El alumno ve en el hospital un profesional sumido en la práctica rutinaria de tareas delegadas del médico. El que pone las inyecciones que manda el médico, el que pone los sueros que manda el médico, el que da las pastillas que manda el médico y vigila al enfermo para contarle al médico. Como si el ejercicio profesional estuviera absolutamente en función de lo que diga, mande o pida el médico.

*Te encuentras en la práctica donde es rutina, donde todavía sigue funcionando pues lo que es el ayudante técnico del médico. Y se ha cambiado de nombre pero es el mismo perro con distinto collar. Entonces allí sigue. O-DIR.*

Sin embargo para muchas enfermeras la autonomía profesional es indispensable para ser en una autentica profesión. Así en algunos servicios se comienza a trabajar de una forma más autónoma elaborando registros, comprobando hipótesis y estableciendo lo que se denominan los

tratamientos enfermería o sistemas de cuidados. Este hecho constituye para el director un estimulo para el alumno que va a allí a hacer las prácticas.

*Lo intuye en los centros de salud y no del todo. Yo creo que en los centros de salud no enseñan a los alumnos una forma autónoma de trabajar, pero si más que los hospitales, salvando algunos servicios donde se empieza hacer registros. O-DIR.*

Unos plantean la dicotomía entre la teoría y la practica. ¿Se debe formar un profesional eminentemente práctico como demanda el mercado laboral? En este sentido los profesores apuestan por una síntesis entre teoría y practica. Esto es, profesionales prácticos pero con una base teórica. Cabría preguntarse ¿Qué tipo de práctica? La del hospital o aquella de la que hablamos en la escuela.

*Los alumnos salen reciclados de la escuela.O-DIR.*

Se pretende una nueva enfermería concebida como profesión independiente de la medicina con un campo propio, y una serie de teorías sobre los cuidados para los que sólo el personal de enfermería esta capacitado. Esto ha llevado al profesorado a inculcar en los estudiantes ideas de competencia, autonomía y colaboración en el establecimiento de los cuidados que no encuentran su proyección en la práctica profesional.

*R.El problema esta en por donde va la teoría y por donde va la práctica. O-DIR.*

## Centros S-T

Son centros controlados por los individuos de la subsultura M pero con una presencia importante de los profesionales de enfermería, la subcultura E tiene un relativo poder para hacer cambiar las cosas, se esfuerzan y se preocupan por perfeccionar las prácticas docentes. En una palabra van cambiando el centro. Se encuentran características de ambos centros y los alumnos captan la idea de enfermería luchadora.

*Aquí hay muy mal rollo entre médicos y enfermeras y eso...*

Algunos alumnos y profesoras enfermeras vivencian la dialéctica teória-práctica como una barrera insuperable y asumen su carrera terminará como mucho, en una angustiosa frustración a la que son arrastrados por la escuela.

*Y que todo el mundo al final lo que intenta es estudiar otra cosa para salir de la miseria profesional que tenemos. O-DIR.*

Aunque esta opinión no es representativa refleja un estado de ánimo. Para otros-yo necesito pensar que somos la mayoría-la evidencia de

este curriculum oculto de nuestras escuelas nos ha de llevar a:

1°. Vigilar de cerca nuestras propias prácticas docentes y cambiar comportamientos y actitudes.

2°. Profundizar e investigar sobre la verdadera imagen de la profesión de enfermería.

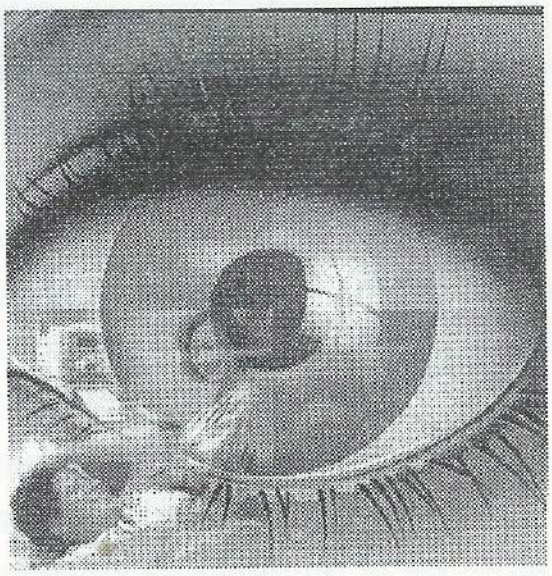
3°. Ejercer nuestra influencia sobre las prácticas asistenciales, con el fin mejorarlas y evitar en nuestros alumnos esta dicotomía que pueda ahogar sus expectativas sobre la profesión.

*Somos conscientes que participamos de las dos profesiones más hermosas que existen, cuidar y enseñar puesto enseñamos a cuidar.(PRO)*

## BIBLIOGRAFÍA


1. BARDIN, L (1986). Análisis de contenido. Madrid: Akal.
2. GODELIER, M (1976). Antropología y economía. Barcelona: Anagrama.
3. GOETZ, J.P. Y LECOMPTE, M.D. (1988). Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata.
4. JACKSON, P.W. La vida en las aulas. Madrid: Marova.
5. JAPÓN, D.(1995) La participación de alumnos en las escuela universitarias de enfermería. En Torres, X. Volver a pensar la educación. Ed. Paideia- Morata. La Coruña.
6. MARCELO, C. Y HUBER, G.L. (1990).Algo más que contar palabras, el análisis de datos cualitativos por ordenador. Documento policopiado: Universidad de Sevilla.
7. MARCELO, C. Y PARRILLA, M.A. (1991).El estudio de caso una estrategia para la formación del profesorado y la investigación didáctica. En Marcelo, C. y Col. El estudio de caso en la formación del profesorado y la investigación educativa Universidad de Sevilla.
8. SPRADLEY, J.P Y MCCURDY, W.D. (Eds) (1972). The cultural Experience: Etnography in complex Society. Chicago: Science Research Associates.
9. TORRES, J.(1991) Curriculum oculto. Madrid: Morata
10. WOODS, P. (1987). La escuela por dentro. Etnografia en investigación educativa. Barcelona: Paidós/MEC.

# AULAS ABIERTAS PARA UNA PROYECCIÓN DE ENFERMERÍA



**Maite Ciorraga**
**Mª Isabel Elorza**
**Mª Pilar Manrique**
**Iciar Mayoz**

*Escuela Universitaria de Enfermería*
*Universidad del País Vasco*
*San Sebastián*

## INTRODUCCIÓN

Comprometidos con la Enfermería y la Universidad deseamos reflejar en el transcurso de este trabajo el Programa de la E.U.E. de S.S., que abriendo sus puertas, acerca al alumnado de EE.MM. de la provincia de Guipúzcoa hasta la Escuela. Se trata de informar "in situ" sobre las características de la Enfermería, de la docencia, su proyección profesional y mostrar la infraestructura del centro.

Como seres humanos y ciudadanos de a pie, escuchamos de manera individual y a menudo colectiva, un sin fin de comentarios acerca de funciones y capacitaciones del alumno y del profesional de Enfermería que en muchos casos se aleja de la realidad.

Por ello, un grupo de profesores, tras reflexionar sobre el tema, consideramos interesante extender entre jóvenes y adolescentes la función propia de Enfermería y su papel en la sociedad actual y futura.

Las cuestiones mencionadas las dirigimos a los jóvenes porque ellos son Claves y dianas en nuestra REALIDAD ACTUAL y personas de FUTURO.

## OBJETIVOS

- Transmitir el Saber, saber hacer y saber ser enfermero.
- Acercar la enseñanza universitaria a la no universitaria.
- Ofrecer una información puntual que ayude al alumnado de EE.MM. en su toma de decisión.
- Proporcionar una visita guiada de la Escuela al alumnado de EE MM..
- Mostrar una actitud activa permitiendo la participación de los alumnos de la Escuela en la dinámica universitaria.

# ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

Los agentes que intervienen en el Programa son Profesores y Alumnos de la EUE. Ambos, participantes en la dinámica universitaria como docentes y discentes, con rigor y entusiasmo intentarán el logro de los objetivos anteriormente expuestos.

El programa se realiza en los dos idiomas oficiales de la CAV: Castellano y Euskera

Se establece un cronograma en función de las necesidades puntuales demandadas por los centros de EEMM.

# CONTENIDO

El programa es llevado a cabo mediante Mesas Redondas en las que ambos agentes, profesores y alumnos plantean y responden a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es la Enfermería?
- ¿Cómo se accede a los estudios de Enfermería?
- ¿Cómo se configura el Curriculum de Enfermería en el plan de estudios vigente?
- ¿Cuál es el quehacer de la Enfermería y donde se desarrolla?
- ¿Se necesita alguna disposición o aptitud especial para estudiar y desarrollar esta Profesión?
- ¿Qué implica la vida Universitaria?

## ¿Qué es la Enfermería?

Para dar respuesta a esta pregunta tratamos de mirar al pasado ya que como afirma Tuñon de Lara, Maestro de Historiadores, "el pasado es la dimensión oscura, que la historia va haciendo comprensible". Esto nos permite mostrar el significado original y primordial de la Enfermería: el Cuidado. Esta información se transmite con una presentación y breve historia de la Enfermería, en la que se expone:

- Evolución de la mujer - Enfermería
- Enfermería como Necesidad de la Sociedad
- Paso de A.T.S. a la Universidad como D.U.E. y lo que esto supuso
- Aspectos principales de la Profesión: Cuidar al individuo como función primordial.

La esencia del cuidado con respecto a las experiencias humanas de salud guía la orientación principal de la formación que gravita alrededor de diversos saberes: **Saber ser** (valores, creencias, convicciones, actitudes), **Saber** (conocimiento, comprensión, análisis crítico, síntesis) y **Saber hacer** (habilidades relacionales, técnicas). Estos diversos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

## ¿Cómo se accede a los estudios de Enfermería?

La realidad actual de la Escuela Universitaria de Enfermería es que existen, como en otras Escuelas de Enfermería y en otras titulaciones Números Clausus. En nuestro caso el número es de 100 y su distribución es la siguiente:

a. 60% alumnos procedentes de COU: Nota mínima de acceso el último curso 1.996/97 ha sido 7,156
b. 30% alumnos procedentes de FP2: Nota mínima de acceso el último curso 1.996/97 ha sido 8,296
c. 5% alumnos titulados universitarios
d. 5% alumnos procedentes de otros distritos universitarios (Distrito Universitario Compartido)

y a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 1005/1991 de 14 de Junio , por el que se regulan los procedimientos para el ingreso en los centros universitarios (B.O.E. nº 152 de 26 de Junio) se reservan un 3% de las plazas de acceso para aquellos alumnos que tengan reconocido un grado de minusvalía igual o superior a 65%.

## ¿Cómo está configurada la Currícula de Enfermería?

La enseñanza del Diplomado de Enfermería está configurada como de 1er ciclo y con una duración de tres años académicos.

Inmersa en la reforma de los Planes de Estudios la currícula posee una carga lectiva total de 225 créditos.

Llegados a este punto tratamos de informar acerca de materias troncales así como de la configuración de asignaturas obligatorias, de optativas y de libre elección.

Un abordaje formal y puntual no puede obviar, de informar a los estudiantes de EE.MM. de la asignación que se otorga a créditos teóricos y seminarios, a créditos prácticos de centro y a los clínicos, aspecto este último de especial curiosidad para los alumnos y en el que se hace énfasis especial.

Para una mayor asimilación de la configuración curricular se proporciona una guía docente del Curso Acádemico la cual informa de los objetivos, Programa y Metodología de todas las asignaturas que componen el Plan de Estudios vigente.

## ¿Cuál es el quehacer de la Enfermería y donde se desarrolla?

La profesión de Enfermería puede ejercerse en Centros hospitalarios, Centros de Salud, Ambulatorios, Empresas, Centros Geriátricos, Centros Escolares, Universidad... y desarrollando distintas áreas: Asistencia, Docencia, Investigación y Administración.

## ¿Qué hace Enfermería en cada una de estas áreas?

En el área asistencial, entre los cuidados que se dispensan al individuo, familia o comunidad se da apoyo afectivo, se educa a la persona sana o enferma, se es mediadora entre el enfermo-médico, enfermo-institución etc.

En la Docencia el papel que desempeña es ayudar al desarrollo progresivo de cada persona hacia una madurez que le lleve a conseguir sus metas culturales, personales etc., trabajando con los potenciales de cada individuo.

En la investigación se realizan cada vez más trabajos a fin de ampliar conocimientos, buscar soluciones a problemas, mejorar métodos que aumenten la calidad de los cuidados, dar a conocer y aplicar los hallazgos.

En la 4ª área de competencia nombrada, el personal de enfermería se encarga de administrar y gestionar los cuidados enfermeros dado que, planifica, organiza y evalúa los mismos.

En resumen, Profesión compleja, que exige desempeñar multitud de roles entre los que destacamos los de cuidador, profesor, defensor-administrador e investigador. Como cuidador ayuda a los pacientes a alcanzar su grado óptimo de bienestar. Como profesor explica hechos, demuestra procedimientos y educa a los individuos en relación a su salud. Como administrador y defensor gestiona y defiende sus derechos y como investigador busca formas de mejorar el cuidado.

## ¿Se necesita alguna disposición o aptitud especial para estudiar y desarrollar esta Profesión?

Como docentes creemos que la calificación del expediente académico

Motivación, Inquietud sobre la Profesión, actitud de escucha y comunicación, Interés y capacidad de trabajar en equipo, Respeto a la persona, etc...

## ¿Qué implica la vida universitaria?

Los estudiantes, están inmersos en la Universidad unos años importantes de su vida desde la adolescencia hacia la madurez. Durante esta estancia adquieren métodos de aprendizaje y conocimientos básicos para afrontar su ejercicio profesional.

Para guiarles y ayudarles en este caminar, no siempre fácil, la Universidad debe tener los medios suficientes y adecuados para formar nuevos profesionales, además de esforzarse para que los estudiantes cultiven los valores que la sociedad espera de ellos y a la cual va a prestar su servicio (honestidad, tolerancia, conocimientos, ética...).

Es en esta institución, en la que la sociedad ha depositado su confianza, donde se fraguan tareas tan importantes como la investigación que da lugar a nuevos conocimientos y técnicas. No sería suficiente transmitir dichos avances si éstos no van acompañados por valores culturales y humanísticos. La misión de la comunidad universitaria y a través de la enseñanza es la de configurar la formación integral de los futuros profesionales.

Y así, en la dinámica universitaria específica de la E.U.E se incluyen diversas actividades metodológicas como trabajos de grupo, presentación y resolución de casos para realizar un estudio sistemático de los problemas. En resumen, que la Enfermería esté en la Universidad permite ocupar un lugar de excepción, donde se produce el saber y se transmiten conocimientos, donde se despierta el afán investigador, se estimula la creatividad y se favorece la relación con otras disciplinas.

**Turno de preguntas**:

Tras la oportuna información se abre un turno de preguntas

**Visita guiada:**

Los alumnos de EE.MM. son acompañados por profesores y alumnos en la visita al Centro, en la que se les brinda la ocasión de conocer la infraestructura de la Escuela: aulas, laboratorio, biblioteca y demás servicios intentando no comprometer la dinámica académica

# CONCLUSIÓN

A modo de conclusión mencionaremos que de acuerdo a los cronogramas establecidos para atender a las demandas de los centros de EE.MM. se ha logrado por una parte:

- proporcionar difusión de la disciplina enfermera
- transmitir la especificidad de la titulación de Enfermería

y por otra parte se ha logrado

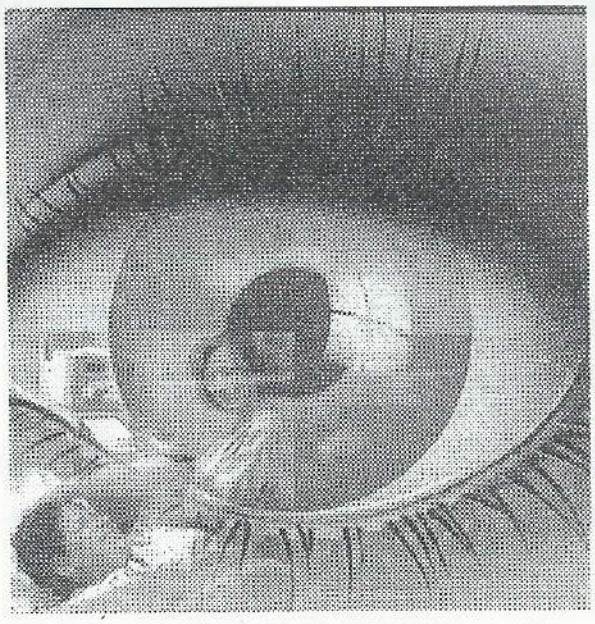
- extender el "ser enfermero" entre los jóvenes
- colaborar profesores y alumnos proyectando una imagen socio-académica del profesional de Enfermería.

No nos olvidemos que los actuales alumnos son el futuro de nuestra profesión.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Guía del alumno 1995-1996. Elaborado por el Servicio de Gestión Académica. Servicio Editorial de la U.P.V./E.H.U. Bilbao.
2. Hernández Conesa J.M. "Historia de Enfermería". Interamericana, MacGraw-Hill. Madrid 1995.
3. Kérouac S. y cols."El Pensamiento Enfermero". Masson, S.A. Barcelona 1996.
4. Instituto de Ciencias de la Educación. "Programa Cicerone de Orientación para el acceso a la Universidad. Universidad del País Vasco.

# EL PROFESOR COMO SUJETO DE INSTRUCCIÓN



**Anna Cano Parellada**
**Mª Dolores Royo Arán**
*E.U.I. Sant Joan de Déu*

## INTRODUCCIÓN

Algunos autores opinan que la instrucción está constituida por actividades mediante las cuales se induce al conocimiento, oponiendo este concepto al de entrenamiento, que consiste en el desarrollo de la actividad que modula destrezas. Frente a esta dicotomía hay que subrayar que, tal y como debe ser entendida, a la instrucción le interesa conocer no sólo como un alumno aprende psicología o ginecología, sino también como mejora su adquisición de destrezas de estudio encaminadas al aprendizaje de dicha materia.

Instrucción es relativamente equiparable al término enseñanza, entendiendo ésta como el comportamiento cuyo fin es inducir al aprendizaje.

El objetivo de este trabajo es coordinar todos los elementos que tienen relación con el proceso de instrucción con el propósito de conceptualizarlo.

## LA PERSONALIDAD DEL PROFESOR

Personalidad es la organización dinámica interna al individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su comportamiento y pensamiento característicos.

En relación al concepto de personalidad debemos hacer mención a la variable entorno. **Las investigaciones han establecido un punto importante al descubrir que los individuos pueden ser más sanos, incluso más sanos que la cultura en la que crecen y viven. Esto es posible primordialmente por la capacidad de las personas para desprenderse de lo que les rodea, que es lo mismo que decir que viven sus propias leyes interiores más que por las presiones externas[1].**

La labor del profesor dentro del aula debe estar encaminada al fomento de las libertades de los sujetos a partir de la responsabilidad, la tolerancia y el respeto. Si bien el hombre tiene la libertad de escoger y de fundamentar valores en esa realización de su destino, también es cierto que esa libertad se le da condicionada. Tiene el hombre que desarrollarla. La persona es inseparable de un presente temporal y toda su iniciación psicológica se desarrolla, desde muy pronto como una afirmación y un compromiso.

**Existe un criterio que se refiere por tanto al aspecto o dimensión de la personalidad al que se dirige la acción educativa, o si se prefiere, al tipo de efectos que produce la misma. Cuando se habla de educación intelectual, física, moral, social, etc. se está utilizando este criterio. También se plantea distinción entre educaciones según los contenidos de las mismas: educación sanitaria, literaria, científica.**

**En otras ocasiones, los adjetivos remiten a las ideologías, tendencias políticas, religiosas, etc. en que se inscriben diferentes concepciones educativas: educación católica, islámica, comunista, anarquista, democrática, humanista, conductista, psicoanalítica... un importante grupo de adjetivos, denota fundamentalmente aspectos, procedimentales y metodologías educativas (educación activa, autoritaria, individualizada).[2]**

**" Cada uno es como es..." sin duda, pero eso no nos da derecho a olvidar que no se enseña solo lo que se sabe, se enseña lo que se es. Ser para un profesor puede parecer algo secundario desde el punto y hora en que se cree llamado esencialmente a hacer. Profundo error porque ser es el comienzo de la verdadera acción educativa.[3]**

Este es un hecho del que el profesor debe ser claramente consciente.

## Establecimientos de criterios de eficacia

A juicio de ciertos autores, la mayor dificultad en este campo de investigación ha residido en el establecimiento de un criterio de eficacia del profesor que se demostrará relacionado con la personalidad del mismo. En términos generales podemos decir que no existe una idea pura de eficacia del profesor, si esta premisa se acepta, entonces cualquier estudio puede establecer que tipo de efectos producidos por el profesor se consideran deseables y en que medida se producen en diversos contextos.

**Dirige la atención → motiva → mantiene el interés → da el feedback inmediato → permite que el alumno aprenda a su propio ritmo → evita en lo posible la frustración y fracaso → promueve la transferencia del aprendizaje → desarrolla actitudes positivas en el alumno.**[4]

Un enfoque de calidad recomendado a cualquier profesor interesado en mejorar día a día debe:

- Replantear todo (objetivos docentes, medios, métodos).
- Considerar a sus alumnos como personas a las que sirve.
- Trabajar en equipo coordinado con sus compañeros de departamento y con el personal de administración.

Diferentes autores están de acuerdo en que las principales características del profesor para que la acción de formación alcance los objetivos deseados son:

1) Contenido

1.1. Conoce el contenido. Para ello el profesor tiene que mantenerse al día, asistir a congresos y a sesiones impartidas por otros profesores, publicando libros y artículos en revistas especializadas.

1.2. Riguroso.

1.3. Puede desconocer la respuesta a alguna pregunta.

1.4. Cuando se equivoca lo reconoce rápidamente sin darle demasiada importancia. Es mejor no buscar excusas y recordar que "rectificar es de sabios".

2) Antes de la sesión

2.1. Comprueba las características del aula, el correcto funcionamiento de los medios (retroproyector de transparencias, vídeo...) y que dispone de los materiales precisos (rotulador, yeso...).

2.2. Repasa interesadamente la clase, aumenta el "arousal" de tensión suficiente para favorecer la atención y concentración durante la sesión.

3) Actitud hacia los alumnos

3.1. Los respeta y aprecia.Transmite la sensación de que son algo especial y muy importante para él. Incentiva la intervención de los alumnos.

3.2. Humilde: reconociendo las propias limitaciones.
3.3. Intenta percibir continuamente el feed-back de los alumnos. Sabe interpretar los mensajes que le envían, de forma continuada sea con las miradas, gestos, forma de sentarse, etc. Empático: saber ponerse en el lugar del otro.
3.4. Tolerante y al mismo tiempo también director del proceso de formación.
3.5. Vocación de aprender y enseñar.
3.6. Flexible y tiene paciencia.
3.7. Consigue motivar a los alumnos (con la voz, manos, gestos, silencios...) y con el entusiasmo que transmite.
3.8. Facilitador: más democrático que autoritario o anárquico, y más interesado en que los alumnos aprendan que en enseñar.

4) Comunicador

4.1. Domina las técnicas de la comunicación verbal (entonación, lenguaje claro y directo, pausas, etc.) y de la comunicación no verbal (gestos, posición, mirada, etc.).
4.2. Ni demasiado lento porqué aburre, ni demasiado rápido. Utiliza correctamente los silencios.
4.3. Se mueve en el aula de forma relajada, no juega con bolígrafos, monedas u otros objetos que distraen la atención.
4.4. Ameno, entretenido. No lee en clase excepto citas o similares. Favorece la integración: formula preguntas, pone ejemplos, estimula el pensamiento.
4.5. Se viste adecuadamente con ropa cómoda y posiblemente de acuerdo con lo que se espera de él.

5) Después de la sesión

5.1. Analiza lo que ha pasado para mejorar día a día.

## LA AFECTIVIDAD DEL PROFESOR

Señalamos en relación a este punto la vida emocional, los sentimientos, los afectos del profesorado en un nivel diferente en relación a las variables de signo cognitivo, teniendo en cuenta que lo afectivo for-

ma parte también de otras áreas, tal es el caso, por ejemplo, de los valores, de la autoestima. Coultier (1987) expone la necesidad de contemplar estas variables en relación a la afectividad:

a) Valores, actitudes e intereses.
b) Autoconcepto y autoestima.
c) Preocupaciones y ansiedad.

## Los valores y los intereses

Según F. Sabater: "Hemos de relativizar el interés propio porqué así nos daremos cuenta del interés del otro", nos parece adecuada referenciar esta reflexión del catedrático de ética porque demuestra una forma de convivencia.

Según autores en convencidas ideologías afines a Neill, por ejemplo, afirman que es indispensable caer en cuenta de que un ambiente psicológico sano, libre de temores, es más propicio para el verdadero aprendizaje que el énfasis en el adquirimiento de conocimientos. En la actualidad existe una tensión peligrosa entre las necesidades mentales y emocionales del hombre y el énfasis que la sociedad pone en la ambición, la competición y el triunfo.

Es necesario llegar al convencimiento de que la madurez mental y emocional son objetivos fundamentales de la educación más importantes que la especialización rigurosa en cualquier disciplina estrictamente académica. Por tanto se llega a la conclusión desde este enfoque pedagógico, de que el obstáculo para la madurez es esa supervaloración de los conocimientos académicos que producen temor porqué exige que el alumno pruebe por medio de ellos su propio valor personal.

Un positivo concepto de uno mismo puede formarse mejor «en un ambiente donde los errores y defectos se consideran como algo real, pero no desastroso; donde se trata de ellos no para lamentarlos, sino para superarlos».

## Autoconcepto y autoestima

El conocimiento del profesor y el desarrollo de profesor están influenciados y caracterizados por tres principales categorías de experiencias. Ellas son en orden de importancia: La historia de la vida priva-

da del profesor, las experiencias en la enseñanza y las experiencias propias del profesor como alumno.

**La práctica de la enseñanza provoca conflictos entre, por una parte, la creencia de que debe mostrarse cálido y ofrecer soporte a los alumnos y, por otra, la necesidad de mantener una distancia social y cierta autoridad[4].**

## La preocupación y ansiedad del profesor

A través de artículos de prensa e informaciones que nos ofrecen los medios de comunicación se puede observar que una de las profesiones que plantea un mayor nivel de estrés y ansiedad es la docencia. Asimismo se ha relacionado dicha profesión con depresión; cabe pues la posibilidad de plantearse cual es la gestión del estrés que realizan los profesores y cuales son las variables relacionadas.

En los momentos antes de impartir la clase, la mayoría de profesores están en estado de cierta tensión. Esta tensión es consecuencia de la combinación de nerviosismo y la concentración que se precisa para estar mental y físicamente preparado para la clase.

La tensión puede reducirse si el profesor domina los contenidos y metodología.

Por otro lado, el agotamiento que se deriva del esfuerzo físico y mental debe incluirse en las consideraciones que un profesor ha de prever para una mejor gestión de su estrés. Así saber hasta donde puede llegar en relación al número de horas de clase. ( A nivel anual el número total de horas de clase debería estar entre 150 y 250), aunque tal circunstancia depende de aspectos tales como las materias, los programas, las metodologías, otras responsabilidades que tenga el profesor. La edad también es importante.

Otra consideración por parte del profesor es saber decir no.

El profesor suele ser un profesional que disfruta con su trabajo por tanto ante la petición de una conferencia, un trabajo, una nueva asignatura debe plantearse con criterios objetivos la posibilidad de realizarlos correctamente.

Así mismo el trabajo de equipo es fundamental entre el profesor docente

Es necesario saber moverse con un volumen de trabajo que permita realizar las responsabilidades docentes de forma adecuada.

Algunos autores han tendido a identificar "preocupaciones" con "ansiedades", sin embargo, otros han puesto de manifiesto que se trata de dos fenómenos distintos y así mientras que la ansiedad tiende a disminuir a medida que aumenta la experiencia, las preocupaciones cambian de tipo pero no disminuyen. Este cambio en las preocupaciones parece evolucionar desde la preocupación por la propia preparación, desarrollo de habilidades.

La ansiedad se relaciona con estilos de enseñanza autoritarios, con la falta de dominio de la interacción verbal en el aula y escasa presencia de dialogo y con menor interés por la investigación.

## LA MOTIVACIÓN DEL PROFESOR

La psicología de la educación ha dedicado a lo largo de su historia numerosos esfuerzos al estudio del tema de la motivación, sin embargo y tradicionalmente estos esfuerzos se han dirigido a estudiar el papel de la motivación en los procesos de enseñanza-aprendizaje y su incidencia en el alumno y muy raramente se ha valorado su incidencia en el profesor.

De la aplicación que se ha hecho de las diferentes teorías citadas al estudio de la motivación, en relación al profesor podemos destacar las siguientes:

Unas basadas en la teoría de las necesidades (Bess 1977) identificó siete variables responsables de la insatisfacción de necesidades en el profesorado universitario y destacamos:

1 La falta de adecuación entre las exigencias sociales y los objetivos de la educación que provoca sentimientos de inutilidad en el profesorado.
2. La experiencia de una variación continuada tanto de alumnos como en muchas ocasiones de asignaturas a impartir, lo que amenaza la necesidad de seguridad del profesor.
3. El aislamiento social a que conduce la creciente especialización del profesorado universitario.
4. Los diversos estilos de aprendizaje que caracterizan al alumno y que no siempre son reconocidos por el profesorado, lo cual hace que éste se sienta defraudado en su necesidad de logro y competencia.

# EL PENSAMIENTO DEL PROFESOR

De forma resumida, los principales modelos utilizados por los distintos autores que han trabajado sobre los procesos de pensamiento del profesor son dos.

Estos están orientados desde el campo cognitivo: el que se centra en la toma de decisiones del profesor (Paterson, Narx y Clark, 1978), y el que se centra en el procesamiento de información que el profesor realiza (Narland, 1977).

En el primero, el profesor es considerado como alguien que constantemente evalúa situaciones, toma decisiones sobre lo que va a hacer en las siguientes fases de la situación instruccional, guía la acción basándose en dichas decisiones y observa los efectos de las mismas sobre los alumnos, (feed-back).

En el segundo se describe al profesor como una persona que, enfrentada a la tarea ambiental compleja, intenta dominar su ámbito, simplificándolo, planificándolo.

## La planificación del profesor

En relación a las funciones de la planificación, la investigación sugiere que las respuestas de los profesores sobre lo que planifican, se agrupan en tres categorías:

a) Para satisfacer las necesidades personales inmediatas. (Reducir incertidumbre y ansiedad).
b) Para prepararse a sí mismos tanto mental. física, como instrumentalmente (aprender la materia, recoger y organizar la información).
c) Para guiar el proceso interactivo de la instrucción (organizar la actividad de los alumnos, comenzar una actividad determinada, proporcionar el marco de referencia para la instrucción y la evaluación.

Finalmente hay que hacer referencia al trabajo de Borko y Niles (1987) que han enumerado los principales factores que afectan dicho proceso y que brevemente son:

1. La información que el profesor tiene sobre los estudiantes.
2. Naturaleza de la tarea instruccional.
3. El contexto de la instrucción.
4. Las características del profesor, tales como las ideas sobre la enseñanza, creencia sobre determinadas materias o áreas de contenidos y su experiencia profesional.

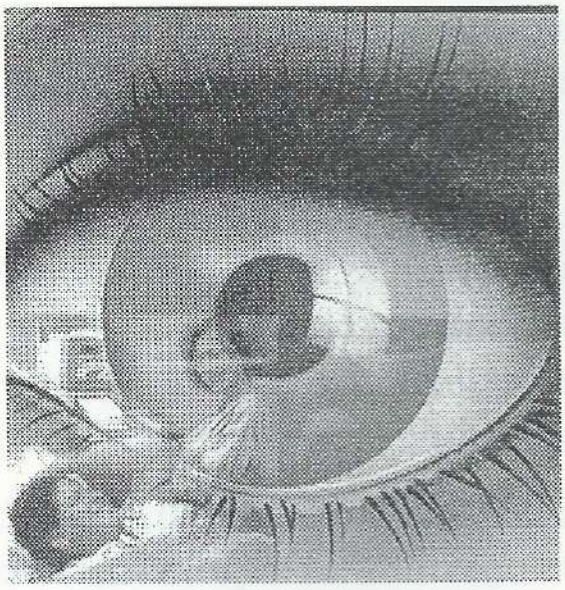
## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las descripciones de cada uno de los elementos podemos concluir la necesidad de plantear la integración de todos ellos, para poder definir el proceso de instrucción de cada profesor. Todo ello partiendo de la individualidad de cada uno. Así pues en la formación del profesor deberá atenderse estos elementos y educarlos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham H. Malin. Motivación y personalidad . Madrid : Diaz de Santos, 1991, 186-187
2. Jaime Trilla. La educación fuera de la escuela. Ambitos no formales y educación social, Barcelona: Ariel, 1993
3. F. Losartales. Tesis doctoral: Personalidad y funciones del profesor según las orientaciones no directivas. Universidad de Sevilla, 1983
4. Cándido Genovard y Concepción Gotzens. Psicología de la Instrucción. Madrid: Santillana, 1990
5. Cándido Genovard,Concepción Gotzens. Psicología de la instrucción. Madrid: De. Santillana,1990;83.

# LA FORMACIÓN DE LOS ALUMNOS COMO ELEMENTO MODIFICADOR DE LA IMAGEN PROFESIONAL



**De la Torre Fernández-Trujillo, J.**
**Arriaga Piñeiro, E.**
**Gil Sacaluga, R.**
**Marchal Escabias, M.**
**Perteguer Huerta, I.**
**Sebastián Iglesias, M. J.**

# INTRODUCCIÓN

De todos es sabido que los cambios demográficos, políticos, económicos y culturales, que tuvieron lugar en la segunda mitad del siglo en Europa, dieron lugar a nuevas necesidades sanitarias y que con el fin de dar respuesta a estos cambios, se asumieron las directrices de la XXX Asamblea Mundial de la Salud.

Para analizar y marcar estrategias sobre la implicación de estos cambios en la profesión enfermera, se reunieron en Viena, enfermeras representantes de 32 países europeos, las cuales centraron su discusión en las modificaciones que sería necesario realizar en la práctica, la formación, la investigación y la legislación en Enfermería.

Según estas estrategias la formación que han de poseer los nuevos profesionales ha de tener un enfoque centralizado en la promoción de la salud más que en el tratamiento de la enfermedad, donde la responsabilidad de los individuos y grupos en su propia salud es parte importante de dicho enfoque.

A partir de este cambio el camino ha sido duro y con resultados muy distintos dependiendo del lugar de España donde se mire. Concretamente en la provincia de Cádiz, nos encontramos un microcosmos de variopintas características, con respecto a estudios encaminados a obtener una misma titulación. Todavía hoy parece que la imagen que la sociedad tiene de la Enfermería, no ha cambiado sustancialmente. A los profesionales que la ejercemos se nos sigue valorando más por nuestras habilidades relacionadas con la técnica instrumental que con otras, ¿ofertamos realmente algo más?.

Con el fin de contribuir al cambio mencionado, en la escuela de Enfermería del Hospital Universitario «Puerta del Mar» perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, desde el curso 1.991/92 se vienen impartiendo estudios de Diplomatura en Enfermería, encaminados a formar futuros profesionales con los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para ayudar a individuos o grupos en materia de autocuidado, planificar sus intervenciones, administrar recursos, actuar como elementos dinamizadores dentro del colectivo enfermero y contribuir al desarrollo teórico y tecnológico de la Enfermería. Todo ello debería traducirse en un cambio de imagen, en la que el usuario y la comunidad vean en el enfermero/a a alguien capaz de tener en cuenta todas sus dimensiones como persona, que se comunica con ellos y le sirve de nexo de unión con los demás cuando lo necesita, garante de sus derechos e instructor en el manejo de su desarrollo personal y de las armas contra la enfermedad.

Por todo lo expuesto y por contar ya con tres promociones (1.990/93, 1.991/94, 1.992/95) trabajando como profesionales enfermeros, nos preocupa conocer si los objetivos docentes cubiertos en la etapa universitaria se han traducido en actitudes y habilidades concretas en el ámbito profesional y de no ser así, qué razones han propiciado este hecho.

## OBJETIVO

Analizar la opinión de los exalumnos de la E.U.E. del Hospital U. Puerta del Mar sobre la calidad de los conocimientos adquiridos y las actitudes y habilidades desarrolladas durante su formación de pregrado, así como el grado de aplicación de los mismos en el marco laboral.

## MATERIAL Y MÉTODO

Planteamos un estudio descriptivo en el que, mediante una encuesta, pretendíamos analizar los siguientes cuatro grupos de variables:

1°. Perfil básico del profesional:

Edad, sexo, año de graduación, tiempo de ejercicio profesional, área de trabajo, tipo de institución, localidad donde trabajó.

2°. Calidad de la formación pregrado.

3°. Grado de aplicación de los conocimientos enfermeros en la práctica diaria:
Asignación de responsabilidades en el trabajo.
Asunción de una teoría enfermera.
Empleo del proceso de Enfermería.

4° Mantenimiento de habilidades concretas desarrolladas en el pregrado:
Comunicación con los pacientes.
Educación sanitaria.
Cuidado individualizado e integral.
Realización de alta enfermera.

Después de confeccionado el cuestionario, se procedió a realizar un estudio piloto con el fin de validar el mismo, para ello se cursó el cuestionario a un 10% de exalumnos de cada promoción. Tras la recogida de este, se modificaron algunos de los ítems y parte del método seguido con este estudio previo. Posteriormente, se procedió al envío del registro, en sobre cerrado, junto con una carta expresando los objetivos del estudio y sus normas de cumplimentación, además, se adjuntó sobre con la dirección de la escuela y sello.

La época del año seleccionada para el envío, fue la del mes de diciembre de 1.995, coincidiendo con la Navidad para garantizar la recepción del cuestionario por parte de aquellos profesionales que se encontrasen trabajando fuera de su lugar de residencia habitual.

La muestra significativa para un nivel de confianza del 95% y un margen de error de más/menos 5%, se cifró en 108 alumnos, empleando la fórmula n= z*z (p(1-p)/(dxd) donde

T. muestra = n/(1-(n/población))

Intentando garantizar un número de respuestas lo más cercano posible a la muestra, enviamos el cuestionario a los 151 alumnos universo de las tres promociones objeto del estudio.

A partir del mes de Enero de 1.996, se procedió al análisis de los datos. La respuesta de los exalumnos a nuestro requerimiento fue positiva en 91 casos, lo que supone el 84,96% de la muestra.

Los datos fueron analizados en el paquete informático Epiinfo y la representación gráfica de los mismos se realizó con el programa PowerPoint (Microsoft Office).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Lo más significativo del perfil del alumno/a formado en esta Escuela durante las mencionadas promociones, es que éstos tienen una edad media de 24 años, el 30% corresponde a hombres y el 70% a mujeres.

Han trabajado, de media, entre 7 y 18 meses, siendo el menor tiempo trabajado de un mes y el mayor de 24 meses.

En el 90% de los casos su actividad profesional la desarrollaron en un hospital público de más de 300 camas, en salas de hospitalización el 60% y servicios especiales como UCI, Urgencias y Hemodiálisis el 30%.

Trabajaron fuera de la provincia de Cádiz un 42%.

Al analizar la evaluación global que hacen los alumnos de la calidad de la formación recibida en nuestra escuela, el resultado, llevado a una escala donde 1 seria muy malo y 4 muy bueno, el resultado obtenido fue de 2,8 lo que nos indicaría que los consideran como globalmente buenos.

Los mejores resultados de esta encuesta corresponden a los ítems sobre conocimientos de las teorías de Enfermería y proceso de Enfermería, con una puntuación de 3,14 y 3,32 respectivamente, y los peores, con 2,15, correspondieron a los conocimientos y habilidades para el apoyo psicológico al paciente y familia.

La mayoría de nuestros exalumnos, sólo alguna vez o nunca, en igual porcentaje, ha guiado su actividad profesional por una teoría enfermera, pero piensa que podrá guiarse en el futuro en todas sus actividades en un 37.4%, esto podría atribuirse a la eventualidad en el puesto de trabajo y a la falta de experiencia en el mismo.

Un 83% responde que no se exige la aplicación del Proceso de Enfermería en ningún centro donde ha trabajado, aunque un 60% cree que debe-

ría exigirse. Esto nos demuestra que el exalumno es consciente de la necesidad de emplear una metodología en su trabajo, sin embargo el 52,7% responde que solo lo aplica en algunas y el 42,9% que no lo aplica nunca.

Creen que la razón de su bajísimo empleo es por la falta de continuidad por el resto de compañeros, poco tiempo y difícil aplicación práctica.

La mayoría de los profesionales estudiados, manifiestan que llevan a cabo algún tipo de valoración inicial, pero sólo alguna vez o nunca, en igual proporción, llegan al diagnóstico enfermero y a la elaboración de objetivos. Esto podría atribuirse a que la valoración, en algunos centros, se exige por parte de la dirección. Aunque también pudiera ser achacable a que los enfermeros, mas que para planificar nuestras actividades, seguimos recogiendo información útil para el diagnóstico y tratamiento médico.

Más de las dos terceras partes de nuestros exalumnos mantienen actitudes hacia la promoción del autocuidado de sus pacientes, tanto durante la hospitalización como en la preparación para el alta, sin embargo, más de la mitad nunca ha realizado un informe de alta y el resto sólo en alguna ocasión.

## CONCLUSIONES

El exalumno egresado de nuestra escuela considera, en general, que la formación que ha recibido es buena, pero queda claro que, en algunas áreas, piensa que podría mejorarse. Creemos que esto ha quedado, en parte, resuelto tras la implantación del nuevo Plan de Estudios, el cual, aún con importantes deficiencias, si ha mejorado áreas concretas de conocimiento.

Detectan mayoritariamente la necesidad de guiar su practica desde una perspectiva enfermera, sin embargo, no encuentran el entorno propicio para ello, ni para aplicar el proceso de atención de enfermería en el cuidado de sus pacientes. Consideran que esto debería ser algo que las instituciones que los contratan exigieran a los profesionales.

El exalumno, en general, mantiene actitudes para la promoción del autocuidado, dándole al paciente el protagonismo que posee en el manejo de su propia salud.

# RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados, deberíamos plantear a los responsables de la gestión, que prestaran la misma atención en sus criterios de calidad y de distribución de cargas de trabajo, a los aspectos técnicos que a los integrales del cuidado de los pacientes.

Debemos intentar transformar el mundo laboral si queremos producir mejoras sensibles en la calidad de los cuidados que los pacientes y la comunidad reciben. No basta con formar buenos enfermeros (según nuestro parecer), si éstos al ser contratados sólo pueden, en la mayoría de los casos, reducir el efecto de lo aprendido a buenas intenciones.

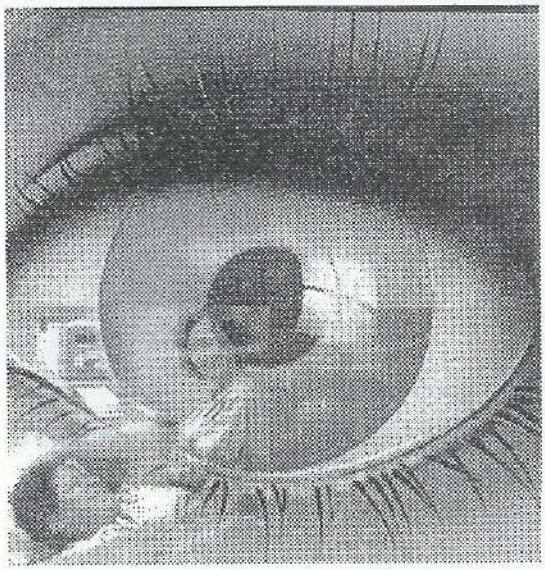
El trabajo conjunto del político, el gestor, el docente y el profesional es imprescindible si queremos generar cambios importantes en el desarrollo de nuestra disciplina. Por tanto podríamos terminar afirmando que el docente enfermero debe empezar a mirar más allá de la docencia.

**Solo trabajando "juntos" desde todos los ámbitos, conseguiremos modificar la imagen de la Enfermería.**

## BIBLIOGRAFÍA


1. Fajardo, B.; Cruz, A.; Ansiedad: Situaciones y Estímulos Ansiosos en Estudiantes de Enfermería. Revista Rol de Enfermería, número 162, pág. 31.
2. Blasco, R.; Enfermería en la Universidad 10 años después. Revista Rol de Enfermería, número 100, pág. 60.
3. Fernández, C.; Barbosa, P. Y otros; Análisis del Perfil de Estudiantes de Enfermería mediante el test de Cattel. Revista Rol de Enfermería, número 88, pág. 36.
4. Gusiñe, F.; ¿Qué entendemos por un Profesional de Enfermería?. Revista Rol de Enfermería, número 118, Pág.. 72.
5. Peplau, H.; Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson Salvat. Barcelona 1.992.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermería en acción. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.993.
7. Chalifour, J.; La Relación de Ayuda en los Cuidados de Enfermería. SG

# ¿NUESTROS ALUMNOS MODIFICAN SU IMAGEN ENFERMERA EN EL TRANSCURSO DE LA DIPLOMATURA?



**Carmen López Balboa**
**Inés Martínez Galán**
**Marta Gago Cabezudo**
**Carmen Torres Valdivieso**

*Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo*

## INTRODUCCIÓN

Con motivo de las conversaciones, que en algún momento del curso, hemos mantenido con nuestros alumnos de primero, captamos que son diversas y muy variadas las motivaciones y las ideas que ellos tienen de la Enfermería. Aspectos que siempre hemos contrastado con profesores de otros cursos superiores. Por ello y con motivo de las XVll Jornadas de la AEED nos surgió la idea de esta comunicación sobre si " **¿Nuestros alumnos modifican su imagen enfermera en el transcurso de su Diplomatura?"**

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos prioritarios a alcanzar con este estudio son los siguientes:

- Conocer la imagen Enfermera de nuestros alumnos al inicio de sus estudios.
- Conocer la evolución de la imagen Enfermera de nuestros alumnos en el transcurso de su Diplomatura.
- Conocer la imagen Enfermera de nuestros alumnos al finalizar los estudios de enfermería.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Dado el planteamiento de este trabajo, éste se ha centrado en los alumnos de enfermería que en el momento de la realización del mismo, se encontraban realizando su Diplomatura en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo.

Para llevar a cabo el estudio hemos diseñado un cuestionario, que además de permitirnos conocer la imagen enfermera de nuestros alumnos, recoge datos que aportan información sobre el perfil general de la muestra encuestada y hemos cruzado aquellos datos que nos han parecido más interesantes.

Los datos que configuran el "perfil" de la muestra estudiada se recogen en la primera parte del cuestionario.

La muestra seleccionada es de doscientos alumnos distribuidos en primer, segundo y tercer curso de la Diplomatura.

El procesado de los datos se ha hecho mediante los programas Access y SPSS.

# RESULTADOS

## 1. PERFIL GLOBAL DE LA MUESTRA ENCUESTADA

### DISTRIBUCIÓN POR CURSOS

Este ítem nos da idea del numero de alumnos de cada curso que ha participado en el estudio (Ver fig 1). Así tenemos:

- 84 alumnos de primer curso que constituyen el 42% de la muestra.
- 44 alumnos de segundo curso que constituyen el 22% de la muestra.
- 72 alumnos de tercer curso que constituyen el 36% de la muestra.

El menor numero de alumnos de segundo curso es debido a que parte de ellos, en el momento de la realización del estudio, se encontraban realizando las practicas hospitalarias.

**EDADES:**

Las edades de los alumnos encuestados están comprendidas entre 17 y 32 años.

Distribuidos en los siguientes rangos: Fig.2

**SEXO:**

Han respondido a la encuesta 87,5% de mujeres y un 12,5% de

## 2. MOTIVACIÓN

Lo primero que observamos es que en su elección de acceso a la Universidad, Enfermería ocupaba el primer lugar para el 57,74% de los encuestados, el segundo lugar para el 37,66% de los encuestados y el tercer lugar únicamente para el 2,60% (Fig. 4). En cuanto al porque de esta elección el 68,18% la eligió por su carácter humanitario frente a un 23,37% y un 6,51% que lo hicieron respectivamente por tener más posibilidades de encontrar trabajo que en otras profesiones y por ser una carrera de tres años. Un 0,64% no contesta a esta pregunta. (Fig.5)

La mayoría de los encuestados el 87,01% piensan que la enfermería presta un servicio a sus semejantes. Un 3,9 % de los alumnos de primero opinan que la enfermería es una profesión auxiliar del medico, nos complace comprobar que este criterio se modifica en el transcurso de la Diplomatura, siendo un 0% de los alumnos de tercero los que tienen esta opinión.

## 3. FORMACIÓN

La mayoría de nuestros alumnos encuestados opinan que la formación de una enfermera/o debe ser teórica-práctica-científica el 96,75%, únicamente el 3,7% de los alumnos de primero opinan que debe ser una formación eminentemente práctica. Además el 40,7% de los alumnos encuestados de primer año, el 50% de segundo año y el 43,3% de tercer año opinan que las enfermeras/os deben estar siempre especializados, manteniéndose este criterio en aproximadamente el 50% de los encuestados en los tres cursos. Todos los encuestados opinan sin embargo que es importante la formación continuada. (Figura 6).

## 4. TRABAJO EN EQUIPO

El 100% de los alumnos encuestados de tercero y segundo piensan que las enfermeras deben formar parte de equipos multidisciplinares, siendo esta participación importante para el desarrollo de su actividad profesional. El 14,28% de los alumnos de primero opinan que la enfermera únicamente a veces, puede formar parte de estos equipos, como vemos esta imagen se modifica en el transcurso de la Diplomatura. (Fig. 7).

La mayoría de la muestra piensa que el tratamiento debe ser prescrito por el médico y la enfermera.

## 5. FUNCIONES Y DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

La mayoría de los encuestados piensan o que en la legislación actual no están definidas las funciones propias de la profesión enfermera o que lo están parcialmente, únicamente el 8,64% de los alumnos encuestados de primer curso y el 15% de los de segundo curso opinan que si están definidas. Nos llama la atención este 15% entre los alumnos de segundo año, aunque en tercero el 0% comparte esta opinión y son mayoría los que opinan que no están definidas las funciones en la legislación actual, siendo significativa variación respecto a primero y segundo. (Fig.8)

La mayoría de los encuestados de tercero y segundo curso consideran, que la promoción de la salud, tiene un papel primordial entre las funciones de la enfermera/o, sin embargo entre los alumnos encuestados de primero, un 33,3% opinan que no es una función primordial. Existe por tanto una variación importante en esta imagen con $p = 0,05$. (Fig 9).

Prácticamente la totalidad de los encuestados opinan que dentro del equipo sanitario es la enfermera/o quien tiene un papel relevante ante una situación de enfermedad irreversible.

Aunque la mayoría opinan que las enfermeras/os deben de tener siempre un rol en la gestión del sistema sanitario, 75,30 % de los encuestados en primer curso, el 95% de los de segundo y el 90,56% de los de tercero y de que este criterio se va afianzando en el transcurso de la Diplomatura, la mayoría no tiene una imagen enfermera en cargos directivos, el 3,7% de los alumnos de primero, el 5% de los alumnos de segundo y el 1,8% de los de tercero, ni coordinando equipos 40,70% de los encuestados de primer año, el 20% del los de segundo año y el 7,54% en tercer año, siendo esta diferencia significativa entre primero y segundo y tercero, además esta imagen se va perdiendo en el desarrollo de la carrera. (Fig 10)

El 19,75% de los alumnos de primero, el 40% de segundo y el 60,37% de tercero opina que una de los roles de la enfermera/o es cuidar mientras que el 80,24% de primero, el 60% de segundo y el 39,6 de

la diferencia entre primero y tercero y entre segundo y tercero Esta imagen, por lo tanto se modifica en segundo y tercero. (Fig.11)

Los alumnos de segundo y tercero tienen una clara imagen de la enfermera como investigadora, el 77,7 de los alumnos encuestados en primero, el 100% de y el 86,79 en tercero creen que la investigación es una función importante en la vida profesional de una enfermera/o. Además esta imagen se afianza en los cursos superiores. (Fig.12)

## 6. FILOSOFÍA Y METODOLOGÍA

La mayoría de los alumnos encuestados opinan que la asistencia debe de estar fundamentada en los modelos teóricos 53% en primero, 90% en segundo, 66% en tercero y que es necesaria la utilización del PAE para desarrollar un buen trabajo de enfermería 82,7% en primero, 90% en segundo y 86,7% en tercero. (Fig.13)

Pero sin embargo la mayoría opinan que las enfermeras/os deben saber definir el por qué de los cuidados que prestan pero que solamente algunas de las enfermeras/os asistenciales utilizan el método científico en su trabajo 88,8% en primero, 95% en segundo y 86,7% en tercero. ( Fig. 14)

El 100% de los alumnos encuestados opinan que la enfermera/ro debe cuidar al paciente desde un punto de vista físico - psíquico sin olvidar su entorno y que una de sus funciones es la relación con la familia del paciente.

El 73% de los alumnos encuestados en primero, el 95% en segundo y el 96% en tercero opinan que la calidad de los cuidados no esta determinada por el sexo pero un 27% en primero, un 5% en segundo y un 4% en tercero opinan que puede estar determinada por el tipo de educación recibida.

## 7. IMAGEN PROYECTADA

El 95% de los alumnos encuestados en primero, el 90% en segundo y el 92% en tercero opinan que la imagen enfermera que proyectan los medios de comunicación es una imagen devaluada o ficticia, únicamente el 5% en primero, el 10% en segundo y el 8% en tercero opinan que esta imagen es real. (Fig.15)

# CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos observamos que los alumnos de primero tienen una imagen enfermera bastante real, aunque algunos aspectos de esta imagen se van matizando en el transcurso de la diplomatura. En primero hay un 3,7% de los encuestados que opinan que su formación debe ser fundamentalmente práctica, esta imagen esta corregida en tercero donde prácticamente el 100% de los encuestados opinan que debe ser una formación teórica-práctica-científica. El 14,28% de los encuestados de primer curso opinan que la enfermera/ro únicamente a veces puede formar parte de los equipos sanitarios multidisciplinares, el 100% de los alumnos de segundo y tercero opinan que la enfermera/ro debe formar parte de estos equipos y que además esto es importante para el desarrollo de su actividad profesional. La mayoría de los alumnos encuestados de segundo y tercero opinan que la promoción de la salud tiene un papel primordial entre las funciones de la enfermera/ro, mientras que en primero un 33,3% opinan que no es una función primordial. Aunque opinan que la enfermera/o debe tener un papel relevante en la gestión del sistema sanitario, muy pocos tienen una imagen enfermera coordinando equipos o dirigiendo y además es muy curioso observar como esta imagen se va perdiendo en el transcurso de la Diplomatura, presentando los alumnos de tercero una ausencia total de afán de liderazgo o poder. La imagen de la enfermera investigadora también se afianza en segundo y tercero.

## BIBLIOGRAFÍA:


1. Henderson-Nite: «**Enfermería teórica y práctica**» Volumen 1. La Prensa Médica Mexicana. México 1987.
2. Decimoterceras Sesiones de Trabajo de la AEED. « **Las enfermeras del Tercer Milenio**». Sevilla. Diciembre de 1982.
3. King, I.M.: «**Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos**». Limusa. México 1984.
4. López Luna M.C.:»**Enfermería sanitaria**». Interamericana. México 1988.
5. Organización Mundial de la Salud. «**Educación para la salud**». Gine-

# ANEXO

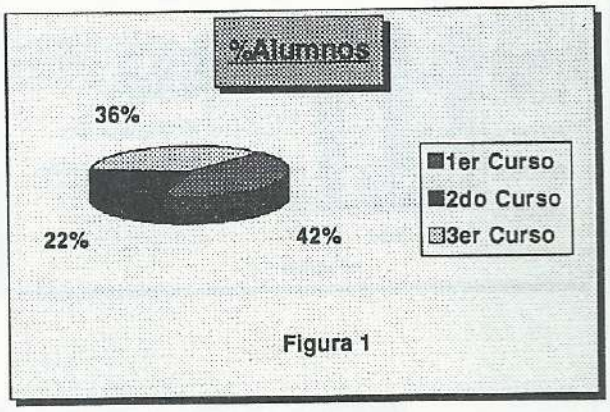


Figura 1

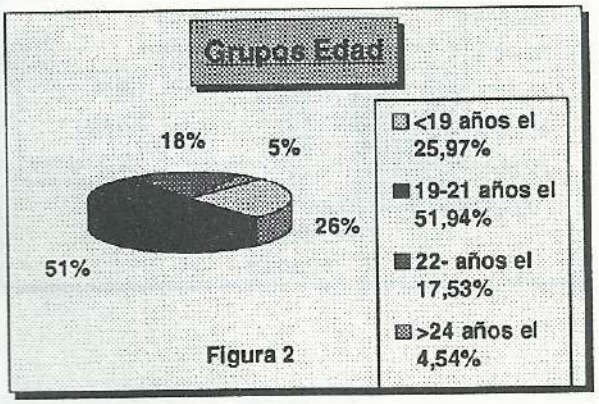


Figura 2

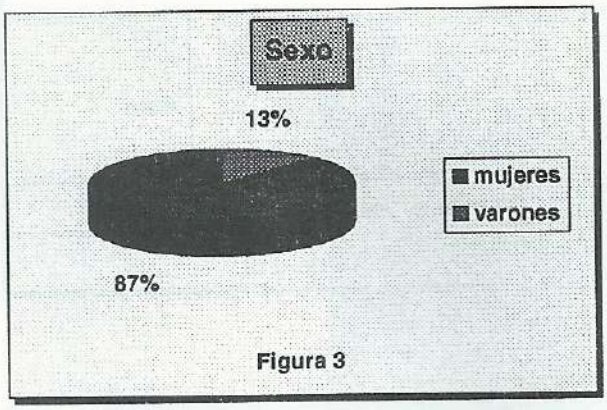


Figura 3

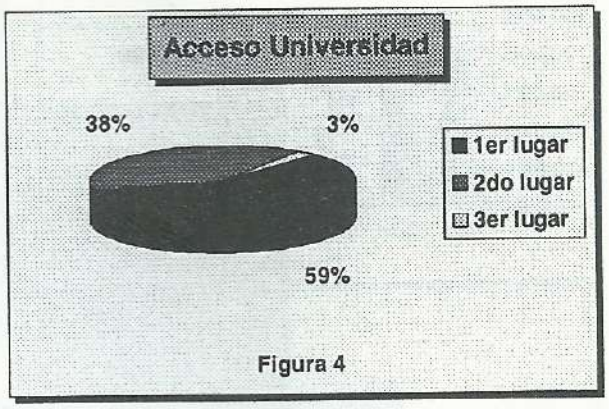


Figura 4

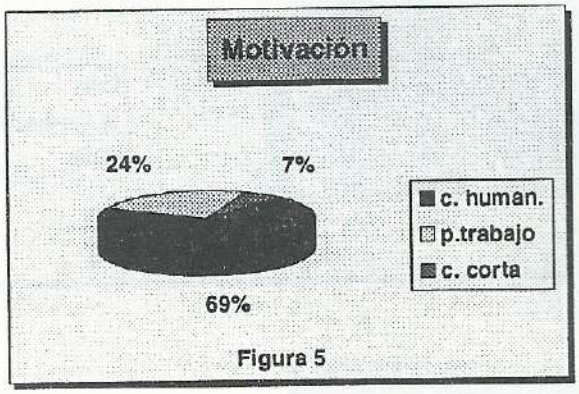


Figura 5

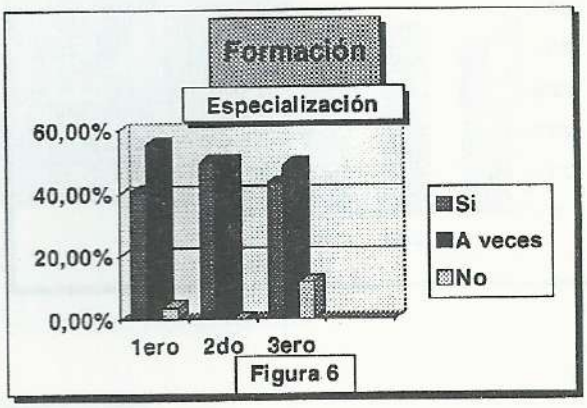


Figura 6

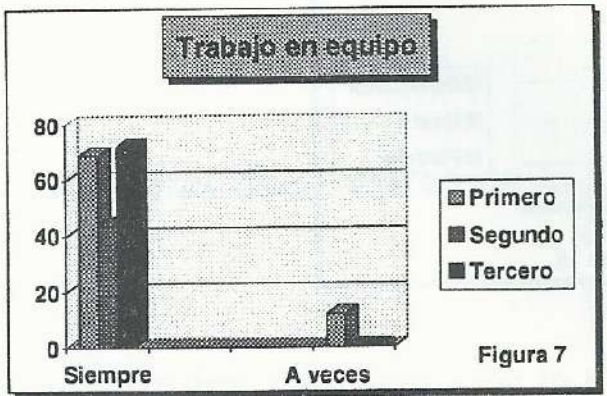


Figura 7

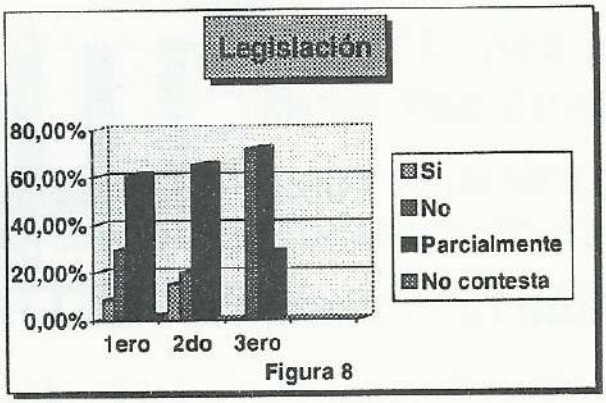


Figura 8

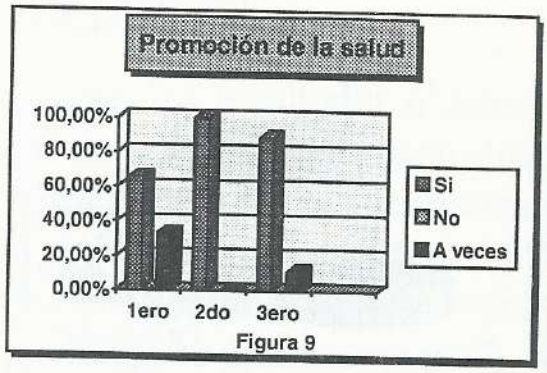


Figura 9

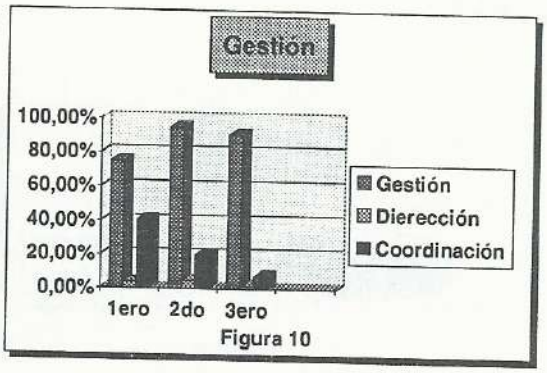


Figura 10

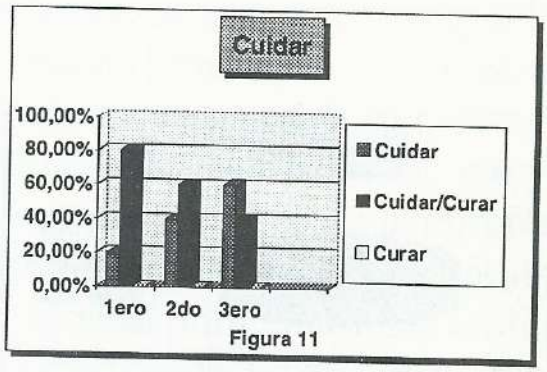


Figura 11

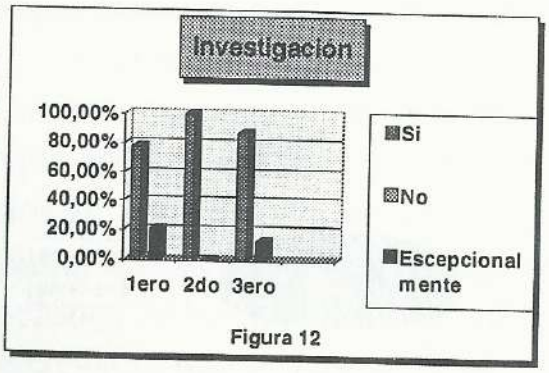


Figura 12

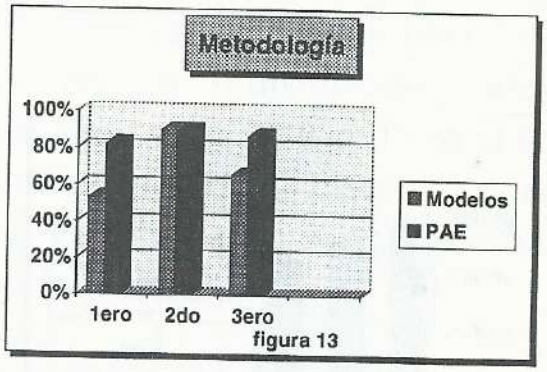


figura 13

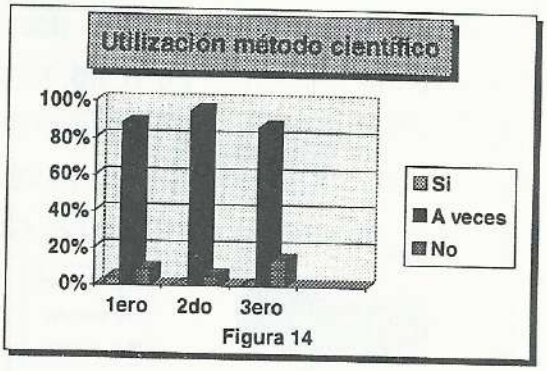


Figura 14

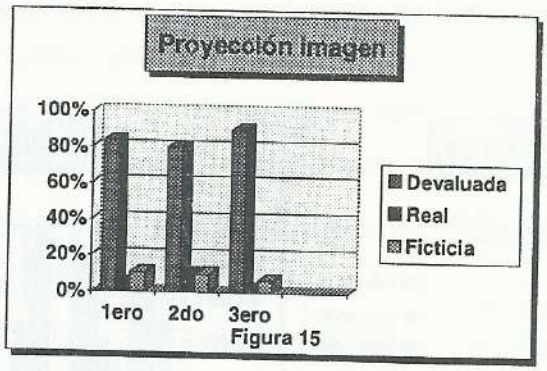
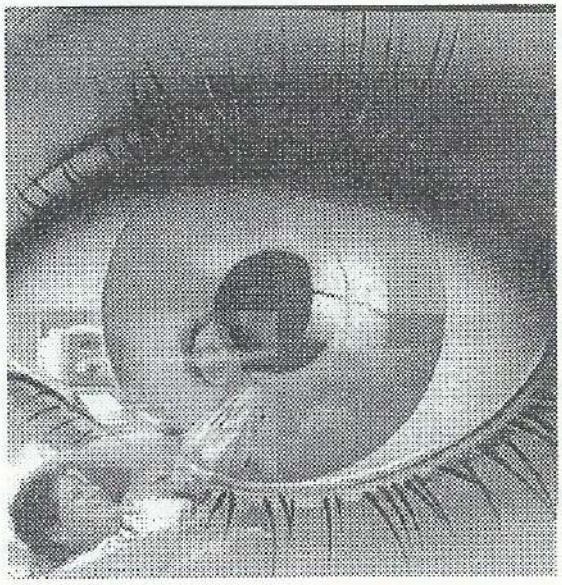


Figura 15

# LA IMAGEN PROFESIONAL DESDE EL AULA



**Verónica Hoz Cuerno**
**Noemí López Rojo**
**María Paz Zulueta**

*Alumnas de 2º Curso de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria, Santander*

**Mª Luz Fernández Fernández**

*Enfermera, Profesora de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria, Santander*

# INTRODUCCIÓN

A punto de cumplir los veinte años de la entrada en la Universidad, nos pareció oportuno reflexionar sobre la imagen que estamos adquiriendo los alumnos de Enfermería sobre la profesión. Este hecho, será un factor determinante para el adecuado desarrollo de la función cuidadora y la socialización profesional, puesto que el próximo siglo estará condicionado por el uso de la sofisticada tecnología y el riesgo de la deshumanización, cuestiones a tener presentes en la formación.

Ha pasado casi un siglo desde la muerte de Florence Nightingale, figura líder de nuestra profesión, que empieza a modelar la primera imagen del profesional, marcando un antes y un después en la Profesión Enfermera. Por primera vez queda claro, que la labor enfermera no puede llevarse a cabo sin la adquisición de conocimientos específicos y el aprendizaje de la práctica.

A principios de este año, las enfermeras perdimos una de las figuras que ha guiado la profesión en nuestro siglo, Virginia Henderson. Ella, nos dio pautas a seguir y sobre todo una definición clara de la función que debemos prestar a la sociedad. Sus numerosos escritos serán siempre el mejor legado.

La Enfermería se ha encontrado en primera línea en cuanto a las mejoras producidas en la prestación de Cuidados de Salud. Sin embargo, pese a su contribución al campo de la atención sanitaria y a la necesidad y demanda cada vez mayor de contar con las enfermeras en la prestación de Cuidados, no parece que esto se haya reflejado en una consolidación

Es cierto que en la última década hemos logrado incrementar nuestra presencia y la evolución en la formación nos permite ser más autónomas en nuestro trabajo y dar un servicio de mayor calidad.

Desde la formación, debemos plantearnos si estos veinte años en la Universidad, han supuesto un verdadero cambio, no solo en los conocimientos teóricos, sino también en la mentalidad, es decir, en la socialización profesional que debe marcar la diferencia en los futuros profesionales.

En definitiva, nuestra educación enfermera debe estar dirigida a responder al compromiso social, desmitificando los tópicos actuales y consolidando la imagen profesional.

## OBJETIVO

Identificar cual es la imagen que tienen los estudiantes de Enfermería sobre la profesión.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se muestreó la totalidad de los 159 alumnos de 1º y 2º curso de Enfermería de la E.U.E. «Casa de Salud Valdecilla» de Santander, a los que se les pasó una encuesta que constaba de 10 ítems, siendo los parámetros de referencia la edad, el sexo, vías de acceso y el curso en el que estaba el alumno.

El tratamiento de los datos se ha realizado con el DBase III y el programa estadístico SPSS.

## RESULTADOS

El índice de respuesta ha sido alrededor del 70%. El porcentaje de hombres es de 17,2%, cuya media de edad es de 19,7 años y en lo que respecta a las mujeres son el 82,8% siendo su media de edad de 20,21 años.

En lo que concierne a la vía por la que han accedido a la Escuela, el 70,7% por Selectividad; Títulados un 3%; Mayores de 25 años un 2% y el 24,2% Formación Profesional, de los que el 33,3% procedían de una

La siguiente pregunta, trataba de ver cuales eran las actividades que creían eran competencia de la enfermera y las respuestas fueron que el 39,4% consideró que Asistencial y Docente; el 38,4% consideró que Asistencial; el 15,2% No contestaron y el 3% expresó que Asistencial, Docente, Administradora e Investigadora.

El siguiente ítem, hace referencia a si distinguen a la enfermera del resto del personal sanitario a lo que el 50,5% manifiesta que a veces; el 48,5% siempre y sorprendentemente un 1% contesto que nunca.

Al cruzar los datos de las dos preguntas anteriores, se obtuvieron los siguientes resultados: de los que dijeron distinguir siempre a la enfermera del resto de los profesionales el 33,3% manifestaron que por sus actividades Asistenciales y el 45,8% por las Asistenciales y Docentes. En cuanto a los que dijeron distinguirla a veces el 44% por sus actividades asistenciales y el 32%, Asistenciales y Docentes.

Al preguntar si creían que las actividades de la enfermera estaban subordinadas a las órdenes médicas, contestaron el 30,3% que si y el 60,6% manifestaron que no y de entre estos, el 58,3% se considera independiente y el 38,3% cree que tenemos algunas funciones interdependientes e independientes.

Quisimos saber con que profesión equipararían a la nuestra en relación al estatus social y las respuestas fueron: el 53,5% a un aparejador o perito; el 28,3% a un arquitecto; el 13,1% no contestaron; el 3% dijeron que a una camarera de hotel y el 2% a una secretaria.

En cuanto al cambio de imagen con la entrada en la Universidad, contestaron que si el 50,5% y que esto se ha debido: según un 20% a un mayor reconocimiento social y un 22% hacen referencia a lo anterior y a que estamos mejor formadas, lo que aumenta nuestra independencia. Los que se manifestaron de forma negativa fueron un 28,3% de los que el 60,7% consideró que teníamos poco reconocimiento social y que la sociedad desconoce la profesión.

Cuando les preguntamos sobre la importancia de la apariencia externa del profesional el 89,9% consideró que era importante, de ellos el 49,5% porque da seguridad y ejemplo, así como demuestra higiene. El

Al preguntarles si están de acuerdo con la imagen que se tiene actualmente de la profesión el 62,6% dicen que no: el 92% por qué es femenina y está infravalorada. De los 19 que expresaron estar de acuerdo con la imagen profesional, el 73,7% manifiestan que es la de un buen profesional y que se corresponde con la realidad.

En cuanto a si desde la Escuela se fomenta una adecuada imagen profesional, en la valoración que se estableció entre 0 y el 5, el 59,6% lo sitúan entre el 4 y el 5; el 19,2%, lo puntúan en un 3; el 11,1 entre 1 y 2 y el 10,1% en el cero.

El último ítem, era relativo a que sugerencias, podrían darnos para mejorar la imagen desde la formación. Un alto porcentaje señaló la necesidad de aumentar la cohesión entre los conocimientos teóricos impartidos y la realidad laboral, así como acercarnos más a la sociedad.

## DISCUSIÓN

La discusión de estos resultados aporta el siguiente análisis, se puede apreciar que los alumnos identifican claramente nuestra función asistencial y docente, sin embargo hay una clara falta de integración de las funciones investigadora y administradora. Debemos tener en cuenta una cierta salvedad al respecto, ya que los alumnos de 1º cuando contestaron la encuesta no habían recibido los conocimientos necesarios sobre este tema. Sin embargo, estas respuestas en los alumnos de 2º indican la falta de consolidación en este aspecto, por lo que sería deseable hacer un mayor hincapié en este sentido.

En cuanto a la imagen que tenemos de nosotros mismos con respecto al rol profesional, llama la atención que un porcentaje importante se considera subordinado al médico, esto quizá pueda deberse a nuestra percepción personal como mujeres dentro del contexto social y al peso de las funciones interdependientes en las prácticas clínicas.

Cabe destacar que más de la cuarta parte de los encuestados, no considera que la entrada en la Universidad haya supuesto un cambio transcendental, esto quizá se deba a que no hemos sido capaces de transmitir el cambio en la formación al contexto social.

En cuanto a la imagen actual de la profesión parece haber un desacuerdo casi total, considerándose que la imagen social que sobre la profesión se tiene todavía es representativa de lo femenino: obediencia, sumisión, cuidados, protección etc. y que está considerablemente infravalorada.

En el campo de la Enfermería, la primera barrera es la forma en que la sociedad ve la profesión de enfermera. Para nosotros resulta evidente que la sociedad no respeta ni reconoce la base de conocimientos técnicos ni profesionales de la enfermera, de la misma forma que respeta la de otras profesiones sanitarias. Esto se hace obvio en los estereotipos de los medios de comunicación.

Por otra parte, los estudiantes encuestados manifiestan estar de acuerdo con la imagen que sobre la profesión estamos recibiendo en la Escuela. Aunque resaltan que sería necesario una mayor cohesión entre los conocimientos teóricos y la práctica asistencial. A nosotros, los estudiantes, nos resulta más fácil identificarnos con el profesor académico (que, después de todo, es quien tiene el poder). De hecho, al tomar conciencia de esta discrepancia hace que percibamos y nos adaptemos rápidamente a maneras de acción diferentes. Todo esto debería ser sometido a un análisis más profundo y detallado, que el que nosotras planteamos.

## CONCLUSIONES

1°. Debe avanzarse en la cohesión entre formación y practica enfermera.

2°. Creemos que debe hacerse un mayor hincapié en la integración de las funciones administradora e investigadora, desde la formación.

3°. La transmisión de valores esencialmente femeninos condiciona la imagen profesional.

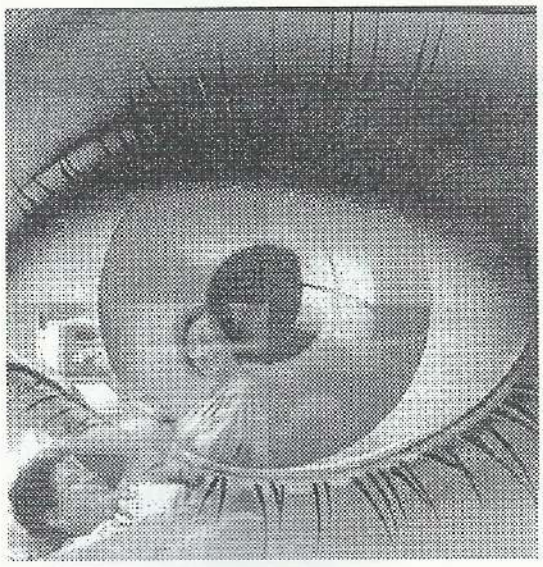
Para terminar Debemos reconocer que la Enfermería con una largo pasado marcado por la tradición y el inmovilismo, puede que sea una de las disciplinas que más rápidamente ha evolucionado en los últimos tiempos; Cuando miramos hacia atrás desde nuestra realidad actual, no siempre nos reconocemos en las imágenes profesionales.

Creemos que la Enfermería ha entrado en el camino definitivo de la profesionalización, pero esto requiere enfermeras y enfermeros que se comprometan a desarrollar la disciplina de Enfermería mediante el Estudio y la Investigación.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Cohen H. La enfermera y su Identidad Profesional. Grijalbo 1988. Barcelona.
2. Alberdi R.M. La identidad Profesional de la Enfermería. Revista ROL 1992. Nº 170 págs 39-44. Barcelona.
3. Antonin M.; Tarrecos M. Enfermería, realidad en crisis. Revista Rol 1993. Nº 175 págs 71-74. Barcelona.
4 González de Haro. Formación Básica de Enfermería. Revista ROL 1992. Nº 162. págs 57-62. Barcelona.
5. Sánchez Moreno A. Estudiantes de Enfermería y Formación de la Salud. Revista ROL 1993. Nº 184. págs 33-39. Barcelona.

# LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN A TRAVES DE LA MIRADA DEL ALUMNO



**Bover Bover A.**
**Artigas Leiong B.**
**Gallo Estrada J.**
**Alorda Terrasa C.**
**Bauzá Amengual M.LL.**
**Ferrer de Sant Jordi**
**Montaner P.**

*Profesores de la E.U.E. de las Islas Baleares*

# INTRODUCCIÓN

Este trabajo parte de una experiencia realizada con los alumnos de tercer curso de Enfermería de la Universitat de las Illes Balears.

Las profesoras de Enfermería, en nuestra función docente, planificamos objetivos educativos que tengan como fin adquirir los conocimientos y favorecer actitudes que contribuyan a definir el Rol profesional.

La Enfermería como profesión debe analizarse desde dos perspectivas, la profesional y la personal. No es posible la comprensión de la realidad tanto en el terreno profesional como personal si no se reconocen los intereses, motivaciones y la lógica intima de cada persona, pudiendo entrar en conflicto sino están armonizadas ambas perspectivas.

Lo que define el «Ser enfermero» es el resultado de la integración de actitudes profesionales, adquiridas mediante formación y experiencia, (esta formación, al menos la primera y más definitoria se realiza en la Universidad),y las actitudes personales, inherentes a cada ser humano, definidas por factores socioculturales, propios del ámbito cultural en que se haya desarrollado, con sus valores, creencias y prejuicios, así como de la herencia genética que definirán las diferentes propias formas de ser y comprender el mundo de cada uno de los individuos. Todo ello contribuirá a configurar la imagen profesional que se proyectará al resto de la sociedad.

La profesión enfermera ha convertido la prestación de cuidados profesionalizados en su función fundamental y diferencial respecto a otras profesiones. Así, aquello que constituye la identidad enfermera es la prestación de cuidados dirigidos al individuo y a la comunidad.

Tanto el individuo como la comunidad, tienen unos valores y creencias propias y en muchos casos diferentes a los de los profesionales. Los

cuidados enfermeros deben basarse en la libertad y en el respeto del otro, en todas las situaciones, y especialmente en aquellas, en las que el paciente, por su situación de dependencia no pueden expresar sus necesidades. Por ello es necesario que en la formación básica se incida y se trabaje en potenciar actitudes que fomenten el respeto, la comprensión y la tolerancia de lo diferente.

Actualmente existe consenso y unanimidad respecto al contenido conceptual de la profesión enfermera, es decir el saber, pero dicha unanimidad desaparece al analizar las señas que cada uno de nosotros muestra sobre la identidad profesional, el hacer enfermero. Esta visión nos hizo plantear el presente trabajo cuyo objetivo es:

ANALIZAR LA IMAGEN PROFESIONAL, QUE SE DERIVA DE LAS ACTITUDES PROFESIONALES Y PERSONALES DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERIA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron para ello dos experiencias, una para cada uno de los aspectos del análisis. La población estudiada fue de 98 alumnos de 3er Curso de la Escuela de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears del año 1995-96.

Las variables estudiadas fueron:

- El concepto de profesión del alumno.
- Las actitudes (valores, creencias), de los alumnos frente al concepto de vejez y la integración social del anciano

La metodología utilizada fue la creación de 10 grupos de trabajo formados por 9-10 alumnos cada uno de ellos, con la lectura comentada de los resultados obtenidos en cada una de las experiencias y su debate posterior en clase con la dirección del profesor de la asignatura.

El estudio de a primera variable se desarrolló en el marco de la asignatura de Enfermería Médico-quirúrgica II. A los alumnos se les dejó escoger libremente temas relacionados con el programa de la asignatura en bibliografía especializada, sobre todo el fondo de revistas disponibles en la biblioteca de la escuela compuesto por: Rol, Nursing, Enfermería Científica, Enferme

ría Intensiva, Enfermería Clínica, con una posterior exposición en clase en forma de seminario quincenal, de dos horas de duración, en una primera parte de exposición y una segunda de discusión.

La segunda variable se estudio dentro de la asignatura de Enfermería Geriátrica, en ella seleccionaban las noticias referentes a la geriatría existentes en la prensa. Se eligió un periódico local(Diario de Mallorca) y se repartió entre los alumnos la lectura del diario todos los días del curso. Se realizaron las siguientes actividades: extraer todas las noticias referentes a las personas mayores, agruparlas por temas, destacar las más relevantes y sacar conclusiones. El trabajo era expuesto quincenalmente por dos alumnos de cada grupo siendo debatido por todo el aula.

## RESULTADOS

En los trabajos realizados en la asignatura de Enfermería Médico-quirúrgica, los alumnos eligieron en un 100% temas relacionados con la atención integral y gestión. Los temas seleccionados fueron:

- Atención a la familia ¿utopía o realidad?
- Familia y Salud
- Proceso de atención de enfermería ¿si o no?
- Métodos de valoración de cargas de trabajo en la enfermería de cuidados intensivos
- Cuidados de enfermería de urgencia.
- Control de calidad de las UCI
- Asociaciones familiares y enfermos crónicos
- Adaptación social de los lesionados medulares
- Cuidados integrales a los pacientes ostomizados
- Cuidados integrales a enfermos de SIDA

De la selección de prensa para la asignatura de Enfermería Geriátrica se obtuvieron 215 noticias agrupadas por temas (social, economía, sucesos y salud). Se analizaron las conclusiones expuestas en los trabajos, y de ellas extrajimos las actitudes derivadas, diferenciando positivas y negativas frente a los ancianos, tanto a su integración social como al con-

De ellas destacamos algunas positivas como:

- «Es muy necesaria la vinculación del anciano a su hábitat».
- «Hay una importante problemática de las personas mayores que viven solas y con el riesgo de caídas».
- «A partir de cierta edad se pueden seguir teniendo relaciones sexuales».
- «Sirven de modelo a los jóvenes».

y algunas negativas, como:

- «A pesar de la edad todavía tienen un cargo».
- «No todos los abuelitos son tiernos».
- «Siguen siendo útiles algunos mayores».

De los resultados cabe destacar que valoran la vejez de forma positiva en un 70% de las conclusiones de los trabajos, frente al 30% en las que se valoraban la vejez de forma negativa y decadente. Consideran necesaria la integración social del anciano el 50% de los grupos.

# DISCUSIÓN

Los temas elegidos en Médico-quirúrgica, parecen responder a una imagen de profesional de enfermería más acorde a las nuevas necesidades del sistema sanitario, con la integración de conocimientos de las distintas asignaturas de la diplomatura como la administración, enfermería comunitaria y ciencias psicosociales.

El alumno parece entender que las actuaciones de enfermería deben ir dirigidas a un más amplio campo de acción, con la participación de diferentes disciplinas, respondiendo de manera más global a las necesidades del cliente mediante una visión integral de los cuidados. Ello se ve reforzado por el hecho de que ninguno de los grupos eligiera temas tecnológicos para analizar y debatir en clase, siendo la asignatura de médico-quirúrgica donde las técnicas adquieren más relevancia, por su complejidad e impacto.

En cuanto a las actitudes personales frente a la geriatría, aunque hay una mayoría que sí entiende la necesidad de positivar la vejez y su integración social, se manifiestan también actitudes negativas y no acor-

des con las que deberíamos esperar en un profesional de enfermera. La profesionalidad puede verse mermada por ciertos prejuicios que dificultan la relación terapéutica, base del cuidado enfermero.

Hay que tener en cuenta la media de edad del alumno (±21 años), que es un factor determinante sobre sus opiniones, principalmente sobre la geriatría, por dos motivos, uno porque es una generación que ha vivido el cambio de la estructura familiar y en muchos casos la lejanía física del abuelo y segundo porque desde su juventud ven lejana esta etapa. Se deduce de sus discusiones que les cuesta imaginarse los cambios que se producen en esa edad.

## CONCLUSIONES

Del análisis de ambas experiencias se evidencia una adecuada imagen del concepto de profesión que sí transmitimos desde las escuelas, no tanto de sus actitudes personales acordes con este.

No hay que olvidar la importancia que tiene en la formación de los futuros enfermeras/ros el trabajar con las actitudes personales que puedan influir en la profesión, los docentes debemos buscar métodos didácticos que permitan evidenciar cuales son estas actitudes, provocar la conciencia de ellas y plantear la necesidad de cambio.

«Las actitudes están muy arraigadas y para modificarlas, se precisa un cambio interior derivado no sólo de conocimientos sino de valores, de las expectativas y de las creencias» (isla *P. y otros*)

La imagen profesional que proyectarán nuestros futuros profesionales de enfermería será la integración de su identidad profesional con su identidad personal.

## BIBLIOGRAFIA

1. ISLA P.;LÓPEZ C. y CAJA C. *La comunicación y la educación sanitaria.* Cap. 18. Pág. 195. Enfermería Comunitaria III. Manuales de Enfermería. Ed. Masson-Salvat. Barcelona 1993.

2. ALBERDI R.M. *La Identidad profesional de la enfermera..* Rol nº170.

3. MONPART M.P. *Educación y salud: comunicando* .En XIV Sesiones de Trabajo de las Asociación Española de Enfermería Docente. Burgos 1993.

4. VASCO A. *Comunicación. Salud y Sociedad* . En XIV Sesiones de Trabajo de las Asociación Española de Enfermería Docente. Burgos 1993.

5. GREENE W.H.; SIMONES-MORTON B.G. *Educación para la salud.* Ed. Interamericana. México 1988.

Asociación Española
de Enfermería Docente
c/ de las Islas Cíes 13, esc 1, 7º - 2ª
28035 Madrid
Tel. y Fax. 91 - 738 77 38