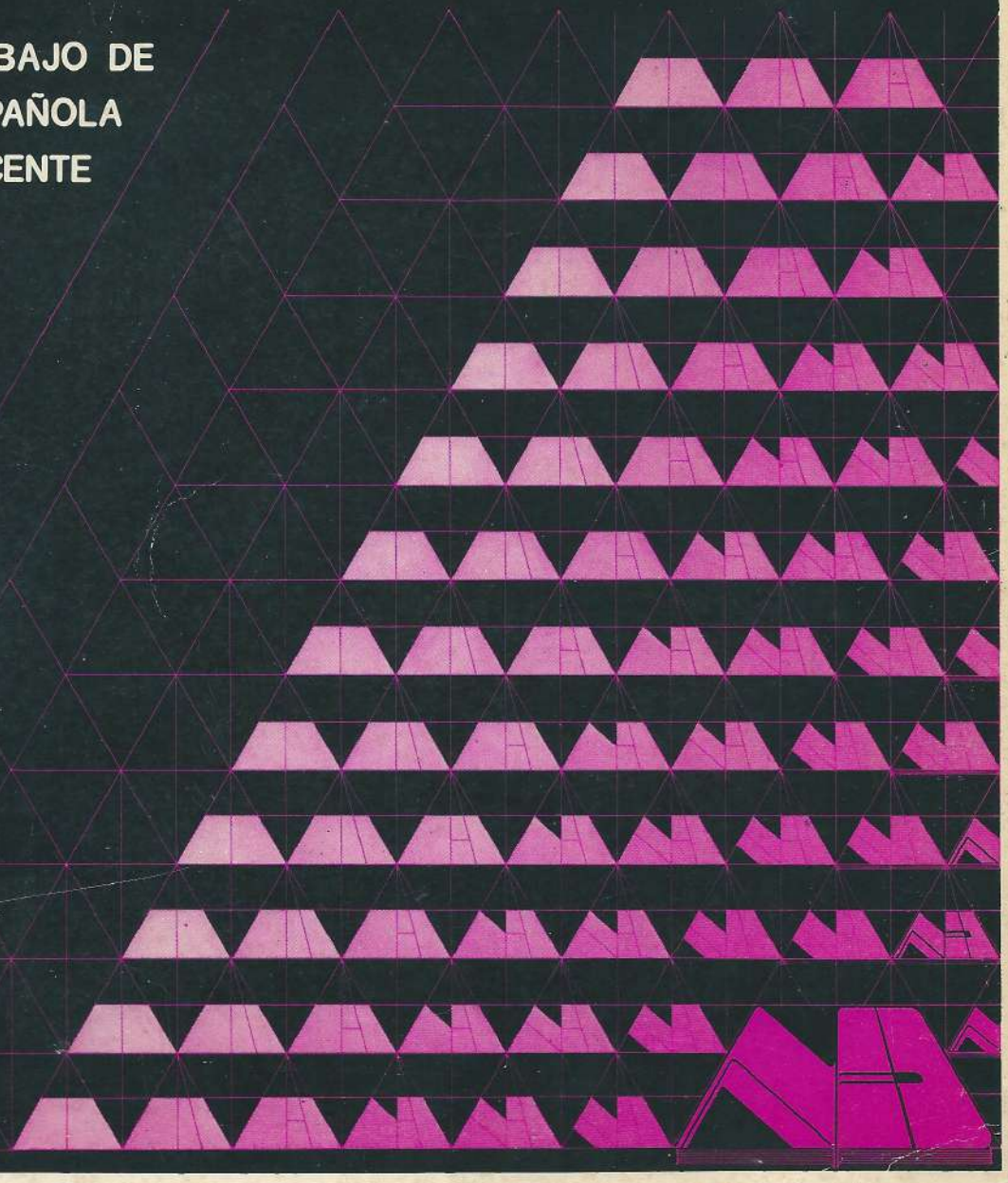
2as SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

Madrid, 3,4 y 5 de Abril de 1981



LA FORMACION POSTBASICA EN ENFERMERIA

2.as SESIONES DE TRABAJO DE LA A. E. E. D.

LA FORMACIÓN POSBÁSICA EN ENFERMERÍA

2.as SESIONES DE TRABAJO DE LA A. E. E. D.

LA FORMACIÓN POSBÁSICA EN ENFERMERÍA

ediciones ROL s.a.
San Elías, 31-33 Barcelona 6

© **Ediciones Rol, S. A., Barcelona.**
Primera edición: **diciembre 1981**
ISBN: 84-85535-13-8
Depósito legal: B. 38.491-1981

Printed in Spain - Impreso en España

Impreso en I. G. Socitra, S. A.;
Arquímedes, s/n; L'Hospitalet de Llobregat

SUMARIO

Prólogo 7

EDUCACIÓN POSBÁSICA PARA ENFERMERAS EN EUROPA. SITUACIÓN ACTUAL 9

PROYECTO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA 15

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA 23

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL 29

PROYECTO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA 33

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL 37

ANTEPROYECTO DE ESPECIALIDAD EN CUIDADOS ESPECIALES 43

FORMACIÓN POSBÁSICA COMO DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA 49

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL REINO UNIDO 57

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA 61

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA 65

PROYECTO SOBRE LOS ESTUDIOS POSBÁSICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS ESPECIALES 69

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS 73

LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL COMARCAL 77

UNA EXPERIENCIA EN DOCENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS 81

PRÓLOGO

...Por segunda vez, la Asociación Española de Enfermería Docente convoca a todos los profesionales interesados en la enseñanza al estudio de temas de capital importancia para el desarrollo de la Enfermería.

Si las Primeras Sesiones de Trabajo, celebradas en abril de 1979, tuvieron como tema principal la posible estructuración de nuestras Escuelas y los diferentes niveles de la formación en Enfermería, estas Segundas Sesiones tratarán de aportar puntos de vista sobre un asunto de fundamental interés para el futuro inmediato de la profesión: la formación posbásica en especialidades y Licenciatura.

Para ello, la A.E.E.D. ha encargado a algunos de sus socios, expertos en las áreas a tratar, la elaboración de trabajos que nos den un punto de partida para el estudio, el intercambio de ideas y la unificación de criterios.

Estos trabajos siguen en su enunciado las líneas generales del documento de la Asociación sobre «Estructuración de la formación posbásica en Enfermería» y van a tratar todas las especialidades que en él se proponen, excepto la de Enfermería Geriátrica, la cual no ha sido abordada por dificultades de tiempo.

A nadie se escapa que una profesión no puede considerarse adecuadamente estructurada en el aspecto educativo si no dispone de posibilidades académicas que permitan a sus integrantes recibir la oportuna formación en aquellas áreas que, por su complejidad e importancia, requieren unos más profundos conocimientos.

Por otra parte, parece incuestionable a todos los profesionales la urgente necesidad de que la Enfermería puede progresar hacia un nivel superior de formación universitaria alcanzando una Licenciatura en Enfermería que capacite a las enfermeras/os en los aspectos legales y académicos para las responsabilidades, cada vez mayores, que tienen que afrontar.

Además de las aportaciones que en estos temas van a hacer nuestros compañeros, contaremos con la participación de eminentes colegas extranjeras, que nos facilitarán sus opiniones y experiencias. Espero que ellas nos ayudarán a una mayor comprensión de la situación desde una panorámica global.

Parece redundante insistir en que la Enfermería española se encuentra en un momento de especial importancia y que el trabajo de todos los profesionales es enormemente necesario. Sin embargo, creo es preciso repetir esta idea y la Asociación, asumiéndola totalmente, pretende, a través de estas Sesiones aportar unas ideas que contribuyen a este imprescindible trabajo colectivo...

(De las palabras pronunciadas por Dña. María Paz Mompart, Presidenta de la A.E.E.D. en el Acto inaugural de las II Sesiones de trabajo.)

EDUCACIÓN POSBÁSICA PARA ENFERMERAS EN EUROPA. SITUACIÓN ACTUAL

Pat Asworth
Enfermera, Coordinadora de la O.M.S. en Inglaterra del Programa a Medio Plazo de Enfermería.
Universidad de Manchester

Hubo una época en la que todos los conocimientos y las habilidades que requería una enfermera podían ser adquiridos por medio de una formación básica y la posterior experiencia en el trabajo. Ahora, esto no es así. Ahora hay creciente desarrollo de conocimientos y tecnología en medicina que afecta a la enfermería, cambios demográficos y de otra índole en la sociedad y en la gente atendida por el personal de enfermería y, por encima de todo, una creciente visión o consideración más amplia sobre la contribución actual y potencial de la enfermería a los cuidados de salud. Ya no es posible enseñar a la vez todo lo que una enfermera necesitará saber en un período de cinco o diez años, ni, mucho menos, todo lo que precisará hasta el final de su vida profesional. Todos estos factores hacen imperativo que la enfermera considere la educación como un compromiso personal continuo a lo largo de su actividad profesional y cumpla este compromiso por medio de lecturas, participación en reuniones profesionales, conferencias o grupos de trabajo o cualquier otra actividad, inicluso el aprendizaje autodirigido. Pero todo esto necesita ser complementado por una educación o enseñanza posbásica formal, en la cual el conocimiento, las habilidades y las exigencias del desarrollo profesional continuo puedan ser aprendidos más rápida y eficazmente en compañía de otros que ofrezcan la oportunidad de estímulo y apoyo intelectual mutuos. Como dice la Declaración sobre Educación Continuada para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.): «A la vista de los rápidos cambios científicos, tecnológicos y sociales, el C.I.E. expresa su convencimiento de la importancia de la educación continuada en enfermería para asegurar unos cuidados de enfermería seguros y eficaces. La educación continuada debe responder tanto a las necesidades de servicio como al desarrollo de las enfermeras: conocimiento actualizado para la práctica habitual y preparación para la especialización y para el desarrollo y avance de la carrera.» (Duvillard, 1980.)

La cantidad, calidad y contenido de la educación posbásica asequible para las enfermeras siempre dependerá, en cierto grado, de cómo las propias enfermeras, sus empleadores y la sociedad en general (los consumidores potenciales que pueden proporcionar recursos) perciban la necesidad de dicha educación; de la fuerza o la debilidad de la preparación básica y de la posibilidad de tener recursos de tipo económico, de expertos y otros medios. El contenido debe ser dirigido y desarrollado por enfermeras que reconozcan la enfermería como una entidad que es responsable ante la sociedad de prestar un servicio, que tiene un creciente cuerpo de conocimientos y práctica o experiencia y que es complementaria, en lugar de totalmente dependiente, de otras profesiones, tales como la medicina. ¿Qué relación guardan estas afirmaciones con la educación posbásica en enfermería en Europa? Obviamente, sería imposible en una ponencia como esta dar detalles de toda la educación posbásica para enfermeras en Europa. Pero citaremos ejemplos de varios países, en particular del Reino Unido, ya que es el más familiar para la autora y tiene bien desarrollada la educación posbásica para enfermeras.

La educación posbásica y posgraduada para enfermeras han sido definidas respectivamente como «un programa para enfermeras previamente preparadas en enfermería básica, que: *a)* tiene lugar en una universidad u otra institución de educación superior; *b)* se continúa año tras años (es decir, no es un curso de actualización o un seminario); *c)* está reconocida por la autoridad adecuada; *d)* tiene unos requisitos de admisión específicos; y *e)* es impartida por personal docente dedicado expresamente a ello» y «un programa en enfermería que requiere la posesión de un grado académico universitario como condición para admisión y ofrece un grado superior tras la realización del curso». (O.M.S., 1977). Para esta ponencia se aceptan ambas definiciones, excepto que la localización del programa puede no siempre ser una «institución de educación superior», dependiendo de cuál sea el significado de este concepto. Las definiciones, desde luego, excluyen los múltiples cursos organizados por departamentos de formación continuada o educación en servicio, que varían desde sesiones de unas horas hasta una semana de duración y que resultan muy útiles para atender las necesidades particulares de un centro, porque pueden responder más adecuadamente a las necesidades de las enfermeras de ese centro en particular. En el pasado, los cursos posbásicos para enfermeras pa-

rece que se han iniciado y desarrollado principalmente en tres áreas relacionadas con su práctica profesional: 1.º en un área de función especializada, como docencia o administrción; 2.º en relación con una especialidad médica específica; 3.º en una localización fuera de los hospitales o las instituciones de atención de salud. La extensión en que se ha desarrollado la educación posbásica para enfermeras en cada una de estas áreas varía considerablemente en los distintos países de Europa.

En cualquier país parece que las enfermeras administradoras o directoras constituyen uno de los grupos que se ha beneficiado primero de educación adicional. En el Reino Unido, en la primera decena de los años 1920, el Real Colegio de Enfermería (Royal College of Nursing) ofreció un curso de administración doméstica a las enfermeras-jefes *(matron)* y posteriormente se desarrollaron los mismos cursos y cursos de administración para las supervisoras de planta (Baly, 1973). Desde la época del Informe del Comité para la Estructuración del Personal Administrador de Enfermería («Report of the Committee on Senior Nursing Staff Structure»), en 1966, y la posterior introducción de las nuevas estructuras administrativas, se dio un gran énfasis en la formación en el proceso administrativo de las enfermeras a todos los niveles, desde supervisoras hacia las más altas esferas en la toma de decisiones. Estos cursos han sido muy variados, tanto en duración como en calidad, y en la actualidad se ha llegado a la conclusión de que la teoría y los métodos de administración puramente industrial no siempre resultan apropiados para el personal de los servicios de salud. Sin embargo, se ofrece formación en administración a las enfermeras de más alto nivel y algunas veces en grupos multidisciplinarios, ya que esto parece adecuado debido a que ellas actúan en situaciones multidisciplinarias. En departamentos universitarios de enfermería, tales como los de Manchester y Edimburgo, se ofrece educación en administración de enfermería hasta el nivel de grado de maestría *(Master's Degree)*. Estos grados se otorgan también a enfermeras en otras partes de Europa; por ejemplo, en la Universidad Dauphin, en París, en la Escuela Internacional de la Universidad de Lyon, en la Universidad Libre de Bruselas (desde 1948) y en la Universidad Católica de Lovaina. Muchos países tienen ahora educación posbásica para enfermeras administradoras, aunque no todos han conseguido establecerla a nivel universitario. Es muy necesario que, si las enfermeras han de estar implicadas en la tóma de decisiones y la elaboración de la política de salud hasta los niveles más altos del gobierno, tal como ocurre en el Reino Unido y como va sucediendo cada vez en más países, deben ser educadas hasta un nivel que no sólo les proporcione el conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo sus funciones, sino también les permita actuar en situación de igualdad ante aquellos con los que tienen que trabajar.

Para las enfermeras docentes también existen cursos posbásicos de uno a dos años de duración en muchos países, aunque no todas las enfermeras que imparten enseñanzas tienen tal preparación y el número de ellas que la posee varía considerablemente de un país a otro, e incluso dentro de distintas regiones de un mismo país. En Londres se inició un curso para enfermeras profesoras en 1918, posteriormente se desarrollaron otros, y desde 1951 el Consejo General de Enfermería («General Nursing Council») exige el registro o colegiación de las enfermeras profesoras, que deben poseer obligatoriamente el diploma de tutor de la Universidad de Londres («Tutor's Diploma of the University of London»). Hay también enfermeras docentes que tienen un curso posbásico de seis meses («Clinical nurse teachers») y, lo mismo que las enfermeras profesoras, deben poseer experiencia práctica en enfermería clínica, una vez completada su formación básica, antes de comenzar el curso. En Europa, los cursos que otorgan calificaciones a enfermeras docentes son desarrollados en escuelas posbásicas de enfermería, que pueden estar vinculadas a una Universidad, como en Dinamarca, en otras instituciones de educación superior o en las propias universidades. Cuando lo son en las universidades, la calificación obtenida puede ser un diploma universitario, como ocurre en las universidades de Roma y Milán, o un grado de maestría *(Master's degree)*, como, por ejemplo, en Lyon (Francia), Lovaina (Bélgica) o Edimburgo y Manchestar (Reino Unido). Sin embargo, comparativamente, pocas enfermeras docentes en Europa han tenido hasta ahora la oportunidad de conseguir una educación universitaria que las prepare para su función, e incluso muchas de ellas ni siquiera han tenido formación de ningún tipo para ello. No todas las enfermeras que poseen calificación docente han precisado tener experiencia posbásica en enfermería antes de realizar los estudios que les permitían adquirir dicha califiçación, y esto conduce a una variedad considerable en cuanto a cómo puede actuar el profesor en la práctica como modelo para los estudiantes. Como indica Stevens (1979), «docencia y administración son campos de ciencia en sí mismos, pero deben ser combinados con enfermería en programas para enfermeras docentes y educadoras... Para cada *rol* que combine otras disciplinas con enfermería deben considerarse tres cuestiones:

»1.ª ¿Qué nivel y naturaleza de habilidad y destreza se requiere en el componente de enfermería?

»2.ª ¿Qué nivel y naturaleza de habilidad y destreza se requiere en la disciplina secundaria combinada?

»3.ª ¿Cuál es la naturaleza del *rol* que combina e interrelaciona estas disciplinas?

Las respuestas serán diferentes para *roles* diferentes, pero es claro que el componente de enfermería es importante para la enfermera docente, porque no se puede enseñar lo que no se conoce bien (Stevens, 1979). Uno de los motivos de la discordancia que normalmente puede que sea que las enfermeras docentes no siempre practican enfermería clínica por un tiempo suficiente antes de calificarse como profesoras y, en muchos lugares, dejan de tener responsabilidades de asistencia mientras son docentes, aunque, en la actualidad, se está tendiendo a ha-

cer nombramientos conjuntos para asistencia/docencia.

En algunos países se ofrecen cursos en especialidades tales como enfermería pediátrica o enfermería psiquiátrica a nivel de formación básica (por ejmplo, en Bélgica, Alemania, Francia, Reino Unido) o como cursos cortos o cursillos posbásicos. La formación de matronas también se lleva a cabo a nivel básico en algunas partes y a nivel posbásico en otras y puede estar incluso separada por completo de la enfermería. Sin embargo, la mayor parte de la educación posbásica en enfermería clínica parece que se ha desarrollado más despacio y, a menudo, en una forma menos organizada en la mayor parte de los países, con la excepción, quizás, de la enfermería de salud pública, que sí está bien establecida en países como Finlandia y el Reino Unido. Hace once años se creó la Junta o Consejo Conjunto de Estudios de Enfermería Clínica («Joint Board of Clinical Nursing Studies») para considerar y asesorar sobre la necesidad de formación clínica posbásica para enfermeras y matronas en departamentos especializados del servicio hospitalario en Inglaterra y Gales para coordinar y supervisar los cursos celebrados como resultado de tal asesoría». Escocia tiene un consejo similar. En 1973 se ampliaron los términos de referencia para incluir las necesidades de las enfermeras extrahospitalarias. Un estudio realizado en 1970 indicó que existían 350 cursos en Inglaterra y Gales en 47 especialidades diferentes (Darling, 1980). Los cursos variaban considerablemente en duración y calidad, y la mayor parte de ellos no eran reconocidos a nivel nacional. Ahora hay unos 64 cursos en 37 especialidades que duran generalmente de 6 a 12 meses y conducen a la consecución de un certificado reconocido a nivel nacional. Existen también cursillos breves en algunas especialidades que otorgan un informe de competencia o asistencia al cursillo. Para cada curso hay un currículum general que contiene los requisitos para el curso y los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios. Estos planes generales son elaborados por un «panel de asesores», esto es, por grupos de enfermeras, médicos y, en algunas ocasiones, otros profesionales de la salud que son expertos en su especialidad clínica, junto con los oficiales de enfermería («Nursing Officers») de la junta. La planificación detallada de un curso a nivel local —es decir, en una institución o centro— es elaborada por un grupo similar. Todos estos cursos están bajo la supervisión de enfermeras docentes y la mayor parte de la enseñanza es realizada por enfermeras. Pero, sobre todo, no todos están relacionados con especialidades médicas. Además de esto, la junta ha reconocido las necesidades de los propios responsables de los cursos, ha organizado talleres pedagógicos cortos para enfermeras docentes que programan cursos y para personal de enfermería clínica implicado en la enseñanza y ha elaborado material para ayuda, como los folletos sobre la enseñanza para los objetivos de investigación y administración de los cursos y el paquete para la evaluación. La Universidad de Investigación de la Junta hace una contribución considerable a estos y otros aspectos del trabajo (JBCNS, 1978).

Como ha indicado la doctora Hall, oficial regional para enfermería en Europa de la O.M.S.: «En la mayor parte de los países de la región europea, la enfermera, que debería ser la principal proveedora de servicios de enfermería totales, completos, organizados, ha llegado a ser considerada como un trabajador hospitalario, principalmente interesado en atender los distintos departamentos de dicha institución y crear un ambiente en el que el médico y su paciente puedan encontrarse, relacionarse y actuar mutuamente» (Hall, 1980). En algunos lugares, como en Escandinavia, por ejemplo, la enfermería de salud pública está bien desarrollada. En otros, las enfermeras actúan, o están empezando a actuar, en la comunidad cuidando enfermos y/o promoviendo o fomentando salud en fábricas, familias, casas y escuelas; pero no siempre poseer educación y formación especializada adecuadas, aunque sí existe en algún país, como el Reino Unido. A veces, la razón por la que esta clase de cuidado y de formación para prestarlo se han desarrollado como lo han hecho es una razón histórica. En Inglaterra, la enfermería de distrito *(District nursing)* se empezó a desarrollar de verdad cuando un hombre acaudalado de Liverpool quiso facilitar a los pobres en sus propias casas la misma clase de cuidados de enfermería en la enfermedad que su familia recibía. Solicitó la ayuda de Florencia Nightingale y, como resultado de sus conversaciones, las enfermeras comenzaron a ser entrenadas para esta misión. Desde 1887, esta preparación fue organizada por el Queens Institute of District Nursing y más recientemente por el Panel de Asesores, pero sólo ahora, con el nuevo curso, se está haciendo obligatoria la calificación especializada para enfermería de distrito. Desde 1890 han existido cursos para visitadoras de salud *(Health visitors)*, que están dedicadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad entre familias e individuos y les atañe en particular el cuidado a los niños en las distintas edades. Hasta 1928 no fue obligatoria la posesión del certificado de visitador de salud *(Health visitors certificate)* (Baly, 1973). En algunos países, el cuidado de los enfermos en sus domicilios y las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedad son responsabilidades combinadas de las enfermeras de salud pública. Aunque hay ventajas en esto último, debe tenerse siempre presente que, donde los recursos sean limitados, puede resultar imperante el proporcionar los cuidados al enfermo a costa de omitir las funciones de promoción de salud.

Donde quiera que se mire en Europa, la educación de las enfermeras se ha desarrollado siguiendo las líneas del modelo médico y en el pasado ha estado ampliamente basada en el hospital. Como expresa la doctora Hall (1980), la mayor parte de los planes de estudio han estado muy recargados de medicina, hay mucho énfasis en patología y muchos de los cursos posbásicos para enfermeras pertenecen a materias médicas, tales como anestesiología, radiografía o tecnología de laboratorio. No se comprende muy bien el cuidar como algo concreto y distinto del curar. En especialidades tales como enfermería

de cuidados intensivos, la experiencia indica que se ha hecho énfasis en los aspectos médicos y técnicos, pero se ha prestado poca atención a la persona como un todo que está en una situación crítica de enfermedad. Mas, tanto por razones de eficacia como por razones de humanidad, deben ser desarrollados los aspectos de enfermería del cuidado a la persona completa, incluyendo aspectos psicosociales y espirituales. Como indica la literatura revisada para un estudio sobre enfermería de terapia intensiva (Ashworth, 1980), el estado psicológico puede afectar al estado fisiológico, en particular en los enfermos críticos. Incluso la enfermería de salud pública, donde las enfermeras han tenido, a veces, más libertad para su práctica, no se ha salvado del problema, ya que la orientación que ofrece la educación básica que sigue un modelo médico no ha sido a menudo superada incluso por la formación posbásica. Es cierto, como se ha dicho de enfermería en otras partes del mundo, que «el fallo en reconocer la existencia de la disciplina (de enfermería) como un cuerpo de conocimientos que está separado de las actividades de los profesionales ha contribuido al hecho de que la enfermería haya sido considerada como una vocación más que como una profesión. A su vez, esto ha inducido a confusión sobre si la disciplina de enfermería realmente existe» (Donaldson y Crowley, 1978, pág. 117). «Por necesidad, la práctica clínica se centra en el individuo, aquí y ahora, que tiene un problema que exige acción pertinente y adecuada. La disciplina, en contraste, incluye un conocimiento base a propósito para todas las esferas de la práctica profesional y que enlaza el pasado, el presente y el futuro. Su campo de acción va mucho más lejos de lo requerido para la práctica clínica corriente» (pág. 118). Como ocurre con la medicina, el conocimiento de otras disciplinas contribuye a ello. La disciplina o conocimientos base de enfermería debe ser a propósito para y usada como la base de la práctica clínica y no simplemente confinada a las «torres de marfil» de los establecimientos docentes. Pero enfermería no es precisamente «las actividades que las enfermeras hacen»; en efecto, algunas de las actividades que las enfermeras realizan a veces no son con seguridad enfermería, ya que con frecuencia las enfermeras suplen deficiencias dejadas por otros servicios.

Las disciplinas profesionales tienen una responsabilidad en relación con las necesidades de la sociedad y los fines prácticos de las profesiones asociadas; y las disciplinas surgen como resultado del pensamiento creativo relacionado con problemas o temas significativos (Donaldson y Crowley, 1978). Algunos de los temas cruciales en la época presente son: ¿Cómo puede enfermería contribuir mejor al cuidado de la salud de individuos o grupos en una época en la que existe un número creciente de personas ancianas y/o que tienen enfermedades crónicas o subsisten para vivir con anomalías congénitas que deterioran o limitan su funcionamiento? ¿Cómo puede enfermería ayudar a la gente a beneficiarse de los adelantos en tecnología médica evitando a la vez algunos de sus posibles efectos secundarios indeseables? ¿Cómo puede enfermería contribuir al mejor uso de los limitados recursos para el cuidado de la salud, que resulta cada vez más costoso? ¿Hace enfermería ahora su máxima contribución posible en estos aspectos de los cuidados de salud? Parece que la respuesta a la última pregunta es no. Si tiene que hacerlo así, se necesitan enfermeras que puedan utilizar un enfoque de solución de problemas *(a problem solving approach)* para cuidar, que puedan pensar crítica y analíticamente sobre él, utilizando la literatura y la investigación ya publicadas para aumentar y ayudar su propio pensamiento e indagando, estudiando y analizando temas importantes por medio de investigación. Necesitamos enfermeras que integren competencia intelectual con pericia clínica que pueda ser demostrada en diferentes situaciones, dentro y fuera de los hospitales. Enfermería ha estado con frecuencia, por tradición, dedicada a hacer cosas a la gente en lugar de trabajar con la gente. Lo que se precisa es el reconocimiento de que gran parte de los cuidados de salud para individuos y grupos debe ser hecha por ellos mismos, por la propia gente. Los profesionales de la salud existen para ayudarles donde el autocuidado, su propio cuidado, es inadecuado para satisfacer sus necesidades. Como dicen Orem (1980): «Enfermería tiene como su incumbencia especial la necesidad del individuo de acción o actividades de autocuidado y provisión y administración de este cuidado de forma ininterrumpida en orden a mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o la lesión y manejarse y salir adelante con sus efectos.» Enfermería es requerida cuando el individuo no pueden mantener por sí mismo y sin ayuda su propio cuidado.

Los cursos posbásicos para enfermeras en Europa están empezando a ser orientados más hacia la enfermería en sí misma que a la enfermería como una adjunta a medicina y a incluir el desarrollo de aspectos tales como el enfoque de solución de problemas (a menudo referido a él en enfermería como el proceso de enfermería), investigación, participación del cliente/familia en los cuidados de salud y la responsabilidad de rendir cuentas de las enfermeras por los cuidados de enfermería prestados. El nuevo curso de 6 meses de enfermería de distrito en Inglaterra es un ejemplo de esto. Pero hay aún pocos lugares donde la enfermería clínica esté siendo estudiada y desarrollada a nivel universitario e integrada con la práctica. Sin embargo, conforme vayan existiendo más enfermeras educadas de esta forma, podrán desarrollar el contenido de enfermería para ser enseñado en cursos básicos y posbásicos a las generaciones futuras, utilizando métodos adecuados para enseñanza de adultos (Tibbles, 1977) y tomando en consideración las necesidades individuales de los alumnos (Luther y Wolfe 1980). Estos cursos es necesario que se encuadren en un esquema general de oportunidades educaciones para las enfermeras y, en un esfuerzo por promover esto y reducir la fragmentación, las principales instituciones específicamente responsables de la educación básica y posbásica

de enfermeras en Inglaterra se van a unir próximamente en un consejo.

La necesidad de la educación posbásica y muchas de las ideas expresadas en esta ponencia están corroboradas por publicaciones del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1978). Dos de los cuatro componentes del Programa a Medio Plazo de Enfermería en Europa de la O.M.S. son la educación de enfermería y el proceso de enfermería, y se espera que la investigación multinacional que se lleva a cabo en relación con este último aumentará el conocimiento sobre enfermería y asentará los cimientos para futura investigación y desarrollo. Pero lo más importante es lo que los individuos y los grupos hacen en cada país para desarrollar enfermería y la educación de enfermería, porque esto es la base para el desarrollo internacional.

McFarlane (1978) dijo que enfermería se está moviendo de lo reactivo a lo científico, de lo institucionalizado a lo individualizado, de lo rutinario a lo creativo y de los dependiente a lo responsable. Si enfermería ha de llevar a cabo su potencialidad como contribuidora a los cuidados de salud, tiene que ser así. Pero esto requiere enfermeras que se comprometan a desarrollar la disciplina de enfermería, con el fin de descubrir y satisfacer las necesidades de salud de los individuos, grupos y comunidades que le competan, y la educación posbásica que las prepare para ello. Sobre ambos aspectos se está progresando en Europa, pero todavía queda mucho trabajo por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashworth, P. (1980). Care to Comunicate. Royal College of Nursing Research Series. Rcn Henrietta Place Cavendisch Square, Londres.
2. Baly, M. E. (1973). Nursing and Social Change. William Heinemann Medical Books Ltd. Londres.
3. Darling, V. (1980). Education - a continuing concern. Nursing Focus; junio, 1980, págs. 405-407.
4. Donaldson, S. K., Corwley, D. M. (1978). The discipline of Nursing. Nursing Outlook, febrero, 1978, págs. 113-120.
5. Duvillard, M. (1980). Continuing Education for Nursing Personnel in Switzerland. Int. Nurs. Rev. 27, 1980, págs. 18-21.
6. Gardener, M. G. (1977). The history, philosophy and evaluation of the work of tHe Joint Board of Clinical Nursing Studies. Journal of Advanced Nursing, 1977, 2, págs. 621-632.
7. Hall, D.C. (1980). The Nature of Nursing and the Education of the Nurse. Journal of Adv. Nurs. Vol. 5, Núm. 2, marzo, 1980, págs. 149-159.
8. Joint Board of CLinical Nursing Studies (1978). Third Report. Septiembre, 1978. JBCNS 178-202 Great Portland Street, Londres, W1N 5TB.
9. Luther, D. C., Wolfe, M. J. (1980). Toward a Partnership in Learning. Nursing Outlook, diciembre, 1980, págs. 745-750.
10. McFarlane, J. K. (1978). Nursing: the state of the art. Proceedings of the Nursing Mirror First International Cancer Nursing Care Conference. Londres, 1978, págs. 4-5.
11. Orem, D.E. (1980). Nursing: concepts of practice. McGraw-Hill Book Company. Nueva York, St. Louis, San Francisco.
12. Report of the Committee on Senior Nursing Staff Structure (1966). Her Majesty's Stationery Office. Londres, 1966.
13. Stevens, B. J. (1979). Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation. Little, Brown and Company. Boston, 1979.
14. Tibbles, L. (1977). Theories of Adult Education: Implications for Developing a Philosophy for Continuing Education in Nursing. Journal of Continuing Education in Nursing. Vol. 8, núm. 4, 1977.
15. World Health Organisation. Regional Office for Europe. Report of the Technical Advisory Group on the Education of Nursing/Midwifery Personnel. 1978. ICP/HMD 049 (3).
16. World Health Organisation. Nursing Services. Report on a WHO Symposium (1978). Euro Reports and Studies 22. Who Regional Office for Europe, Copenhague.

Doy también las gracias a C. M. CHAPMAN por sus referencias al Study of Nursing Education in Seven of the Member Countries of the E.E.C., 1979-1980.

PROYECTO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

María Paz Mompart García,
Rosa María Alberdi Castell

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo que presentamos ha sido elaborado por Rosa María Alberdi y yo misma, y se inscribe dentro de la filosofía que orientó la realización del documento sobre formación posbásica en enfermería de la Junta Directiva de la A.E.E.D., publicado en junio del pasado año.

En parte de la presente ponencia y especialmente en los apartados dedicados a objetivos y contenidos de la licenciatura, hemos utilizado los trabajos desarrollados por un grupo de socios durante dos talleres pedagógicos que sobre este tema tuvieron lugar en octubre y febrero pasados, en Barcelona.

A casi cuatro años vista de la estructuración del nuevo plan de estudios de enfermería, superada, con más o menos éxito, la crisis de crecimiento a la que nos vimos enfrentados los profesionales y arbitradas las medidas legales que permitirán la igualdad de la titulación académica para todos, podemos pensar que está ya consolidado el primer nivel de nuestra carrera.

A nuestro entender, y pese a las incertidumbres y fracasos parciales que hayamos podido sufrir, el balance de estos años es ciertamente positivo y supone una elevación real del nivel profesional de la enfermería.

Queda por hacer, para que esta consolidación sea duradera y el plan de estudios se ajuste a las necesidades, una evaluación profunda de sus contenidos y de la forma de desarrollarlos y, sobre todo, una auténtica unificación de criterios entre los centros docentes del país.

Igualmente, en esta línea de progreso profesional, la enseñanza de la enfermería debe afrontar otra gran responsabilidad: la de comenzar el estudio de la estructuración de la formación posbásica.

El sentido de esta ponencia, así como el de todas las que se desarrollarán durante estas sesiones irán en esta línea de presentar la alternativa de la Asociación Española de Enfermería Docente como posible base de estudio.

A lo largo de este trabajo, intentaremos exponer los siguientes puntos:

En primer lugar, haremos una panorámica general del planteamiento de la asociación sobre la formación posbásica.

En segundo lugar, expondremos los objetivos, contenidos y líneas generales de desarrollo de la licenciatura en enfermería.

2. PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA FORMACIÓN POSBÁSICA EN ENFERMERÍA

Las líneas generales de la formación posbásica que propone la A.E.E.D. ya fueron expuestas, como hemos dicho, en el documento «Proyecto de estructuración de la formación posbásica en enfermería», que seguramente todos concemos. En dicho documento se daban las razones de índole social, científica y académica que justifican este plante-

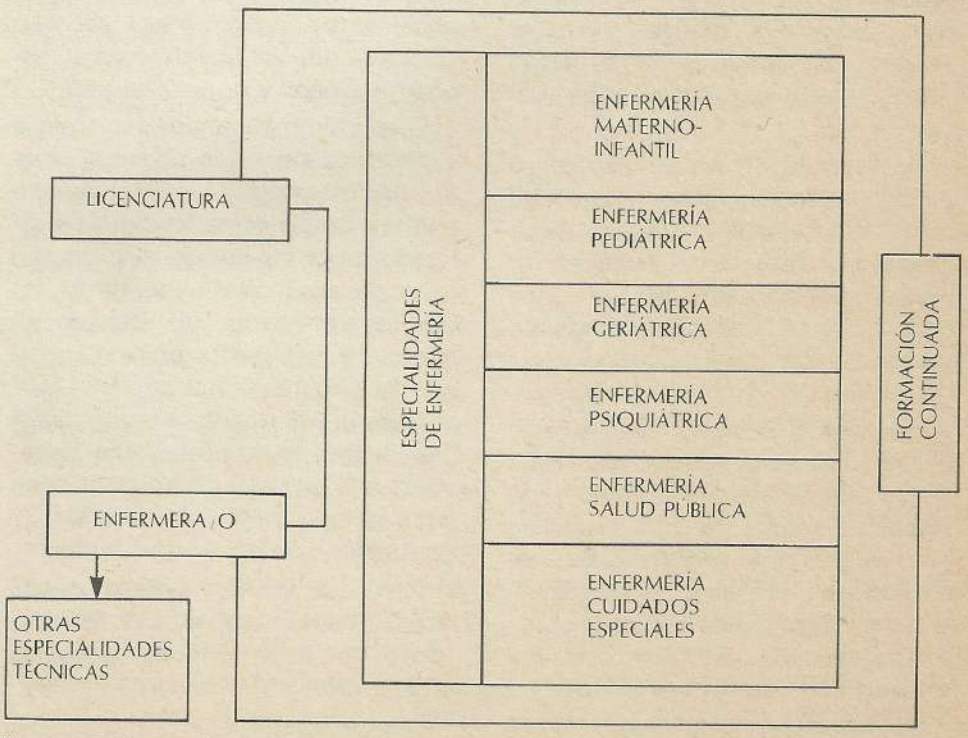


Fig. 1.— Estructuración de la formación posbásica en Enfermería. (A.E.E.), junio 1980.

amiento. Estas razones serán más ampliamente comentadas en los diversos trabajos que se presentarán estos días.

En resumen, la alternativa que propone la asociación se plantea en dos líneas:

— *Licenciatura,*
— *Especialidades.*

Dentro del campo de las especialidades, se contempla la creación de seis, que son:

— *Enfermería de salud pública,*
— *Enfermería maternoinfantil,*
— *Enfermería psiquiátrica.*
— *Enfermería infantil,*
— *Enfermería de cuidados especiales,*
— *Enfermería geriátrica.*

Como se puede ver, esta propuesta de especialidades difiere en algunos aspectos de la orientación que hasta ahora venían siguiendo los estudios de las especialidades de A.T.S.

En primer lugar, algunas de las especialidades que se cursaban en A.T.S. se han constituido en fecha reciente como estudios universitarios independientes de la enfermería. Nos referimos a podología y fisioterapia.

En segundo lugar, otro importante grupo de especialidades cae en la actualidad dentro de la alta especialización tecnológica, que pensamos es necesario desarrollar en la formación profesional de segundo y tercer grado.

En tercer lugar, existía otro grupo de especialidades estructuradas en razón de diversas patologías y siguiendo patrones de especialidad médica que en estos momentos ha parecido más oportuno englobar dentro de una gran especialidad de enfermería en cuidados especiales.

Finalmente, se han conservado en nuestro esquema aquellas especialidades que responden a campos de actuación propios de enfermería y se han incluido las especialidades de enfermería de salud pública y enfermería geriátrica, que estimamos están justificadas por las necesidades actuales en materia de salud.

En cuando a la licenciatura, proponemos una única licenciatura de tipo general, cuya exposición detallada haremos más adelante.

En realidad, quizá nos podemos dar cuenta ahora que el estudio de las especialidades tendría que haberse hecho, o al menos haberse tenido una visión clara de su panorámica general, en el momento en que se confeccionó el plan de estudios básico. En efecto, cualquier planteamiento desde el punto de vista de la educación de una profesión, debe hacerse de una forma globalizada, con una perspectiva total y no lo más profunda posible del papel del profesional. De esta manera, el proceso educativo será armónico, ajustado y eficaz, haciéndose el adecuado uso de todos los recursos.

Ya el quinto Informe del Comité de Expertos en Enfermería de la Organización Mundial de la Salud dice al respecto:

«Los estudios básicos de enfermería constituyen en primer lugar una preparación para el ejercicio de la profesión y, al mismo tiempo, una plataforma para pasar a estudios superiores.»

Por ello, creemos que el planteamiento de la formación posbásica ha de ir, como decíamos antes, estrechamente unido a la evaluación y revisión del plan de estudios básico actualmente existente, de forma que cada una de las áreas y grupo de conocimientos encuentre su lugar y su nivel más adecuado dentro de un esquema general y no parcializado.

Con esto no queremos decir que la experiencia de estos primeros años del plan de estudios de diplomado en enfermería nos demuestre que las directrices por las que se guía no son las adecuadas; bien al contrario, todos los contenidos que figuran en ellas son, en nuestra opinión, pertinentes e imprescindibles para el ejercicio de la enfermería, sea cual sea el área de trabajo del profesional. La revisión a la que antes aludíamos debe hacerse en cuanto a la extensión y profundidad de las diversas materias.

Planteada la visión general que la A.E.E.D. tiene sobre la formación posbásica en enfermería, pasamos ahora a hablar del tema de la licenciatura, objeto específico de este trabajo.

3. LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

3.1. Justificación

Dentro de este apartado nos gustaría, en primer lugar, revisar brevemente el concepto de licenciatura.

En general, se acepta que la licenciatura es el nivel de enseñanza que otorga un título superior en una profesión. En nuestro país, regulada la enseñanza universitaria en ciclos progresivos, la licenciatura constituye el segundo ciclo de dos años de duración.

Y en enfermería ¿qué puede significar, en España, una licenciatura?

A grandes rasgos, consideramos que la licenciatura constituye el camino que permite la obtención de los medios adecuados para profundizar en el conocimiento específico de la profesión.

Esto quiere decir, trasladado al terreno profesional, que la licenciatura contribuirá a formalizar el cuerpo de conocimientos propio de la enfermería. En consecuencia, la enfermería como profesión estará capacitada para:

— *Acrecentar este cuerpo de conocimientos, mejorando los servicios que presta,*
— *preparar a los profesionales,*
— *gobernarse a sí misma,*
— *establecer sus propias normas.*

Características todas ellas que definen entre otras, a una profesión y que en nuestro país y en nuestro caso aún no se cumplen en su totalidad.

Somos conscientes de que la sola mención de la palabra «licenciatura» aplicada a enfermería provoca reacciones encontradas, que van desde la aceptación incondicional y a veces no razonada, hasta la hostilidad manifiesta, tanto entre los propios profesionales como, sobre todo, entre los grupos de otros colegas del campo de la salud.

En este sentido, queremos dejar claro que la A.E.E.D. no lucha por un simple título de licenciado, sino que defiende el derecho de la enfermería a una formación superior que le permita obtener las características profesionales que hemos mencionado.

La licenciatura permitirá
a la **ENFERMERÍA:**

Acrecentar su cuerpo de conocimientos, mejorando los servicios que presta.
Preparar a sus propios profesionales.
Gobernarse a sí misma.
Establecer sus propias normas.

Figura 2

De todas maneras, en nuestro país la legislación en general y especialmente la educativa no ofrece otra posibilidad para esta formación superior que estamos reclamando, que el segundo nivel universitario; esto es, la *licenciatura.*

A veces, se ha propugnado para la enseñanza superior en enfermería, modelos de formación que no se ajustan a las características de los niveles universitarios, en razón de la especificidad de la enfermería y de las dificultades existentes.

Sin embargo, a causa de la rigidez extrema de nuestros esquemas legales, que prácticamente no permiten ninguna diversificación, nos parece peligroso reivindicar las «diferencias» de la enseñanza de la enfermería, tratando de conseguir un modelo especial que conduciría probablemente a una titulación distinta de las que figuran en la ley.

Si los contextos legales, administrativos y académicos españoles fueran más flexibles, la A.E.E.D. sería factible el estudio de las diversas opciones que se ofrecieran, ya que, insistimos, nuestro objetivo no debe ser la obtención de una titulación determinada, sino la de una formación superior para la profesión.

Creemos también importante hacer en este momento una breve consideración sobre el tipo de licenciatura. *En este sentido, la A.E.E.D. propone una licenciatura de carácter general, no diversificada, que otorgue una única titulación: licenciada en enfermería.*

Como todos sabemos, en los últimos tiempos se han hecho diversas propuestas de varios tipos de licenciatura especializada en algún área concreta, tal como administración, docencia, salud pública y otras. Así, la propia asociación, en sus primeras sesiones de trabajo, celebradas hace dos años, apuntó esta posibilidad, que igualmente es defendida en la actualidad por destacados miembros de nuestro colectivo.

Sin embargo, en opinión de la junta directiva, el mejor enfoque para que la licenciatura dé a la enfermería los resultados que pretendemos es el de una única licenciatura en enfermería de carácter general.

El motivo fundamental que determina esta elección es nuestro convencimiento de que *los estudios superiores en enfermería deben estar centrados en razón de la profundización de los conocimientos profesionales y no en base a la función que desarrollarán los enfermeros una vez licenciados.* Éste es además el enfoque que propugna el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud, desde su quinto informe hasta las declaraciones más recientes.

Por otra parte, pensamos que las propuestas que se han hecho sobre una licenciatura especializada en administración o en docencia de enfermería no siguen las líneas que orientan a otras enseñanzas universitarias, ya que, si hacemos un repaso a las licenciaturas en otras disciplinas que confieren especialidad (por ejemplo, psicología) observamos que estas «especialidades» profundizan en una área concreta de conocimientos y no en una función del profesional, como sería la administración y la enseñanza para la enfermería.

En cuanto a la cuestión concreta de una licenciatura en docencia, tampoco creemos adecuado su planteamiento por dos motivos:

1.º No existe ninguna profesión en nuestro país que otorgue un título específico de docente para ella misma, suponiendo que la formación superior ya capacita para esta función.

2.º Un profesional que se dedique a la enseñanza debe ante todo ser un buen enfermero, con unos conocimientos ampliados sobre la disciplina de enfermería y con una capacitación docente que le permita la transmisión de estos conocimientos. Esta capacitación debe ser parte de su formación, pero no constituir el eje de ella.

3.2. OBJETIVOS DE LA LICENCIATURA

Ya hemos expuesto anteriormente lo que la enfemería como profesión puede obtener de la formación superior. Intentaremos ahora explicar qué tipo de enfermera será el resultado de esta formación.

Citamos nuevamente el quinto informe del Comité de Expertos en Enfermería de la O.M.S., que dice: «...todo país, por difícil que sea su situación, debe dedicar una parte de sus recursos a la formación superior de cuando al menos algunas enfermeras, para disponer así más adelante de personal capaz de *ejercer competentemente funciones docentes, administrativas y profesionales.*»

De acuerdo con lo expuesto en esta cita, estimamos que la licenciatura capacitará a los enfermeros para ejercer todas las funciones de la profesión, permitiéndoles asumir las máximas responsabilidades como docentes, administradores e investigadores.

En este sentido y dado el carácter general que se da a la licenciatura, el plan de estudios deberá profundizar en algunas de las áreas que ya se estudiaron en el currículum básico e incluir nuevos conocimientos que permitan el desempeño competente de las responsabilidades del licenciado.

En consecuencia, podríamos establecer los siguientes objetivos para el plan de estudios de la licenciatura

en enfermería, que, expresados en términos de conducta del alumno al finalizar los estudios, serían:

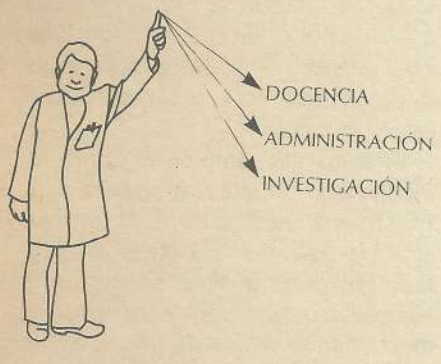
1.º Actualizar y ampliar los conocimientos de enfermería fundamental y avanzada para aplicarlos a su práctica profesional.

2.º Administrar los servicios de enfermería en los distintos niveles y en todos los ámbitos.

3.º Identificar las necesidades de educación en enfermería y establecer y ejecutar las actividades docentes requeridas.

4.º Asegurar el constante desarrollo de la enfermería mediante la investigación científica y participar con otros profesionales en la investigación en cualquier área de la salud.

El primer objetivo se refiere a la profundización de los conocimientos propios de la enfermería, y puede subdividirse en los siguientes objetivos intermedios.



EL LICENCIADO EN ENFERMERIA SERA CAPAZ DE EJERCER COMPETENTEMENTE FUNCIONES DOCENTES, ADMINISTRATIVAS Y PROFESIONALES

7.º INFORME, O.M.S.

1.1 Actualizar y ampliar su nivel de conocimientos y capacidad profesional.

1.2 Identificar las situaciones de cambio que afecten a la profesión de enfermería.

1.3 Utilizar el idioma inglés, a nivel de traducción como mínimo.

El segundo objetivo es el relativo a la función de administración y se divide en cinco subobjetivos que repasan los diversos aspectos del proceso administrativo:

2.1 Identificar las necesidades administrativas en el campo asistencial y docente, en los ámbitos institucional, local y nacional.

2.2 Planificar los servicios y los centros docentes de enfermería de acuerdo con las necesidades detectadas y los recursos existentes.

2.3 Organizar servicios y centros docentes de enfermería de acuerdo con los planes establecidos.

2.4 Dirigir el personal que está a su cargo, orientándolo al cumplimiento de los objetivos establecidos.

2.5 Evaluar de forma continuada su actividad profesional y la del personal a su cargo, así como el funcionamiento de la institución o servicio, de acuerdo con los objetivos es-

El tercero de los objetivos trata del aspecto de la formación para la docencia y tiene tres subobjetivos, referidos a los ámbitos en que el enfermo ejerce esta función:

3.1 Asumir la responsabilidad del proceso educativo en enfermería, diseñando, desarrollando y evaluando los planes de estudio en todos los niveles intraprofesionales.

3.2 Participar en la elaboración, desarrollo y evaluación de los planes de estudio de otros profesionales de la salud en las áreas relacionadas con la enfermería.

3.3. Diseñar, desarrollar y evaluar, junto con otros profesionales de la salud, los planes de educación sanitaria dirigidos a la comunidad, en el ámbito nacional y local.

El cuarto objetivo general se refiere también a la ampliación de los conocimientos específicos en enfermería a través de la investigación y se divide en seis subobjetivos, que son:

4.1 Identificar campos de investigación en las áreas de asistencia, administración y educación.

4.2 Plantear y seleccionar los problemas de investigación de mayor interés para lograr el perfeccionamiento de la enfermería, utilizando una filosofía profesional que le permita dar prioridad a las áreas de investigación.

4.3 Diseñar y realizar programas de investigación en enfermería, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

4.4 Comunicar los resultados de las investigaciones, siguiendo las normas establecidas.

4.5 Participar en sesiones científicas de enfermería y en las de otros profesionales de la salud, en los ámbitos institucional, nacional e internacional.

4.6 Colaborar en los trabajos de investigación de otros profesionales relacionados con la salud.

Los objetivos generales e intermedios citados se pormenorizan en objetivos específicos que, por su amplitud, no nos ha parecido oportuno incluir en este trabajo.

3.3. Contenidos de la licenciatura — Plan de estudios

Para alcanzar los objetivos que hemos reseñado, el plan de estudios se estructurará en las siguientes asignaturas:

- *Bases filosóficas y teorías de enfermería.*
- *Administración y sistema sanitario.*
- *Ciencias de la educación.*
- *Investigación aplicada a la enfermería.*
- *Estadística.*
- *Técnicas de comunicación y metodología de la información.*
- *Ciencias sociales.*
- *Legislación.*
- *Deontología.*
- *Inglés.*

Bases filosóficas y teorías de enfermería. Los contenidos de esta asignatura se enfocarán en dos fases. La primera contendrá los aspectos de filosofía general, que ayudará a estructurar un sistema de pensamiento lógico, con el fin de que se pueda seguir la formulación y evolución de las teorías de enfermería, cuyo estudio constituye la segunda fase de esta asignatura.

Administración y sistema sanitario. Este bloque de conocimientos profundizará y ampliará los ya adquiridos en materia administrativa por el diplomado en enfermería. El mayor énfasis deberá darse en la aplicación de la administración a la sanidad, en los diversos niveles de prestación de servicios de enfermería.

Igualmente, es importante que el licenciado obtenga unos profundos conocimientos de la estructura sanitaria del país y los diferentes factores —políticos, sociales y económicos— que en ella inciden, así como el papel que la enfermera desempeña en el sistema.

Ciencias de la educación. La asignatura de ciencias de la educación deberá proporcionar a los licenciados los conocimientos adeacuados para que puedan ejercer eficazmente la función docente en todos los niveles.

El enfoque se orientará en el sentido que el alumno sea capaz de detectar necesidades en materia educativa, formular objetivos docentes, planificar programas y evaluar sus resultados, tanto en la educación que se imparte en escuelas universitarias o profesionales, como en la formación continuada, educación en servicio, etc.

Igualmente, se incluirán en este programa las diversas técnicas de enseñanza a fin de que el enfermero pueda adoptar la estrategia educativa más adecuada en cada situación donde deba desarrollar su función docente.

Investigación aplicada a la enfermería. El objetivo de esta materia es capacitar a los profesionales para que puedan realizar investigaciones y aplicar los resultados de las mismas al trabajo habitual de enfermería, a fin de que ésta constituya un elemento constante de mejora de los servicios que presta la profesión.

El alumno será orientado a aplicar la metodología que se le enseñe, tanto a investigaciones en enfermería como a otros campos de la salud, colaborando con otros miembros del equipo sanitario.

En esta asignatura es importante que sea haga énfasis en la difusión y aplicación de los resultados de las investigaciones, ya que sólo así se cumplirá el objetivo de mejora constante de la profesión. En consecuencia, se dedicará especial cuidado a la formación de los alumnos en los aspectos de elaboración y presentación de trabajos científicos.

Estadística. El programa de esta materia servirá para profundizar y ampliar los conocimientos que el enfermero ya posee por su currículum básico.

El objetivo de la asignatura de estadística es que el licenciado puede utilizar las matemáticas —lenguaje científico universal— para comunicar sus experiencias y realizar trabajos válidos científicamente.

Técnicas de comunicación y metodología de la información. La inclusión de esta asignatura se justifica por dos razones fundamentales:

1.ª La importancia que tiene en el trabajo de enfermería el comunicarse adecuadamente. Esto requiere particular relieve cuando la comunicación se establece con fines docentes y administrativos. Dentro de las técnicas de comunicación se tratará de las distintas formas en que se establece ésta, sus requisitos, las diversas fuentes de distorsión y los métodos más adecuados para mejorarla.

2.ª El papel fundamental que desempeña la obtención de una adecuada información en nuestra vida profesional. Por ello es de especial interés formar a los licenciados en los sistemas de información que pueden usarse, tanto para obtener datos como transmitirlos o almacenarlos. Dentro de los contenidos se incluirán conocimientos relativos a documentación y métodos cibernéticos aplicados a la salud.

Ciencias sociales. Esta asignatura servirá para ampliar los conocimientos de psicología general y social que se han dado en el plan de estudios básico e introducir los contenidos de antropología y sociología que permitan al licenciado tener una amplia visión de las características de los grupos sociales a quienes va a dirigir su trabajo.

En nuestra opinión, los licenciados en enfermería deben poseer conocimientos generales del desarrollo histórico de la sociedad española y de las fuerzas económicas, políticas y sociales que la configuran en la actualidad, a fin de que puedan adaptar los servicios de enfermería a la evolución de las demandas que en materia de salud plantea la sociedad.

Legislación. Para elaborar el programa de esta materia se partirá de los conocimientos ya desarrollados en el currículum básico, ampliando la visión general del derecho que en él se proporcionaba.

El objetivo de esta asignatura será capacitar a los licenciados para que puedan enmarcar su actuación profesional dentro de la actual legislación, por lo que es importante se dé énfasis en los aspectos académicos y sanitarios de la misma.

Deontología. Con la inclusión de esta asignatura se pretende que el licenciado pueda formarse un sólido criterio personal sobre las diversas situaciones con implicaciones deontológicas que deberá afrontar en su vida profesional.

Por sus especiales características, esta materia será aconsejable se trate en forma de seminarios, mesas redondas y discusión de casos prácticos, en los que se pueda solicitar la intervención de expertos en el tema que se trate.

Inglés. El dominio del idioma inglés, al menos en su nivel de lectura y traducción, se ha convertido en nuestro mundo actual en una necesidad ineludible para todos los profesionales, máxime en el nivel en que se encuadra la licenciatura de enfermería.

3.4. Desarrollo del plan de estudios

Los contenidos de este plan de estudios se impartirán en dos años, tal como establece la ley general de educación para el ciclo de licenciatura, con una duración estimada de aproximadamente 1.000 horas de dedicación del alumno en cada curso.

La distribución de los contenidos que presentamos se ha hecho en base a una organización trimestral del curso, en la que deberán alternarse los contenidos teóricos y prácticos. Creemos que la proporción entre los dos tipos de enseñanza debería establecerse en un 60% de teoría y un 40% de práctica, debido al mayor peso de los contenidos cognoscitivos que deben incluirse.

De acuerdo con la importancia de cada materia dentro del currículum, podemos hablar de unas asignaturas de duración trimestral, que serían deontología, legislación y estadística, otras semestrales, como la investiga-

ción en enfermería y, finalmente, el resto, que serían desarrolladas durante todo el año.

Desarrollo del Plan

Duración: 2 AÑOS = 2.000 hs.
Curso Académico: 200 días
Distribución: Trimestral

Relación Teoría-Práctica:
TEORÍA: 60%
PRÁCTICA: 40%

Figura 4

Así, los dos cursos podrían quedar estructurados de la siguiente manera:

Las experiencias prácticas correspondientes se desarrollarán bien simultáneamente a las enseñanzas teóricas o mediante un sistema de bloques. Estas prácticas deberán realizarse en servicios de enfermería intra- o extrahospitalarios, centros docentes o en cualquier ámbito donde se ejerzan funciones de enfermería, especialmenite de tipo administrativo o docente.

3.5 Centros docentes, profesorado y alumnado

A continuación permítasenos hacer una breve referencia a los centros donde se impartirá la licenciatura, así como sobre el profesorado y alumnado.

En cuanto a los centros, uno de los principales problemas que plantea la puesta en marcha de un plan de estudios de licenciatura en enfermería sería probablemente el de los centros donde se debería impartir. Parece claro, según nuestro ordenamiento educativo, que las enseñanzas a nivel de licenciatura se imparten en centros con carácter de facultades. En consecuencia, deberíamos preguntarnos si es oportuno en este caso la creación de una facultad de enfermería. Las reacciones, que hace unas líneas comentábamos aparecen ante la palabra «licenciatura», aumentan indudablemente cuando se habla de «facultad».

Por ello, en nuestra opinión, el mejor camino para iniciar la andadura de la formación superior en enfermería no sería la petición de creación de una facultad en enfermería, cosa que sabemos enormemente difícil, sobre todo desde el punto de vista de los recursos. Estimamos más oportuno que por parte de algunas escuelas, cuidadosamente seleccionadas en razón a sus recursos y disponibilidades, situación geográfica y de relación con la Universidad, se ponga en marcha un programa de este tipo, con carácter experimental, al que, por supuesto, el Ministerio de Educación y universidades concedieran validez académica.

Esta puesta en marcha permitirá contrastar verdaderamente el plan de estudios y mejorarlo a la vista de los primeros resultados. Además, al ser pocos los centros, se podría ejercer un apropiado control sobre el desarrollo del plan para evitar las desviaciones que tan frecuentemente se producen en unos estudios de nueva implantación y de las que son un clarísimo ejemplo la multitud de in-

1.er Curso

CIENCIAS SOCIALES		CIENCIAS SOCIALES
TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN Y METODOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN		
ESTADÍSTICA	INVESTIGACIÓN APLICADA A LA ENFERMERÍA	
BASES FILOSÓFICAS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA		
INGLÉS	INGLÉS	INGLÉS

Figura 5

2.º Curso

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN		CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ADMINISTRACIÓN		ADMINISTRACIÓN
LEGISLACIÓN	DEONTOLOGÍA	SISTEMA SANITARIO
INGLÉS	INGLÉS	INGLÉS

Figura 6

terpretaciones, totalmente contrapuestas, que se han hecho de nuestro currículum básico.

Por lo que respecta al profesorado, pensamos que el planteamiento que hacemos, de pocos centros en plan experimental, hará posible la concentración de los recursos educativos en estas escuelas. Pensamos que la selección de estas escuelas en las que se vaya a impartir la licenciatura se hará primordialmente en base a sus recursos educativos; es decir, fundamentalmente porque tengan el profesorado adecuado, en cantidad suficiente.

Dentro de lo posible, creemos que algunas de las materias que componen el plan de estudios deben ser enseñadas por enfermeros. Para el resto de las asignaturas, habrá que contar con un equipo multidisciplinario en el que los enfermos cumplirán con un papel orientador de la totalidad del currículum, lo que transmitirá a todo el conjunto un auténtico carácter de profesionalidad en enfermería.

Sabemos que aquí nuevamente nos encontraremos con el grave problema de la titulación del profesorado de enfermería que ahora mismo afrontamos en nuestras escuelas. De todas maneras, como es indispensable que existan enfermeros entre el profesorado para la óptima orientación del currículum, se deberán arbitrar las medidas legales transitorias que autoricen y apoyen esta situación de una forma real y efectiva y no dejen a la subjetividad de las autoridades de las universidades la interpretación de la legislación, tal como ocurre actualmente en algunas escuelas, con grave perjuicio para la adecuación de la enseñanza.

En cuanto al tema del alumnado, nos preocupa fundamentalmente que se tengan en cuanta dos aspectos:

a) La adecuación estricta del número de alumnos a los recursos existentes, sean éstos humanos (profesorado) o materiales (locales, centros de prácticas, etc.)

b) La obligatoriedad de fijar el número idóneo de alumnos ajustado a las necesidades de este tipo de titulado superior en enfermería. Estas necesidades deberían ser establecidas a nivel nacional por el ministerio.

Haciendo un paréntesis, diremos que estas afirmaciones respecto al profesorado y al alumnado son extensivas a la totalidad de la formación posbásica en enfermería. Aun a riesgo, una vez más, de parecer utópicas, nos gustaría apuntar la idea de la necesidad de establecer un plan nacional de formación de personal de enfermería, que sirviera fundamentalmente para determinar las necesidades del país en personal de enfermería a corto, medio y largo plazo y ajustar la enseñanza a estas necesidades.

Para finalizar, quisiéramos hacer una llamada en favor de la importancia de que todos estos aspectos que hemos planteado y plantearemos en estos días se estudien de una forma inmediata por todos los enfermeros, a través de nuestros representantes, asociaciones, presentando a las autoridades las alternativas más apropiadas.

En cuanto a la urgencia de esta necesidad, daríamos la razón a todas las personas que dicen que no es éste el momento de iniciar una licenciatura en enfermería. Tienen razón: el momento debería haber sido hace diez años, cuando la ley general de educación ya estableció la posibilidad de una enfermería universitaria. Si entonces se hubiera previsto igualmente una formación superior, probablemente ahora existirían menos problemas de los que padecemos, especialmente desde el punto de vista de control de la profesión.

Pero no debemos mirar atrás para lamentarnos, sino para utilizar la experiencia en la lucha por la consecución de los objetivos que nos hemos marcado.

Es, pues, el momento para trabajar todos juntos, en la obtención de una formación que nos asegure el pleno desarrollo de la enfermería y, en consecuencia, la mejora constante de los servicios que ofrecemos como profesionales a la sociedad.

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA

Rosa María Alberdi Castell
Anna Roigé Bote

I. INTRODUCCIÓN

Antes de empezar la exposición concreta de este tema, nos gustaría recordar alguna de las cuestiones que se planteaban en la I Sesión de Trabajo de la A.E.E.D., en la ponencia que se presentó sobre formación del profesorado.

Como quizás ustedes recordarán que dichas sesiones tenían como objetivo ofrecer alternativas respecto a los problemas más importantes que en aquel momento se planteaban a la profesión y abrir una discusión entre todos los enfermeros para llegar a una unificación de criterios respecto a aquellos problemas.

Entre otras cosas, decíamos: «En nuestro país, en el que vivimos la difícil puesta en marcha del nivel universitario de enfermería y en el que no existe aún un claro y definido sistema sanitario que marque las necesidades futuras en cuanto a este tipo de profesional, no se han planteado las vías de formación posbásica que podrán recibir los diplomados en enfermería en el futuro.»

A dos años de aquellas sesiones, el panorama no ofrece apenas modificaciones en algunos aspectos, mientras que otros han ido clarificándose y permiten proyectar la formación de determinados especialistas en enfermería, cuyo campo de actuación parece bien definido.

Tal vez el área de la salud pública sea la que se encuentra menos clarificada por parte de la administración en cuanto a su futuro desarrollo, aunque existe una decidida tendencia por parte de los profesionales a considerar este área como una especialidad en enfermería.

Con esta ponencia, la A.E.E.D. pretende hacer una propuesta concreta acerca de las enseñanzas que se deben adquirir para poder actuar cumpliendo funciones de enfermería dentro del campo de la salud pública.

Queremos con ello seguir la línea que ya se inició en el plan de estudios básico, adelantándonos en la preparación para áreas que en estos momentos otros profesionales sanitarios aún no han asumido, para así poder tener la oportunidad de ser los propios enfermeros los que determinemos el alcance y el enfoque de nuestra preparación y responsabilidad.

Actualmente, la salud pública ofrece a la enfermería un campo de desarrollo excepcional, ya que, a diferencia del resto de áreas donde actúa, en ésta aún nadie ha marcado los límites y ha definido dentro de qué caminos y bajo qué directrices han de actuar los enfermeros.

Como se ha dicho en otras ocasiones, la asistencia a la salud de la comunidad la llevarán a cabo primordialmente aquellas profesionales que demuestren más adecuada competencia y disponibilidad. Al presentar este trabajo, la A.E.E.D. da una alternativa para que los enfermeros puedan ser este profesional.

II. ¿POR QUÉ ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA?

Entrando de lleno en el tema que nos ocupa, empecemos recordando, aunque sea a grandes rasgos, la situación en que se ha desarrollado hasta ahora la atención a la salud de la comunidad en nuestro país.

En primer lugar, hemos de destacar que el concepto de atención a los individuos fuera del hospital ha estado siempre presente en nuestro sistema sanitario, aunque esta atención se daba sólo a individuos enfermos a los que generalmente se atendía como, entes aislados del contexto familiar y social en el que se encontraban.

En segundo lugar, no se exigía a los A.T.S., practicantes o matronas cursar estudios especializados para incorporarse a los puestos de trabajo que, en cierto modo, cubrían la atención a la comunidad (nos referimos a los A.P.D. principalmente), aunque sí era necesario superar unas oposiciones en las que el temario incluía conocimientos generales de saneamiento ambiental, administración de servicios y epidemiología, entre otros.

Por último, debemos señalar que la única formación concreta en el terreno de la enfermería de salud pública es la que se imparte en la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, hoy desaparecida e integrada en la Escuela Nacional de Sanidad. Es igualmente destacable que la función principal de estas instructoras sanitarias era la de participar en campañas sanitarias.

Sin profundizar en este tema, podemos afirmar que los practicantes, matronas y A.T.S. de asistencia pública domiciliaria y las instructoras sanitarias han sido los precursores de la especialidad de salud pública en enfermería.

A partir de la inclusión en el nuevo currículum de la carrera de los contenidos que proporcionan una formación específica en salud pública, este panorama descrito anteriormente empieza a sufrir cambios fundamentales en el tipo de atención que pueden prestar las enfermeras/os, respondiendo además a la mayor demanda de servicios de salud por parte de la población.

Si dirigimos una mirada a todos los países que tienen organizados los servicios de salud pública, comprobaremos que los han basado sobre una amplia utilización de la enfermería, confiriendo a ésta, en algunos casos, la mayor parte de las actividades de atención directa a la comunidad. Al buscar los motivos que justifican esta actitud, podemos destacar:

a) El personal de enfermería es el que se halla más tiempo en contacto directo con las personas, tanto en el hospital como en la comunidad.

b) Normalmente, las enfermeras/os son los miembros del equipo de salud más asequibles a todos los individuos.

c) Las enfermeras/os son los profesionales que las personas pueden encontrar más cercanos en momentos de tensión producidos por crisis familiares o acontecimientos, como abortos, accidentes domésticos...

d) Si las enfermeras trabajan no sólo en el hospital, sino también en la escuela, el hogar, la fábrica, pueden ser los profesionales de salud que resulten más familiares a la población y, por tanto, su actuación puede significar una permanente orientación para los individuos a los que atienden.

Igualmente, el período de formación que reciben los enfermeros de salud pública y que los capacita para cumplir todas sus funciones de atención a la comunidad es más corto que el de otros profesionales y, en consecuencia, menos costoso para la economía del país (fig. 1).

Por otra parte, en los últimos años, la O.M.S. y todas las organizaciones internacionales y nacionales responsables de la salud han reconocido el papel fundamental de la atención primaria de salud como primer eslabón de los sistemas de atención.

Razones de enfermería de salud pública

PARA LA POBLACIÓN:

Contacto directo y continuado
Accesibilidad
Cercanía en situaciones de tensión
Orientación permanente

SOCIALES:

Menor tiempo de aprendizaje:
Menor costo

Figura 1. Razones de enfermería de salud pública.

Si tenemos presente lo que se entiende por atención primaria de salud, fácilmente deduciremos que la enfermera tiene en ella un papel primordial, que ha sido reconocido en diversas ocasiones por el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud y es cada vez más asumido por los países que quieren llevar adelante una eficaz política sanitaria.

En otro orden de cosas, si se acepta un concepto de salud que la define como algo dinámico y condicionado por múltiples factores, se ha de admitir que su atención estará a cargo de equipos multidisciplinarios, no pudiendo ninguna profesión arrogarse la exclusividad del conocimiento para mejorar y mantener la salud del ser humano. En un equipo concebido de esta forma, la enfermera tiene un definido servicio que ofrecer como coordinadora de los cuidados (fig. 2).

LA SALUD:	Algo *dinámico* y condicionado por *múltiples factores*, debe
ATENDERSE POR:	Equipo *multidisciplinario*, en el que
LA ENFERMERA:	Ofrece un definido servicio como *coordinadora de los cuidados.*

Figura 2.

Hasta ahora hemos revisado algunas de las razones que han motivado la aparición de la enfermería de salud pública en otros países. A continuación vamos a analizar muy someramente la situación actual en España.

En los últimos años se han manifestado algunos indicios que nos permiten suponer que la salud pública y la atención primaria de salud, como parte de ella, serán campos de actuación prioritaria de la política sanitaria española.

Las causas que motivan este cambio de enfoque de la asistencia en España son:

Por un lado, la conciencia cada vez mayor por parte de la población de su derecho a ser atendida en situación de salud, con el fin de promocionarla y prever sus posibles alteraciones.

Por otro, el enorme costo y, en algunos casos, la ineficacia de una estructura sanitaria basada en la atención a la enfermedad en sofisticadas instalaciones hospitalarias que no pueden atender a las verdaderas necesidades que la sociedad plantea.

En este momento, los primeros indicios que mencionábamos y que nos dan idea de que existe una voluntad de dar respuesta a esta situación son la existencia de unas «líneas generales de la reforma sanitaria», aprobadas por las Cortes, en las que se contempla la atención a la comunidad y la creación, por parte de organismos públicos y privados de los primeros centros de salud.

Insistimos en la idea que ya hemos expresado referente a la imprecisión de la orientación real de esta reforma y el papel que los diferentes profesionales —médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales— deben cumplir en la atención a la comunidad. De hecho, al único profesional que se cita específica y repetidamente es al médico, al que se titula de «familia».

Tal como hemos anunciado al principio de este trabajo, vamos ahora a describir las funciones de la enfermera de salud pública, para luego, de acuerdo con ellas, poder determinar los contenidos de su programa de enseñanza.

III. FUNCIONES DE LA ENFERMERA/O DE SALUD PÚBLICA

Como se ha repetido en diversas ocasiones, las funciones de la enfermería son:

—prestar cuidados.
—enseñar,
—investigar.

Estas funciones, generales para todos los profesionales de la enfermería, deben desarrollarse, en este caso concreto, dentro del marco de la Salud Pública.

En la actualidad, se acepta que la Salud Pública actúa a nivel de:

- Fomento de la salud.
- Prevención de enfermedades y accidentes.
- Atención directa y básica en situaciones de enfermedad.
- Rehabilitación.

FUNCIONES

- Prestar cuidados,
- Enseñar,
- Investigar.

Actuando a nivel del:

- Fomento de la salud.
- Prevención de enfermedades y accidentes,
- Atención directa y básica en situaciones de enfermedad.
- Rehabilitación.

Figura 3. Funciones de la enfermera/o de salud pública.

Aunque, como ya hemos dicho, en este momento están aún por definir los papeles concretos de cada tipo de profesional que integrará el equipo de salud pública, entendemos que ya se pueden destacar algunas actividades que son propias de la enfermería dentro de las áreas antes mencionadas.

Así, en promoción de la salud, la enfermera/o actuará en campañas de inmunizaciones, detección de patologías prevenibles, exámenes de salud, estudios epidemiológicos de enfermedades transmisibles, etc.

En el aspecto de la asistencia directa a la población en situaciones de enfermedad, ya hemos destacado, al principio de nuestra exposición, las razones que hacen del enfermero el profesional sanitario más adecuado para llevarla a cabo.

Por último, la enfermera/o de salud pública realiza en el terreno de la rehabilitación un papel de coordinadora de todos los recursos de que dispone la comunidad para facilitar la reinserción de los pacientes a la vida social.

Para que las enfermeras puedan cumplir adecuadamente sus funciones en salud pública, los países han adoptado dos enfoques distintos en cuanto a su formación. Algunos han tendido a formar una enfermera de carácter generalista que esté capacitada para atender las situaciones de salud de todos los sectores de la población.

Otros preparan a una enfermera que atiende principalmente a aquellos problemas a los que se ha dado prioridad por las especiales características de la población.

Nos referimos, por ejemplo, a los profesionales que están orientados a atender escolares, a la población trabajadora, a los ancianos o incluso a determinadas patologías, como tuberculosis, enfermedades venéreas, etc.

En nuestro país, dado que se están iniciando aún las actividades de salud pública y la sociedad demanda preferentemente atención en situación de enfermedad, opinamos que se debe formar un profesional de enfermería que pueda atender a todas las situaciones de salud que plantee la comunidad. Este enfoque «generalista» del papel de la enfermera/o de salud pública deberá estar sujeto a una evaluación continua, para ir adaptándolo según las necesidades de la población.

En este sentido opinamos que, dado que el trabajo a realizar por el profesional viene determinado por las necesidades de la población a la que atiende y a la diversidad de comunidades que exiten en nuestro país, la formación de estos profesionales deberá tener en cuenta estas diferencias, programándose materias específicas dentro del plan de estudios que preparen para atender a las necesidades específicas de cada comunidad. Así, un enfermero de salud pública que vaya a trabajar en una zona eminentemente minera, deberá conocer aquellas materias que le permitirán detectar y prevenir los problemas de salud que origina el trabajo de la minería. Este ejemplo es igualmente aplicable a otros casos, como el de los profesionales que deberán actuar en zonas rurales o altamente industrializadas.

El *trabajo* de la enfermera de salud pública deriva de las *necesidades* de la comunidad.

En consecuencia,

La *formación* de la enfermera de salud pública debe adaptarse a las *características* de la comunidad.

Figura 4.

IV. PROYECTO DE PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA

IV. 1. Objetivos del programa

De acuerdo con este enfoque generalista de la enfermera/o de salud pública que propugnamos y a las funciones que deberá cumplir en la comunidad, podemos pasar a considerar el plan de estudios de la especialidad.

De una forma general, podríamos decir que los estudios de la especialidad de enfermería de salud pública tienen como objetivo general:

Preparar a la enfermera/o para que pueda prestar atención de enfermería a la comunidad en todos los aspectos de la salud pública.

Comprendemos que este objetivo, por su categoría, es excesivamente amplio y poco concreto, por lo que lo subdividiremos en los siguientes:

a) Aplicar el método epidemiológico en estudios de salud de la comunidad.

b) Participar en la planificación de campañas de educación sanitaria.

c) Aplicar técnicas generales y específicas de enfermería en el trabajo comunitario.

d) Colaborar en la investigación en materia de salud pública.

e) Coordinar la atención de enfermería que se presta a individuos y grupos con los otros especialistas del equipo y con los recursos de la comunidad.

IV. 2. Contenidos del programa

Una vez establecidos los objetivos, consideremos los contenidos que deberán impartirse para alcanzarlos.

Como punto de partida del estudio de dichos contenidos de la especialidad, se tienen que tomar las asignaturas que se cursar en el currículum básico.

Como se recordará, el plan de estudios del diploma de enfermería dedica una gran parte a la salud pública, la cual se imparte en los tres años de la carrera. Somos conscientes de que hablar de contenidos de enseñanza iguales para todas las enfermeras/os que se están formando en estos momentos en nuestro país, es una utopía. El área de salud pública es quizás una en la que es más evidente la diversidad del enfoque, contenidos y duración de los programas de unas escuelas a otras.

Aún teniendo presente esta realidad, creemos que sí se puede partir de unos contenidos mínimos comunes, algunos de ellos pertenecientes al área de salud pública y otras a áreas relacionadas. Estos contenidos son: higiene y saneamiento, epidemiología, legislación, educación, para la salud, administración, materias todas ellas cuyas bases son indispensables para iniciar una especialización en salud pública.

A nuestro modo de ver, éstos y los demás conocimientos que proporcionan el plan de estudios básico son de utilidad para el profesional, que, en definitiva, va a *prestar atención de enfermería a la comunidad.*

El plan de estudios, tal como lo concebimos, se estructura en siete asignaturas que proporcionan los conocimientos teóricos indispensables, los cuales deben completarse con las adecuadas experiencias prácticas de aprendizaje.

Las asignaturas son:

EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN. Su objetivo es que los profesionales puedan aplicar el método epidemiológico a su trabajo comunitario, ampliando los conocimientos ya obtenidos en el currículum básico. Igualmente, debe capacitar para poder colaborar en trabajos de investigación relativos a la salud de la comunidad y para aplicar los hallazgos de estas investigaciones a la mejora de su práctica profesional.

CIENCIAS SOCIALES. Dentro de este bloque de conocimientos deben incluirse los temas de sociología, antropología y dinámica de grupos, que amplíen la visión que de estas materias tiene el enfermero, permitiéndole un mejor conocimiento de la sociedad y de los mecanismos sociales que la configuran.

ADMINISTRACIÓN SANITARIA. En esta asignatura se profundizará en la aplicación de los principios de la administración a la atención de salud, estudiando ampliamente el sistema sanitario del país y las prioridades de atención que marque la política sanitaria.

Al ser los aspectos económicos de capital importancia, deberá proporcionarse al estudiante la visión del papel que puede tener la atención de salud dentro de la economía del país y de las interrelaciones entre su trabajo profesional y el contexto económico general.

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. Dentro de este apartado se impartirán las enseñanzas que capaciten al enfermero para realizar el trabajo específico de enfermería en la comunidad.

Como ya se ha dicho anteriormente, algunas de estas técnicas son: las relativas a la visita domiciliaria, a la higiene y conservación del medio, a los exámenes de salud, al diagnóstico de salud de la comunidad y todas aquellas otras que se vayan incorporando al quehacer cotidiano de la enfermera de salud pública.

LEGISLACIÓN. Esta asignatura tiene como finalidad que los enfermeros de salud pública conozcan y puedan emplear los mecanismos legales que la sociedad española posee para la defensa y promoción de la salud.

Entre los contenidos de esta asignatura, podemos citar los que se refieren a derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud, derechos y deberes de las entidades públicas y privadas en la atención a la salud, normas legales sobre saneamiento y conservación del ambiente de la comunidad y responsabilidades de los profesionales de la salud pública.

EDUCACIÓN SANITARIA. En este tema, dado que la enfermera ya posee, por su currículum básico, conocimientos sobre pedagogía y nociones generales sobre el proceso enseñanza-aprendizaje, se deberá capacitar al especialista para que pueda planificar campañas de educación sanitaria, utilizar adecuadamente los recursos educativos y, en definitiva, realizar actividades programadas para promocionar la salud de la comunidad a través de la educación.

DEONTOLOGÍA. El propósito de esta asignatura es que el alumno, a través del estudio razonado de casos y con un adecuado contraste de pareceres, llegue a desarrollar sus propios criterios acerca de la actitud que habrá de adoptar cuando se enfrente a los problemas de su trabajo diario en la comunidad.

Por sus especiales características, en esta materia sería conveniente el empleo de discusiones de grupo multidisciplinario, en las que la opinión de expertos en las materias que se debatieran serían de gran valor.

PLAN DE ESTUDIOS
Asignaturas:

- Epidemiología e investigación,
- Ciencias sociales,
- Admnistración sanitaria,
- Técnicas de enfermería comunitaria,
- Legislación,
- Educación sanitaria,
- Deontología.

Figura 5. Asignaturas de la especialidad en enfermería de salud pública.

Hasta aquí hemos hablado de las asignaturas que consideramos indispensables para adquirir una formación en salud pública; quisiéramos a continuación dedicar un apartado a una serie de materias que, en nuestra opinión, pueden contribuir a adecuar los conocimientos de los enfermeros de salud pública a las características especiales de la comunidad a la que vaya a atender.

Nos referimos a algunas asignaturas que cada escuela, en razón de su ubicación geográfica, orientación filosófica, relación con la comunidad y posibilidades docentes, podrá ofrecer a sus alumnos en calidad de materias optativas.

Entre las asignaturas que podrían tener este carácter de *optativas*, citamos:

salud escolar,
salud laboral.
salud mental,

y todos aquellos aspectos distintivos de la comunidad en los que se crea necesario profundizar.

IV. 3. Desarrollo del plan de estudios

El plan de estudios que hemos propuesto puede impartirse en un total aproximado de 1.000 horas de dedicación del alumno.

	Enseñanzas téoricas	*Enseñanzas prácticas*	*Enseñanzas teóricas*	*Enseñanzas prácticas*
% del total	20%	25%	20%	34%
Días lectivos	40	40	40	50
Horas por día	5	7	5	7
Horas totales	200	280	200	350

Esta dedicación puede distribuirse en varias alternativas que dependerán de las características del alumnado y de las posibilidades de la escuela y de los centros de prácticas.

Nosotros presentamos un proyecto de desarrollo en un curso académico con una distribución en dos bloques de enseñanza, en cada uno de los cuales hay una parte teórica y otra práctica.

La relación teoría-práctica sigue el esquema: 10%/60%.

De acuerdo con los días de que consta un curso escolar, hemos calculado la siguiente distribución

Así, el planteamiento general es:

Total horas teóricas =	400
Total horas prácticas =	630
Total	1.030 horas

Total días lectivos = de 170 a 200

IV. 4. Distribución de las asignaturas

La distribución que presentamos se ha hecho en base a la importancia relativa de las diferentes asignaturas dentro de total del currículum. Dicha distribución es un proyecto que está sometido a las correcciones que se considere oportuno realizar, tras un estudio más detenido.

Estas asignaturas deberán impartirse repartidas en los dos períodos de teoría que proponemos, adecuándose las prácticas del primer período a la teoría que se haya impartido.

Las experiencias prácticas deberán realizarse, dentro de la escasez de recursos en materia de salud pública que ofrece nuestro sistema sanitario, en centros de salud rurales y urbanos a fin de que el alumno pueda ejercitar sus conocimientos en todas las posibles áreas de trabajo profesional.

En este sentido, la disponibilidad de adecuados centros de prácticas será un factor primordial a la hora de que las escuelas de enfermería proyecten la realización de la especialidad de salud pública.

ASIGNATURA	*Horas totales*	*%*
Epidemiología e investigación	80	20
Ciencias sociales	80	20
Administración sanitaria	80	20
Técnicas de enfermería comunitaria	80	20
Educación sanitaria	30	8
Legislación	20	6
Deontología	20	6
Total	390	100%

Creemos que este aspecto de la formación práctica deberá ser considerado, por parte del Ministerio de Educación, un requisito imprescindible para autorizar a las escuelas la puesta en marcha de esta especialidad.

En nuestro actual currículum básico se cae con frecuencia en el error de tratar exclusivamente los aspectos teóricos de la salud pública, lo que ocasiona una imagen distorsionada de la misma, que la hace aparecer alejada de nuestra realidad inmediata.

Dado que la formación de los profesionales que ya nos dedicamos o que van a dedicarse a la salud pública en España aún no se ha planteado a nivel oficial, cabe la posibilidad de que se proyecte adoptar la solución de establecer escuelas de salud pública que tengan como misión la formación de TODOS los profesionales que vayan a dedicar su atención a la comunidad; nos referimos a enfermeras, médicos, ingenieros, asistentes sociales, etc.

Este enfoque es utilizado actualmente en varios países en los que, al parecer, los resultados educativos son de elevada calidad.

En nuestra opinión, la creación de escuelas de salud pública en España tendrían la ventaja fundamental de que por primera vez todos los miembros del equipo sanitario (sea cual sea su titulación) recibirían una formación en común, lo que facilitaría la comprensión por parte de unos y otros del importante papel que desempeñan todos en la atención a la población.

Si se adoptara esta solución, la enfemería tendría la posibilidad de trabajar en el mismo plano que el resto de disciplinas sanitarias, lo que ayudaría a una más correcta valoración de la aportación específica que realiza la sanidad.

Sin embargo, esta alternativa presentaría, en contraposición, un grave inconveniente, como es el apartarse por completo del modelo educativo español, lo que ocasionaría serias dificultades a la hora de otorgar títulos.

En esta situación, y aun viendo esta posibilidad de creación de escuelas de salud pública de forma remota, el plan que hemos presentado fácilmente podría adaptarse al planteamiento multidisciplinario que exigen las escuelas de salud pública, ya que sólo debería ampliarse el abanico de asignaturas optativas —a fin de poder cubrir las necesidades de los di-

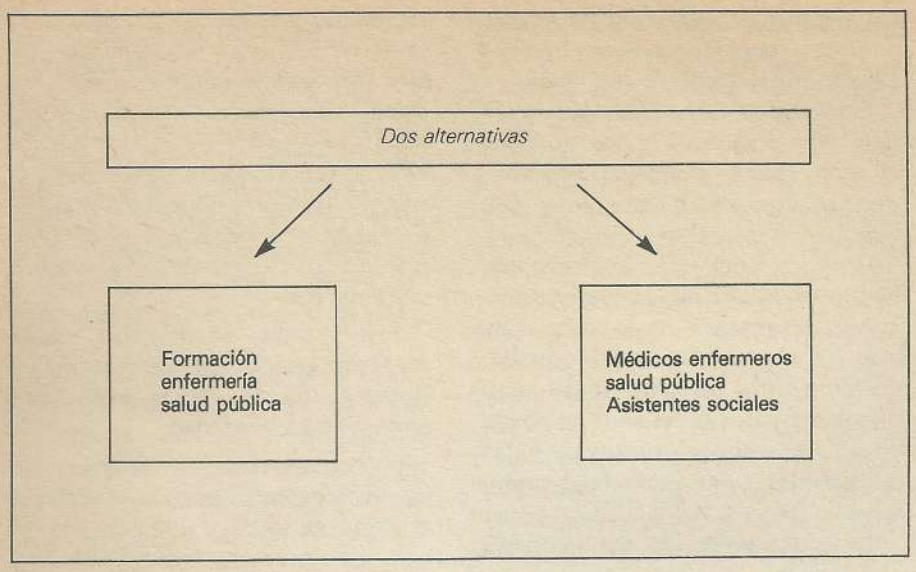


Figura 6. Alternativas para la formación del personal de salud pública.

versos alumnos— y reducir las asignaturas obligatorias a aquellas cuyo estudio fuera indispensable para todos.

Así, en nuestro proyecto, la asignatura de técnicas de enfermería comunitaria debería ser cursada sólo por las enfermeras.

En este momento de la exposición nos parece importante destacar que, en nuestra opinión, la puesta en marcha, orientación y coordinación de la especialidad de Enfermería de Salud Pública debe estar a cargo de enfermeras/os, quienes desde las escuelas de enfermería o las escuelas de salud pública, serán los que podrán enfocar de una forma más adecuada los estudios.

La puesta en marcha, orientación y coordinación de la *especialidad* de *enfermería de salud pública* debe estar a *cargo de enfermeros.*

Figura 7.

Esta afirmación adquiere en estos momentos especial validez, ya que la experiencia en los últimos años nos demuestra que aquellos programas de enfermería que no cuentan con enfermeros que los impartan u orienten al menos, pueden llegar a capacitar en diversas materias pero no preparan realmente para actuar como enfermeros.

Antes de terminar nuestro trabajo quisiéramos llamar la atención sobre aquellos profesionales que, desde los más variados puestos de trabajo —visitadoras sanitarias, A.T.S. en centros de salud urbanos y rurales, A.T.S. de asistencia pública domiciliaria—, hace años que trabajan en la comunidad.

Creemos que cuando se establezca la especialidad de enfermería de salud pública, que desde aquí propugnamos, deberá contemplarse de forma especial la situación de estos enfermeros que han sido los pioneros de la enfermería de salud pública en España, y estructurarse los sistemas adecuados para que aquellos que lo deseen puedan acceder a esta especialidad con las máximas facilidades y teniendo en cuenta su experiencia profesional.

Por último, queremos decir que estamos convencidas de que la salud pública tardará bastantes años en ocupar el lugar que le corresponde dentro de nuestro sistema de atención a la salud, pero también estamos convencidas de que ahora ya se puede orientar el trabajo hacia la salud pública, sea cual sea el lugar donde éste se realice.

Igualmente, creemos que los enfermeros deben, desde ahora mismo incorporarse a los nacientes equipos de atención a la comunidad, demostrando con su trabajo competente las grandes posibilidades de aportación de la enfermería al terreno de la salud pública.

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL

María del Carmen Navarro
Belén Cabello
Rosa María Torrens

Miembros de la Asociación Española de Enfermería Docente

Introducción

El necesario avance de la enfermería al ritmo del desarrollo científico y social, tanto tiempo frenado por conceptos erróneos o parciales que enmarcaban la profesión, se significó en la elevación del nivel de estudios a alcanzar el grado universitario. Sin embargo, este paso hacia delante no puede nunca ser completo si la formación básica no encuentra una continuidad en estudios posteriores, que posibiliten al profesional que lo desee la especialización requerida por la inevitable parcialización en el cuidado del individuo y la comunidad.

La A.E.E.D., conocedora de la preocupación que existe entre los diversos grupos de profesionales por la reestructuración y mejora de los programas propios de la especialidad, intenta aportar una visión que no pretende en modo alguno sea exclusiva, sino una opción más a unir a las ya existentes para el logro de las cotas más altas en la formación de los profesionales de la salud, lo que inevitablemente llevará a una mejora de la asistencia dispensada a la madre, al niño y a la familia.

En el marco de la formación posbásica, a que están dedicadas estas segundas jornadas de trabajo, la enfermería maternoinfantil ocupa por derecho propio y por tradición, un puesto definido y claro.

Si bien es cierto que la matrona ha estado presente en cualquier sociedad, siendo una figura respetada con una misión específica que posibilitaba la unión con la familia y la comunidad, no es menos claro que la instrucción que recibían para tal cometido era mínima o incluso inexistente y su actuación era básicamente empírica.

Hasta la creación de las primeras escuelas de matronas en los principios del siglo XX no existió una clara conciencia de la necesidad de una formación específica basada en conocimientos científicos.

El aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la comunidad no sólo cuantitativa, sino cualitativamente, junto con los avances en los cuidados obstétricos y pediátricos, avalados por la completa tecnología que manejan, requieren la presencia de un profesional ampliamente capacitado para ejercer sus funciones de enfermería en tan extensa parcela.

Parace, pues, evidente que la enfermera/o dedicada/o a la enfermería maternoinfantil debe tener unas sólidas bases en las que apoyar su actuación, por lo que dichos estudios no pueden ser contemplados más que como una formación posbásica en enfermería. Si lo hiciéramos como estudios independientes, muchas áreas, sobre todo en lo básico, serían superponibles, lo que propiciaría la existencia de dos profesionales que han de recibir una enseñanza similar, desaprovechándose recursos muy costosos.

Por otro lado, dadas las actuales orientaciones de los servicios de salud, nos resulta difícil imaginar una labor profesional aislada del resto del equipo sanitario y en la que su orientación pueda diferir de la de fomento, promoción y prevención de la salud.

Desgraciadamente, en los últimos años, la matrona ha ido viendo constreñir su campo de acción casi exclusivamente al hospital maternal, estando centrada su actividad en la atención al parto en todos o algunos de sus períodos, teniendo que dejar a un lado aquellas actividades que le eran propias. De alguna manera tendríamos que dar un salto hacia atrás para contemplar a las antiguas matronas, cerca de la familia antes y después del parto, ejerciendo funciones de educación, orientación y cuidado.

Es evidente que sólo con la ayuda de la imaginación puede hacerse, pues ni el contexto ni la situación son parecidos, pero sí puede extraerse una idea fundamental para la enfermería materno-infantil: la amplitud de tareas y actividades enmarcadas por las funciones propias de enfermería que deben ser desarrolladas por el profesional formado para tal misión, en conexión con el equipo multidisciplinario del que forma parte.

En el primer informe del Comité de Expertos de la O.M.S. en higiene materno-infantil se incluía una definición de la asistencia a la madre, que posteriormente adoptó la O.M.S. sobre la función de la matrona. Nos parece adecuada para mencionarla en esta ocasión: «El objeto de la asistencia a la madre es conseguir que toda mujer en el período de embarazo o de la lactancia goce de buena salud, aprenda a cuidar a su hijo, tenga un parto normal y dé a luz una descendencia sana.» En sentido estricto, la asistencia comprende los cuidados de la mujer embarazada antes del parto, la asistencia obstétrica

necesaria para obtener un parto normal, el reconocimiento y la asistencia al puerperio, los cuidados al recién nacido y las medidas necesarias para mantener la lactancia. En su sentido más amplio, la asistencia empieza mucho antes y abarca las medidas encaminadas al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de los jóvenes y a ayudarlos a que formen ideas claras sobre la vida de la familia y su función en la comunidad, en previsión de las que ellos mismos están llamados a constituir. Incluye también orientaciones sobre la misión y la responsabilidad de los padres y sobre los problemas relacionados con la esterilidad y la regulación de los nacimientos.

Para finalizar esta introducción, diremos que, ya sea el título de esta ponencia en sí, o el de la especialidad, no creemos que deba ser *enfermería maternoinfantil,* pues pensamos que podría crear confusiones, dado el extenso campo que abarca y los diferentes profesionales que deben actuar en él. Asimismo, creemos que el especialista formado de acuerdo a los nuevos programas debe tener competencias más allá de la unidad madre-hijo, según las necesidades de la mujer a lo largo de su ciclo vital, si bien su función primordial va a recar en las etapas preconcepcional, prenatal, natal y posnatal.

Objetivos

Se concretan en las funciones propias de enfermería, en sus cuatro grandes grupos, orientadas específicamente en el ámbito de la salud maternoinfantil.

Éstas son:
ASISTENCIAL
en sus cuatro niveles
ADMINISTRACIÓN
DOCENCIA
INVESTIGACIÓN
FOMENTO
PREVENCIÓN
RECUPERACIÓN
REHABILITACIÓN

1. ASISTENCIAL en los cuatro niveles:

1.1. FOMENTO. Promoviendo la salud en el ámbito maternoinfantil.

1.1.1. Orientar hacia la planificación de la fecundidad con objeto de conseguir embarazos deseados.

1.1.2. Orientar hacia la resolución de los problemas de esterilidad o infertilidad.

1.1.3. Estimular a las mujeres para un adecuado control del embarazo en las consultas prenatales.

1.1.4. Orientar y fomentar la lactancia materna.

1.1.5. Advertir la necesidad de un adecuado y periódico control/ginecológico.

1.2. En el nivel de PREVENCION actuará evitando y detectando las situaciones que conlleven al quebranto de la salud o la adquisición de la enfermedad tanto para la madre, el niño o la mujer a lo largo de su ciclo vital.

1.2.1. Este especialista ha de colaborar y participar con el equipo de salud maternoinfantil en la ejecución de los controles prenatales con el fin de conseguir embarazos y partos normales, detectando las posibles situaciones de riesgo en la madre y el feto.

1.2.2. Colaborar y participar en la realización de los controles ginecológicos.

1.2.3. Colaborar y participar en los equipos de educación psicoprofiláctica.

1.3. En el nivel de RECUPERACIÓN actuará ofreciendo cuidados, en situaciones de enfermedad o en aquellas en que la madre no sea capaz de cuidarse ella misma o a su hijo, con el fin de conseguir una pronta recuperación de la salud y la autonomía.

1.3.1. Este especialista ha de asistir al parto normal en sus diferente períodos.

1.3.2. Actuar de forma eficaz y adecuada ante aquellas situaciones que puedan convertir el parto normal en parto de *alto riesgo.*

1.3.3. Cuidar a las gestantes con riesgos para su embarazo y salud.

1.3.4. Asistencia inmediata al recién nacido.

1.3.5. Cuidar a las madres durante el puerperio para lograr un desarrollo favorable del mismo.

1.3.6. Ayudar y estimular a las madres en la instauración y mantenimiento de la lactancia.

1.4. En el nivel de REHABILITACIÓN actuará ayudando a las madres a su nueva integración en la familia y en la comunidad.

1.4.1. Este especialista ha de colaborar con la madre y la familia en el logro del completo restablecimiento, así como en la integración del recién nacido en el hogar.

2. ADMINISTRACIÓN

Será capaz de organizar, planificar y evaluar servicios de enfermería maternoinfantil en el área asistencial, en la familia y en la comunidad, y adecuar los recursos de que dispone a las necesidades planteadas.

Ha de ser capaz de:

2.1. Planificar y organizar la atención de enfermería en los servicios del área maternoinfantil.

2.2. Supervisar y evaluar la planificación de la atención de enfermería que se presta en este área por parte del personal cualificado.

2.3. Definir funciones y normas del personal de enfermería en los servicios de salud maternoinfantil y revisarlos y evaluarlos periódicamente.

2.4. Participar en el proceso de planificación de la salud.

3. DOCENTE

Ha de detectar las necesidades de educación del área maternoinfantil, establecer y ejecutar los programas requeridos en dicha materia en los niveles básico, posbásico y de formación continuada, colaborando con los demás profesionales de la salud en los programas de asistencia materno-infantil.

Ha de ser capaz de:

3.1. Colaborar en la formulación y ejecución de programas de educación sexual y planificación familiar.

3.2. Coadyuvar en programas de psicoprofilaxis obstétrica.
3.3. Enseñar hábitos alimenticios e higinénicos en la gestante, la puérpera y el recién nacido.
3.4. Desarrollar campañas educativas de prevención de enfermedades.
3.5. Identificar las necesidades de orientación y desarrollo de programas del área maternoinfantil, al personal de enfermería y equipo sanitario, así como a los estudiantes de enfermería de los niveles básico y posbásico.

4. INVESTIGACIÓN

Asegurar el constante desarrollo de la enfermería maternoinfantil, participando en las investigaciones propias de enfermería, así como en las de otros profesionales de la salud, manteniendo y ampliando los distintos campos de su área.

Ha de ser capaz de:

4.1. Aplicar la metodología científica en el estudio de los problemas de salud del área maternoinfantil.
4.2. Aplicar los resultados de investigaciones que se consideren favorables para el desarrollo del área maternoinfantil.
4.3. Colaborar en las investigaciones de otros profesionales de la salud.

PROGRAMA DE ESTUDIOS

Comprenderá un total de 1.400 horas, divididas en un bloque teórico (40%) y otro práctico (60%), siendo impartido el programa a lo largo de 42 semanas, dividido en tres cuatrimestres.

Teniendo en cuenta los conocimientos previos adquiridos por los contenidos del currículum básico de enfermería, creemos que deben formar parte de él las siguientes materias:

— Obstetricia
— Enfermería maternal
— Enfermería ginecológica
— Sexología y planificación familiar
— Genética y embriología
— Enfermería neonatológica
— Dietética y nutrición
— Psicoprofilaxis obstétrica
— Administración
— Legislación
— Atención de salud maternoinfantil

PRÁCTICAS

Las prácticas tienen como objeto materializar y experimentar aquello que es aprendido en la teoría, tanto el manejo del material como los niveles de conducta que se esperan del alumno/a futuro profesional.

Deberán ser realizadas en el campo intra y extrahospitalario y en los diferentes niveles de asistencia, siendo preciso que el alumno asista a la pluralidad de situaciones que pueda encontrar en su ejercicio profesional.

DESCRIPCIÓN DE MATERIAS

Obstetricia

Aportará al estudiante las bases teóricas necesarias para su actuación profesional en cualquier nivel de atención y situación de salud. Estudiará la fisiología del embarazo, parto y puerperio e incluirá las desviaciones de la normalidad que puedan suponer un riesgo de salud para la madre y el feto.

Enfermería maternal

Dará al estudiante los conocimientos necesarios para impartir cuidados de enfermería a la mujer durante las etapas prenatal, natal y posnatal.

Enfermería ginecológica

Dará al estudiante los conocimientos necesarios para dispensar cuidados de enfermería a la mujer durante todo su ciclo vital, haciendo especial énfasis en medidas de fomento, promoción y prevención de la salud.

Genética y embriología

Pretende ser un recuerdo y una profundización de los conocimientos adquiridos en el programa básico sobre el desarrollo humano y los procesos que puedan alterarlo.

Sexología y planificación familiar

La sexología estará centrada en el estudio de la sexualidad como necesidad básica para el equilibrio de la persona. Ayudará a la comprensión del individuo como un todo integrado en su medio psíquico y social.

La planificación familiar será estudiada como parte integrante de los servicios de salud, en sus vertientes proconceptiva y contraconceptiva, y dará la información necesaria para que la enfermera/o se convierta en un elemento educativo de la familia y la comunidad, así como le proporcionará los conocimientos precisos para poder intervenir y ejecutar en los programas de planificación junto con el equipo sanitario del que forma parte.

Enfermería neonatológica

Proporcionará las bases teóricas necesarias para la atención integral al recién nacido en las etapas natal y posnatal, así como para la detección de los procesos patológicos del mismo. Aportará también los conocimientos necesarios para que el profesional se convierta en educador de la madre y la familia, con el fin de que el niño obtenga los mejores cuidados por parte de las personas que le atienden.

Quede entendida esta función siempre en conexión con el equipo pediátrico, con el que la colaboración será altamente positiva y enriquecedora para ambos.

Dietética y nutrición

Con la inclusión de esta asignatura se pretende una ampliación del currículum básico centrada en el hecho de la importancia que reviste en la etapa prenatal y posnatal la correcta alimentación de la embarazada tanto en su propio beneficio como en el de su hijo. Se añadirá un estudio exhaustivo sobre la lactancia natural y artificial, erigiéndose el profesional en vehículo de información y educación hacia la madre con el fin de fomentar y proteger la salud infantil.

Psicoprofilaxis obstétrica

Aportará los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para que el desarrollo del embarazo y parto sean aceptados por la madre y la comunidad como un hecho fisiológico y no patológico.

Administración

Como ampliación del programa básico, con el fin de orientar sus conocimientos en dicha materia hacia los servicios de enfermería maternoinfantil.

Legislación

Aportará los conocimientos necesarios para dar al profesional una amplia información en dicha materia, orientada hacia las peculiaridades propias de la profesión.

Atención de salud maternoinfantil

Orientada hacia las particularidades maternoinfantiles, esta asignatura contemplará los cometidos y grados de competencia del personal de enfermería especializado, en conexión con el resto del equipo de salud que atiende a la comunidad y la familia.

PROFESORADO

La docencia en este campo deberá ser impartida, en las escuelas universitarias de enfermería, por enfermeras/os especialistas en éstas o en otras áreas contando con el apoyo del resto del equipo de salud cuando la materia objeto de estudio lo requiere.

No obstante, pensamos que el liderazgo en docencia deberá ser ostentado por un especialista de enfermería maternal que pueda coordinar y centrar la acción de los profesionales de acuerdo a las necesidades de los alumnos.

CONCLUSIONES

Entendemos que la matrona o especialista en enfermería maternal, contando con la adecuada formación en cuanto a la pluralidad de situaciones en las que va a tener que llevar a cabo su cometido profesional, debe recuperar el puesto, en estos momentos vacío, que nunca habría tenido que abandonar. No podemos olvidar que si el embarazo y el parto son hechos fisiológicos y cotidianos, el nuevo enfoque otorgado por la asistencia integral de los mismos requiere, cada vez más, la presencia permanente de un apoyo sólido en quien pueda depositarse la confianza de la madre y la familia, para quienes la llegada de un nuevo ser a incorporarse al núcleo del que forman parte constituye siempre una alteración que necesita de un proceso adaptativo para que sea aceptada en su total dimensión.

Sin embargo, estas ideas sólo podrán ser llevadas a la práctica s como afirma la O.M.S. en su sext informe del Comité de Expertos e Salud de la Madre y el niño, «existe adecuada coordinación entre los di tintos sectores para garantizar la e cacia e idoneidad de los programa de protección de las madres y los n ños en los diferentes niveles. Es exige que los servicios de A.M.I. s proyecten y funcionen como par del sistema general de asistencia s nitaria y, asimismo, en relación co los planes y políticas nacionales d desarrollo socioeconómico.

BIBLIOGRAFÍA

1. «Enseñanza de enfermería materno-infantil.» C mité de Expertos de la O.M.S. Serie de inform técnicos de la O.M.S. Primer informe.
2. «Salud pública en el aspecto materno-infant Informes técnicos de la O.M.S. Núm. 600.
3. «Organización y administración de los servic de higiene materno-infantil.» Informes técni de la O.M.S. Núm. 428.
4. Hamilton, P. M. *Asistencia materno-infanti enfermería*. Ed. Interamericana.
5. Bethea, D. C. *Enfermería materno-infantil*. E Interamericana.
6. De Jeans. *Enfermería pediátrica*. Ed. Interam cana.
7. Beischer, N. A., y Mackay, E. V. *Obstetr práctica con cuidados del recién nacido*. Ed. In ramericana.

PROYECTO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA

Francisco Ventosa E.
Director Técnico, Unidad Docente San Juan de Dios, de la E.U.E. Universidad Complutense

I. INTRODUCCIÓN

Debido a los numerosos cambios en las actitudes hacia la salud y la enfermedad mentales, la enfermería psiquiátrica se encuentra en un período de transición.

Ya no es aceptable para nosotros prestar simplemente cuidados de custodia al paciente.

La asistencia de enfermería en general, y en psiquiatría en especial, se espera que sea:

—terapéutica,
—preventiva,
—rehabilitadora.

Tal asistencia requiere crecientes conocimientos y comprensión de la conducta humana, y mayor capacidad y destreza en las relaciones humanas por parte del profesional de enfermería.

La enfermería psiquiátrica es diferente a todas las demás clases, aunque similar a ella.

No obstante, hay diversos conceptos dentro del grupo de profesionales, y así, la enfermería psiquiátrica para unos será:

—la base,
—el corazón,
—el núcleo,
—el mismo arte de la enfermería.

Otros juzgan la enfermería psiquiátrica como estrictamente limitada al cuidado de pacientes diagnósticados como enfermos mentales.

Por último, los hay que (según ellos), siendo esta enfermedad incurable y, por tanto, costosa para la sociedad, no se deben hacer mejoras ni inversiones en la enfermería psiquiátrica.

Nosotros diremos que enfermería psiquiátrica no es un claro conjunto de procedimientos o rituales que terminan con una cura.

Será, por tanto, una ardua, personal y humana lucha hacia la salud.

Si tuviéramos que definir la enfermería psiquiátrica, sería así, según Travelbee: enfermería en salud mental y psiquiatría es un proceso interpersonal por el cual la enfermera/o presta asistencia al individuo, familia y comunidad para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental, y los ayuda a readaptarse y a encontrar significado en estas experiencias.

Cada día la enfermería, en España, va incrementando y tomando conciencia de su integridad como profesión, actualizando sus estudios con criterios de globalidad y no como monografías uniformes o monocromas, centrados en el modelo médico de asistir a las personas por medio del estudio de patologías médicas y patrones médicos de atención a los pacientes.

Este incremento de integridad pone el énfasis no sólo en la investigación y los últimos adelantos científicos, sino sobre todo en los aspectos humanísticos.

Hay pocos campos en la enfermería en que las oportunidades y los problemas sean más interesantes o en mayor número que los que se encuentran en el campo de la enfermería psiquiátrica.

Es impresionante el número de pacientes en instituciones hospitalarias y extrahospitalarias que necesitan asistencia mejorada. Son muchas las oportunidades para utilizar la creatividad, para concebir y poner en marcha nuevas formas de asistencia de enfermería.

El punto de vista dinámico de enfermería insiste en que el profesional de enfermería busque continuamente el porqué de la conducta de los enfermos. Esto significa que no existen pacientes habituales, ni cuidados rutinarios.

Esto requiere que los profesionales sepan algo sobre la conducta humana, y que deseen conocer y averiguar tanto sus sentimientos negativos como los que le pueden ayudar. Los profesionales que consideran ilegítimos los sentimientos negativos en las relaciones interpersonales, niegan su propia condición humana e impiden una investigación provechosa de los sentimientos ajenos.

II. JUSTIFICACIÓN DEL CAMBIO

El hombre es un ser bio-psíco-social-espiritual en constante interacción consigo mismo y con su ambiente, en busca de satisfacciones y seguridad desde el nacimiento hasta la muerte.

Por ello, su desarrollo es un proceso dinámico y continuo en el que se suceden crisis y experiencias que le dan una cualidad única a su existencia.

Si el hombre forma parte de un todo —la familia y la sociedad— lo que ocurre a uno de sus miembros afecta en alguna medida al todo o a sus partes. Toda conducta humana tiene un significado.

Por tanto, el conocimiento de sí mismo permite un mayor desarrollo

de las potencialidades propias, y el conocimiento del otro incluye el reconocer sus potencialidades, fortalezas y debilidades con el fin de ayudarlo a realizar las primeras y superar las últimas.

Siendo la salud mental componente esencial de la salud, es un derecho de cada individuo, y, por tanto, la sociedad debe proveer los medios necesarios para promoverla, mantenerla y recuperarla. Los servicios de salud mental, con sus recursos humanos y materiales, deben ser accesibles física, social y psicológicamente a todos los usuarios actuales y potenciales, debiendo ser las acciones de prevención, enfocadas prioritariamente a los grupos de población con privación sociocultural, psicológica y económica.

Una de las cosas más bellas del ser humano consiste en la interdependencia y en la necesidad de compartir con los demás hombres.

Gran parte de la actividad humana está formada por la actividad mental, y que puede ser estudiada indistintamente, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico.

Afortunadamente, en el nuevo currículum de la carrera de enfermería ha quedado reflejado, en parte, el deseo de los profesionales de dar una formación lo más amplia posible, de forma que el alumno, futuro profesional de la enfermería, adquiera unos conocimientos globalizantes de la persona, tanto enferma como sana.

Una formación partidista supondría, como lo ha supuesto, un tipo de profesionales con motivaciones, pero pobres en recursos para hacer dinámica esas motivaciones.

No cabe duda que en muchos momentos de nuestra vida profesional hemos tenido que improvisar unos cuidados de enfermería, que han dejado mucho que desear, con los consiguientes efectos que ha supuesto para nosotros y la trascendencia hacia nuestro cliente.

Por ello, en base a este nuevo curriculum creemos justificado la revisión de lo que llamamos especialidad en psiquiatría para A.T.S.

Evidentemente, las condiciones particulares en el ejercicio de esta especialidad médica exigen nuestra intervención tanto en los niveles hospitalarios como extrahospitalarios. Aunque la enfermería psiquiátrica no necesariamente requiere atributos o actitudes demasiado especiales de la personalidad, pero sí requiere interés en desarrollar un enfoque terapéutico en la manera como se trata a los enfermos y un esfuerzo continuo y cuidadoso encaminado a desarrollar la comprensión de uno mismo y de los demás. Dando mayor énfasis a las relaciones terapéuticas interpersonales y al estudio de las acciones comunitarias para la solución de los problemas mentales.

La evolución que ha sufrido la asistencia psiquiátrica está ligada a dos hechos principales, que a su vez están relacionados entre sí:

1.° La actitud o concepción que sobre los enfermos mentales se ha ido teniendo en las distintas épocas.

2.° Los recursos terapéuticos.

Lógicamente, la revisión histórica de la asistencia psiquiátrica tiene la virtud de iluminar la perspectiva individual. No entramos en su estudio por no ser el momento oportuno.

Según la O.M.S., los hechos que permiten entender la posibilidad de una curación y la necesidad de reincorporación a su comunidad será a través de:

1.° Dispensarios psiquiátricos.

2.° Hospitales psiquiátricos, cuya misión será:

- —que sean comunidades terapéuticas,
- —lograr el restablecimiento del enfermo en el tiempo más corto posible.

3.° Unidades Neuropsiquiátricas en hospitales generales.

4.° Instituciones especiales.

Este nuevo enfoque de asistencia ha hecho patente una necesidad imprescindible de la moderna medicina, el *trabajo en equipo,* para cuya realización son necesarias dos condiciones esenciales:

a) Preparación técnica.

b) Espíritu de cooperación y unidad integrantes del equipo.

Todo ello centrados en dos fuentes principales para su estudio:

1.ª El conocimiento del organismo que está enfermo.

2.ª Alteraciones de la personalidad junto con su comportamiento.

Las enfermedades mentales no son *entidades anatomoclínicas,* sino formas de existencia o de conciencia patológicas, que se distinguen y definen por su:

- —fisonomía,
- —estructura,
- —evolución.

III. FUNCIONES DEL ENFERMERO/A PSIQUIÁTRICO

Según el Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica de la O.M.S. informe técnico 105, en la labor de la enfermería psiquiátrica se pueden distinguir tres aspectos.

A) Aspecto técnico

La enfermera debe poseer una serie de conocimientos que den al paciente un sentimiento de seguridad y favorezcan su proceso curativo. Estos conocimientos deben abarcar desde saber aplicar los diversos «tratamientos psiquiátricos» hasta el conocer las diversas técnicas psicoterápicas individuales y grupales.

B) Aspecto social

La enfermera deberá estimular y provocar actividades sociales sin forzar la autonomía de cada paciente.

Deberá, pues, formar parte de la organización del trabajo, recreo y descanso de los pacientes, así como de las actividades que se relacionen con esos tres aspectos. Por ejemplo la borterapia, ergoterapia, club, etc.

C) Aspecto interpersonal

Es la parte esencial de la labor de la enfermera psiquiátrica. En su acción terapéutica reactivará tanto las relaciones individuales como grupales, sin olvidar que su *misma actitud* ante el enfermo ya es una acción terapéutica positiva o negativa.

Por tanto, es necesario que la enfermera psiquiátrica conozca sus aptitudes para trabajar con los enfermos mentales, así como las diversas características de la patología de es-

tos enfermos y el manejo terapéutico más idóneo.

IV. NUEVO PROGRAMA

A) Contenido

1. Teórico

Teniendo en cuenta que las teorías psiquiátricas no están lo suficientemente definidas en estos momentos de encrucijada y de esperanza, podemos plantearnos algunas consideraciones, a modo de objetivos, en una formación teórica en la enfermería psiquiátrica:

a) Una formación de base en los aspectos que actualmente tienen una importancia terapéutica.

b) Una atención constante hacia los movimientos modernos y nuevas formas de actuación.

c) Una metodología con base científica, que permita analizar y experimentar desde puntos de vista objetivos.

Por ello, teniendo como referencia los contenidos base del diplomado en enfermería, creemos que las disciplinas que más abajo indicamos serán las más idóneas para un mejor desarrollo de la especialidad en enfermería psiquiátrica:

—Psicología
—Sociología
—Administración
—Cuidados especiales
—Psicopatología
—Terapéutica psiquiátrica.

Psicología

El sentido de la psicología en el nuevo currículum de la especialidad no es otro que el de poder capacitarnos mejor para la dinámica de grupos, tanto en el medio intrahospitalario como extrahospitalario; es decir, tanto enfermo como familia.

Sociología

La sociología nos proporciona, además de un medio de relación entre el paciente y la sociedad, unas relaciones entre los propios pacientes.

Administración

En función del conocimiento genérico que se tiene de la administración, el contenido específico en la especialidad estará centrado en la administración de servicios generales y especiales, tanto intrahospitalario como extrahospitalario.

Cuidados especiales

En base a los conocimientos adquiridos en el currículum de enfermería fundamental, con los cuidados especiales se hace énfasis en la aplicación de las técnicas psiquiátricas.

Psicopatología

Con esta disciplina se profundiza en la patología psiquiátrica, se anteponen unas bases científicas a los cuidados especiales.

Terapéutica psiquiátrica

Nos proporciona unos conocimientos específicos en el campo psiquiátrico en su aplicación como en sus consecuencias.

2. Práctico

Anteriormente hemos dicho que no existen pacientes habituales, ni cuidados rutinarios; por ello queremos ofrecer una asistencia completa e individualizada.

Creemos que, para motivar y potenciar una formación integral en la enfermería psiquiátrica, será necesario que el desarrollo del programa práctico sea realizado en su totalidad. Dicho programa comprenderá:

—Cuidados básicos de enfermería psiquiátrica.

—Estudio, evolución, investigación y alternativas de un proceso individual de enfermería.

—Secciones de enfermería. Presentación de procesos individuales de enfermería.

—Integración del alumno en el equipo terapéutico intra- y extrahospitalario.

—Secciones de enfermería de los trabajos monográficos de investigación.

Al finalizar el programa teoricopráctico, la enfermera/o en salud mental deberá estar capacitado/a para realizar las siguientes actividades:

—Identificar el papel actual que desempeña la enfermería en los programas de salud mental, a fin de planificar, poner en práctica y evaluar el componente de enfermería, determinando el impacto de sus acciones en la comunidad.

—Valorar la situación de individuos y grupos, planificar, poner en práctica y evaluar las relaciones interpersonales de ayuda.

—Utilizar las relaciones interpersonales de ayuda en su interacción con individuos y grupos.

—Orientar al individuo hacia el conocimiento de sí mismo mediante el establecimiento de relaciones consistentes y significativas con el fin de que utilice sus potencialidades y fuerzas para que contribuyan a su crecimiento y maduración.

—Identificar necesidades y participar en la programación de actividades de prevención que se realizan en la población, principalmente en los grupos de alto riesgo.

—Clarificar con el individuo y su familia las necesidades y los problemas que se presentan y ayudarlos a explorar las posibles soluciones.

—Prestar cuidados de enfermería a personas con problemas de salud mental, teniendo en cuenta patrones de conducta y diferencias culturales.

—Orientar al personal auxiliar y a la familia a comprender la situación de individuos con problemas mentales y a mantener un medio ambiente terapéutico que contribuya a la reincorporación del paciente a su hogar y a la comunidad.

—Contribuir a la formación de personal y a la utilización y distribución racional de los recursos para brindar atención a los usuarios actuales y potenciales.

—Realizar trabajos de investigación en el campo de la salud mental como parte del equipo de salud o independientemente.

B) Duración

Pensamos que un total de 600 horas teóricas distribuidas de la forma siguiente:

Psicología	100
Sociología	100
Administración	50
Cuidados especiales	125
Psicopatología	125
Terapéutica psiquiátrica	100

Y 600 horas prácticas; el futuro especialista en enfermería psiquiátrica adquirirá unos conocimientos específicos en este campo, fundamentándose en principios científicos y un orden metodológico de investigación, consiguiendo con ello una asistencia humanotécnica.

Además, con esta duración se podrá conseguir que el alumno asimile tres conceptos importantes de la asistencia en el mundo de la salud mental:

1. Si bien en el ejercicio de la profesión de enfermería el profesional recibe numerosas satisfacciones personales (agradecimiento del enfermo, contempla el proceso curativo, etc.), en enfermería psiquiátrica esto no ocurre, pues tanto el enfermo como sus familiares, muchas veces, no son sensibles a la labor de la enfermera/o psiquiátrica/o.

2. Dado que en el campo psiquiátrico no hay exigencias por parte del paciente, esto, en muchas ocasiones, puede ser un freno, o mejor, existe una falta de acicate y estímulo para la promoción y para mejorar la asistencia.

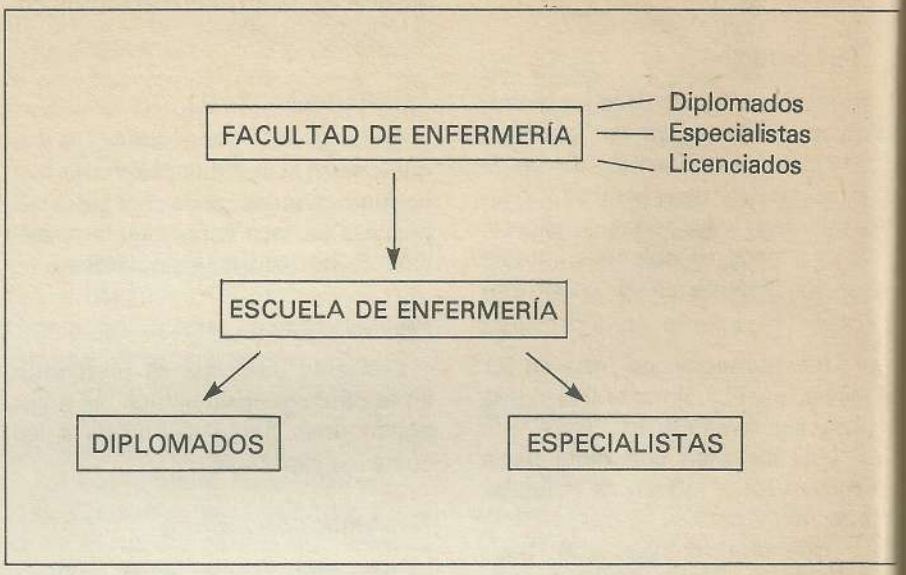
3. Necesidad de respetar al enfermo mental *como persona*, con todo lo que esto conlleva: dejar hacer al paciente y no tratar, por todos los medios, de imponer: ideas, gustos, opiniones, lo mejor, lo peor, etc.

C) Vinculación

Como muy bien se dice en el suplemento informativo de A.E.E.D. (Asociación Española de Enfermería Docente), aparecido en junio de 1980: «Con el fin de utilizar al máximo los recursos docentes y proporcionar una orientación global a los estudios de las especialidades, debe hacerse en las escuelas universitarias de enfermería.

»La dirección será única, es decir, el director general de la escuela universitaria de enfermería; con ello se conseguiría esa orientación global desde la base de enfermería.

»No obstante, la dirección inmediata de la Escuela de la Especialidad estará a cargo de un director técnico.»



D) Profesorado

Decir que las enseñanzas de enfermería sólo serán tales cuando los profesionales ocupen de pleno derecho los cargos de responsabilidad en las escuelas, es decir verdad.

Por ello sería iluso por mi parte intentar ampliar.

No obstante, cabrían matizaciones, como, por ejemplo, que el profesor de psicología en la especialidad sea un psicólogo clínico; pero ello sería a partir del cumplimiento del párrafo inicial.

V. CONCLUSIÓN

En la enfermería psiquiátrica es muy importante que no olvidemos que cuidar al hombre no sólo por lo que TIENE, sino por lo que ES, nos faciliatará mucho la comprensión de ciertas situaciones, a veces inadmisibles por nuestro contexto social, cultural y político.

Para ello se requiere veracidad y amor a la profesión, para afirmar que no se debe ni rechazar ni adoptar globalmente, sin más, lo que la enfermería psiquiátrica ha sido y es.

Los frutos de un plan de estudios reformado no se verán si no se realiza paralelamente para que los nuevos alumnos puedan contar con un modelo real y no sólo con uno teórico.

Creemos que para que la formación sea eficiente será necesario que los docentes de enfermería psiquiátrica tengan la oportunidad de intervenir personalmente en situaciones de relación interpersonal de ayuda en su práctica docente y profesional, para que, de este modo, pueda ayudar al alumno a desarrollar las capacidades de autoevaluación y una valoración real de los conocimientos y su integración en las experiencias prácticas.

La perspectiva de la enfermería psiquiátrica es amplia y el futuro se vislumbra como un grato reto al que tenemos que hacer frente con nuestros recursos, sin olvidar nuestras raíces, que están llenas de gloria.

BIBLIOGRAFÍA

1. O.M.S. Informe técnico 105.
2. O.P.S./O.M.S. Publicaciones científicas 363.
3. Sainsbury, M. J.: *Introducción a la psiquiatría*. Ed. Morata.
4. Mereneses, D.: *Elementos de enfermería psiquiátrica*. Ed. Prensa Médica Mexicana.
5. *Enfermería y universidad*. Ed. Universidad de Navarra.
6. *Proyecto de estructuración de la formación pos básica en enfermería*. Editado por A.E.E.D. Junio de 1980.

PROYECTO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

Amparo Nogales Espert

La especialización en enfermería infantil no puede planificarse sin conocer previamente las enseñanzas pediátricas recibidas por los alumnos durante su período de formación básica. Estas enseñanzas constituyen los conocimientos sobre los que debe construirse la estructura de la especialidad.

No vamos a detenernos ahora en el detalle de la enseñanza de enfermería infantil en las escuelas de enfermería; no correspondería a ello los límites de este tema, aunque sí queríamos referirnos muy brevemente, a la revisión que de la misma hemos realizado en nuestras escuelas y en algunas de las más representativas de países sanitariamente avanzados. Este estudio previo es, como decíamos, imprescindible antes de planificar la enseñanza especializada.

En nuestras escuelas, siguiendo el plan actual de estudios, se dedica un cuatrimestre a la enseñanza pediátrica. Suelen impartirse dos o tres horas semanales de enseñanza teórica, complementada con unas prácticas que son variables de unos a otros centros. La formación recibida por los alumnos no es excesivamente amplia, pero, desde luego, comprende aspectos referidos a todas las edades infantiles, al contrario de lo que hace suponer la denominación de la asignatura (enfermería maternoinfantil), que sugiere más bien una materia restringida al período perinatal, ya que hace referencia explícita al binomio madre-niño, que es importante durante toda la infancia, pero cuya verdadera trascendencia conceptual se circunscribe al período perinatal, siendo la perinatología una nueva especialidad, que en medicina es profesada por obstetras y neonatólogos. De ahí que la denominación de enfermería maternoinfantil no es, a nuestro entender, lo suficientemente apropiada y resulta restrictiva para referirse a una disciplina (la enfermería infantil) que comprende todas las edades de la infancia. Por ello, quizá resultase más real hablar simplemente de enfermería pediátrica o infantil.

Otra cosa distinta es que exista una especialidad que comprenda el embarazo, el parto y los primeros momentos de vida del niño, que tampoco corresponde al período neonatal, mucho más amplio y totalmente integrado en el campo de la enfermería pediátrica.

Como puede observarse en el esquema, en Francia y especialmente en la célebre Escuela de Enfermeras del Hospital Necker, de París, se reparten diez semanas entre ginecología y pediatría, con un breve apéndice para dermatología.

En la Escuela de Enfermería del Hospital King's College, de Londres, se imparte enfermería infantil intensiva durante dos meses, pero en los tres cursos de la carrera se programa también, aunque de forma esporádica, el estudio de algunas materias pediátricas.

En Estados Unidos y en Canadá, la enseñanza es muy similar. Hemos contactado con el Children's Hospital de Denver y con el Hospital para Niños Enfermos de Toronto, y en ambos centros nos han informado que las enseñanzas de enfermería se imparten en los *colleges* o en las Universidades, dedicándose a la pediatrías de seis a ocho semanas. Las prácticas se realizan intensivamente en hospitales pediátricos.

No queremos entrar en más detalles sobre otras escuelas importantes de enfermería, como la del Hospital Infantil de México y otras donde los programas son similares.

En resumen, hemos llegado a la conclusión de que la enfermería infantil que se estudia durante el período de formación básica es, en todas las escuelas con que hemos podido contactar, bastante elemental, y, por tanto, al planificar la especialización pediátrica, deberemos tener en cuenta el nivel de conocimientos del que va a partirse.

En un reciente número de la *Revista Rol,* la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería Docente publicaba un proyecto de estructuración de la formación posbásica en enfermería, donde justificaba la necesidad de la formación especializada por una serie de razones sociales, económicas, profesionales, científicas y académicas. En cualquier caso, no es necesario insistir en la conveniencia de la formación posbásica especializada que es aceptada por todos.

Finalmente, queremos decir que una escuela de especialización pediátrica, por muy eficiente que sea, no puede crear enfermeras con una perfecta y definitiva formación continuada, y una vez obtenido su diploma de especialidad, asista periódicamente a los cursos de puesta al día, que son absolutamente necesarios en las ciencias de la salud.

Antes de entrar en lo que, según nuestro modo de ver, deben ser los estudios de enfermería pediátrica, vamos a sugerir unas consideraciones generales sobre el concepto de pediatría y la importancia y tendencia actuales de la enfermería pediátrica.

Pediatría es la ciencia que tiene por objeto la curación de la enfermedad, así como su prevención y promoción de la salud en la infancia, entendiendo por infancia el período de la vida que se extiende desde el nacimiento hasta los catorce años de edad.

En nuestro país, y algunos otros países latinos, se continúa diferenciando pediatría y puericultura. La primera comprende los aspectos curativos; la segunda, los preventivos y sociales. Sin embargo, en la práctica no es posible separar de modo sistemático estas dos facetas, que, además, resulta deseable que se apliquen simultáneamente.

La importancia y la necesidad de la enfermería pediátrica creemos que no son discutibles. Hay muchas razones que lo demuestran. Una de ellas es la histórica; pensemos que el primer hospital pediátrico del mundo, el Hospital Enfants Malades, de París, se creó en 1802 y que el primer hospital pediátrico español, el Hospital del Niño Jesús, de Madrid, tiene ya más de cien años.

Los hospitales pediátricos, los departamentos y servicios pediátricos de hospitales maternoinfantiles y generales, así como los consultorios pediátricos, son cada vez más numerosos. Y ello es natural, puesto que de un 30 a un 40% de los pacientes de un hospital general son niños, y los niños tienen particularidades tan manifestadas, que en modo alguno son adultos de pequeño tamaño; requieren técnicas diagnósticas, terapéuticas y preventivas propias. El niño es radicalmente diferente al adulto, tanto en sus aspectos orgánicos como psicológicos; no sólo crece, sino que sus diversos órganos, sistemas y aparatos funcionan de modo propio. Sus facetas intelectuales, afectivas y psicológicas en general, son peculiares. Todo ello obliga a que los cuidados y atenciones que se prestan al niño deban ser especializados (a veces, altamente especializados); de ahí la importancia de la enfermería infantil.

Como aspectos destacables en la enfermería pediátrica de nuestro tiempo, deben señalarse tres:

—Pediatría preventiva.

—Aspectos sociales de la atención pediátrica.

—Psicología infantil.

En la actualidad se ha llegado a afirmar que la curación de la enfermedad es un objetivo ya superado con frecuencia, mientras la salud óptima es la meta del futuro; de ahí que la prevención adquiera la máxima importancia en todos los programas sanitarios.

En nuestro país tenemos una gran experiencia en pediatría preventiva en puericultura, que no podemos desaprovechar. Hace más de cuarenta años que se creó la Escuela Nacional de Puericultura, así como un conjunto de escuelas departamentales y provinciales, en las que se han formado muchas generaciones de enfermeras puericultoras.

Creemos que al estructurar nuestra especialidad no debemos cometer el error, tan frecuente, de hacer tabla rasa de nuestro bagaje previo, para partir de cero. Muchos países desearían nuestra tradición en una materia, como es la pediatría preventiva o puericultura, que hoy constituye probablemente el aspecto de mayor importancia en pediatría, y creemos que nosotros no debemos desaprovechar esta circunstancia afortunada.

La socialización de la sanidad en general aparece un fenómeno irreversible y todas las ciencias de la salud deben contar con este hecho al planificar sus estructuras. No es éste el momento de entrar en detalles sobre la socialización de la enfermería, ni sobre las posibles reformas que deberían realizarse al respecto. Queremos destacar simplemente que el trabajo de enfermería pediátrica debe tener un carácter eminentemente social, y ello entrará en consideración al sistematizar los programas de estudio de esta especialidad.

El tercer punto que queremos exponer brevemente se refiere a la importancia cada vez mayor que adquiere la faceta psicologica infantil. Ya Ángel Ganivet afirmaba que «quien enferma es, siempre todo e hombre, su cuerpo y su alma y nunc una parte del mismo», y así, actua mente se propugna «la medicina d hombre, la medicina de la persona, medicina de la totalidad». Si los as pectos psicológicos son siempre d enorme importancia en la salud d adulto, tanta o más la tienen en la sa lud infantil.

La enfermera pediátrica debe esta bien imbuida de estas ideas y se consciente de que, en muchas oca siones, su figura es el sustituto de madre. La correcta actuación pued lograr muchas veces lo que todos lo ciudadanos médicos no son capace de conseguir, y así puede desde ev tar el hospitalismo y acortar la dura ción de muchas enfermedades, hast hacer aceptables para el niño expl raciones o terapéuticas molestas dolorosas.

Realizadas muy someramente es tas consideraciones generales, va mos a hablar de la estructura d programa de formación d enfermería infantil. Debe desarrolla se esta formación durante dos curso académicos, como está previsto en ley general de educación.

Estudios de enfermería pediátrica especializada

Abordaremos, en primer lugar, l *objetivos.*

Como *objetivo general* se prete de que, al finalizar los estudios, alumno haya adquirido los conoc mientos suficientes y las aptitud necesarias para proporcionar un cuidados y asistencia de enferme al niño sano y enfermo, según las d rectrices actuales de la medicina, igualmente que haya adquirido el h bito de atención, estudio y reflexión que le permita desarrollar una pues al día continuada.

Los *objetivos específicos* son, n turalmente, mucho más numeros y entre ellos pueden destacarse, p su mayor interés, los siguientes:

—Conocer las características y n cesidades del niño sano en sus a pectos orgánicos y psicológicos, c mo ente individual y social.

—Adquirir conocimientos y aptitudes para promocionar la salud en las diferentes edades infantiles.

—Conocer las enfermedades más frecuentes y las perturbaciones que originan en los niños, así como las necesidades generales del niño enfermo.

—Ser capaces de evaluar las necesidades específicas de cada niño e individualizar sus cuidados y atenciones.

—Adquirir la capacidad de estructurar cuidados de enfermería: planificar, realizar y evaluar resultados.

—Conocer los aspectos fundamentales de las relaciones con la familia del niño, y, en su caso, lograr la reinserción familiar con las máximas facilidades.

—Lograr habilidad y conocimientos para desarrollar las funciones de enfermería pediátrica armónicamente integradas en los equipos de salud.

—Adquirir conocimientos de pediatría comunitaria y estadística sanitaria, así como legislación sanitaria general, hospitalaria y social.

—Conocer los aspectos fundamentales de la administración de enfermería.

En el *programa teórico* que presentamos se detallan núcleos de enseñanza a desarrollar; no lecciones. Deberá hacerse hincapié en explicar cada tema la parte teórica necesaria a la profesión, no en exceso, e inmediatamente pasar a las técnicas y a la práctica, que es imprescindible para el ejercicio de la enfermería. Hasta ahora se han hipertrofiado los aspectos teóricos, quizá porque los programas no han sido impartidos por verdaderos profesores de enfermería.

La primera parte del programa es exclusivamente preventiva y se acompaña de aspectos sociales que le son propios.

La enfermera debe conocer bien, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, los niveles de asistencia pediátrica y el significado del hospital infantil.

Debe tener igualmente un amplio conocimiento del niño sano y las atenciones que requiere, así como del crecimiento y desarrollo, que es la característica más peculiar de la infancia. Mal podrá conocer qué es un niño si no adquiere una sólida formación sobre los antedichos aspectos.

El concepto de nutrición y alimentación infantil, íntimamente relacionado con los puntos anteriores, deberá ser objeto igualmente de una enseñanza amplia y profunda. La enfermera desempeña una función importantísima cerca del niño, y debe estar impuesta en el gran capítulo de la nutrición, en general, y la alimentación, en particular, tan estudiados y discutidos por los científicos en estos momentos.

Hemos destacado, dentro del crecimiento y desarrollo, la inmunidad, cuyas implicaciones son tan grandes, que necesariamente requiere ser considerada con especial cuidado, y en directa relación con ella, el capítulo de las vacunaciones, que durante muchos años ha constituido la acción preventiva por excelencia.

Los problemas preventivos relacionados con la edad preescolar (guarderías) y escolar deben ser tratados con extensión, ya que el diplomado en enfermería va a encontrar un gran campo de trabajo profesional en relación con estos aspectos.

Las leyes de protección a la madre y al niño, las instituciones de protección a la infancia, nacionales e internacionales, y la estadística sanitaria ayudarán a dar una visión sólida sobre la realidad del niño en el mundo.

No se acaban en estos temas, ni mucho menos, todas las facetas de la prevención infantil. Sin embargo, nos parece prudente no ampliar más esta primera parte, ya que la prevención debe seguir enseñándose durante todo el período de la especialización, como ya indicaremos.

La segunda parte del programa se dedica a patología infantil, comenzando por la del recién nacido en el cual se incluye también toda la problemática de la prematuridad.

A continuación se van estudiando secuencialmente las principales situaciones patológicas de los distintos sistemas, órganos y aparatos en la edad infantil, destacándose como temas especiales los dedicados a la patología del crecimiento, oncología, los relacionados con la escolaridad y la adolescencia, la psicopatología y los consecutivos a accidentes e intoxicaciones.

Todos estos temas o núcleos de enseñanza deben subdividirse en las correspondientes lecciones, y en cada una de ellas deberán aludirse los siguientes puntos:

1.° Estudio teórico, conceptual de los principales aspectos del tema, en relación con la enfermería pediátrica.

2.° Funciones de enfermería pediátrica a desarrollar sobre el problema estudiado, a nivel ambulatorio y hospitalario, con especial revisión de las técnicas más complejas, tales como utilización de material altamente especializado, trabajo en unidad de cuidados intensivos, etc.

3.° Aspectos psicológicos de la patología estudiada: tanto los propios del niño, como las perturbaciones familiares que puedan ocasionarse.

4.° Acciones preventivas que pueda promover la enfermera en relación con el problema en cuestión.

5.° Principales aspectos sociales, y relaciones de la enfermera con la familia del niño afectado de la patología abordada.

6.° En su caso, forma de lograr la adecuada reinserción familiar del niño.

7.° Nuevas orientaciones sobre el problema que se encuentra actualmente en estudio.

Estas clases teóricas podrían impartirse tres veces por semana, siendo aproximadamente de una hora de duración, con lo cual durante los ocho meses de cada curso los alumnos recibirán noventa horas de clase teórica, que entre ambos cursos sumarían ciento ochenta horas.

PROGRAMA

Pediatría preventiva y social

—Concepto de pediatría y puericultura. Objetivos de la enfermería pediátrica.

—Los niveles de asistencia pediátrica. El hospital pediátrico. Funciones de la enfermera en los distintos niveles de asistencia.

—La enfermera como educadora sanitaria.
—El recién nacido normal. Atenciones en el paritorio.
—Nutrición infantil: necesidades en principios inmediatos, vitaminas y oligoelementos.
—Lactancia natural.
—Lactancia artificial.
—Alimentación complementaria.
—Alimentación en 2.ª y 3.ª infancia.
—Crecimiento y desarrollo: períodos evolutivos.
—La inmunidad en el niño.
—Vacunaciones: técnica, contraindicaciones.
—Desarrollo psicológico. Higiene mental infantil.
—Las guarderías.
—Higiene escolar.
—Higiene bucodental.
—Leyes de protección maternoinfantil.
—Instituciones nacionales e internaciones de protección al niño.
—Estadística sanitaria en relación con la pediatría. Morbilidad y mortalidad infantil.

Patología del recién nacido

—Hipoxia perinatal. Reanimación del recién nacido.
—Cianosis. Angustia respiratoria.
—Ictericias del recién nacido.
—La exanguinotransfusión.
—El recién nacido que sangra.
—Malformaciones congénitas, consideraciones generales. Síndrome de Pierre Robin. Labio leporino. Paladar hendido.
—Atresia de esófago. Onfalocele. Obstrucción intestinal.
—Cardiopatías congénitas.
—Malformaciones craneorraquídeas. Hidrocefalia. Espina bífida.
—La infección del recién nacido. Infección cruzada y su prevención.
—El niño pretérmino. Características y cuidados.
—Características del centro de prematuros. Las incubadoras.
—Patología peculiar del prematuro.

Patología respiratoria y O.R.L.

—Infecciones O.R.L.
—Patología de vías altas.
—Patología de vías bajas.
—Patología pulmonar y pleural.

Patología circulatoria

—Atenciones al niño con cardiopatía.
—Insuficiencia cardíaca.

Patología digestiva abdominal y de la nutrición

—El muguet.
—El niño vomitador.
—Diarreas agudas.
—Síndrome de malabsorción.
—Estreñimiento.
—Encopresis y enuresis.
—Anorexia.
—Malnutrición.
—El abdomen agudo.

Patología del sistema nervioso

—Convulsiones.
—Meningitis.
—Parálisis cerebral infantil.
—Comas.

Alteraciones metabólicas

—El equilibrio hidroeléctrico y ácidobase.
—Deshidrataciones agudas.
—Errores congénitos del metabolismo de los principios inmediatos. Técnicas de diagnóstico precoz.

Patología endocrina

—La diabetes infantil.
—Patología tifoidea.
—Pubertad precoz. Pubertad tardía.

Patología urogenital

—Infecciones urinarias.
—Nefritis. Nefrosis.
—Malformaciones urogenitales.

Patología hematológica

—Anemias.
—Leucemias.
—Púrpuras.
—Coagulopatías.
—La transfusión sanguínea.

Enfermedades infecciosas

—Principales enfermedades en tivas.
—Tos ferina.
—Poliomelitis.
—Tétanos.
—Parotiditis.

Patología del crecimiento

—Hipocrecimientos.

Patología alérgica

—Shock anafiláctico.
—Alergia a drogas.
—Asma infantil.

Patología dermatológica

—Dermatitis atópica.
—Eritema del pañal.
—Impétigo. Pénfigos.
—Escaviosis.

Accidentes e intoxicacio

—Principales accidentes en l fancia. Primeros auxilios.
—Principales intoxicaciones. meros auxilios.
—Los niños maltratados.

Oncología pediátrica

—La enfermera ante las tuaciones derivadas de la pato oncológica.

Problemas en relación c la escolaridad

—El retraso escolar.
—Inadaptación escolar.

Ginecología pediátrica

—Principales problemas ginecológicos.

Problemas de la adolescencia

—El adolescente y la droga.
—El embarazo de la adolescente.

Problemas psicológicos infantiles

—El hospitalismo.
—Principal psicopatología infantil.

Complemento imprescindible de las clases teóricas son los seminarios. Deben ser dirigidos por monitoras, que una vez por semana reunirán a los alumnos en grupos máximos de diez, y durante una hora para comentar con ellos las clases teóricas de la semana anterior, destacando los aspectos de mayor interés, aclarando dudas, corrigiendo errores, y percatándose del nivel de conocimientos que los alumnos van adquiriendo.

Por lo que a las *prácticas* se refiere, no es necesario que insistamos sobre su importancia. Es verdaderamente fundamental que al terminar la especialización la enfermera maneje con toda corrección las técnicas habituales en pediatría, y tenga conocimientos amplios sobre las que se emplean en servicios infantiles especializados: prematuros, recién nacidos, lactantes, cuidados intensivos, enfermedades infecciosas, etc. En definitiva es más importante que la enfermera maneje bien estos aspectos prácticos, que se aprenda una patología poco común que, además de olvidarse rápidamente, pertenece al campo médico.

Durante las prácticas, las alumnas deberán rotar por los siguientes servicios:

—Servicios de puericultura: auxología, vacunaciones, cocina dietética y recién nacidos normales.

—Servicios de hospitalización de recién nacidos patológicos, prematuros, lactantes, segunda y tercera infancia, enfermedades infecciosas y unidad de cuidados intensivos pediátricos.

—Además, consultas externas de hospital y prácticas en enfermería domiciliaria, teniendo en cuenta que, actualmente, en países avanzados está adquiriendo cada vez mayor significado la denominada hospitalización domiciliaria.

Las prácticas deberán realizarse, supervisadas por monitores, todas las mañanas de 9 a 14 horas, dividiéndose el tiempo disponible en los dos cursos entre los diferentes servicios antes indicados.

Al terminar la especialización, los alumnos deberán estar perfectamente adaptados, tanto física como psicológicamente, a las guardias nocturnas, que en pediatría son especialmente intensas y tienen caracteres muy peculiares. Para ello, y dentro del programa de prácticas, deberán realizar un mínimo de dos guardias al mes.

Queremos insistir en que durante las prácticas, los alumnos, en pequeños grupos, y dirigidos por monitores, practicarán de verdad y llegarán a conocer perfectamente la rutina sistemática de los diferentes servicios pediátricos, así como las técnicas excepcionales o urgentes más importantes. Deberán igualmente aprender a programar los cuidados de enfermería, tanto en el aspecto general de la sala o ambulatorio, como en el particular de cada niño concreto. Y finalmente, lo que es también muy importante, aprenderán a diferenciar prioridades. Nada de ello podrá realizarse correctamente si la enfermera no es capaz de conocer e identificarse con cada uno de los niños a su cargo. Ello requiere unas mínimas condiciones personales, pero, desde luego, se aprende también con la práctica.

En estos momentos se pretende la confección de una historia de enfermería, que sería uno de los elementos de la documentación del niño. No creemos oportuno extendernos ahora en el detalle de la historia de enfermería, ni en las ventajas que su normalización tendrá.

Hasta que llegue el momento de incluir en las prácticas la confección de este documento, deberá enseñarse a los alumnos la correcta realización de las hojas de enfermería que son habituales en todos los servicios pediátricos.

Dada la importancia de los aspectos preventivos en la enfermería pediátrica, y como ya indicamos al principio de esta exposición, consideramos del mayor interés aprovechar la amplia experiencia que en este campo han venido desarrollando las escuelas de puericultura. Cabría la posibilidad de que los alumnos asistieran a algunas clases en estas escuelas, o bien que algunos de los profesores de las mismas impartieran unas lecciones en las escuelas de especialización, o algún otro procedimiento que pudiera arbitrarse en este sentido.

Al reflexionar sobre el programa para la formación de enfermeras pediátricas, llama inmediatamente la atención el hecho de que las alumnas que cursan estos estudios, además de poseer un mínimo nivel de formación en enfermería básica, y reunir las condiciones personales propias de toda enfermera, deben tener condiciones especiales, entre las que destacaríamos las siguientes:

—Espontánea y definitiva inclinación hacia los niños.

—Capacidad para contactar rápidamente con sus pequeños pacientes.

—Dotes para irradiar seguridad y tranquilidad hacia el niño y elemental intuición sobre sus necesidades, fundamentalmente psicológicas y afectivas.

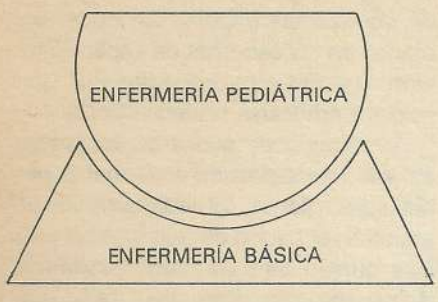
—Y finalmente, capacidad de comprensión para la familia de los niños enfermos y trato excepcionalmente afectivo para con ella, ya que está en juego el elemento que despierta mayores cotas de afectividad: el niño.

Por ello pensamos que, antes de ser admitidos a los cursos de especialización pediátrica, los alumnos deberán pasar por una eavaluación de ingreso, en la que se demostrase la adecuada formación básica y, además, las condiciones que hemos mencionado, así como la motivación que les impulsa a estudiar nuestra especialidad.

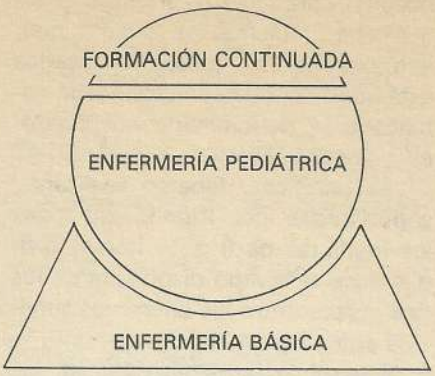
Para terminar, querríamos decir que urge reestructurar la formación en enfermería posbásica y que sería conveniente que, bajo los auspicios de la Asociación Española de

Enfermería Docente, se creasen comités para planificar los estudios de cada una de las especialidades en todos sus detalles.

Desde luego será muy importante que el profesorado de las distintas especialidades esté constituido, por lo menos en una gran parte, por enfermeras docentes, de modo que los programas se desarrollen según las necesidades exclusivas de la profesión.



(*) Finalmente no podemos olvidar que la especialización es un período intermedio entre la formación básica, que le sirve de soporte y la formación continuada que mantiene, perfecciona y actualiza sus conocimientos. Los tres períodos formativos están íntimamente relacionados, y para cada uno de ellos es imprescindible el anterior, de forma que una buena enfermera especializada no lo puede ser si no ha recibido una adecuada formación básica previa, y le es imposible mantener su eficiencia sin una puesta al día permanente. Una vez más queremos citar la célebre frase de Platón: «La educación es un proceso continuado a lo largo de la vida.»



ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

ASPECTOS DE MAYOR INTERÉS ACTUAL

—PREVENCIÓN
—ASPECTOS SOCIALES
—FACETA PSICOLÓGICA

ESPECIALIDAD ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

OBJETIVO GENERAL

Adquisición de:

* Conocimientos y aptitudes para ATENDER AL NIÑO SANO Y ENFERMO
* Hábito de PUESTA AL DÍA CONTINUADA

PEDIATRÍA EN ENFERMERÍA BÁSICA

España: Escuelas Hospital Clínico, «La Fe», y «Ntra. Sra. de los Desamparados», de Valencia, Hospital Clínico, de Madrid.
—4 m. = E. maternoinfantil.

Francia: Hospital Necker, de París
—10 s. = ginecología + pediatría + dermatología.

Inglaterra: King's College Hospital, de Londres
—2 m. intensivos
Enseñanzas esporádicas 3 cursos.

EE.UU: Children's Hospital, Denver (Colorado
—E. enfermería («colleges», Universidades) = 6-8 s. teoría
Prácticas. H. pediátricos.

Canadá: Hospital for Sick Children, Toronto.
—Igual que Estados Unidos.

ESPECIALIDAD ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Adquisición de conocimientos (y aptitu sobre:

—Niño sano (individual y socialmente).
—Promoción de la salud.
—Patología infantil.
—Necesidades específicas de cada niño
—Cuidados enfermería pediátrica.
—Relaciones con familia. Reinserción familiar.
—Funciones integradas en equipos de salud.
—Pediatría comunitaria, estadística sani y legislación.
—Administración enfermería.

PROGRAMA TEÓRICO

1. Pediatría preventiva y social

—Niveles asistencia pediátrica. Hospita pediátrico.
—La enfermera como educadora sanita
—Recién nacido. Asistencia en paritori
—Nutrición infantil. Necesidades princi nutritivos.
—Alimentación en la infancia.
—Crecimiento y desarrollo.
—Inmunidad en el niño.
—Vacunaciones.
—Desarrollo psicológico. Higiene ment
—Las guarderías.
—Higiene escolar.
—Higiene bucodental.
—Leyes protección maternoinfantil.
—Instituciones de protección al niño.
—Estadística sanitaria. Morbilidad y mortalidad.

2. Patología

—Recién nacido.
—Respiratoria y O.R.L.
—Circulatoria.
—Digestiva, abdominal y de la nutrición
—Sistema nervioso.
—Metabólica.
—Endocrino.
—Urogenital.
—Hematológica.
—Infecciosa.
—Del crecimiento.
—Alérgica.
—Dermatológica.
—Oncológica.
—En relación con escolaridad.
—Ginecológica.
—De la adolescencia.
—Psicológica.
—Accidentes e intoxicaciones.

ANTEPROYECTO DE ESPECIALIDAD EN CUIDADOS ESPECIALES

Por **Rosa Blasco**
Angels Elias
Lidón Barrachina
Isabel Oto
Bertyla Suñé
Victoria Sanfeliu
Enfermeras Docentes

Esta ponencia ha sido elaborada por un grupo de profesoras del departamento de enfermería médico-quirúrgica de la E.U.E. de la Universidad de Barcelona.

Para empezar, quisiéramos hacer dos consideraciones previas:

En primer lugar, que este trabajo tiene como punto de partida las ideas expuestas en el documento *Proyecto de estructuración de la formación posbásica en enfermería,* de la A.E.E.D., cuyas líneas tratamos de desarrollar.

En segundo lugar, que no se presenta como un proyecto definitivo, sino como una alternativa más, a discutir entre otras que deseamos se vayan elaborando por enfermeras expertas en el tema.

A continuación exponemos los puntos en los que se basa el desarrollo de este trabajo:

—Primero, presentamos una somera evolución histórica de las unidades que, a nuestro modo de ver, integrarían esta especialidad.

—Segundo, definimos cuidados especiales y exponemos las razones que justifican la necesidad de establecerla.

—Tercero, enumeramos los objetivos generales que hemos elaborado para estructurar y programar esta especialidad.

—Como cuarto punto, detallamos la estructura que deberían tener estos estudios.

—Seguidamente citamos y justificamos por separado cada una de las asignaturas que se engloban en ella.

—Por último, desarrollaremos el programa de prácticas y explicaremos someramente las condiciones de ingreso a estos estudios, así como los centros donde se impartirían, profesorado y titulación.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Desde las primeras décadas de este siglo y más aún en los últimos años, los continuos avances científicos y tecnológicos han propiciado que la sanidad disponga de una amplia gama de posibilidades que cada día se acrecienta para el tratamiento y cuidado del paciente, que no hace mucho tiempo no hubiera tenido posibilidad de supervivencia.

En consecuencia, los sistemas sanitarios han tendido a reforzar sus elementos hospitalarios, concentrando en el hospital moderno gran parte de sus recursos materiales y humanos. Dentro de una adecuada racionalización de la asistencia, se tiende a que a estos centros acudan solamente los pacientes que requieren atención altamente especializada, para lo cual el personal de todo tipo debe estar suficientemente cualificado.

Dentro de este contexto general, es universalmente reconocido que la atención al paciente en situación crítica recae en un elevado porcentaje en la enfermera, que, además de ser el profesional más cercano y que permanece constantemente al lado del enfermo, es la responsable de la mayor parte de las técnicas y procedimientos terapéuticos que se emplean, bien sean propios o derivados de la actividad de otros profesionales.

De hecho se acepta igualmente que la agrupación de los pacientes, en las modernas unidades de vigilancia intensiva de diversos tipos, se hace principalmente en razón de los cuidados de enfermería que precisan.

Si repasamos la aparición de los diversos servicios de cuidados especiales, veremos que:

- Las unidades de observación postoperatoria se iniciaron en Alemania alrededor de los años 30, cuando empezaron a utilizarse pequeños locales cercanos a los quirófanos, destinados a la recuperación de los pacientes sometidos a intervenciones de cirugía mayor.
- A partir de la Segunda Guerra Mundial, se vio la necesidad de crear unidades especiales para atender a los pacientes postoperados o con grandes traumatismos.
- Por otro lado, entre 1947 y 1952 en Dinamarca, Alemania, Suecia y Francia, las epidemias de poliomielitis obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades especiales preparadas para prestar cuidados respiratorios.
- A partir de estos hechos se evidenció la necesidad de agrupar a pacientes con la misma patología en unidades de cuidados intensivos especializados; ejemplo de ello lo tenemos en la creación, en 1962, en el Hospital Bethany, de Kansas City, de la primera unidad de cuidados coronarios.
- En España, la primera unidad de cuidados intensivos aparece en 1965, y a partir de este momento se incorpora la enfermera al equipo de medicina intensiva.
- Diez años después se celebró la primera reunión de personal de enfermería de cuidados intensivos. A

partir de entonces se han ido celebrando anualmente congresos en diferentes ciudades españolas.

• En 1979 quedó constituida la Asociación de Enfermeras/os de Cuidados Intensivos, ante la necesidad de los profesionales de mantener intercambios y comunicaciones entre ellos, y estudiar la posibilidad de crear una especialidad que cubriera las necesidades que se habían ido detectando.

• Por otro lado, una de las primeras especialidades que se creó en enfermería fue la de quirofanista, con el fin de formar a los profesionales que debían integrarse al equipo de asistencia al paciente quirúrgico.

Viendo la evolución histórica de la enfermería en estos servicios, consideramos la necesidad de crear una especialidad que englobe los diferentes cuidados y a la que llamaremos enfermería de cuidados especiales, por las razones que exponemos a continuación:

1.ª En principio definiremos qué entendemos por cuidados especiales: «Entendemos por cuidados especiales aquellos que requieren conocimientos y técnicas específicas, realizadas de forma rápida y eficaz, para asegurar una atención integral a pacientes críticos que presentan o se sospecha que puedan presentar, durante su evolución, un serio compromiso de sus funciones vitales.»

2.ª La enfermera, finalizados sus estudios básicos, está preparada para ejecutar cuidados generales, pero creemos que para trabajar con pacientes en estado crítico y en bloque quirúrgico precisa de una complejidad de los cuidados que precisan estos pacientes. Durante largo tiempo se ha infravalorado la actuación del equipo de enfermería dentro del hospital y se ha destacado en exceso la labor del médico. Hoy día se valora la importancia de una colaboración activa, responsable y meditada. La enfermera no es tan sólo responsable de los cuidados derivados de la actuación médica, sino que ha ampliado su campo de actividades y competencias, logrando su autonomía propia.

3.ª Hasta ahora, las especialidades establecidas para los estudios de A.T.S. seguían en la mayor parte de los casos un modelo médico, adoptando en ocasiones hasta el nombre de la especialidad médica a la que se referían. Nosotros defendemos un enfoque de la especialidad mucho más general y orientado principalmente a situaciones de enfermería.

Consideramos que la enfermería camina hacia la atención integral del paciente y no hacia un tipo de patología concreta, y que no deben seguirse modelos médicos estableciéndose especialidades en nefrología, coronarias, etc., dado que los «cuidados» que precisan estos pacientes en estado crítico, sea cual sea su patología, son similares.

Los miembros que integran el equipo asistencial de las unidades especiales deben estar específicamente preparados y reunir las condiciones necesarias para prestar atención a cualquier variación mínima, de carácter físico o psíquico de los pacientes que están a su cuidado.

La enfermería de cuidados especiales centra su atención más directamente en la observación constante y precisa de los cambios que experimentan los pacientes ingresados. La valoración rápida de estos cambios ayuda a establecer un diagnóstico precoz y a aplicar los cuidados necesarios.

ENFERMERÍA ≠ Modelo médico
Patologia concreta
ENFERMERÍA = Cuidado integral

«Los cuidados que precisan los pacientes en estado crítico, sea cual sea su patología, *son similares.»*

Objetivos generales de esta especialidad

Al finalizar el programa de cuidados especiales, el alumno posgraduado, debe ser capaz de:

1.° Prestar atención integral a cientes en situaciones críticas e ámbito hospitalario, realiza correctamente con la mayor ra y precisión posible la valoración enfermería.

2.° Conocer y aplicar técn específicas que se precisan pa atención del paciente en determ das situaciones.

3.° Planificar, organizar y tionar las funciones de los serv especiales de un hospital, de acu con las necesidades de los pacie estableciendo un orden de prio des.

4.° Conocer los fenómenos fis en los que se fundamentan los rentes aparatos que utililiza enfermería para el cuidado de e pacientes.

5.° Adquirir los conocimientos ricos específicos en psicología y f patología, para detectar y valora problemas o necesidades del pa te y poder actuar eficazmente e lación a ellos.

6.° Conservar, ampliar y trans sus conocimientos y su capac profesional participando en la e ñanza y entrenamiento del pacie del personal auxiliar.

7.° Participar en las inves ciones que se realicen dentro d campo de actuación.

8.° Evaluar periódicamente sus tividades en relación a los objet planteados en cada servicio, intro ciendo las correcciones necesaria

Estructura del curso

Debido a la amplitud y variedad los conocimientos y técnicas comprende esta especialidad, podría estructurar de la siguie manera:

ESTRUCTURA DE LA ESPECIALIDAD

ÁREA COMÚN — Materias comunes a ambos bloques

ÁREA ESPECÍFICA < Bloque quirúrgico y anestesia / Bloque de urgencias y U.C.I.S.

Asignaturas	*Á. común*	*B. Q. + Anes.*	*B.U.C.I. + Urg.*
Administración	40		
Legislación y deont.	20		10
Principios de enfermería — Fisiopatología y cuidados de enfermería — Abastecimiento y equipos	 90 20	 60 35	 50 15
Biofísica	15		
Técnicas de investigación	25		
Farmacología	40	20	10
Psicología	50		
Microbiología e higiene	10	10	10
Total horas	310	125	95

Un *área común.*

Un *área específica* dividida en dos grandes *bloques:*

1.° Bloque quirúrgico y anestesia.

2.° Bloque de U.C.I.S. y urgencias.

En la primera área se impartirán las materias comunes a ambos bloques.

En la segunda se incidirá en las materias más específicas, dependiendo del bloque elegido.

Duración

Se ha calculado que la duración total del programa de esta especialidad abarcaría alrededor de 1.300 horas, que se podrían distribuir en un curso académico o más, según las posibilidades de cada centro y la disponibilidad de los alumnos.

La distribución concreta por asignatura se ha hecho teniendo en cuenta la importancia relativa de cada una de las materias, en relación con los objetivos y los conocimientos adquiridos por el alumno, en el currículum básico.

Como se observará, las asignaturas son las mismas en el bloque común para todos los estudiantes sea cual sea la opción que vayan a seguir. En el bloque específico se da una amplitud distinta a las diversas materias de acuerdo con el campo posible de actuación profesional.

A continuación pasamos a exponer y justificar las asignaturas que a nuestro entender deberían impartirse en esta especialidad.

Administración

Consideramos que deben ampliarse y profundizarse los conocimientos de administración adquiridos en el currículum básico, ya que éstos iban dirigidos a la administración general. El motivo de incluir esta materia se debe a las características muy particulares que tienen estos servicios, en cuanto a su planificación.

El total de horas teóricas en el área común sería de 40.

Legislación y deontología

Es sabido que los pacientes atendidos en estas unidades presentan un riesgo de muerte, así como de conservación de su integridad, más elevado que en las unidades generales, por lo cual el grado de responsabilidad en el proceso vida/muerte/integridad es más complejo, y por ello se debe extender el campo de conocimientos en estas materias.

El total de horas sería de 20 en el área común, más 10 en el bloque de cuidados intensivos y urgencias.

Principios de enfermería

Esta materia comprende:

—Fisioterapia y cuidados de enfermería.

—Abastecimiento y equipos.

—Fisiopatología y cuidados de enfermería.

La ampliación de esta materia está hecha con el fin de aumentar la capacidad de los profesionales, en la detección y comprensión de los procesos patológicos que presentan o pueden presentar los pacientes en estos servicios, para poder realizar una correcta elección de los cuidados de enfermería que se deben aplicar.

El total de horas en el área común sería de 90 más 50 para el bloque de cuidados intensivos y urgencias o 60 para el bloque quirúrgico y anestesia.

Abastecimiento y equipos

La compleja tecnología actual hace necesario que se conozcan los fundamentos en que se basan estos aparatos y se esté al día de los últimos descubrimientos, puesto que todo ello —adquisición, conocimientos y mantenimiento— es responsabilidad del personal de enfermería.

El total de horas sería de 20 para el área común, más 15 para el bloque de cuidados intensivos y urgencias o 35 para el bloque quirúrgico.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS ASISTENCIALES			
Servicios	*Área común*	*Área específica*	
		B. Quir. + Anes.	*B.U.C.I. + Urg.*
Quiróf. general	140 h.	210 h.	
Quiróf. específicos		210 h.	
Anestesia		140 h.	
U.C.I.S.	140 h.		300 h.
Urgencias	140 h.		300 h.

CURRICULUM BASE → Cuidados generales.
ESPECIALIDAD → Cuidados a pacientes en estado crítico.

Biofísica

Creemos conveniente conocer los principios en los que se fundamentan los aparatos que utiliza la enfermería de estos servicios, ya que al emplearlos correctamente se extrae de ellos el máximo rendimiento en beneficio del paciente.

El total de horas sería de 15 en el área común.

Técnicas de investigación

El amplio campo de actuación que ofrecen estos servicios, tanto por la complejidad de los pacientes como por la relación numérica enfermera/paciente, facilita la investigación y, por ello, consideramos que se deben ampliar los conocimientos en técnicas de investigación y así potenciarla.

El total de horas sería de 15 en el área común.

Farmacología

Al aumentar la complejidad de las patologías y los tratamientos a aplicar, se precisan un mayor y más específico conocimiento de los distintos fármacos y anestésicos.

El total de horas en el área común sería de 40, más 10 en el bloque de cuidados intensivos y urgencias, o 20 en el bloque quirúrgico y anestesia.

Psicología

Según los cuidados psicológicos que precisan estos pacientes, es necesario capacitar a este profesional para que pueda ayudar a solucionar los problemas de ansiedad, como soledad, miedo, incomunicación, etc., que presenten los enfermos. Al igual que a relacionarse con el resto del equipo, puesto que las características de una mayor interrelación, también precisan profundizar en determinados conocimientos.

El total de horas sería de 50 en el área común.

OBJETIVOS GENERALES

1. Prestar atención integral a pacientes en situación crítica.
2. Conocer y aplicar técnicas específicas.
3. Planificar, organizar y gestionar.
4. Conocer los fenómenos físicos.
5. Adquirir conocimientos específicos en psicología y fisiopatología.
6. Conservar, ampliar y transmitir conocimientos al paciente y personal auxiliar.
7. Participar en la investigación.
8. Evaluar sus actividades.

Microbiología e higiene

Teniendo en cuenta las características especiales de estos servicios en cuanto a higiene y con el fin de prevenir complicaciones sépticas que podrían aumentar considerablemente el riesgo de estos pacientes, consideramos imprescindible ampliar los conocimientos en este campo.

El total de horas en el área común sería de 10, más 10 en el bloque quirúrgico y anestesia.

Programa de prácticas

En cuanto a las prácticas, se ha calculado que ocupen aproximadamente un 70% de la dedicación total del alumno; esto es, alrededor de 1.000 horas. De ellas, se proyecta una primera etapa correspondiente a lo que hemos llamado área común, de unas 400 horas distribuidas entre urgencias, quirófanos e intensivos. Posteriormente, una segunda etapa correspondiente a los bloques específicos, donde el alumno realizaría prácticas en la atención a pacientes, según la especialidad elegida. La duración de esta segunda etapa sería de unas 500 horas aproximadamente.

A continuación exponemos más concretamente el:

Programa de prácticas asistenciales

Pensamos que debería realizarse un período de prácticas al finalizar el área teórica común; estas prácticas se distribuirán de la siguiente manera:

—140 horas en el servicio de urgencias.

—140 horas en el servicio de quirófanos general.

—140 horas en unidades de cuidados intensivos generales.

Una vez realizado el programa teórico del área práctica, se iniciaría el segundo período de prácticas, teniendo en cuenta el bloque elegido, como ya hemos dicho anteriormente.

Los alumnos que hayan elegido el bloque quirúrgico y anestesia, realizarán sus prácticas de la siguiente forma:

—210 horas en quirófanos generales,

—210 horas en quirófanos específicos,

—140 horas en anestesia.

Por el contrario, los alumnos que elijan el bloque de cuidados intensivos y urgencias, realizarán sus prácticas de la siguiente forma:

—300 horas en servicios de urgencias,

—300 horas en unidad de cuidados ntensivos.

A nuestro entender, el alumno durante el período de formación posbásica sería interesante que tuviera un contrato laboral de tipo especial con el hospital donde efectúe sus prácticas, ya que realizaría un trabajo como profesional.

ner brevemente los requisitos de ingreso, centros donde se impartiría, profesorado y titulación.

Para poder iniciar estos estudios, es condición indispensable estar en posesión del título de A.T.S. o diplomado en enfermería.

En segundo lugar, pensamos que tendrían preferencia en el ingreso al

«Cuidados especiales son aquellos que requieren conocimientos y técnicas específicas, realizadas de forma rápida y eficaz, para asegurar una atención integral a pacientes críticos que presentan o se sospecha que puedan presentar durante su evolución, un serio compromiso de sus funciones vitales.»

A los alumnos que estén trabando o que hayan trabajado en un ervicio de los que engloban esta especialidad, durante determinado eríodo de tiempo se les podría conalidar una parte de las prácticas, según normas que se establecerían en momento.

A continuación pasamos a exponer

curso aquellas personas que acrediten haber trabajado como mínimo durante un año en alguno de estos servicios.

También tendrían preferencia los profesionales que tengan dos años, como mínimo, de experiencia en unidades generales, teniéndose en

Área común		*Área específica*	
Teoría	*Prácticas*	*Teoría*	*Prácticas*
40 %	60 %	20 %	80 %

TOTAL	
Teoría ..... 30 %	Prácticas..... 70 %

cuenta el currículum académico y el profesional.

Al finalizar la formación posbásica del alumno, estará en posesión de un título que le acredite como especialista, según el área específica que haya elegido al iniciar sus estudios.

Nos queda por establecer en qué centros se debe realizar esta especialidad y quién debe impartirla.

Creemos que esta especialidad, al igual que todas las anteriormente expuestas por nuestros compañeros, deben realizarse en las propias escuelas de enfermería, para que la enseñanza pueda ser más integrada, guarde una mayor relación con el currículum básico y se aprovechen al máximo los recursos existentes. Para lo cual cada escuela tendrá que ver con qué recursos materiales y humanos cuenta y, lo más importante, de qué campo de prácticas dispone, cosa fundamental a la hora de decidirse a asumir una especialidad.

En cuanto al profesorado, consideramos que si la especialidad tiene que tener un enfoque de enfermería, los responsables deben ser profesionales de enfermería, sin que por ello se deseche la colaboración de otros profesionales.

No obstante, queremos dejar constancia de que la enfermería sólo alcanzará su estatus profesional cuando las enseñanzas de enfermería dependan de profesionales de la misma.

Nos gustaría terminar esta ponencia dejando claro que es obligación de todos los profesionales pedir a la administración que se regule la formación posbásica en enfermería y que no adopte soluciones transitorias, como ha venido haciendo hasta ahora.

FORMACIÓN POSBÁSICA COMO DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

Lic. Nelly Garzón Alarcón.
B.S.N., M.S.N.

Profesora Asociada
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

El planteamiento de un nivel educativo requiere el análisis previo de la situación donde se va a desarrollar. Es decir, exige su estudio en relación con el sistema social y el sistema educativo del país, y especialmente con el subsistema específico al cual pertenece. En este caso, el nivel posbásico de educación de enfermería se considera una parte o elemento del subsistema de educación de Enfermería.

La universidad o la institución educativa donde se desarrollan los programas de nivel posbásico de enfermería está enmarcada por varios factores o relaciones con la estructura social a la cual pertenece. Estas relaciones deben considerarse cuidadosamente, ya que influyen de forma decisiva en las orientaciones de los programas educativos, y son de diversa naturaleza:

1.º Las relaciones de la institución educativa o universidad con la estructura social constituyen las denominadas *determinantes estructurales* y expresan la función que la universidad cumple como institución en la sociedad.

2.º Otra relación surge de los factores que se llaman *condicionantes políticos;* son relaciones de fuerza que influyen en la definición de los objetivos educacionales, de las alternativas de desarrollo y la formulación de políticas universitarias.

3.º Un tercer grupo de relaciones lo conforman las *presiones ideológicas,* que influyen en el diseño de los planes de estudio, sus objetivos, contenido científico, tecnológico y humanístico y, en general, indican la orientación que se espera en la formación de los profesionales y técnicos.

4.º Otra categoría de relaciones entre la universidad y la estructura social la conforman los factores que se denominan *presiones sociales.* Se traducen en demandas de la sociedad, demandas por acceso al nivel superior de educación, expectativas del alumno e influencias del mercado de trabajo en la orientación de la formación profesional.

Los grupos de factores o variables externas antes mencionadas se deben tomar en consideración, en una etapa de análisis anterior a la toma de decisiones sobre los niveles de formación y tipos de currículos, bien sea en el caso de elaborar un nuevo diseño o para la reestructuración de un sistema educativo.

Cuando se proyecta iniciar una nueva escuela o diseñar un nuevo plan de estudios de nivel básico o posbásico se recomienda partir de la identificación de las necesidades de profesionales en el país o región. Estas necesidades se determinan frecuentemente con base a los datos que suministran tres tipos de informantes: 1) Los administradores o planificadores del sector empleador, en este caso el sector salud; 2) los usuarios o beneficiarios del ejercicio profesional, y 3) el gremio mismo de profesionales. El análisis de los datos que provienen de estas tres fuentes permite establecer la necesidad cuantitativa y cualitativa de mano de obra profesional. Otra forma de definir las necesidades de profesionales se fundamenta en el análisis histórico del contexto socioeconómico global. Villarreal, Bojalil y Mercer propusieron el siguiente esquema para llevar a cabo este análisis, como base para la creación de un nuevo diseño curricular para una nueva escuela de medicina.

El esquema comprende los siguientes grupos de variables, que se analizan retrospectivamente dentro de un enfoque histórico.

1. *Estructura socioeconómica.*
   - El Estado
   - Aparato productivo
   - Clases sociales
   - Inversiones: nacionales y extranjeras
2. *Educación.*
   - Sistema educativo
   - Legislación
   - Ideología
3. *Salud.*
   - Estado de salud: morbimortalidad (u otros indicadores)
   - Sistema de atención de salud
   - Formación de personal
   - Legislación

Con esta matriz de análisis se correlacionan la influencia de diferentes factores y las transformaciones en materia educacional y de ejercicio profesional. Además, a partir de dicho análisis se pueden interpretar los hechos que han tenido mayor influencia y las transformaciones ocurridas no como productos aislados e independientes, sino estrechamente relacionados con la correspondiente estructura social.

Un análisis de este tipo es esencial para la más acertada toma de decisiones y se fundamenta en el principio aceptado de conocer el pasado u

observar los hechos que han ocurrido en épocas anteriores y analizar su desenvolvimiento y progreso hasta la situación actual. El estudio de las relaciones encontradas permitirá efectuar proyecciones para el futuro.

Además de estos métodos, existe la forma tradicionalmente utilizada de planear un currículo o un nivel educativo no con base en el análisis de las necesidades y funciones del personal, sino con base en el criterio de expertos, quienes, de acuerdo con su conocimiento, definen las orientaciones más convenientes.

La estructura ocupacional en enfermería

El estudio de la situación social, los factores e interrelaciones de su estructura con el sistema educativo y la identificación de las necesidades de recursos humanos, permiten una objetiva aproximación para definir los tipos de personal de enfermería necesarios para prestar una adecuada atención de salud. Las categorías o niveles de personal de enfermería requeridos en el país deben mirarse en conjunto con miras a diseñar una estructura ocupacional armónica y bien articulada.

La definición de las funciones para cada categoría de personal de enfermería orientará los objetivos de cada uno de los programas educativos necesarios para su formación. Este indicador cualitativo se acompañará de un indicador cuentitativo con miras a definir la estructura del grupo ocupacional de enfermería. El esquema de la estructura podría tener una figura piramidal en cuya amplia base se ubica un numeroso grupo de profesionales de enfermería de la primera categoría o nivel, o de personal auxiliar, y en los niveles siguientes se superponen grupos menos numerosos de personal técnico, profesional y especializado, preparado en programas básicos, posbásicos y de formación avanzada. Otro esquema que podría surgir sería la superposición escalonada de los diferentes niveles o categorías de profesionales de enfermería con grupos de personal más o menos iguales en cuanto a número.

Contando con el análisis de la estructura ocupacional en su conjunto y la definición de las funciones para cada nivel o categoría, se pueden identificar los niveles de entrada y los niveles de salida para los diferentes programas educativos, y se obtendrá una más precisa orientación para definir los objetivos educacionales y los contenidos del currículo.

En otras palabras, de acuerdo con el esquema de estructura ocupacional que adopte el país se podrán definir la función y naturaleza de cada uno de los niveles y tipos de programas de preparación básica y posbásica en enfermería que se requieran.

Cuando la preparación básica de enfermería en un país se desarrolla con programas universitarios a nivel de licenciatura o a nivel profesional, los programas de formación posbásica tendrán un carácter diferente que cuando el nivel básico de formación lo constituye un programa de nivel técnico o de nivel tecnológico. Sin embargo, es importante tener presente que, sea cual sea el nivel y la naturaleza de los programas de educación posbásica en enfermería, éstos abren un camino de ascenso y de progreso en la profesión, para que esté en concordancia con el progreso de la ciencia y el desarrollo tecnológico. Este dinamismo es una característica propia de la educación para las profesiones y la hace diferente de la capacitación para oficios artesanales, en los cuales el enriquecimiento de habilidades se hace primordialmente en dirección horizontal.

La estructura ocupacional de la enfermería debe permitir la apertura hacia niveles avanzados de aprendizaje y desarrollo. Aunque en cada nivel se presente una etapa de formación terminal para incorporarse a la fuerza laboral, el profesional requiere un horizonte abierto para continuar su preparación de acuerdo con sus capacidades, el interés por su progreso personal y las oportunidades de prestar servicios a la sociedad en cargos de diferente complejidad.

Antes de entrar en el análisis del propósito de la educación posbásica en enfermería, se consideró de valor revisar algunos procesos relacionados con la actividad educativa pos sica y que proponen objetivos de sarrollo profesional.

La educación continuada, la educación posbásica y la educación avanzada en enfermería

Estos procesos educativos tom lugar después del ciclo de forma básica de la enfermera y cump además de sus objetivos específic la función general de desarrollar p manentemente al profesional y a cuar su trabajo a las necesida cambiantes de la sociedad y progr de la ciencia y la tecnología

A medida que la sociedad ava científica, tecnológica y económ mente, se hace más evidente la ne sidad de ejecutar el trabajo con p cedimientos y métodos más efe vos no sólo para lograr mejores n les de eficiencia, sino también log un grado más alto de satisfacción las personas en su trabajo y quienes utilizan sus resultados.

El avance de la ciencia y de tecnología expone a los profesiona y técnicos a diferentes situacione

1.ª Disminución cuantitativa del nocimiento por desgaste o simple vido.

2.ª Deformación del conocimie debido al uso selectivo en la prác diaria de solamente una parte mismo.

3.ª Disminución cualitativa u solecencia del conocimiento co consecuencia del avance científic tecnológico.

4.ª La promoción en el trabajo, las demandas de nuevos conocim tos y habilidades.

Estas situaciones han dado lug planeamiento y ejecución de prog mas educativos formales y no for les posteriores a la formación bá profesional, los cuales, mediante ferentes modalidades y métodos enseñanza, ofrezcan al indivi adiestramiento y capacitación o sarrollo permanente para su trab

El *adiestramiento* se preocupa mejoramiento de las habilidades d persona para la ejecución actual trabajo.

El *desarrollo* se preocupa del hombre integralmente para que consiga incremento en sus habilidades con el fin de utilizar al máximo sus capacidades, ampliar sus conocimientos y experiencias en el diagnóstico y solución de problemas.

En el adiestramiento se persiguen objetivos a corto plazo; en el desarrollo se persiguen objetivos a mediano y largo plazo.

En relación con el contenido, en el adiestramiento se incluyen información, comprensión e inmediata aplicación. En el desarrollo se incluyen conocimiento y comprensión de principios, filosofías, teorías y conceptos; habilidad para la toma de decisiones, pensamiento inferencial y habilidades deductivas.

La *educación continuada* es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente que se inicia al terminar la educación básica profesional y está destinada a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo, frente a la evolución científica y tecnológica, a las necesidades cambiantes de la sociedad y a los intereses y aspiraciones del individuo para mantener su desarrollo personal.

El grupo de consulta sobre educación continuada en América Latina y el Caribe definió este concepto e identificó varios tipos de actividades que con frecuencia se cuentan dentro de la educación continuada.

1. *Adiestramiento de regulación.* Consiste en el adiestramiento formal que se ofrece a las personas que han aprendido un oficio o una ocupación en el trabajo, con adiestramiento informal en servicio.

2. *Adiestramiento de especialización.* Adiestramiento adicional posterior a la formación básica con el objeto de preparar al empleado para asumir una función especializada.

3. *Adiestramiento de actualización.* Adiestramiento formal e informal, posterior a la formación básica que se ofrece con la finalidad de asegurar la eficiencia del empleado, brindándole la oportunidad de aprender nuevos conocimientos teóricos y prácticos relacionados con su trabajo y con la profesión.

4. *Adiestramiento de reorientación.* Adiestramiento que se ofrece con el fin de preparar una persona para asumir una nueva función o desarrollar nuevas actividades requeridas en su

5. *Desarrollo de personal.* Plan de adiestramiento, escalonado, con la posibilidad de dar ascenso al personal y prepararlo para asumir cargos de mayor responsabilidad en su trabajo.

6. *Educación iterativa o recurrente.* Representa la forma más acabada de educación continuada. Se cambia la estrategia educacional, ya que se complementan los períodos académicos de formación con períodos sucesivos de práctica o formación en la vida real de la práctica profesional.

7. *Formación posbásica y educación avanzada.* Lo constituyen los programas de educación formal que se ofrecen después de la formación básica profesional.

La educación continuada aplica principios que se derivan de la educación de adultos. Por tanto, su organización requiere:

1. Ser suficientemente flexible para que se ajuste a las diversas y variadas situaciones, necesidades e intereses individuales, tanto de los profesionales como de las entidades de salud o de educación donde trabaja el personal de enfermería.

2. La capacitación que se ofrece enfatiza primordialmente aquello que permite su inmediata aplicación y cuyo efecto es mejorar la calidad de atención de enfermería que se brinda al paciente.

El Consejo Internacional de Enfermeras, en la declaración sobre educación continuada para las enfermeras que hizo en Singapur en 1975, hizo referencia a la necesidad de la educación continuada para responder tanto a las necesidades de los servicios de salud, como al desarrollo de las enfermeras.

Dentro del término «educación continuada» se incluyó un amplio espectro de actividades, desde el estudio independiente hasta los cursos formales posbásicos y de posgrado que se desarrollan dentro de condiciones académicas regulares. El C.I.E. invitó a los países a ofrecer estos programas, para lo cual es indispensable una clara definición y precisión de objetivos dentro del sistema nacional de educación y dentro del sistema de enfermería del país.

Propósitos de la educación posbásica en enfermería

La educación posbásica la constituyen los programas formales de capacitación que se desarrollan en una institución educativa, después de la formación básica del profesional de enfermería, con el propósito de continuar su preparación académica en campos específicos de la práctica profesional o en áreas afines, tales como administración, educación o tecnologías clínicas que le sirven de apoyo a las funciones que debe desempeñar.

El papel de la educación posbásica en enfermería varía en cada país, de acuerdo con la organización del sistema educativo y de acuerdo con las características y orientación de los programas de formación básica profesional.

La capacitación posbásica cumple los siguientes propósitos generales:

1.º *Capacitación remedial.* Por medio de cursos posbásicos se reparan deficiencias u omisiones en la formación básica del profesional. Un ejemplo de esta situación fueron durante varios años, en algunos países, los programas posbásicos en salud pública y administración de servicios de enfermería. Su contenido suplía la omisión que ocurría en la formación básica del profesional de enfermería.

2.º *Adquisición de nuevo conocimiento.* Estos cursos tienen como finalidad actualizar conocimientos, para adecuarlos a los cambios constantes en la disciplina de enfermería; también permiten adquirir habilidad en el manejo de nuevas tecnologías requeridas en el trabajo, o asumir nuevas funciones dentro del nivel básico de desempeño del profesional.

3.º *Concentración y especialización.* Se orienta hacia el estudio especial en un campo de trabajo de la enfermería, profundiza y afianza conocimientos y desarrolla habilidades para la práctica dentro del nivel que

corresponde a la formación básica —por ejemplo, cursos posbásicos en áreas clínicas: pediatría, obstetricia, salas de operaciones, técnicas de instrumentación— y otras que no se desarrollan con suficiente profundidad en el programa de formación básica.

4.º *Solución de problemas.* Desarrolla habilidad en el manejo y aplicación del proceso de enfermería y proceso de análisis de problemas y toma de decisiones. Completa y actualiza la formación básica del profesional de enfermería, en cuanto a la metodología básica que emplea en su trabajo.

La naturaleza, objetivos y orientación de los programas de formación posbásica varían en cada país y ofrecen un nivel académico diferente al requerido para la formación de posgrado o formación avanzada. Es esencial, por tanto, precisar esta diferencia de contenido y nivel académico y asignar el justo valor que tienen los cursos de formación posbásica en el desarrollo de los profesionales de enfermería, y de la práctica misma de la profesión, y el objetivo que tendrá la educación avanzada.

La formación avanzada o de posgrado

Es importante entender la connotación de educación avanzada. Ésta presenta una idea de dinamismo, «ir hacia adelante», «pasar de un nivel a otro», progresar y moverse hacia el logro de objetivos planeados para satisfacer nuevas necesidades.

El significado de este término no presta mayor atención al tiempo o la duración, como a los propósitos, a la orientación y al contenido mismo del programa. Su propósito es preparar profesionales de enfermería para cargos superiores y de «liderazgo científico» y para cumplir funciones profesionales esenciales que constituyen materia avanzada en ese momento, en comparación con el contenido y la profundidad de conocimientos que ofrece el programa básico de enfermería.

El punto de partida de la educación avanzada o de posgrado es el nivel de salida o la competencia esperada al finalizar el programa de formación básica; la cual representa el desempeño promedio que ofrece dicho nicel de preparación. Por tanto, los programas posbásicos que suplementan las áreas deficientes o que fueron omitidas en el programa básico no guardan este criterio y en muchas ocasiones éstos solamente constituyen cursos de nivelación. Un programa que agrega un período adicional de estudios y algunos nuevos conocimientos a los adquiridos en el nivel de formación básica, tampoco es preparación avanzada. En síntesis, los programas que se estructuran dentro del estilo de «agregar experiencias» y proveer períodos de prácticas repetitivas con contenidos nuevos muy limitados y desarrollados con escasa profundidad, diferente a los recibidos en la formación básica, no puede considerarse formación avanzada.

La educación avanzada en enfermería tiene una sólida fundamentación científica, utiliza el método científico y la investigación dentro del proceso y metodología de aprendizaje y desarrolla con mayor énfasis las habilidades intelectuales que las habilidades motoras. Por esta razón, este nivel de educación requiere una amplia y sólida formación general y humanística.

Los programas de educación avanzada proporcionan nuevas experiencias de aprendizaje, en las cuales se plantean problemas que requieren de razonamiento y análisis para buscar su solución. Los contenidos se profundizan empleando el método científico, más que la sola información; se podría comparar esta forma de educación con dos procesos: uno, excavar profundamente en una dirección hasta encontrar piedras preciosas, y otro, escalar a niveles más altos hasta alcanzar un punto donde se obtenga una visión panorámica y más amplia de la situación.

En la formación que adquiere la enfermera en los programas avanzados de magister, de especialización y de doctorado, profundiza más en un campo de la disciplina de la enfermería hasta descubrir con mayor pre sión esos tesoros de conocimient en un campo específico de la pro sión y adquiere una visión más a plia, un mayor entendimiento de l procesos de la práctica profesiona sus relaciones con las demás disci nas sociales de ciencias de la salu

El fortalecimiento de la formaci básica con componentes sólidos educación general, fundamentaci científica y formación humanísti constituye el requisito fundamen para la educación avanzada enfermería.

Al establecer la diferencia que ex te entre los objeticos y orientaci entre los programas de formación b sica y los de formación posbásica enfermería, se indentifica la pro función de uno de ellos y las venta que ellos ofrecen para el desarro profesional. Igualmente, si se tie una concepción clara y precisa de naturaleza, se puede entrar a con derar aquellos factores que son ese ciales para el planeamiento curric lar.

Cuando se va a emprender la ta de organizar un nuevo nivel o moda dad educación de enfermería en país, se debe estar preparado pa aceptar el hecho de no encontrar la realidad todas las facilidades ad nistrativas y legales para ubicar a egresados de estos programas cargos específicos, con funciones ferentes a las de los egresados otros tipos de programas educativ de nivel básico o posbásico. Por general, transcurre un período tiempo, más o menos largo, dura el cual egresados de programas un nivel superior de preparación o pan cargos de igual categoría, remuneración igual, y en ocasio menor, de quienes egresaron en a anteriores de programas básicos inferior nivel académico.

Necesidad de la educación posbásica

A pesar de la limitante estructu que acabamnos de mencionar, ca día se hace más imperativa la nece dad de formación posbásica y for ción avanzada en enfermería, pa

lograr el objetivo de contar con un mayor número de profesionales de enfermería altamente capacitados, que sean capaces de lograr las siguientes metas para la profesión:

1.ª Mejorar la práctica de enfermería, al diseñar, innovar y promover la aplicación de métodos más eficientes de atención al individuo, familia y comunidad.

2.ª Participar más efectivamente en la planeación, ejecución y dirección de servicios de salud y de atención de enfermería, en situaciones de mayor complejidad.

3.ª Generar nuevos conocimientos y técnicas de enfermería, por medio de la investigación, con el fin de enriquecer y actualizar el contenido científico y tecnológico de la disciplina de enfermería.

La educación posbásica y la formación avanzada, además de surtir efectos positivos en la práctica, también produce efectos en el desarrollo del individuo:

1.º Es fuente de progreso y motivación personal en el ejercicio profesional.

2.º Ofrece movilidad al profesional, dentro de su propia disciplina y de acuerdo con sus propios intereses y aspiraciones.

3.º Permite retener a los profesionales de enfermería dentro de la práctica activa, con un buen grado de motivación y satisfacción.

4.º Da oportunidad al profesional de enfermería de cumplir con el compromiso de ofrecer alta calidad de atención de enfermería, por estar equipado con habilidades para la aplicación del método científico, el análisis de problemas y toma de decisiones y, además, contar con profundos conocimientos científicos y habilidades clínicas en el campo de su especialidad.

5.º Ofrece bases científicas y habilidades para participar con éxito en grupos de investigación, en equipos de planificación en salud, en cargos de dirección y docencia, de asesoría y consultoría.

Para asegurar que la formación posbásica y formación avanzada en enfermería guarde estos criterios y cumpla con puntualidad las metas de desarrollo de la profesión y satisfaga las necesidades de progreso de los profesionales, debe responder a un adecuado esquema y proceso de planificación. Con este fin se presentan a continuación algunos puntos básicos relacionados con dicho proceso.

La planificación de la formación posbásica en enfermería

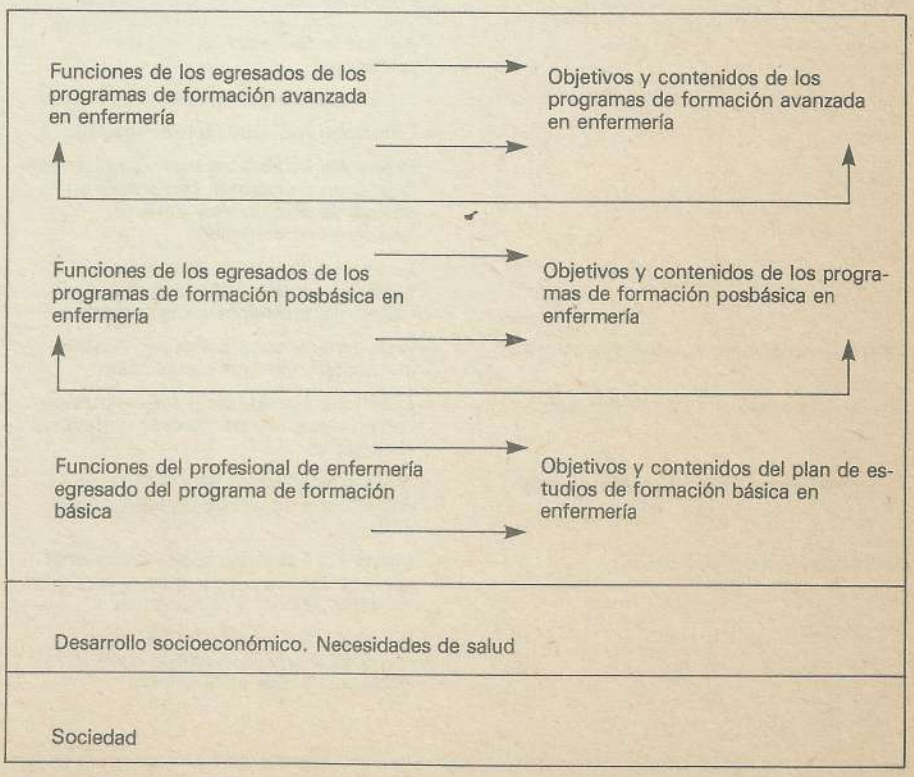
El planteamiento de esta modalidad de educación de enfermería, como se dijo antes debe tomar en consideración las variables que influyen en el desarrollo social del país y en el contexto del sistema de educación general, de la educación superior y de la educación de enfermería. Igualmente se tendrán en cuenta la estructura y políticas del sistema de atención de salud, con el fin de asegurar que el programa educativo responda a las necesidades reales de la sociedad.

Estas consideraciones permitirán plantear una política educativa general y una política educativa en enfermería. La política educativa presenta los principios ordenadores de las acciones de formación del personal y señala los objetivos generales que deben guiar el sistema educativo de un país.

Cuando se cuenta con políticas definidas y coherentes, o cuando al menos se pueden identificar los elementos orientadores para la actividad educativa, el planteamiento tendrá una mejor fundamentación. El plan educativo, en este caso, traducirá las políticas en acciones que las pongan en ejecución y permitirá transformar la variable tiempo en fases y etapas para cumplir o lograr las metas a corto, mediano y largo plazo y los objetivos propuestos.

Si se aplica este proceso en la planeación de la educación posbásica en enfermería, ésta obedecerá a una política educativa y será una respuesta a una necesidad de preparación de personal de enfermería. En consecuencia, el diseño del currículo, como instrumento normalizador del proceso enseñanza-aprendizaje en la institución docente, se organizará tomando como base el perfil ocupacional (o las funciones) del egresado del programa básico y el perfil ocupacional (o las funciones) del personal que se espera preparar.

La política curricular de la educación posbásica en enfermería deberá determinar con precisión los objetivos que se espera lograr y, además, requiere responder los siguientes in-



terrogantes: ¿para quiénes?, ¿para qué?, ¿para cuántos?, ¿cómo?

La política curricular así concebida se deriva de elementos de carácter general válidos para la Universidad y para todos los programas educativos que en ella se ofrecen; presenta también elementos específicos para orientar las carreras dentro de un área de conocimiento —por ejemplo, en el área de ciencias de la salud— y suministra elementos orientadores concretos para una carrera en particular, en este caso para enfermería, en sus diferentes niveles de formación: básica, posbásica y avanzada.

Una vez adoptados los objetivos generales y específicos para la formación de profesionales de enfermería a nivel posbásico, y cuando se han determinado los medios con que se cuenta para alcanzarlos, es necesario adoptar una *estrategia curricular* que responda a los siguientes puntos para organizar y dirigir las acciones que permitan el desarrollo del programa:

1.º ¿Cuánto tiempo durarán los estudios? La política y normas de educación superior del país exigirán un mínimo de duración para los estudios a este nivel; sin embargo, son los objetivos educacionales y la organización de los contenidos los que permitirán precisar la duración de los estudios.

2.º ¿Qué criterios se utilizarán para la ordenación de los contenidos, de las actividades y experiencias de aprendizaje? ¿Qué secuencia tendrá el diseño curricular para ordenar las asignaturas o cursos?

3.º ¿Qué criterios se utilizarán para agrupar las asignaturas con miras a asegurar la integración y coordinación en los contenidos?

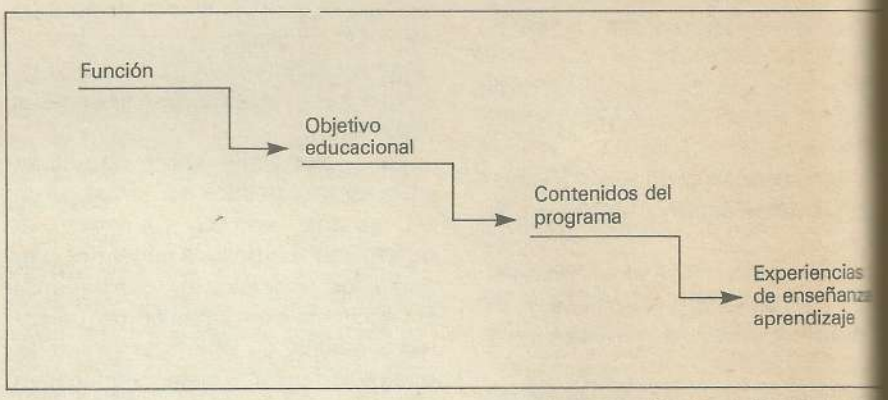
4.º ¿Cuál será la estructura organizativa que dará soporte al proceso?

5.º ¿Cómo se hará la administración de la docencia?

6.º ¿Quiénes participarán en el desarrollo de cada etapa del proces cómo?

En este último punto se toca un a pecto crítico para los programas ed cativos de este nivel, como lo es disponibilidad de personal docen de enfermería calificado. Los cursos posbásicos y de educación avanzad en enfermería requieren para su fu cionamiento de un cuerpo docen de enfermería que mantenga la un dad del programa y oriente la parti pación de los profesores de otras di ciplinas, y que básicamente sea ca paz de desarrollar el mayor porcen je de sus contenidos.

Como aspecto final, es importan recordar la utilidad que tiene la ap cación de las estrategias de cambi cuando estamos moviéndonos e una escena donde existen insti ciones educativas establecidas co gran tradición y trayectoria y cuan se encuentran currículos en marc organizados con diferentes criteri Es inevitable el enfrentamiento co las restriccciones que plantean l estructuras preexistentes, las cua requieren actuaciones inteligen pero firmes, para lograr los cambi que más beneficiarán a la sociedad a la profesión de enfermería.



Niveles de formación	*Propósitos*
Educación avanzada o de posgrado	— Ampliar la educación general del profesional. — Profundizar los conocimientos científicos. — Desarrollar habilidad de investigación. — Desarrollar habilidades especializadas, para la práctica profesional, con énfasis en el análisis de situaciones y toma de decisiones en enfermería. — Desarrollar con mayor énfasis las habilidades intelectuales que apoyan el trabajo del profesional de enfermería.
Educación posbásica de complementación	— Profundizar y actualizar conocimientos científicos y técnicos a nivel básico.
Educación posbásica de profundización	— Desarrollar habilidades prácticas para un campo específico del ejercicio profesional a nivel básico.
Educación especializada a nivel posbásico	— Desarrollar habilidad para la toma de decisiones e un campo de especialidad clínica.
Educación básica de enfermería	— Obtener la formación básica profesional con una adecuada educación general, científica, técnica y humanística. — Desarrollar las habilidades básicas que permitan al egresado proveer atención al individuo, familia y comunidad.

Síntesis

Con el fin de hacer una síntesis los aspectos fundamentales que deben tener en cuenta en el planta miento curricular de los program formales de formación posbásica de formación avanzada e enfermería, se presentan a con nuación algunos conceptos e quematizados:

1.º Asegurar la articulación progresión entre los diferentes ni les de preparación en enfermería.

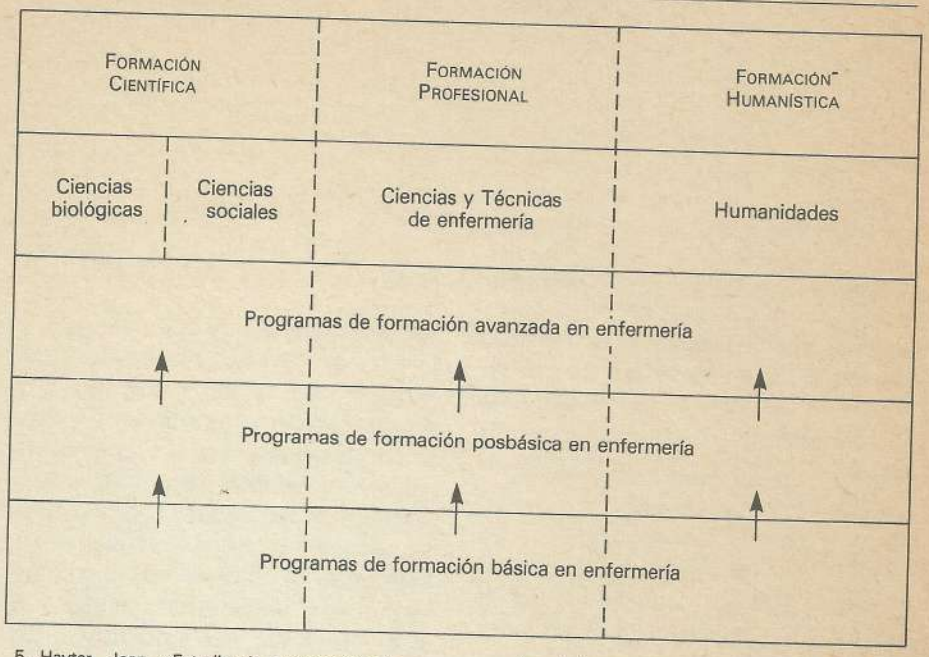
2.º Definición de los niveles de formación de la enfermera (o) y sus propósitos.

3.º Relacionar las funciones que se esperan que el egresado del programa sea capaz de desempeñar, con los objetivos educacionales, los contenidos del programa y la experiencia de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en las diferentes asignaturas.

4.º Relacionar los principios orientadores o la filosofía de la profesión con el diseño curricular del programa posbásico.

5.º Areas de contenido de los currículos de enfermería.

Orientación	*Diseño curricular*
1. Práctica	Mayor énfasis en técnicas y procedimientos.
2. Científica	Mayor énfasis en procesos.
3. Práctica y Científica	Sólida fundamentación en procesos y desarrolla habilidades prácticas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade, Jorge; Arellano, Vladimiro y Muñoz, Sergio. *La planificación de la educación superior o Universitaria*, Educación Médica y Salud, Volumen 10, n.º 1, 1976, págs. 42-53.
2. Bobenrieth, Manuel. *A propósito de adiestramiento y desarrollo*. Editorial: Educación Médica y Salud. Volumen 14, n.º 2, 1980, pág. 133.
3. Dopson, Laurence. «Post Basic Development», *Nursing Times*, diciembre de 1979, págs. 21-48.
4. Fidler, Nettie D'. «Post Basic Nursing Education», *International Nursing Review*, enero de 1958, págs. 6-10.
5. Hayter, Jean. «Estudio de seguimiento de un programa de magister», *Nursing Outlook*, junio de 1978, págs. 38-385.
6. McNamus, Louise. «Advanced Preparation for Nursing», *The American Journal of Nursing*, septiembre de 1969, págs. 596-598.
7. O.P.S./O.M.S. Informe del Grupo de Consulta sobre Educación en América Latina y el Caribe. *Educación Médica y Salud*, Volumen 10, n.º 3, 1976.
8. Rojas, Gustavo y Ojeda, Raquel. *Elementos para el desarrollo de una estrategia de diseño curricular* (mimeografiado), Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1976.
9. Schlotfeldt, Rozella M. «The Profesional Doctorate: Rationale and Characteristics», *Nursing Outlook*, mayo de 1978, págs. 302-311.
10. Wu Ruth. «Granting Credit for Previous Learning», *Nursing Outlook*, noviembre de 1978, pág. 707.
11. Villarreal, Ramón, Bojalil, Luis Felipe, y Mercer, Hugo, *Bases para el diseño curricular de medicina*, Editorial: Educación Médica y Salud, Volumen 11, n.º 2, (1977), pág. 111.

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA EN EL REINO UNIDO

Nuria de Aguilera Núñez

Profesora de la Unidad Docente de Cruz Roja de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense

Cien años de especialidad de enfermería en salud pública

El trabajo que voy a presentar recoge una pequeña parte de la información que durante dos meses he podido ir recopilando y analizando, gracias a la colaboración de muchas enfermeras y enfermeros del Reino Unido que, pacientemente, contestaban a mis preguntas y compartían conmigo sus experiencias profesionales. A todos ellos, a Carmen de la Cuesta, quien me proporcionó información utilísima, a Milagros Segura, por su continuo apoyo, quiero expresarles desde aquí mi profundo agradecimiento, así como a la Organización Mundial de la Salud, que me concedió la beca para realizar un estudio sobre la formación de enfermería en el Reino Unido.

El objetivo de esta comunicación es compartir con todas vosotras los datos que he podido recoger sobre la especialidad de Salud Pública, en el Reino Unido; así, quede claro desde un principio que mi propósito es realizar con modestia una labor puramente informativa y está muy lejos de mi ánimo cualquier designio de valorar y juzgar en una disciplina que no profeso.

Voy a estructurar la comunicación en tres partes:

1.ª Quiénes son las visitadoras de salud y cuáles son sus objetivos.

2.ª Evolución histórica de esta especialidad.

3.ª Plan de estudios, sistemas de evaluación, tipos de cursos, centros donde se imparten.

Primera parte

¿Quiénes son las visitadoras de salud y cuáles son sus objetivos?

En el Reino Unido encontramos varias especialidades posbásicas de enfermería que se desarrollan en la comunidad, y se dedican a la atención primaria, como son la matrona comunitaria, la enfermera escolar, la enfermera de distrito, la enfermera psiquiátrica comunitaria y la enfermera visitadora para la salud, a la cual me voy a referir concretamente.

La visitadora para la salud es una enfermera profesional, colegiada, que posee además el título de matrona, o experiencia en este campo, más el certificado de visitadora de salud, «que es expedido por el Consejo para la Formación de Visitadoras de Salud.

Esta especialidad ofrece las mismas oportunidades a los profesionales de ambos sexos. Sobre este punto preciso ruego encarecidamente que, cada vez que menciono a «la enfermera», se entienda que me refiero a los profesionales de enfermería de ambos sexos.

Los objetivos esenciales de estas especialistas son:

1.º Prevenir las enfermedades mentales, físicas y emocionales y sus secuelas.

2.º Identificar tempranamente la enfermedad, así como a los grupos de alto riesgo.

3.º Conocer y saber movilizar los distintos recursos que fueran necesarios.

4.º Hacer educación sanitaria.

5.º Proveer cuidados, objetivo que incluye el apoyo en aquellas situaciones de tensión, ser consejera y guía, tanto en caso de enfermedad como en el cuidado de los sanos. La enfermera visitadora de salud no realiza, sin embargo, técnicas o procedimientos clínicos de enfermería.

La enfermera especialista en salud pública, a pesar de su especialidad, es enfermera general: no se limita a grupos determinados o a individuos de ciertas edades, sino que su papel es el de evaluar las necesidades de salud y de educación sanitaria, para conservar y acrecentarla.

Ella misma es la que selecciona a los grupos o individuos con los que establece contacto, aunque también le pueden ser enviados por el resto de profesionales de atención primaria; profesionales a quienes ella, a su vez, puede remitir sus clientes cuando lo considere necesario.

Esta especialidad conoce las técnicas de observación, establece relaciones interpersonales y es capaz de administrar cuidados y enseñar a individuos y a grupos. Estos conocimientos y destrezas se fundamentan en su formación previa de enfermería, pero se amplían y profundizan con el estudio de la especialidad, lo que permite que la enfermera de salud pública tenga una contribución única en el cuidado de aquellas familias que se consideran bajo riesgo, o de aquellos grupos vulnerables de la comunidad, como pueden ser los niños y los ancianos, así como en la satisfacción de las necesidades de la persona para que pueda desarrollar su máximo potencial en cada una de las etapas del ciclo vital.

Segunda parte

Evolución histórica de esta especialidad

Los orígenes de la enfermería de salud pública en el Reino Unido se remontan a 1850 y se localizan en la ciudad de Manchester, donde se funda la Asociación de Damas Sanitarias, cuyos esfuerzos se encaminaban a ayudar a las mujeres más necesitadas, enseñándoles el cuidado de los niños. Así comenzó la educación sanitaria. Pero era imposible que sólo con obras de caridad, y sin estar realmente preparadas, estas damas lograran resultados eficaces.

Por ello, a partir de 1862, comienzan a recibir clases sobre higiene, dietética y limpieza doméstica. Tratan de buscar por primera vez métodos más racionales para la educación sanitaria, y es también en esta época cuando Florence Nightingale funda la Escuela de St. Thomas. Su perspicaz visión, que hoy brilla todavía, sobre la necesidad de formación de las enfermeras se extendió también a la especialidad de salud pública.

Tenía Florence Nightingale setenta años cuando persuadió a las autoridades de su condado de la necesidad de que se establecieran centros donde se realizaran los estudios de salud pública; centros en que las enfermeras que los realizaran pudieran, además, obtener un certificado oficial. Y fue así como, en 1891, tres enfermeras de las dieciséis, que comenzaron el curso, recibían el certificado de «visitadoras de salud», y Florence Ninghtingale escribía:

«No es necesario establecer comparaciones entre la enfermera visitadora y la que cuida de los enfermos, porque ambas requieren formación, y porque es evidente que la necesidad de llevar la salud a los propios hogares precisa unos conocimientos especializados. Además, la visitadora de salud debe poseer un gran tacto y una ilimitada capacidad de razonamiento para evitar llegar a producir la hostilidad, pues es responsable nada menos que del desarrollo de una nueva profesión...»

En 1919, el recién creado Ministerio de Sanidad, junto con el departamento de Educación puso en marcha un plan de estudios que se desarrolló en distintas universidades, dedicado a las enfermeras tituladas, y con una duración de un año en el que se estudiaban asignaturas como higiene, enfermería pediátrica, y posteriormente materno-infantil. Los resultados no se hicieron esperar: la mortalidad infantil descendió: pues el trabajo de estas especialistas se centraba especialmente en prevenir la enfermedad y promover la salud de las madres y de los niños, que morían debido a las ínfimas condiciones de limpieza, dieta y abrigo.

En los años 30, la labor de las visitadoras de salud se hizo aún más importante, pues los profesionales médicos que trabajaban en el campo comunitario se unieron a ellas; esto produjo un aumento de centros de formación y, por tanto, el número de estas especialistas. Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mungial, con el crecimiento de los servicios de seguridad social y los brillantes descubrimientos de la medicina y farmacología, que lograron un enorme descenso de la mortalidad infantil, parecía que la misión de la visitadora de salud había concluido.

Es posible que esto hubiera sucedido de no haberse ampliado el concepto de salud, precisamente en esa época. Efectivamente, en 1956 las funciones de la especialista de salud pública se definen como consejera y educadora sanitaria, manteniendo una continua relación con las familias; en especial, con aquellas en las que hay niños se acentúa también la importancia de su labor en las áreas de salud mental y salud del anciano, así como su misión de beneficiar a la comunidad con los distintos servicios de salud disponibles.

En 1962 se establece por ley el Consejo para la Formación de Visitadoras de Salud, cuyo primordial objetivo fue el de diseñar un plan de estudios, más coherente, capaz de dar respuesta a las necesidades de formación de la enfermera visitadora de salud y que, a la vez, fuera lo suficiente flexible para adaptarse a las continuas demandas de la comunidad.

Tercera parte

Plan de estudios, sistemas de e luación, tipos de curso, centros d de se imparten:

A: Plan de estudios:

El plan de estudios está forma por cinco áreas que son:

—1.ª área: desarrollo del individu

—2.ª área: el individuo en el grup

—3.ª área: desarrollo de política s cial,

—4.ª área: los aspectos sociales d salud y la enfermedad,

—5.ª área: fundamentos teóricos práctica de la visitadora de salud.

Veámoslas rápidamente por se rado:

1.ª área. *Desarrollo del individu*

Esta área recoge los aspectos siológicos, desde la etapa pren hasta la ancianidad, y las distintas teraciones que se presentan más cuentemente, que deben ser detec das por la enfermera visitadora asímismo, todos los aspectos e cionales, intelectuales y sociales se presentan en cada período del sarrollo del ser humano.

En esta área se estudia además

—Dietética (no sólo los requ mientos normales de todas las eta del desarrollo, sino también nece dades de ciertos grupos de la co nidad, como diabéticos, obes etc.)

—Psicología evolutiva en la in cia, la adolescencia, los adultos vejez, enfocadas siempre en su sarrollo normal. También se estud en esta parte todas aquellas fuente efectos de tensión emocional en la da familiar, tales como los efec que en la conducta producen la fermedad y el medio ambiente ad so, las desavenencias matrimonia los aspectos psicopatológicos d niñez y todos aquellos problemas afectan a grupos determinados d comunidad, como pueden ser los nusválidos y mentales, los ciegos, sordos, los epilépticos, etc.

En esta primera parte, la estud ta debe aprender que su contribuc específica como enfermera de sa pública consiste en prevenir la en medad y promover la salud. pues, debe estar al corriente de técnicas de diagnóstico precoz, a

que esto no quiere decir que tenga que ser ella, necesariamente, quien realice los distintos procedimientos diagnósticos, sino que más bien debe saber encontrar y enseñar a sus clientes a conseguir la ayuda de todos aquellos organismos y servicios sanitarios que pudieran ser útiles en cada caso.

2.ª área. *El individuo en el grupo:*

En esta parte se estudian distintos conceptos de sociología, que permiten conocer al individuo en su medio y las diversas presiones sociales a las que se ve sometido en diferentes edades. Se estudiarán también distintos modelos culturales y los divergentes grupos en conflicto social. Todo esto permite a la enfermera de salud pública tener una base científica para ser capaz de entender el contexto sociológico, en el que debe armonizar su misión de educadora sanitaria.

Uno de los principales objetivos del estudio de esta área es el de conocer la influencia de la sociedad en la conducta, puesto que suele enfocarse, inadecuadamente, la conducta humana en términos de personalidad individual. Por tanto, la enfermera de salud pública debe conocer la enorme importancia que la posición social tiene en modificar o modelar la conducta de los individuos, así como la estructura social en términos de status y papeles relacionados con grupos, comunidades, organizaciones, clases sociales y familias. Estos conocimientos le permitirán identificar las distintas actitudes, valores, creencias, opiniones y demás respuestas habituales, como respuestas adquiridas.

También se estudia la movilidad social y geográfica, enfocáncola al estudio de los distintos servicios de salud y asistencia social que hayan de ser distribuidos, y las situaciones especialmente problemáticas que se dan en las diferentes clases sociales, grupos étnicos y regiones geográficas.

3.ª área: *Desarrollo de política social:*

En esta parte se estudian los objetivos de la política social, su fundamento histórico, las causas de la pobreza, los orígenes y evolución de los servicios sociales oficialmente establecidos, y de los voluntarios y de las relaciones entre ellos, distinguiendo los servicios que deben ser ofrecidos universalmente, de los que sólo van dirigidos a satisfacer necesidades peculiares.

El objetivo de esta área es dar una visión global de los distintos servicios sociales, para que la enfermera sea capaz de conocerlos y de informar sobre su utilidad a los miembros de la comunidad que pudieran necesitarlos. También para que la enfermera sea capaz de identificar todos aquellos factores que modifican la extensión y dirección de los cambios en política y en administración.

En tercer lugar, el estudio de esta área permitirá a la enfermera establecer relaciones interpersonales con colegas de otras disciplinas para satisfacer las necesidades de las familias a quienes visita.

4.ª área. *Los aspectos sociales de la salud y de la enfermedad:*

Aquí se recogen distintas formas de enfermar, los métodos para establecer prioridades en los servicios de salud, en los que se mueve la enfermera de salud pública.

También se hace un estudio de estadísticas de morbilidad, que ponen especial solicitud en los problemas médicos de actualidad, problemas que pueden variar en las distintas zonas del país, lo que a veces facilitará el hacer comparaciones con los problemas de salud de otras partes del mundo; y es que no puede ignorarse que la educación sanitaria será mucho más efectiva cuando se realice, teniendo identificadas las necesidades del área concreta donde se realiza.

Así, las enfermedades transmisibles, mentales o físicas, los primeros signos y síntomas, etc., serán recordados relacionándolos con el medio ambiente social.

5.ª área. *Fundamentos teóricos y práctica de la visitadora de salud:*

En las áreas anteriores se han estudiado el desarrollo y evolución del individuo, las diversas presiones ejercidas por el ambiente, la política para mitigar esas presiones adversas y el funcionamiento de distintos servicios que se relacionan con la enfermera de salud pública. Pues bien, en esta última parte se van a considerar la naturaleza y fundamentos teóricos de la enfermería de salud pública, su autonomía profesional, su responsabilidad en la identificación de casos por propia iniciativa y su ineludible misión de acudir o referirse a otros profesionales cuando el caso lo requiera. Para hacer el análisis de sus funciones y relacionarlas, con otros profesionales, esta especialista debe conocer previamente la evolución histórica de su profesión.

El trabajo en equipo, la importancia de establecer buenas relaciones interpersonales, los principios de observación y comunicación, que son esenciales para conocer las necesidades de los demás y saber elegir los métodos más apropiados y el lenguaje idóneo para satisfacerlas.

Por otra parte, en esta área se estudia la responsabilidad de la enfermera visitadora de salud en el registro meticuloso y confidencial de todo su trabajo, y en sus dictámenes escritos, que son fuente de información importantísima para otros profesionales del equipo.

Además, en esta área la enfermera profundizará sus conocimientos sobre los principios de la enseñanza y del aprendizaje y manejará distintos recursos para facilitar el proceso de la educación, como, por ejemplo, medios audiovisuales.

Prograrmará sesiones para grupos, en los que realizará una educación sanitaria sobre temas concretos.

En esta última parte se recogen además los estudios en profundidad sobre administración, puesto que la especialista de salud tiene que coordinar las actividades de un pequeño grupo de personal y resolver las situaciones difíciles que suelen presentarse, demostrando en la práctica la correcta aplicación de sus conocimientos teóricos. Por tal razón, una parte de esta área se realizará en la práctica controlada y dirigida por las instructoras, y puesto que esta especialidad se interesa por los individuos en todas sus edades, la enfermera tiene que realizar prácticas, en este período de formación, relacionadas con la salud materno-infantil, con la salud escolar, del anciano, etc. Tam-

bién, en estas prácticas la enfermera tendrá la oportunidad de establecer comparaciones, por una parte entre su actividad relaciona con la de un médico de cabecera y por otra entre su sola actividad llevada a cabo en un área geográfica concreta.

B: Pruebas de evaluación:

Los estudiantes tienen que realizar, para aprobar el curso, trabajos sobre cuatro familias diferentes; cada uno de éstos deberá tener una media de 2.500 palabras, escritas a máquina, en los que los nombres y direcciones de la familia se omitan para guardar el secreto profesional, y en los que se demuestre que los conocimientos teóricos adquiridos durante el curso se aplican en la práctica. Y aun hay que añadir un estudio sobre un vecindario; este trabajo debe incluir todos los factores sociológicos del sector en que estas familias viven, los datos históricos concurrentes, la industria, oportunidades de trabajo, nivel de vida, servicios y posibilidades de que dispone ese grupo de la población, etc.

La extensión de este trabajo no está fijada, pero debe ser lo más conciso posible.

C: Tipos de cursos:

—El más frecuente es el que se realiza como especialidad posbásica, con una duración de un curso académico, tres de cuyos meses se dedican a realizar prácticas supervisadas.

—Cursos de una duración y organización variable que se adaptan a las necesidades de personas que trabajan simultáneamente o tienen grave responsabilidades domésticas.

—Licenciatura en enfermería en combinación con los estudios de la especialidad. Éstos duran cuatro años.

D: Centros donde se imparten estos estudios:

Hay aproximadamente unos cincuenta centros diseminados por todo el Reino Unido, entre institutos de estudios superiores, politécnicos y universidades, donde se realiza esta especialidad.

Y termino: en la conciencia de todas vosotras está que esta somera exposición, puramente informativa, no es sino una forma embrionaria y sencillísima de abordar el vasto tema que a todas nos apasiona.

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

Experiencias recogidas a lo largo de cinco años de desarrollo de la especialidad

García Gurria, Alicia y Navarro Martín, María E.

Instructoras del departamento de pediatría. Clínica Universitaria, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra.

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA O INFANTIL COMO ESPECIALIDAD

En esta comunicación presentamos el planteamiento de especialización en enfermería infantil, vigente en el actual curso académico en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra.

Un aspecto de vital importancia es la necesidad de preparar a nivel superior, enfermeras especializadas en pediatría. Al observar las diferencias físicas y psicológicas que existen entre el adulto y el niño, el nivel de atención que requiere éste por sus limitaciones fisiológicas y la importancia que tiene la medicina pediátrica sobre todo en las etapas perinatal y neonatal, se comprende la involucración de la enfermera en el campo pediátrico como una necesidad urgente.

Pasamos a detallar nuestra experiencia, que es de cinco años.

La especialidad se desarrolla a lo largo de dos cursos académicos completos; en el comienzo de cada curso nos planteamos unos objetivos tanto en el aspecto teórico como en el práctico.

Objetivos de la pediatría

Teniendo en cuenta los objetivos de la pediatría, que los resumimos en:

1.º Fomentar el crecimiento y desarrollo armónico del niño.

2.º Promover un estado óptimo de salud física, mental y social.

3.º Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La función de la enfermera sería:

- Favorecer y apoyar al niño en el proceso de maduración y adaptación.
- Dedicación y atención prestada al niño en la prevención de enfermedades cuando está sano, como el tratamiento y convalecencia cuando está enfermo, para llegar a ser una persona adulta física y psicológicamente estable (fig. 1).

gunas modificaciones; todo lo que concierne a neonatología, lo hemos ampliado y añadido los cuidados de enfermería. que no constan en el decreto, así como ciertos temas de traumatología y ortopedia. En cuanto a los temas sobre las distrofias, la desnutrición y deshidratación, los hemos pasado al primer curso, por tener relación con el aparato digestivo, así com también todas las enfermedades transmisibles; de este modo descargamos el programa de segundo curso, que resultaba muy extenso.

OBJETIVOS	
Pediatría médica	*Enfermería pediátrica*
Fomentar crecimiento y desarrollo. Promover un estado óptimo de salud. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.	Favorecer el proceso de maduración y adaptación. Cuidados al niño sano para evitar la enfermedad. Cuidados al niño enfermo para recuperar la salud.

Fig. 1

Para conseguir estos fines tenemos establecidos unos métodos de enseñanza que incluimos dentro de:

— Las actividades docentes.

— Las actividades clínicas.

El programa teórico lo tenemos adaptado de acuerdo con el decreto ley del 22 de octubre de 1964, con al-

Las actividades docentes (fig. 2) se llevan a cabo a través de:

1.º Clases teóricas, impartidas por el equipo médico, instructora y supervisora.

2.º Clases teoricoprácticas, a cargo del personal docente y asistencial de enfermería.

ACTIVIDADES DOCENTES

- Sesiones teóricas.
- Sesiones teoricoprácticas.
- Seminarios de enfermería pediátrica.
- Exposición de historias de enfermería pediátrica.

Fig. 2

Los temas que se refieren a cuidados básicos del niño —que se supone deben tenerlos adquiridos por haber superado la asignatura materno-infantil de 2.º curso de Diplomadas en Enfermería, pero que conviene recordar y en muchos casos profundizar—, en algunas ocasiones son ejecutados por las propias alumnas, siendo objeto de valoración tanto en el contenido como la presentación de los mismos. En ese caso, previamente, se hace una evaluación orientativa de los temas a exponer por parte del personal docente.

Los temas teóricos y teoricoprácticos son coordinados de tal modo que, una vez impartidos los conocimientos teóricos, se pasa a la exposición práctica de ellos.

3.º Seminarios de enfermería pediátrica, con el fin de:

- Ampliar los conocimientos científicos.
- Mejorar la asistencia práctica mediante el fomento de la investigación.

4.º Exposición y comentario de historias de enfermería pediátrica, relacionadas con la teoría impartida.

La finalidad de estas exposiciones es la de evaluar:

- Los conocimiento fisiopatológicos de la alumna en los diversos síndromes.
- La capacidad de detectar signos y síntomas del niño encuadrándolo en el contexto familiar.
- El conocimiento de los métodos diagnósticos y terapéuticos.
- La destreza para programar los cuidados de enfermería correspondiente, estableciendo prioridades.
- El estudio de la evolución del niño en relación con el tratamiento y cuidados aplicados.
- La capacidad de respuesta a las dudas planteadas y el rigor y sistematización de la exposición.

Actividades clínicas

Estas actividades (fig. 3) se realizan en las diferentes secciones del departamento, con unos objetivos concretos para cada área, sintetizados en:

1.º Práctica intrahospitalaria.
2.º Consulta ambulatoria.

ACTIVIDADES CLÍNICAS

1. Práctica intrahospitalaria
2. Práctica extrahospitalaria

Fig. 3

Los objetivos de la atención intrahospitalaria pueden ser:

a) Adaptar el medio hospitalario a las necesidades del niño.

b) Proporcionar los cuidados para atender sus necesidades básicas y las que se derivan del proceso patológico que padezcan.

c) Estimular en la alumna la capacidad de relación con los padres del niño, logrando ganar su confianza, sin caer en familiaridades ni dependencias.

d) Promover en la alumna una actitud educadora continua ante los distintos comportamiento del niño, sin caer en tiranismo, ni en la protección excesiva, estimulándole a desarrollar sus valores y actitudes para que pueda confiar en sí mismo.

e) Fomentar la paciencia como cualidad necesaria, especialmente para el trato con el niño, a fin de saber conjugar el dejar hacer y el saber esperar.

f) Atender al niño mediante programas recreativos de rehabilitación y educación.

g) Adquirir las habilidades y destrezas correctas en la aplicación de cuidados y tratamientos pediátricos.

h) Educación sanitaria a los padres mediante la información y adiestramiento sobre el tratamiento y cuidados del niño a través de:

1.º Entrevistas con los padres, para valorar la calidad de los cuidados que éstos prestan al niño.

2.º La orientación verbal en el ingreso y estancia del niño en el hospital.

3.º En el momento del alta, dar las enseñanzas precisas respecto a la medicación, cuidados básicos y específicos requeridos.

Consulta ambulatoria

Los objetivos de la atención ambulatoria son:

a) Entrevista con los padres.

b) Estar presente en las entrevistas del médico con los padres y en la exploración del niño, recibiendo del médico las indicaciones pertinentes, haciendo realidad la existencia de un equipo de trabajo y de una mutua colaboración.

c) Facilitar enseñanzas e indicaciones precisas a los padres en cuanto a la alimentación, hábitos de higiene, medicación, cuidados específicos y modo de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas si las hubiera. Asimismo proporcionar información sobre los exámenes complementarios solicitados.

Rotatorio de prácticas

Durante nuestros cinco años de experiencia hemos tenido alumnas en distintas circunstancias.

Unas trabajando dentro del servicio, otras que trabajan en otros departamentos, un tercer grupo que trabaja en otros centros y, por último, alumnas con dedicación exclusiva a la especialidad. Evaluando los resultados, hemos llegado a la conclusión de que las alumnas con dedicación exclusiva alcanzan un mayor rendimiento global:

a) Pueden profundizar más en los conocimientos que se les proporcionan.

b) Pueden centrar más la atención en la realización de las tareas.

c) Disponen de más tiempo para dedicarlo a los trabajos de investigación.

El rotatorio de prácticas (fig. 4) se realiza de acuerdo con esta distribución:

ROTATORIO DE PRÁCTICAS	
Primer curso	
— Recién nacido	1 MES
— Dietética infantil	1 MES
— Lactantes	2 MESES
— Consulta	3 MESES
— E. sanitaria	2 MESES
Segundo curso	
— Preescolares y escolares	3 MESES
— Cuidados intermedios	2 MESES
— U.C.I.N.	2 MESES
— U.C.I.P.	2 MESES
— Urgencias	1 G/MES

Fig. 4

PRIMER CURSO

—Servicio de nidos: un mes, 4 horas en turnos de mañana.

—Lactantes: dos meses, 4 horas diarias en turnos de mañanas o tardes.

—Consulta ambulatoria: 3 meses, divididos en: consulta pediátrica un mes, otro en consulta especializada y el tercero en consulta de U.P.E.P. (Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz); los turnos pueden ser de mañana o tarde.

—Dietética infantil: un mes en turno de mañana.

—Educación sanitaria a los padres: sesiones informativas a los padres de los niños ingresados, 2 horas, dos veces por semana.

Segundo curso

—Preescolares y escolares: tres meses; dos dedicados a la asistencia clínica y uno a terapéutica recreativa, en colaboración con alumnas de pedagogía, en turnos de mañana o tarde.

—Cuidados intermedios: dos meses; cuatro horas diarias y cuatro turnos completos nocturnos.

—U.C.I.N. y U.C.I.P.: cuatro meses, en turnos completos de mañanas, tardes o noches.

—Además, deben hacer una guardia mensual de 9 a 21 horas, en colaboración con el médico de guardia del departamento de pediatría para las prácticas de neonatología y urgencias.

Evaluación

Consta de diferentes fases (fig. 5):

—Preevaluación de conocimientos básicos de pediatría al iniciar el primer curso.

EVALUACION

- Preevaluación al iniciar Primer curso.
- Evaluaciones diagnósticas (3er curso)
  - Teóricas
  - Prácticas
- Evaluación final

Fig. 5

—Evaluación orientativa o diagnóstica, en número de tres a lo largo del curso académico.

En todas ellas se valoran los conocimientos teóricos y la aplicación de los mismos.

—Evaluación práctica: a su llegada a cada sección de prácticas se informa a la alumna de los conocimientos a adquirir y de las actividades a realizar. Al finalizar su estancia, se hace la evaluación final por la enfermera encargada de la docencia. En el curso segundo, se le pide además la confección de una memoria.

—Evaluación final: comprende una prueba múltiple de conocimientos teóricos y prácticos, más la recopilación de las evaluaciones hechas en los seminarios, clases teoricoprácticas, así como las historias de enfermería y las actividades clínicas.

Con todo ello pretendemos conseguir en la alumna una actitud profesional, con una responsabilidad e iniciativa cara el futuro de su profesión.

Finalmente queremos sintetizar el nexo común que a nuestro juicio presentan las especialidades de enfermería pediátrica y obstétrica (fig. 6).

Para la especialización en enfermería pediátrica es conveniente impartir ciertas nociones de obstetricia, que serviran para comprender la influencia del período de gestación en el desarrollo ulterior del niño, y para la obstetricia, nociones de neonatología, suficientes para prestar la adecuada atención al niño en el período neonatológico.

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA
— Cuidados del niño desde el nacimiento a los 14 años. — Incluir nociones de obstetricia.	— Cuidados del r. n. durante el período neonatal. — Incluir nociones de neonatología.

Fig. 6

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA

Experiencias recogidas a lo largo de doce años de desarrollo de la especialidad

Concepción Hernández Marqués y Rosario Oroz Ezcurra

Departamento de Psiquiatría, Clínica Universitaria, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA PSIQUIÁTRICA

La función de la enfermera dentro del equipo sanitario asistencial ha sido reconocida cada día con más relieve por los distintos autores que han tratado el tema.

Ya en septiembre de 1955, la O.M.S. constituyó un Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica con la finalidad de promocionar la formación de personal especializado.

En el año 1967, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica recomendó la puesta en marcha de cursos de especialización de enfermería psiquiátrica a los centros que reuniesen las características adecuadas para impartirlos.

A partir de esa fecha, comenzando con un curso «experimental», se inicia nuestra experiencia en la formación de la enfermera psiquiátrica, si bien hay que señalar que existió un período de tres años, de 1969 a 1971, en los que no se pudo continuar la labor emprendida; asimismo, el curso 1974-1975 no se realizó.

Comenzaremos haciendo una descripción de la unidad psiquiátrica donde las alumnas realizan su aprendizaje.

La unidad ocupa prácticamente la totalidad de la 4.ª planta de la Clínica Universitaria.

Comprende el área de hospitalización, los despachos de consulta externa, el gabinete de psicología y la secretaría del departamento.

En el área de hospitalización contamos con 36 camas, distribuidas en 14 habitaciones dobles y 8 individuales. Todas las habitaciones son amplias, con grandes ventanas que tienen sistema de seguridad. En cada habitación tenemos instalados sistemas de toma de oxígeno y vacío, para los casos que lo requieran.

Otras dependencias de la planta son: un comedor común para todos los pacientes, una sala-estar-biblioteca, una sala de terapia ocupacional, una zona para terapias biológicas, una sala para psicoterapia de grupo, un biblioteca, tres despachos médicos, un despacho para la enfermera supervisora y el control de enfermería.

El equipo terapéutico está compuesto por: seis médicos (dos psiquiatras y cuatro médicos en período de formación), que trabajan a dedicación exclusiva. El equipo de enfermería está compuesto por una enfermera supervisora, ocho enfermeras de hospitalización, tres enfermeras encargadas de organizar y llevar a cabo distintas actividades, entre ellas la terapia ocupacional, una enfermera que reparte su tiempo entre asistencia y docencia, dos auxiliares de enfermería, que trabajan en turno continuado de ocho horas. A ellas hay que añadir las alumnas, tanto de enfermería como de la especialidad.

Dinámica de la unidad

Cada día, comienzan las actividades con una reunión del equipo terapéutico, en la que se tratan aspectos relacionados con la asistencia de los pacientes hospitalizados: se revisan los criterios diagnósticos, planes de tratamiento, etc. Esta reunión tiene una duración aproximada de una hora.

Las acitividades con los pacientes se estructuran de la siguiente forma:

- Reuniones de planta, con asistencia de los médicos, enfermeras y la totalidad de los pacientes. En ellas se comentan aspectos muy variados del funcionamiento de la planta. La enfermera supervisora anota las sugerencias para tratar de darle solución. Estas reuniones son en número de dos cada semana.
- Reunión de terapia ocupacional, en la que se revisan los aspectos relacionados con las distintas actividades, se proponen modificaciones o bien se manifiesta el acuerdo con las establecidas las semana anterior. En esta reunión se propone al grupo de enfermos los debates de la semana siguiente, de forma que vayan preparando con tiempo esta actividad. Esta reunión tiene lugar un día por semana.
- Grupo de interpretación de pinturas, en la que se comenta la expresión pictórica libre de los pacientes, dirigida por un médico psiquiatra, con participación de todo el equipo médico, de enfermería y los pacientes. Estas reuniones se celebran dos veces por semana, con duración de una hora aproximadamente.
- Grupos de psicoterapia, cuatro grupos semanales de una hora de duración, dirigidos por un psicoterapeuta.

— Psicoterapia individual, aunque la enfermera no tiene posibilidades de asistir a este medio terapéutico, se puede beneficiar de la sistemática de la misma a través de la información del médico en las reuniones del equipo.
— Actividades de terapia ocupacional, que comprende una serie de actividades muy variadas (trabajos manuales, pintura, modelado en plastilina y arcilla, pirograbado, marquetería, teatro leído, musicoterapia, excursiones, etc.).

La enfermera, por su parte, elabora la historia de enfermería, la cual se realiza por medio de entrevistas con el enfermo, ayudándose de escalas de evaluación psicopatológicas, entre ellas el C.P.R.S. Los resultados de estas escalas quedan reflejados en gráficas a través de las cuales puede ser seguida la evolución del paciente.

Asimismo utilizamos escalas específicas para anorexia mental y enfermos alcohólicos.

Con estas actividades asistenciales se trata de conseguir un ambiente terapéutico, en el que la relación entre los miembros del equipo y los pacientes sea lo más satisfactorio posible.

En este marco asistencial, las alumnas pueden entrar en contacto con el paciente de manera natural y obtener, a través de las actividades terapéuticas, los elementos necesarios para su adecuada formación.

PROFESORADO

Dirección y coordinación del curso

— Director del Departamento de Psiquiatría
— Psiquiatra jefe de planta
— Enfermera supervisora

Docentes

1. Médico psiquiatra
1. Enfermera supervisora
10. Enfermeras especializadas
2. Psicólogo clínico

Fig. 1

El profesorado de la especialidad está formado por (fig. 1) los médicos psiquiatras del departamento, los psicólogos médicos y la enfermera supervisora. Desde hace dos años, nos hemos dado cuenta de la necesidad de que participen también en la docencia las enfermeras graduadas que tienen ya su especialidad. Por el momento está siendo una experiencia muy positiva, aunque es pronto para una evaluación adecuada de los resultados.

ESPECIALIZACIÓN ENFERMERAS PSIQUIÁTRICAS

FORMACIÓN TEÓRICA		*FORMACIÓN PRÁCTICA*	
Psicología general	17	Seminarios	15
Psicología evolutiva	8	Presentación de enfermos	16
Psicología clínica	4	Grupos didácticos	18
Psicología social	7	Sesiones clínicas	10
Psicopatología	15	Trabajos de investigación	30
Nosología psiquiátrica	16		
Terapéutica psiquiátrica	9	Horas formación práctica	89
Enfermería psiquiátrica	20		
Terapéutica ocupacional en psiquiatría	7		
Asistencia psiquiátrica y técnicas	8		
Deontología	6		
Horas formación teórica	117		

PRÁCTICAS ASISTENCIALES

Turnos:	Mañana	7,30 a 13,30 (6 horas)
	Tarde	15,340 a 21,30 (6 horas)
	Horas prácticas asistenciales	1.284

Fig. 2

Sí podemos decir que constituye un gran estímulo para la formación continuada de las enfermeras especialistas y que esto redunda en la elevación de su nivel científico y, por tanto, asistencial.

Situación actual del curso de especialidad; el curso tiene una duración de 14 meses (desde octubre hasta el mes de diciembre del año siguiente, con un período de vacaciones de un mes).

El plan de formación teoricopráctico se ajusta a las disposiciones oficiales y consta de (fig. 2):

— Sesiones teóricas, que comprenden las materias básicas (psicología general y evolutiva, psicopatología, etc.) y las materias clínicas (nosología psiquiátrica, terapéutica, etc.). En total, a lo largo del curso, el número de horas que se dedican es de 117.
— Sesiones prácticas, que comprenden seminarios, con participación activa de las alumnas, sobre el estudio clínico del enfermo y su problemática. Grupos didácticos de psicoterapia en los que se analiza la dinámica del grupo y la participación de las alumnas en el mismo. Finalmente, supervisión individual de la atención al enfermo mental, que no tiene una programación especial.

El número de horas dedicado a las sesiones prácticas es de 89 en el curso.

— Prácticas de asistencia, en las cuales la experiencia que hemos tenido desde el principio nos hace pensar que es fundamental para la enfermera el contacto directo con el paciente, colaborando activamente en la asistencia. Ésta ha sido la razón de que las prácticas asistenciales aumentaran considerablemente en los últimos cursos. En la actualidad, las alumnas dedican 24 horas semanales a la asistencia.

Estas prácticas se basan en la participación de la alumna, convenientemente supervisada, dentro de las actividades ya descritas del equipo terapéutico. Para que su aprendizaje sea más rápido y eficaz, se le asigna un número reducido de enfermos, de la manera que se vea más conveniente (por diagnósticos, etc.), de los cuales tienen que hacer un informe con sus observaciones.

Además, la alumna realiza el resto de las actividades propias de enfermería, como son:

— Recogida de constantes vitales.
— Cuidados especiales a los enfermos encamados.
— Administración de la medicación.
— Asistencia y atención en el comedor.
— Colaboración con el equipo médico en las técnicas propias de la especialidad (narcoanálisis, implan-

tación, electroconvulsivoterapia, etc.).

Al comienzo de la segunda fase del curso, las alumnas inician un trabajo de investigación, de temática variada, dirigidas por el profesorado. Estos trabajos los presentan al final del curso ante el equipo.

Nos parece interesante hacerles también una reseña descriptiva y un análisis de las características de las alumnas que hasta el momento han realizado la especialización.

DISTRIBUCIÓN POR PROMOCIONES

Curso	*Número de alumnos*
1967-1968	9
1972-1973	7
1973-1974	12
1975-1976	6
1976-1977	6
1977-1978	3
1978-1979	9
1979-1980	5
1980-1981	4
	61

Fig. 3

— Número de alumnas (fig. 3): el número total, incluidas las que actualmente están en período de formación, es de 61. El promedio de alumnas oscila entre un máximo de 12 en el curso 1973-1974 y un mínimo de 3 en el curso 1977-1978.

PROCEDENCIA

	%
Universidad de Navarra	78,8
Casa Salud Valdecilla	5,7
Hospital de Navarra	5,7
Facultad de Zaragoza	3,8
Hospital de Soria	1,9
Francisco Franco-Madrid	1,9
Hospital Español Méjico	1,9

Fig. 4

— Procedencia (fig. 4): la mayor parte de las alumnas proceden de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra (el 78% del total). La procedencia del resto es muy variada, como puede observarse en la diapositiva.

— Edad (fig. 5): las edades oscilan entre los 20 y 34 años, siendo la media de 22. La mayoría de las alumnas realizaron la especialidad al terminar los estudios de enfermería.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

	%
20	17,3
21	15,3
22	26,9
23	9,6
24	9,6
25	3,8
26	3,8
28	1,9
30	3,8
32	3,8
34	1,9

Fig. 5

RASGOS DE PERSONALIDAD

	%
N. (1 y 2) Ingenuo, sentimental, natural	41,6
G. (10 y 9) Consciente, perseverante, pausado, con sentido del deber	30,5
A. (10 y 9) Abierto, calmoso, de trato fácil	27,7
E. (1 y 2) Sencillo, delicado, conformista, sumiso	27,7
L. (1 y 2) Confiado, cooperador fácil para convivir	22,2
Q2. (1 y 2) Dependiente del grupo, fiel al grupo	19,4
I. (10 y 9) Tierno, sensible, dependiente afectivamente	13,8

Fig. 6

INTELIGENCIA (16 P.F.)

	%
B. (4-7) Inteligencia media	86,1
B. (1-2) Inteligencia baja. Pensamiento concreto	8,3
B. (10-9) Inteligencia superior. Capacidad de abstracción	5,5

Fig. 7

— Rasgos de personalidad e inteligencia: los rasgos de personalidad (fig. 6) obtenidos en el test 16 P.F. Destacan factores de facilidad para el trato, carácter abierto, perseverancia y sentido del deber. En cuanto a la inteligencia (fig. 7), el 86% presenta coeficiente normal-medio, el 8,2% normal-bajo y el 5,5% inteligencia superior.

— Motivación (fig. 8): los motivos se pueden concretar en cuatro grupos:

a) Una tercera parte aproximadamente (el 33,4%) encontraron su motivación en el período de prácticas que realizaron durante sus estudios de enfermería.

MOTIVACIÓN

	%
A). Interés despertado por las prácticas en psiquiatría realizadas durante la carrera	33,4
B). Conocimiento del enfermo psiquiátrico	33,4
C). Trato humano. Relación personal	26,6
D). Porque me gusta	6,6

Fig. 8

b) Otra tercera parte (33,4%) están motivadas por el deseo de lograr un conocimiento más profundo del enfermo mental.

c) Un porcentaje algo menor (26,6%) refieren estar interesadas por el trato humano y la relación personal con el enfermo.

d) El restante (6,6%) no especifica el tipo de interés que le ha llevado a escoger la especialidad.

Características personales

En lo que se refiere a las actitudes, hemos procurado fomentar en nuestras alumnas las siguientes:

— Madurez emocional, entendida como un conocimiento de las reacciones que provocan, en la enfermera, las diversas situaciones que se producen, debidas a la patología, tanto individual como del grupo de enfermos, para poder comprender y controlarlas de forma que la respuesta sea siempre terapéutica.

— Capacidad de comprensión: de la misma manera que ante la enfermedad física se busca la causa que la ha provocado, en el enfermo mental interesa llegar a la comprensión de los mecanismos psíquicos patológicos que se han puesto en marcha y actuar terapéuticamente sobre ellos, ayudando al enfermo a conocerse y a modificar su conducta hacia formas más adecuadas.

— Capacidad de trabajar en equipo, muy necesario, como se desprende del plan asistencial al que nos hemos referido. Asimismo, el tra-

bajo en equipo es ocasión de aliviar las tensiones propias que ocasiona el trato constante con enfermos mentales.

CONCLUSIÓN

En nuestra opinión, con la experiencia de haber formado ocho promociones de especialistas, pensamos que el aprendizaje de las alumnas de especialidad en psiquiatría debe basarse fundamentalmente en el desarrollo de su propia experiencia en la asistencia al enfermo mental, contanto por supuesto al mismo tiempo con una suficiente preparación cientificotécnica.

Teniendo esto como premisa, nuestra atención se dirige especialmente a cómo facilitar el aprendizaje, completándolo con el programa de formación teórica.

El plan de actividades referido al comentar la dinámica de la unidad es, por el momento, un medio satisfactorio que permite la integración de la alumna en la labor terapéutica de una forma natural y, por tanto, la posibilidad de realizar su experiencia personal.

Los grupos didácticos y seminarios persiguen ser el complemento de esta experiencia, en las que se pueden analizar las actitudes y conductas de la alumna para orientarlas hacia formas convenientes.

Creemos también que en las tareas de formación, la enfermera especialista tiene una gran función, que se pone de relieve en la medida en que se le dan posibilidades de ejercitarla.

Finalmente, diremos que, en la medida en que la unidad psiquiátrica vaya mejorando su nivel asistencial, la alumna tendrá la oportunidad de adquirir una formación más completa, beneficiándose mutuamente la asistencia y la docencia.

PROYECTO SOBRE LOS ESTUDIOS POSBÁSICOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS ESPECIALES

Helena de Udaeta y Montaner
Profesora de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería
Cruz Roja, Madrid

Introducción

Son característicos de nuestro tiempo los cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc., por lo que el desarrollo de los conocimientos humanos sigue avanzando.

Todas las fuerzas sociales y económicas, así como los progresos científicos y tecnológicos de nuestros días han influido sin duda y seguirán influyendo en la enfermería.

El efecto que producen todos estos factores exige una revisión total de las enseñanzas en este campo.

En nuestro país, a petición de los propios profesionales de enfermería, surge en 1977 el decreto ley 2128/77, por el que se incluyen las enseñanzas de enfermería en la universidad.

Esta reestructuración sólo recogió la formación básica; por consiguiente, es obvia la necesidad de nuevos planteamientos en los planes de estudio sobre la formación posbásica, pues es primordial para ampliar y alcanzar el máximo de conocimientos en aspectos determinados de la enfermería según los nuevos enfoques y necesidades que se plantean en el campo de la salud.

En este trabajo expongo el proyecto de una de las especialidades que debería contemplar esta formación posbásica y a la que denomino, siguiendo el documento básico de la A.E.E.D., «enfermería de cuidados especiales».

Objetivo

El objetivo general de esta especialidad es: la enfermera/o, al finalizar sus estudios, será capaz de prestar una óptima atención al individuo enfermo en situaciones críticas. Con ello se constribuye al objetivo fundamental de enfermería, que es proporcionar unos cuidados de máxima calidad.

Estructuración

Esta formación posbásica en cuidados especiales debería contemplar las siguientes ramas:

- U. Cuidados intensivos
- U. Hemodiálisis
- U. Coronaria
- Quemados
- Quirófano

Debido a la amplitud de conocimientos, extensión y tecnología utilizada en cada una de estas unidades, se hace imprescindible la individualización de la especialidad, teniendo como base un bloque o programa común a todas ellas y otro bloque o programa específico.

A modo de ejemplo, la estructura sería comparable a la rueda de un carro en cuyo eje se encontraría el bloque común y los radios separarían cada una de las ramas (fig. 1).

Criterios que justifican esta especialidad

He considerado las cinco ramas en esta especialidad porque en estas unidades el paciente va a tener unas necesidades de tal magnitud y gravedad que la enfermera/o, para poder abordarlas, debe estar especialmente capacitada/o, lo que requiere una ampliación y profundización de los conocimientos adquiridos en la formación básica, haciendo hincapié en los aspectos concretos de cada rama.

Figura 1. Estructuración de la formación posbásica de enfermería en cuidados especiales.

Otra de las razones que justifican el desarrollo de esta especialidad viene dado porque, en la actualidad, el personal de enfermería que llega a estos servicios sin preparación ni experiencia previa, adquiere día a día la tecnología específica del servicio fundamentándose en el «ver y hacer», lo que crea un muchos casos ansiedad y preocupación ante la propia incapacidad, retrasa y dificulta el trabajo en equipo, y como resultado final de esta situación, el paciente no recibe la atención óptima de enfermería (fig. 2).

SITUACION ACTUAL:

- *Falta de preparación*
- *Falta de experiencia*
- *Ansiedad y preocupación ante la propia incapacidad*
- *Retraso en el trabajo en equipo*

RESULTADO: Inadecuada atención al paciente

Fig. 2

Plan de estudios

De acuerdo con lo anteriormente dicho y sobre todo con la estructura propuesta, el plan de estudios constaría de dos bloques: uno, común, y otro, específico según la rama escogida.

Teniendo en cuenta las asignaturas del currículum básico y el objetivo de esta especialidad, los he desarrollado de la siguiente forma:

1) Bloque común

Las asignaturas de que constaría serían:

- Psicología y psicología social
- Administración
- Pedagogía
- Investigación
- Deontología
- Legislación

Psicología: Por una parte debería estudiarse más profundamente la psicología del individuo enfermo y por otra técnicas de comunicación, ya que, debido a su estado crítico, las relaciones del paciente con el mundo exterior son muy difíciles.

Administración: El objetivo fundamental de incluir esta materia es hacer hincapié en la administración de enfermería de acuerdo con las características específicas de estos servicios.

Pedagogía: Deberá contemplar los conocimientos pedagógicos necesarios para ayudar y formar a los miembros de su equipo, así como ayudar al paciente y a su familia tanto en la aceptación como en la recuperación de su enfermedad.

Investigación: La enfermera/o, mediante esta asignatura, habrá de ser capaz de realizar estudios de investigación en esta área concreta y participar con otros profesionales del equipo en todos los trabajos científicos que se planteen, con el fin de lograr la mejora en la atención de estos pacientes.

Deontología: Dentro de este apartado deberían ampliarse cuestiones como la eutanasia, etc., y en general todos los aspectos que se refieran al paciente como ser humano.

Legislación: En este tema solamente deberían estudiarse los problemas concretos que pueden representar este tipo de enfermos.

—Paralelamente a la enseñanza teórica de todas estas materias, deben realizarse unas prácticas complementarias.

2) Bloque específico

Siguiendo en la línea apuntada en cuanto a las diversas ramas que he considerado, las materias de este bloque deberán ser:

- Anatomía fisiopatología
- Farmacología
- Tecnología específica
- Dietética

Anatomofisiopatología: Se habría de dar una mayor profundización según el tipo de enfermedad o patología que se encuentra en estos servicios.

Farmacología: Se estudiarían los fármacos utilizados en cada una de estas patologías, dado que en su mayor parte son muy específicos, potentes y con efectos secundarios que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Tecnología específica: Esta área tendría que incluir dos aspectos: por un lado, el estudio y manejo de los distintos aparatos que son necesarios en la atención de estos enfermos y, por otro, técnicas y procedimientos de enfermería.

Dietética: Comprendería el estudio y elaboración de las dietas especiales para cada caso.

—Al igual que en el programa común, paralelamente a la enseñanza teórica de todas estas materias, deben realizarse unas prácticas complementarias (fig. 3).

Duración

En principio se propondría una duración aproximada de 1.100 horas, las cuales se podrían impartir en un curso académico que podría distribuirse en:

- Bloque común = primer trimestre
- Bloque específico = segundo trimestre

No obstante, habría de hacerse un estudio completo y exhaustivo de los contenidos del programa, para así poder concretar las horas tanto teóricas como prácticas.

¿Quién podría impartir esta especialidad?

Creo que deben ser los propios profesionales de enfermería quienes se responsabilicen de señalar los objetivos concretos de esta especialidad, así como impartir las materias que son de su competencia y buscar la colaboración de otros profesionales en las materias que no son específicas de enfermería.

Centros de enseñanza

Supongo que las escuelas de enfermería son los únicos centros que pueden impartir estas enseñanzas siempre y cuando reúnan las condiciones y recursos necesarios.

A) *BLOQUE COMÚN*	B) *BLOQUE ESPECÍFICO*
— Psicología	— Anatomía y fisiopatología
— Administración	— Farmacología
— Docencia (pedagogía)	— Tecnología específica
— Investigación	— Dietética
— Deontología	
— Legislación	

Figura 3. Asignaturas del bloque común y específico.

Me gustaría antes de terminar esta comunicación manifestar que todos los profesionales debemos sentirnos responsables y participar con trabajos y estudios que puedan clarificar estas vías de la formación posbásica.

Sin embargo, antes de tomar alguna determinación al respecto, creo que sería absolutamente necesario hacer una evaluación profunda de los estudios de diplomado de enfermería por parte de los docentes, las escuelas y contando con la opinión de los profesionales de enfermería y de los propios alumnos.

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Experiencias recogidas a lo largo de cuatro años de desarrollo de la especialidad

M. Carmen Asiaín Erro
Supervisora de la unidad de cuidados intensivos, Clínica Universitaria, Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra

Especialización en cuidados intensivos

La reciente aparición de las unidades de cuidados intensivos, en las que la enfermera es parte muy importante en el cumplimiento del objetivo de estas unidades, como es el cuidado y atención constante del paciente cuyas funciones vitales están seriamente comprometidas, ha suscitado gran inquietud para la mejora de los conocimientos y la elevación del nivel asistencial. Creemos que la primera prueba de humanidad, respeto y cariño hacia los enfermos es la competencia profesional. Ésta se adquiere a través de un nivel más alto de conocimientos y de una formación más intensa y continuada en el área específica a la que cada una está dedicada. Esta mejora de conocimientos teóricos y prácticos nos ayudará a establecer las relaciones profesionales médico-enfermera de manera más eficaz. Es necesario llegar a tener un lenguaje común, lo que no significa igualdad de conocimientos y menos aún de actitudes ante los problemas que presentan los enfermos.

Las elevación del nivel asistencial en los centros hospitalarios lleva consigo una mayor exigencia para las enfermeras que en ellos trabajan, ya que exige una perfeccionamiento constante. Como consecuencia de ello se eleva, asimismo, el nivel docente, ya que para las alumnas de enfermera es de gran estímulo el ver a enfermeras graduadas con inquietud por aprender, estudiando, investigando y trabajando con entusiasmo para conseguir una formación especializada.

De todo ello se deduce que nuestra especialización es necesaria, especialización que es distinta a la del médico, pues aunque las dos convergen hacia un objetivo común, tienen distintos enfoques y contenidos.

Después de esta introducción, centraremos el tema exponiendo en qué consiste el programa de especialización en nuestra unidad. Este programa forma parte de las enseñanzas especializadas que imparte la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra. Su realización corre a cargo de la supervisora y médicos responsables de la unidad que cuentan con la colaboración de otros médicos consultores de los distintos departamentos y servicios de la clínica.

Debemos hacer notar que, aunque la orientación del programa tiende hacia los cuidados intensivos generales, un 60% de los pacientes que atendemos en la unidad proceden del servicio de cirugía cardiovascular, siendo el resto pacientes de tipo general.

La selección de alumnas se hace en el mes de julio. Para ello, las alumnas realizan un examen de enfermería básica.

El ciclo es de dos años de duración A él tienen acceso enfermeras graduadas que forman parte de la plantilla, alumnas becarias y alumnas cuya financiación corre a su cargo exclusivamente.

Actualmente tenemos alumnas de las tres modalidades.

El trabajo práctico es de siete horas diarias, en turnos rotatorios de mañana, tarde y noche.

Planteamiento del primer curso

Se pretende dar una formación de base en la que, de manera ordenada, se estudian los principales sistemas orgánicos, cuya función y estructura debe conocer la enfermera y cuya vigilancia y cuidados constituyen su quehacer fundamental. En este último aspecto (vigilancia y cuidados) se pondrá especial énfasis en sesiones teóricas en número de 88, distribuidas a lo largo del curso en tres horas semanales. Teniendo como base el libro *Cuidados intensivos* (1) realizado en nuestra unidad, estas sesiones las hemos distribuido de esta manera:

— Introducción a la enfermería. Cuidados progresivos. El sistema de cuidados intensivos; 10 sesiones.
— Estado general; 10 sesiones.
— Sistema respiratorio; 25 sesiones.
— Sistema circulatorio; 25 sesiones.
— Sistema de los líquidos corporales; 18 sesiones.

Asimismo, la enfermera supervisora y enfermeras especialistas realizamos las sesiones prácticas en las que las alumnas pueden aprender, de modo exhaustivo, los cuidados y técnicas fundamentales. A continuación citaremos algunas de ellas:

---

(1) Cuidados intensivos, Dr. Martínez Caro, J. L. Arroyo y M. C. Asiaín. EUNSA, 1975, Pamplona.

— Aseo completo del paciente grave. Cambios posturales. Cuidados de los ojos, boca, etc.
— Fisioterapia respiratoria en el paciente con respiración espontánea y en el paciente con respiración artificial.
— Material y técnica de la intubación endotraqueal.
— Amplios conocimientos en cuanto a montaje, esterilización y funcionamiento de los distintos respiradores.
— Manejo del paciente traqueotomizado, tipos de cánulas, etc.
— Respiración artificial.
— Drenajes torácicos.
— Sondajes.
— Cateterismos venosos percutáneos.
— Punción arterial.
— Técnicas de fluidoterapia.
— Control de balance hidroelectrolítico.
— Alimentación por sonda nasogástrica.
— Diálisis peritoneal.
— Monitorización de E.C.G., P.A., P.V.C.
— Marcapasos.
— Resucitación cardiaca. Y así, varias más.

A lo largo del curso y mensualmente tienen lugar las sesiones clínicas en las que las alumnas presentan distintos casos clínicos de pacientes de la unidad.

Concretamente, durante este curso y hasta este momento se han presentado:

1.º Postoperatorio en cirugía cardiaca baja circulación extracorpórea.
2.º Vigilancia y cuidados en un paciente con un ictus cerebral.
3.º Paciente con broncopatía crónica.
4.º Paciente con insuficiencia renal.
5.º Postoperatorio en cirugía pulmonar.

Cada una de las historias es presentada por la alumna encargada ante las alumnas del curso, supervisora y enfermeras especialistas, que asisten voluntariamente.

La exposición se inicia con un recuerdo anatomofisiológico del sistema afectado. Patología existente. Diagnóstico de enfermería. Diagnóstico clínico. Como es natural, la mayor parte de la sesión está dedicada a describir todo el proceso de atención y cuidados de enfermería aplicados. Tratamiento, etc.

Con frecuencia es invitado a la sesión el médico especialista que ha orientado y asesorado a la alumna en la preparación de la historia, con el fin de fundamentar científicamente algunos aspectos médicos y, a su vez, contribuir al trabajo en equipo, tan beneficioso para ambas partes y fundamentalmente para el enfermo.

Insistiremos en que el trabajo diario que las alumnas deben realizar, apoyado en los conocimientos recibidos, es el medio fundamental para que la enfermera adquiera los hábitos y actitudes indispensables para su auténtica formación.

Planteamiento del segundo curso

Sobre la base de conocimientos adquiridos en el primer año, en este segundo curso de trata de profundizar en el conocimiento de la fisiopatología y de la clínica de los procesos fundamentales que pueden comprometer las funciones vitales de un paciente y que hacen necesario el ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Esta intensificación se realiza en las principales áreas de la medicina, a saber:
— Sistema respiratorio; 22 sesiones.
— Sistema circulatorio; 17 sesiones.
— Sistema de los líquidos corporales; 6 sesiones.
— Nefrología; 5 sesiones.
— Sistema nervioso; 8 sesiones.
— Endocrinología y nutrición; 8 sesiones.
— Sistema digestivo; 7 sesiones.
— Hematología; 7 sesiones.

Estas sesiones se agrupan en forma de cursos monográficos sucesivos a razón de tres horas semanales. Asimismo, estos dos últimos años hemos añadido un curso de introducción a la investigación en enfermería, con 10 sesiones.

El trabajo clínico va adquiriendo más importancia para las alumnas, al asumir cada vez mayores responsabilidades.

Para completar algunos aspectos importantes de su formación, las alumnas realizan prácticas en el servicio de anestesia, con 12 sesiones completas, bajo la supervisión directa de un anestesista y en el servicio de hemodinámica, con 8 sesiones, bajo la del consultor responsable.

También durante este curso, y para iniciar a las alumnas en la investigación clínica en enfermería, además de seguir el curso monográfico antes citado, realizan un trabajo de investigación cuyos temas de estudio son los problemas existentes en los distintos cuidados o técnicas habituales.

Entre los últimos trabajos realizados puedo citar:

1.º Control de las fuentes de infección nosocomial.
2.º Aspectos psicológicos de los pacientes sometidos a cirugía cardiaca bajo circulación extracorpórea.
3.º Efecto de la aspiración endotraqueal sobre los gases sanguíneos.
4.º Sondaje vesical permanente, contaminación, tono vesical.
5.º Estudio sobre un tipo de humidificadores de uso único para respirador artificial.

Los resultados son analizados detalladamente y se exponen, al finalizar el curso, ante un tribunal formado por la directora de la escuela, el director de la unidad, supervisora y un miembro de la jefatura de enfermeras.

La evolución de las alumnas, en ambos cursos, se realiza mediante exámenes escritos de las distintas partes del programa teórico, que se incorporan a una ficha de evaluación en la que consta, además, la valoración de su trabajo práctico, interés y asiduidad a las clases, sesiones, etc., y la calificación del trabajo de investigación.

Una vez expuesto el desarrollo de los cursos, concluiré diciendo que este año ha salido la cuarta promoción con resultados francamente positivos, ya que crea en todo el personal gran interés por la formación, el trabajo y la investigación, lo que a su vez redunda en beneficio del enfermo, que recibe una atención de más alto nivel.

El planteamiento de estos cursos nació de una necesidad asistencial. Inicialmente hacíamos breves cursos de un mes de duración sobre electrocardiografía, respiración artificial, etc.

Posteriormente nos incorporamos a los cursos de especialización en cardiología y cirugía cardiovascular, que ya se venían realizando en nuestro centro.

Finalmente instauramos el curso de especialización en cuidados intensivos de dos años de duración. Curso que consideramos necesario para alcanzar un nivel profesional adecuado a las exigencias específicas de estas unidades especiales.

LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL COMARCAL

COMUNICACIÓN PRESENTADA EN LAS II JORNADAS DE LA AEED

Por **Mariona Creus i Virgili**
Directora de Enfermería del Hospital Sant Joan de Déu, de Martorell.
Juan Antonio Mulá Rosías
Médico Adjunto del Servicio de Tocoginecología del Hospital Sant Joan de Déu, de Martorell. Profesor de la E.U.E. de la Universidad de Barcelona.
Elisabeth Cortina
Matrona de Gelida (Barcelona).

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Comarcal de Martorell está ubicado en el área 5 del mapa sanitario, que incluye el Penedès, Anoia y Baix Llobregat, con una población de 271.471 habitantes (datos de marzo de 1980). Se trata de un hospital general de nivel 2, con 150 camas, y que absorbe las necesidades asistenciales de una comarca con más de cien mil habitantes.

Nuestra comunicación es básicamente una experiencia, fundamentada en una realidad que vivimos cada día y que creemos puede ser interesante darla a conocer, precisamente en este momento en que se están discutiendo orientaciones profesionales nuevas y distintas, para la asistencia de enfermería obstétrica.

Nuestra experiencia se centra en un ámbito muy concreto, el Hospital Comarcal, que tiene unas características muy determinadas. No hay que olvidar que este tipo de hospitales tiene un gran peso asistencial en muchas zonas del Estado y concretamente en Catalunya.

II. LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA EN LA ACTUALIDAD

La obstetricia de nuestro tiempo pretende, en primer lugar, que la madre no experimente ninguna patología durante el embarazo y el parto y que, después de terminado su proceso gestacional, se incorpore a su vida habitual sin ningún trastorno orgánico ni funcional, pero también está empeñada en conseguir una perfecta indemnidad del feto y del recién nacido, que aseguren un desarrollo normal del niño, tanto física como mentalmente. Es probablemente, este segundo objetivo con la atención cuidadosa que se presta al estado del feto y del recién nacido, lo que fundamentalmente caracteriza a la obstetricia de nuestros días.

Una larga serie de estadísticas internacionales coinciden en señalar una importante regresión de las cifras de mortalidad materna en las últimas décadas, que en la mayoría de países oscilan entre el 40-70 por 100.000 nacidos vivos; asimismo se ha reducido la morbilidad materna. El descenso de estas cifras se debe, en gran parte, a la atención que se ha prestado a los cuidados prenatales de la embarazada, a la organización especializada de los centros hospitalarios, y, evidentemente, a los antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, a la introducción de la transfusión sanguínea, etc.

También en las últimas décadas se ha observado un paralelo descenso de las cifras de mortalidad perinatal; en general, la cifra oscila alrededor del 20 por mil, es decir, que aproximadamente mueren dos de cada cien niños que nacen.

Se ha tratado a la obstetricia actual de agresiva, de intervencionista, de transformar un fenómeno fisiológico en un acto quirúrgico.

Creemos que el excesivo intervencionismo es muchas veces fruto de la inexperiencia obstétrica, amparada en la benignidad de la actual tocurgia. Estamos convencidos de que hay que ser «agresivos» en la vigilancia y prudentes en el intervencionismo, pues, indudablemente, una vigilancia intensiva de la madre y del feto, durante el embarazo, parto y puerperio, va a reducir el número de intervenciones, como han demostrado las estadísticas.

Ciertas corrientes ideológicas propugnan en la actualidad el retorno al parto domiciliario, excusándose básicamente en la impersonalidad o falta de calor de la asistencia técnica en hospitales.

Si bien es cierto que desde el ángulo psicológico o ambiental algunas críticas son ciertas, los inconvenientes admiten una fácil solución, descongestionando los grandes centros sanitarios en favor de los centros comarcales, y motivando al personal sanitario; de esta manera podrán unirse los beneficios de una asistencia personalizada y las conquistas alcanzadas por la obstetricia mo-

derna, en búsqueda del bienestar materno-infantil.

La asistencia actual debe basarse en conseguir un parto rápido, pero no precipitado, lo más confortable para la madre y con la mayor seguridad para ella y para su hijo. Destacaremos los siguientes postulados básicos para la actividad asistencial:

1.° Proporcionar a la madre una ayuda psicológica y medicamentosa, si precisa, para reducir al máximo sus molestias.

2.° Conocer en todo momento, y de la mejor manera posible, el estado del feto y de la dinámica uterina, haciendo que corresponda a la fase en que se encuentre el parto.

3.° Efectuar todas las exploraciones y maniobras con la máxima asepsia, y en la intervención obstétrica tener presente el riesgo que conlleva, intentando reducirlo mediante una técnica correcta.

III. PAPEL DE LA MATRONA EN LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA ACTUAL

La imagen de la matrona, durante los últimos treinta años, ha dado un giro considerable. De una mujer básicamente vocacional, entregada totalmente a su trabajo y dispuesta a acudir donde era necesaria, ha pasado a ser un elemento imprescindible en la asistencia y la enfermería hospitalaria.

En 1953 se unifican las carreras de Practicantes, Matronas y Enfermeras, bajo la titulación única de Ayudantes Técnicos Sanitarios, y en 1957 se establece la especialización de Matronas para A.T.S. femeninos, revisándose los programas cuyos planes de estudio aún son vigentes. Cabe destacar que desde hace apenas un año, la legislación reconoce a los A.T.S. varones la posibilidad de acceder a los estudios de Asistente Obstétrico, equivalente a Matrona.

Paralelamente a estos hechos legislativos y burocráticos, se produjo un notable avance en la asistencia médica, así como la creación de instituciones hospitalarias y asistenciales de la Seguridad Social, por lo que aumentó el número de partos hospitalarios. Era la matrona la que acompañaba a la mujer en el momento de ingreso, la que asistía el parto, excepto en casos de distocia, la que controlaba el puerperio y era consultada sobre todos los aspectos del nacimiento.

A medida que el número de partos asistidos en hospitales fue aumentando, se hizo necesaria la presencia de matronas de guardia en dichos centros; es así como la matrona, de un modo lento y progresivo, cambia su lugar de acción por las circunstancias que marcan la evolución social y sanitaria. Aun reconociendo los defectos de toda clasificación, pensamos que el diverso papel que desarrolla la matrona en la actualidad, puede dividirse en: 1) Asistencia rural, con cuidados obstétricos no integrados; 2) Asistencia rural o urbana, con trabajo obstétrico aislado, o parcialmente integrado en una red sanitaria (asistencia privada, consultas externas de la Seguridad Social), y 3) En el marco de un hospital, ya sea regional, de distrito o comarcal, como es el caso del nuestro, pero equipado con personal y material, que permitan resolver cualquier tipo de asistencia obstétrica y realizar una labor de educación sanitaria.

Al iniciarse el funcionamiento del hospital comarcal, la matrona era habitualmente la única responsable del proceso del parto, y, en la mayor parte de ocasiones, el único personal cualificado dentro de la enfermería del hospital.

En los últimos años asistimos a una disminución evidente del índice de natalidad, y que afecta de una manera particular a los hospitales comarcales, debido a:

— Descenso globlal del índice de nacimientos, por la situación socioeconómica.

— Emigración de la población joven a las grandes ciudades.

— Influencia negativa de la escasa dotación del ambiente comarcal.

— Tendencia a dar a luz en las capitales de provincia, a causa de la mejoría de los medios de comunicación.

La orientación de la planificación sanitaria en nuestro país parece dirigida hacia la mejora de la asistencia sanitaria en comarcas y zonas rurales, descentralizando la acción en función del mapa sanitario; por otra parte, estamos convencidos de que para ofrecer una sanidad de primera categoría no son necesarias las últimas novedades en utillaje, pero sí es imprescindible la presencia de un personal preparado y con ganas de mejorar la salud en todo el país, incluidas las zonas más alejadas.

La dotación especializada y permanente de los cuatros médicos, y el aumento en cantidad y calidad del personal de Enfermería, hacen que la imagen de la matrona se vaya desfigurando, y si, además, añadimos la reducción del número de partos, se podría caer en el grave error de pensar en la desaparición de la matrona dentro del hospital comarcal. También sería absurdo convertir a la matrona en un elemento dependiente del médico y aislado del resto de la Enfermería, pues estaríamos olvidando un pasado demasiado reciente, en que era la matrona la que resolvía con éxito el acontecimiento de un parto eutócico y la evolución materno-infantil inmediata.

En un momento en que la misión de la matrona parece peligrar, creemos que es precisamente en el hospital comarcal donde la matrona puede desplegar el abanico de su capacidad asistencial de Enfermería especializada y educadora sanitaria, llegando a ser «el sistema circulatorio del equipo perinatal», como

expuso Lang en el último Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología.

IV. LA ORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL COMARCAL

La organización de Enfermería no se basa en unos parámetros fijos, que puedan ser aplicados a todos los hospitales de una manera uniforme, sino que requiere una estructuración diferente, según el tipo de hospital. La dirección de Enfermería no puede cometer la ingenuidad de pretender organizar la Enfermería de un hospital comarcal, a imagen y semejanza de un hospital regional o universitario, ni debe conformarse, evidentemente, con una Enfermería de segunda categoría.

Las características más destacadas de la Enfermería del hospital comarcal podrían ser:

— Poca dotación de personal.

— Personal joven, con pocos años de experiencia profesional.

— Recursos económicos muy limitados.

— Tareas que no requieren, para su realización, el tiempo completo de una persona, por lo que es necesario dedicar a una persona a diferentes funciones, simultáneamente.

— Existencia de un contacto interpersonal muy estrecho, lo que obliga a la dirección de Enfermería a definir y equilibrar con mucha minuciosidad las cargas de trabajo, ya que en caso contrario, las diferencias son detectadas de una manera inmediata y se entra en conflicto: personal- personal o personal-dirección.

Por todo ello, una de las misiones fundamentales de la dirección de Enfermería es estudiar detalladamente las cargas de trabajo, equilibrarlas y aprovechar al máximo el personal cualificado del que dispone, a fin de lograr el objetivo: que la enfermería funcione y bien.

Al iniciar la reorganización de la Enfermería en nuestro hospital, nos encontramos ante la situación siguiente:

— El hospital disponía de obstetras de guardia las 24 horas del día, y matronas que realizaban también guardias de 24 horas, con un índice de 1,6 partos por día.

— La función de estas matronas era realizar la atención intraparto, como ayudante del médico, llevando a cabo después un control relativo del puerperio, con mínima presencia en la planta de hospitalización. Ayudaban también en la visita obstétrica ambulatoria.

Se hacían, además, unas charlas de educación maternal, que no tenían mucha aceptación entre las embarazadas, debido a que carecían de programación previa.

Este tipo de organización de funciones de las matronas presentaba unos claros inconvenientes:

— Se consideraban y eran consideradas poco integradas al hospital, su vinculación era muy relativa, ya que su presencia en el hospital se limitaba a una guardia por semana.

— Dependían jerárquicamente de la división médica, aunque esta dependencia era más teórica que práctica; la realidad era que el estamento de matronas actuaba como un grupo aislado,

un compartimento estanco desconectado de toda dinámica hospitalaria.

— Debido al limitado número de partos, su nivel de ocupación era bajo, con muchas horas sin una tarea específica a realizar, lo que contrastaba de una forma estridente con el resto del personal del hospital, cuyo ritmo de trabajo era muy intenso.

— Su cualificación profesional no estaba suficientemente aprovechada y en cambio la unidad de Enfermería obstétrica estaba bajo la responsabilidad de una enfermera no especializada.

Ante esta situación, surgirieron varias alternativas:

1.ª Prolongar la misma situación con el argumento de que la función de la matrona es exclusivamente la asistencia al parto.

2.ª Amortizar el estamento de matromas, con la argumentación de que la asistencia al parto es función exclusivamente médica, ya que el parto actual requiere monitorización, anestesia, etc., y que la asistencia en el puerperio era función de Enfermería, sin requerir especialización.

3.ª La propuesta de la dirección de Enfermería, que consistía básicamente en ampliar las funciones de las matronas, fue la que finalmente prosperó, y se puso en marcha de la siguiente forma:

En primer lugar, se cambió la dependencia jerárquica de las matronas, pasando a depender de la división de Enfermería; en principio, esta propuesta tuvo una acogida absolutamente negativa por parte de las matronas, postura que fue variando paulatinamente en el transcurso de diferentes reuniones de trabajo, explicativas del contexto general del hospital y de las necesidades asistenciales del mismo, reuniones en las que intervinieron, además, matronas de prestigio profesional elevado, ajenas al centro.

El acuerdo más conflictivo era la reivindicación de una jefe de matronas, reivindicación a la que el hospital no podía acceder debido al reducido número de las mismas. Finalmente, se llegó al acuerdo de nombrar una coordinadora del grupo, como asesora de la dirección de Enfermería.

Otro aspecto que se reorganizó fue el horario, reduciendo las guardias a 12 horas, a días alternos, coincidiendo con el horario general de Enfermería. Se ampliaron también las funciones con la coordinación general de la planta de obstetricia, control directo del puerperio, de la lactancia y del neonato, y reestructuración de la educación maternal.

La situación actual puede resumirse en los siguientes puntos:

— La integración de este estamento profesional es la dinámica del hospital ha cambiado de una forma positiva. Han dejado de ser un compartimento estanco, y su presencia ya es habitual en reuniones, cursos de Enfermería, etc.

— Tienen mucha más aceptación entre el resto del personal del hospital.

— Han mejorado su imagen personal y profesional respecto a la Dirección del centro.

— Su presencia durante muchas horas en la unidad de Enfermería ha mejorado notablemente la calidad de la asistencia de Enfermería a la madre y el niño.

— Las resistencias al cambio de funciones que en un principio fueron muy duras, en este momento son mínimas y limitadas. El ambiente de trabajo se puede considerar bueno.

En el hospital comarcal, la matrona debe asumir unas funciones muy amplias, más como enfermera obstétrica que como lo que entendemos por matrona tradicional, ya que en caso contrario, podría prosperar la tendencia que propugna la eliminación de este estamento profesional, y esto sería grave, ya que la Enfermería dejaría de contar con uno de sus profesionales más cualificados y con más prestigio dentro de ella.

UNA EXPERIENCIA EN DOCENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Rosa M. Nieto Dunn
A.T.S., Clínica Puerta de Hierro

Como miembro asociado a la A.E.E, quiero aportar mi experiencia en docencia en una unidad de cuidados intensivos.

Sabemos que los estudios básicos en enfermería —es decir, la obtención de un título universitario de diplomado en enfermería— debe capacitar al enfermero/a para atender a las necesidades inherentes al individuo, entendiendo como inherentes tanto las necesidades que plantea el mantenimiento de la salud en todo su concepto, como las de prevención y rehabilitación de las enfermedades.

Cuando nos enfrentamos a una situación más específica o lo que podemos traducir por más crítica, es evidente que las necesidades de atención de enfermería van a requerir una ampliación de conocimientos, lo que denominaríamos como especialización en el área en la que se va a desempeñar una actividad determinada, en este caso de «atención intensiva en enfermería», lo englobariamos en la especialidad (médico-quirúrgica) o cuidados especiales.

Quisiera hacer hincapié ante este problema agudizado a la hora de la práctica donde la enfermera llega a un servicio de intensivos teniendo que asumir la responsabilidad de atender las necesidades que plantea un individuo en situación crítica, para lo cual no está suficientemente preparada, dado que en la actualidad no existen en nuestro país unas especialidades de acuerdo a las necesidades de enfermería, que requiere un individuo en situaciones concretas.

Quisiera destacar las causas por las que me fue asignada esta actividad docente.

Por un lado, la posibilidad de paliar una serie de fallos ocurridos a consecuencia de la falta de preparación, de orientación en el personal de nueva incorporación al servicio.

Por otro lado, el gran desarrollo de la ciencia y de la técnica, creando a menudo medios auxiliares cada vez más sofisticados, impone la obligación ineludible de actualizar constantemente los conocimientos, para nuestra propia realización como profesionales de la enfermería. En base a este concepto se crea una segunda necesidad de docencia continua, cuyo objetivo general sería el generar un estímulo permanente.

Éstas fueron las principales causas por las que se vio la necesidad de designar a una persona para que dedicase su actividad a docencia en este servicio en concreto. Mi interés en transmitir esta experiencia radica especialmente en destacar:

— La necesidad de crear una formación posbásica que atienda las necesidades planteadas.

— La necesidad de fomentar la docencia continua en los diferentes servicios.

— Necesidad de preparación del personal dedicado a docencia.

— Necesidad de transmitir información, intercambio de experiencias y unificación de criterios.

NECESIDAD DE MEJORAR EL NIVEL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Los objetivos de este puesto de trabajo fueron principalmente:

1.° Promover constantemente el estímulo capaz de motivar al personal de enfermería para que potencialice al máximo su desarrollo y conocimientos, en las ciencias de enfermería, para mejorar su calidad de trabajo.

2.° Orientar al personal de nueva incorporación en la unidad para facilitar su aprendizaje y adaptación al servicio.

3.° Orientar al alumno para facilitar la adquisición de capacidades.

4.° Proporcionar información para que la enfermera conozca las posibilidades que se le ofrecen para su mejor formación y perfeccionamiento.

5.° Potenciar la investigación en el campo asistencial de la enfermera.

Todos estos objetivos se crearon en base a motivar a la enfermera para mejorar su nivel de atención.

Los objetivos se intentaron llevar a cabo a través de diversas funciones.

1.ª Planificar las actividades de formación y promoción continua del personal de enfermería y auxiliares del servicio.

2.ª Planificar un programa de orientación para el personal de nueva incorporación.

3.ª Observar y registrar el desarrollo de la ejecución de las activi-

FICHA PERSONAL NUEVA INCORPORACIÓN EN U.C.I.

NOMBRE	EDAD:	ESTUDIOS ENFERMERA EN:	
PUESTOS DE TRABAJO DESEMPEÑADOS:			
FECHA ENTRADA EN U.C.I.	P.O. FECHA/COMIENZO	FIN	¿LE GUSTA LA U.C.I.? SÍ, NO
SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 3	SESIÓN 4

FORMACIÓN CONTINUADA; OTROS CURSOS, CONGRESOS, ETC.

dades, para mantener una evaluación entre lo planificado y ejecutado, así como para dejar constancia de los hechos realizados.

4.ª Crear grupos de trabajo para hacer protocolos de investigación en enfermería.

Estas funciones se realizaron mediante las siguientes actividades:

a) A lo largo del curso académico mitad 78-79 y 79-80 se realizaron clases periódicas para las enfermeras, siguiendo un programa:

Los temas fueron dados un 70 % por el personal médico del servicio. El resto 30 % por la enfermera dedicada a docencia.

Las clases eran semanales.

La hora utilizada se contaba como hora de trabajo.

Fueron en general clases magistrales, poco participativas.

Después de una evaluación global, el objetivo NO fue en su mayor parte cubierto. Es evidente que el fallo radicaba en la metodología del sistema.

La respuesta fue bastante irregular.

Sólo en tres ocasiones la asistencia fue mayoritaria, sin guardar relación con el tema tratado, cualquiera que fuese su importancia.

No se consiguió estimular a la gente para que se interesase por el tema, ampliase sus conocimientos y pusiese en práctica éstos. Cabe señalar que el ambiente en esta época no era el deseado.

En el gráfico vemos horizontalmente el número de temas y verticalmente la asistencia en tanto por ciento.

b) Paralelamente a lo largo del curso académico mitad del 78-79 y 79-80 se planificaron programas de formación para las auxiliares del servicio; en este caso, las clases se dieron en su totalidad por la enfermera dedicada a docencia en colaboración con las enfermeras del servicio y en alguna ocasión por las propias auxiliares.

Las clases eran semanales.

La hora utilizada se contaba como hora de trabajo.

Fueron clases bastante participativas, más prácticas.

Después de una revisión y evaluación global, me parece importante destacar que los objetivos se consiguieron en un tanto por ciento más elevado que en el caso de las enfermeras.

La participación y asistencia fue bastante mayor.

La auxiliar consiguió motivarse lo suficiente como para asistir asiduamente, ampliar sus conocimientos y mejorar la calidad de trabajo.

Gráfico igual representado.

En revisión a éstos hechos, se vio la necesidad de cambiar la metodología del sistema en el curso académico 80-81.

Para este período de tiempo, las actividades docentes se planificaron: tipo seminario, clases diarias en ciclos de 8-10, dejando intervalos de 1 mes aproximadamente.

Dadas en un 30 % por médicos del servicio, un 70 % por la enfermera dedicada a docencia, en colaboración con otras enfermeras, en esta ocasión, con las enfermeras del servicio respiratorio.

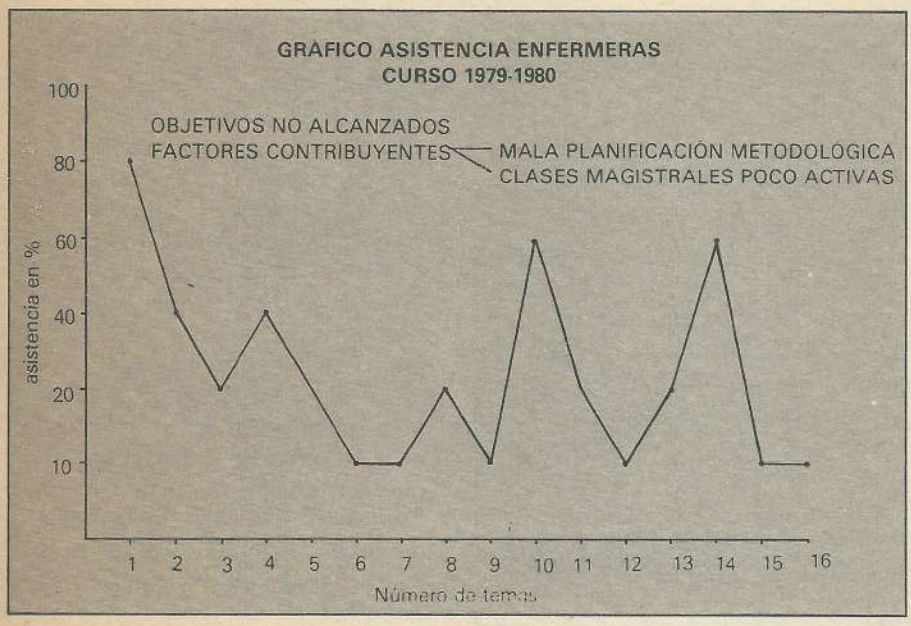
No se aseguró que se concedieran las horas de clase como horas de trabajo.

En lo que llevamos de este año, desde octubre de 1980, es interesante resaltar que la asistencia y participación superó incluso a la que

consiguieron mayor número de asistencia en relación con el año pasado.

Los objetivos se están consiguiendo en un tanto por ciento superior al anterior, sin que esto signifique que se haya conseguido en su totalidad (gráfico igual representado que anteriores).

En lo que respecta a los programas de orientación del personal de nueva incorporación al servicio, después de renovarlo desde el año 1978 en 4 o 5 ocasiones, se presenta el que actualmente se está realizando.



Los objetivos de este programa de orientación son:

1.° Promover en el nuevo personal de enfermería la sensación de necesidad de formación que nos capacite, para atender de una forma íntegra las necesidades del enfermo en la U.C.I. (en situación crítica).

2.° Facilitar la adaptación del nuevo personal en la unidad.

3.° Proporcionar información con respecto a la misión, objetivos, organización, estructura, docencia y normas generales de la unidad.

4.° Exponer los criterios respecto a actitudes generales, para la estandarización de procedimientos en función a las necesidades de enfermería del enfermo crítico.

5.° Proporcionar la orientación, para adquirir los conocimientos necesarios con respecto a procedimientos especiales, áreas específicas de la enfermera en un servicio especializado.

METODOLOGÍA

La orientación se realiza desde el momento en que se incorpora la persona al servicio.

Se lleva a cabo durante el primer mes de permanencia en la unidad, aproximadamente, ya que depende de la experiencia, conocimientos y propia captación de la persona.

Se efectúan cuatro sesiones semanales.

Programa de orientación para el nuevo personal de la U.C.I.

PRIMERA SESIÓN (que cubre 1.°, 2.° y 3.er objetivos)

- Presentación de la unidad.
- Situación geográfica dentro del hospital.
- Distribución dentro de la U.C.I.
- Presentación del personal de la U.C.I.
- Historia de la unidad.
- Fines, asistencia.
- Tipos de enfermos, necesidades de atención de enfermería.
- Responsabilidad de la enfermera con respecto a enfermo, familia, atención a sus necesidades psíquicas.
- Docencia, formación continuada, organización dentro del servicio, programa de orientación, cursos o cursillos periódicos.
- Sesiones generales de enfermería, formación de médicos, programas de alumnos diplomados en enfermería.
- Investigación: trabajos actuales, recogida de datos en U.C.I., etc.

SEGUNDA SESIÓN

Métodos de trabajo

- Distribución y organización del trabajo.
- Normas generales.
- Tratamientos.
- Kardex.
- Hojas de medicación y fluidos.
- Gráficas especiales: recogida de datos.
- Hojas de enfermería.
- Volantes petición analítica.
- Fichero enfermos.
- Relación con otros servicios.

TERCERA SESIÓN

Actitudes generales (estandarización de criterios)

- Necesidades de atención de enfermería respecto al ingreso del enfermo en la U.C.I.
  Valoración del estado general, físico, psíquico.
- Necesidades de atención de enfermería respecto al aseo del enfermo en situación crítica.
  Cuidados generales, movilización adecuada del enfermo, cuidados de la piel, cuidados de escaras.
- Cuidados de asepsia en U.C.I.
  Lavado de manos, toma de cultivos: pautas, control de infecciones.
- Medicación. Modos de administración.

Medicamentos de alto riesgo, drogas especiales, dosis, mezclas, concentraciones. Medicación parenteral I.V.

— Necesidades de atención de enfermería del paciente con catéteres intravenosos e intraarteriales.

Tipos de vías: catéteres especiales, mantenimiento, intraflow, técnicas de su colocación.

— Necesidades de atención de enfermería respecto al paciente con sonda vesical.

Interpretación arritmias más importantes.

Cabezas de presión, calibración, ondas de presión, mantenimiento T.A. monitorizada.

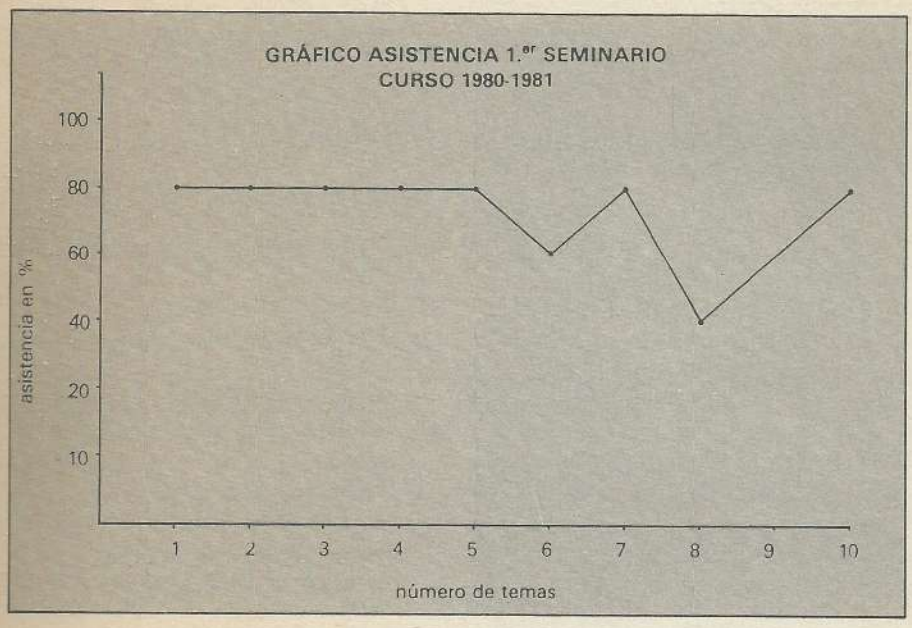
— Cuidados del enfermo conectado al respirador.

Respiradores, tipos, generalidades, indicaciones y manejos. Modos de ventilación: controlada, asistida, I.M.V., P.E.E.P. C.I.P.A.P.

— Medidas mecánicas ventilatorias.
— Técnicas de destete.
— Atención psicológica al enfermo respiratorio.
— Paro cardiaco (práctica).
— Desfibrilador, manejo, utilidad.
— Cardiocompresor.

Después de cada sesión se hace una evaluación tanto subjetiva como objetiva, especificando el tiempo utilizado, actitudes de la persona, etcétera.

Como datos de interés, dentro de las observaciones anotadas de las personas a las que se les hizo este programa: un total de 16. La primera semana: tenían ganas de aprender, miedo ante su responsabilidad por el tipo de trabajo, inseguridad. La segunda semana: se encontraban menos estresadas, más seguras, creían que estaban aprendiendo y deseaban responsabilizarse pronto del enfermo. La tercera semana: se encontraban bastante más seguras, creían están aprovechando mucho el tiempo, aunque alguna se quejaba de que debería enseñárseles más. La cuarta semana, como evaluación global, les gustó cómo se había llevado a cabo su orientación y opinaban que debería hacerse en todos los servicios donde fuesen destinadas.



Pautas a seguir, cultivos, mantenimiento.

CUARTA SESIÓN

Procedimientos especiales

— Oxigenoterapia. Nociones básicas.

— Cuidados del enfermo intubado o traqueotomizado.

— Tubos de tórax.

Cuidados que requiere, permeabilidad, vacío.

— Monitorización cardiada.

Necesidad de atención al enfermo monitorizado.

Técnicas, errores, causas, corrección.

Hasta ahora, estas observaciones se recogieron de modo informal y se pensó en la utilidad de registrarlas todas en una ficha específica (como la que representamos en el gráfico).

Desde que se llevó a cabo esta orientación —aunque estadísticamente no puedo demostrarlo, ya que no recogí cifras y detalles sobre fallos y calidad de atención anteriores a este período— a título informativo podemos destacar que hemos reducido considerablemente los fallos detectados en la actualidad.

Respecto a investigación, sólo enumerar dos trabajos que se están llevando a cabo en la actualidad: 1.° sobre T.I.S.S. en enfermería, sistema de tanteo en intervenciones terapéuticas, y 2.° en el que se está haciendo actualmente los protocolos sobre sepsis en los catéteres.

Para terminar, como evaluación global y crítica a esta experiencia docente personal, quisiera señalar:

La dificultad para crear, desde la función docente, un ambiente de comunicación y buena disposición recíproca, con un nivel de rendimiento óptimo por mi parte.

La falta de preparación en pedagogía que tuve para llevar a cabo esta labor docente.

La necesidad de crear con unas bases sólidas unas especialidades de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería.

La importancia de poder aportar nuevas y continuas fuentes de formación e información, capaces de generar un estímulo permanente, mediante una docencia continua.

Agradezco su colaboración a Matilde Cebrián y Antonio Loren, A.T.S. de la unidad de cuidados intensivos, quienes aportaron su crítica constructiva a este trabajo, y a las monitoras de la Escuela de Diplomados de la C.P.H., quienes me animaron a realizar este trabajo.