Creemos que los servicios hospitalarios, elegidos para la realización de las prácticas de los alumnos de nuestras escuelas, deben reunir unas ciertas condiciones o cualidades, para que el ritmo de formación del estudiante no se vea roto, y para que la realización de las prácticas no sea simplemente la adquisición de habilidades manuales conseguidas mediante la repetición de técnicas aisladas; sino que tengan la oportunidad, de ir integrando conocimientos adquiridos en las aulas e irlos relacionando con situaciones reales vividas. El alumno debe ser iniciado para que sea capaz de hacer un enfoque integral de su función, considerando desde el principio al hombre bajo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; al mismo tiempo que se le introduce en los nuevos conceptos del papel de enfermería en el fomento de la Salud, la prevención de la Enfermedad y Rehabilitación del individuo.

Las cualidades requeridas para estos servicios serían:

— Un personal de enfermería cualificado.
— Una estructura interna organizada.
— Interés por la docencia del personal de la unidad.
— Actitud optimista y abierta a nuevas tendencias.
— Inquietud investigadora.

Pretendemos con esta comunicación:

Por una parte relatar la experiencia de como se lleva a cabo la realización práctica de la filosofía anteriormente expuesta.

Por otra parte, poner en común con todos ustedes las conclusiones a las que como alumnos hemos llegado.

Hemos elegido uno de los servicios en el que se realizan las prácticas hospitalarias, correspondientes a Enfermería Médico - Quirúrgica I, pues a nuestro juicio reune todas las cualidades citadas con anterioridad. Se trata del Servicio de Hematología sección clínica, consulta externa y hospital de día.

Dadas las características de los enfermos oncohematológicos y la organización peculiar que tiene esta sección, el alumno tiene la posibilidad de integrarse en una dinámica de trabajo, en la que la atención integral al enfermo y su familia es una de las bases de actuación.

Los objetivos a cubrir durante este periodo de prácticas, son elaborados en colaboración entre la profesora de Enfermería y las enfermeras de la unidad, teniendo en cuenta los objetivos marcados para la asignatura a la que corresponden estas prácticas y las disponibilidades y características del servicio.

En nuestra formación se ha procurado desarrollar actitudes y capacida-

des, tendentes a que asumamos las funciones propias de la profesión en cuanto a:

1.— Asistencia.
2.— Docencia.
3.— Administración.
4.— Investigación.

1.— Asistencia

Uno de los objetivos principales a cubrir en este punto fué el llegar a ser capaces de prestar una atención integral al paciente, teniendo en cuenta además de sus necesidades biológicas alteradas, también las necesidades psicológicas y sociales.

El desarrollo de la capacidad de observar, fué uno de los puntos en los que se hizo énfasis por considerarlo de gran importancia para conseguir prestar unos cuidados de enfermería de calidad; teniendo en cuenta la patología de los pacientes tratados en este servicio (oncohematológicos), se procuró que nosotros, los alumnos, consiguieramos alcanzar una actitud positiva frente a estas patologías, centrando siempre la planificación de los cuidados de modo que se consiga alcanzar una mejora en la calidad de vida de éstos enfermos, independientemente de la duración de ésta.

2.— DOCENCIA

Hemos adquirido el convencimiento de que la educación sanitaria o las enseñanzas dirigidas hacia enfermos y familiares tendentes a que tomen parte activa en sus tratamientos, son altamente positivas por varias razones:

a.— Les hace sentirse más seguros.
b.— Se les procura, cuando han asumido el auto-cuidado, una cierta independencia.
c.— Mantienen parte de su tiempo ocupado.

Por otra parte es práctica habitual en el servicio el establecimiento, dentro de la planificación de actividades, de tiempos dedicados a transmitir conocimientos teóricos tanto entre los miembros del equipo como a los alumnos.

3.— ADMINISTRACION

Para que los alumnos tomemos contacto con la función administradora, se nos hace ver en el ámbito de nuestra competencia, lo importante que es planificar, acostumbrándonos a prever con anticipación lo que queremos realizar.

En cuanto a la fase de organización tomamos parte en las actividades relacionadas con este punto, teniendo así, al finalizar nuestro periodo de prácticas, una visión global del funcionamiento de esta sección.

Periódicamente se hacen controles del funcionamiento de la unidad, para poder corregir si fuera preciso alguna deficiencia.

4.— INVESTIGACION

Finalmente se procura despertar en el alumno una inquietud por la investigación haciéndonos partícipes en los logros conseguidos en alguno de los trabajos realizados, pero sobre todo, mediante la inclusión del alumno, en un ambiente en el que las enfermeras participan en la investigación con una gran capacidad de observar, recoger datos, analizarlos y tienen confeccionados protocolos de investigación propios de Enfermería y numerosos trabajos publicados.

CONCLUSIONES

— La colaboración de los profesionales asistenciales en la formación del alumnado es necesaria.

— Sus actitudes son captadas por el alumno y en ocasiones le condicionan.

— El alumno necesita tomar parte activa en la planificación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de la unidad en que realiza sus practicas para conseguir una formación de calidad.

BIBLIOGRAFIA

— Revista «Roll de Enfermería» n.° 8 marzo 1979.

— «Conceptos de Enfermería» UNED.

— «Cuidados de Enfermería» R. Poletti Ed. Roll.

— M.ª Dolores Soler. Ponencia presentada en la I.ª Jornada de Enfermería Hematológica. Octubre 1985.

— Documentos de Enfermería.

— Recursos Docentes en la Enfermería Clínica. Marta Gortazar. Ed. Eunsa.

3.ª COMUNICACION

FUNCION DE LA ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA PRIMARIA CON RESPECTO AL ESTUDIO Y MODIFICACION DE FACTORES DE RIESGO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

MERCEDES BLASCO SOLANA
Profesora colaboradora de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

ANTONIO SANCHEZ PEREZ
Médico Interno de la Cátedra de Patología Médica «A» del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

ANA M.ª LAMPLE LACASA
Profesora colaboradora de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

ARACELI MONZON FERNANDEZ
Profesora colaboradora de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

M.ª DOLORES AZUA BLANCO
Profesora colaboradora de Enfermería Materno-Infantil de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

SATURNINO GARCIA SOLER
Profesor encargado de curso de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

JOSE ANTONIO TOBAJOS ASENSIO
Profesor Agregado Interino de Enfermería Médico Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

INTRODUCCION

Para la consecución de objetivos de la atención primaria estamos convencidos de que es fundamental la función educativa de la enfermera hacia el individuo, la familia y comunidad. Esta función se realiza, no limitándose a una actuación intrahospitalaria, sino proyectando sus funciones fuera del medio hospitalario.

Precisamente el posicionamiento profesional de la enfermera dentro del equipo multidisciplinario de salud le da una mayor posibilidad de contacto e influencia educativa sobre la asistencia primaria.

Esta función se realiza según la O.M.S. por «el uso que hace de sus conocimientos científicos sobre la protección y el mejoramiento de la salud para que los individuos, familia y comunidad puedan comprenderlos y aplicarlos en la conservación y mejoramiento de su propia salud» (1).

Esta comprensión para la mejora de la salud que señala la O.M.S. nos parece que puede ser importante si se aplica a la problemática concreta que nos plantean las crisis hipertensivas. Son éstas unas situaciones de elevación rápida de la tensión arterial (con posibles repercusiones cerebrales y cardiovasculares) y suelen presentarse de forma imprevista. Nos parece por ello, interesante conocer aquéllas características que puedan tener significado de factores de riesgo con objeto de que podamos proporcionar una adecuada educación sobre todo a la población expuesta en orden a prevenir tales situaciones.

Con objeto de conocer estos posibles factores de riesgo se ha realizado una encuesta entre 104 pacientes ingresados por crisis hipertensivas. El objetivo es recoger cuales son las circunstancias que con mayor frecuencia aparecen asociadas a las elevaciones agudas de presión arterial.

El segundo objetivo (consecuencia del anterior) sería, a la vista de los datos obtenidos, poder proporcionar al individuo familia y comunidad la ade-

cuada educación sanitaria referente a sus hábitos de vida (teniendo en cuenta la triple dimensión bio-psicosocial del individuo) y al aprovechamiento de recursos sanitarios disponibles con objeto de evitar o disminuir en lo posible tales factores de riesgo.

PACIENTES, MATERIAL Y METODOS

Han sido estudiados 104 pacientes de edades comprendidas entre 23 y 84 años. Todos ellos ingresados en el Hospital Clínico Universitario con el diagnóstico de crisis hipertensiva sintomática.

En todos los casos, la sintomatología (expresiva en la mayoría de los casos de la repercusión cardíaca y/o cerebral) era atribuíble a la elevación tensional y mejoró al descender las cifras de tensión arterial.

Las cifras de tensión arterial al ingreso fueron obtenidas mediante esfigmomanómetro de mercurio y se anotó como dato de valor la media de dos tomas consecutivas con el enfermo en decúbito supino. A todos los pacientes se les realizó la habitual historia y exploración clínica y las correspondientes pruevas complementarias necesarias para el estudio de su hipertensión arterial (H.T.A.).

La encuesta realizada a todos los casos en relación con posibles agentes causantes de crisis hipertensiva incluyó los siguientes grupos de datos:

A) Edad y sexo.

B) H.T.A. previa.

C) Administración de fármacos que pueden ser responsables de elevación tensional.

D) Hábitos individuales:
   1. «Stress» habitual.
   2. Etilismo.
   3. Hábito Tabáquico.

E) Condicones socioprofesionales:
   1. Profesión.
   2. Vida en medio urbano o rural.

F) Antecedentes familiares:
   1. Hipertensión arterial.
   2. Otra patología cardiovascular.

Resultados:

Edad y sexo: La media de edad de nuestros pacientes ha sido de $\times$ = 61,05 (— 9,91) habiendo oscilado entre los 23 y los 84 años.

La distribución por sexos fué de 64 varones (61%) por 40 mujeres (39%). La media de edad para el grupo de hombres fué de 57,8 (— 9,23) y de 64,3 (—10,6) para el de mujeres, no siendo significativa la diferencia entre ambas series.

La distribución por sexos fué de 64 varones (61%) por 40 mujeres (39%). La media de edad para el grupo de hombres fué de 57,8 (— 9,23) y de 64,3 (—10,6) para el de mujeres, no siendo significativa la diferencia entre ambas series.

La distribución de la casuística por grupos de edades puede verse en la figura n.° 1.

H.T.A. previa: Se encontró el antecedente de H.T.A. previa en 76 pacientes, lo que supone el 73,07% de la casuística (figura 2).

De estos 76 casos se pudo saber que 69 (90,7%) no seguían el tratamiento indicado para su hipertensión mientras que del 9,3% restante que seguía el tratamiento, solamente en el 5,2% se conseguía adecuado control de su H.T.A. (figura 3).

Causas iatrógenas: No se detectaron antecedentes de medicaciones potencialmente hipertensivas en ninguno de nuestros pacientes.

Hábitos individuales: El 31% de los paciente afirmaron sufrir habitualmente «stress» en su vida diaria. Un 35,5% de los paciente eran fumadores habituales (de 20 cigarrilos o más al día) y un 22,11% fueron catalogados como paciente etílicos.

Condiciones socioprofesionales: La profesión era sedentaria en un 52,8% de nuestros pacientes y requería actividad física en el 47,8% restante.

El 83,4% vivían en medio urbano y el 16,6% en medio rural.

Antecedentes familiares: En un 30,9% de casos se conocía que había antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva y en un 20% de otras enfermedades cardiovasculares.

Discusión:

Edad: La media de edad de estos pacientes 61,05 — 9,91), se sitúa en una época posterior a los 50 años que es la edad en que con mayor frecuencia se reconoce la enfermedad hipertensiva.

El promedio de edad es mayor en mujeres (œ = 64,3 — 10,6) que en hombres (57,8 — 9,23) pero la diferencia no ha sido estadísticamente significativa.

Entre los factores de riesgo, es interesante destacar que el 73% de nuestros pacientes conocían su antecedente H.T.A.

El dato más interesante para nuestro punto de vista es el hallazgo de que la mayoría de estos pacientes con hipertensión arterial previa no seguía el tratamiento (90,7% del grupo de H.T.A. previa). Además, de entre el 9,3% restante dentro de este grupo sólo en el 5,2% se había conseguido un adecuado control de la H.T.A. (ver figura 3).

Estos datos creemos que son de gran importancia pues vienen a indicarnos que si el paciente hipertenso es tratado y además sus cifras tensionales son adecuadamente controladas, rara vez sufrirá el grave episodio de la crisis hipertensiva sintomática.

Ahora bien, la detección, el seguimiento y control de los hipertensos sabemos que es un importante problema de asistencia primaria y en buena medida de educación sanitaria de la población.

Sin embargo, por trabajos epidemiológicos como el de Stamler (2) sabemos que de la población hipertensa sólo un 50% está tratada y sólo un 50% de esta población tratada se controla adecuadamente.

Esta misma impresión se tiene tras revisar el problema en nuestro país (37).

Nosotros, ahora desde los resultados de esta encuesta intrahospitalaria (realizada sobre enfermos que ya han sufrido complicaciones graves) confirmamos esta misma impresión sobre la importancia del adecuado control de la población hipertensa a nivel de la asistencia primaria ya que encontramos (como antes señalábamos) que la mayoría de estos pacientes graves proceden del grupo de los no controlados en el nivel de la asistencia primaria.

Respecto de condiciones de vida del paciente, hemos encontrado que el etilismo lo sufrían el 22,11% de nuestros pacientes y un 35,5% eran fumadores.

Desde el estudio de Lian (4) se acepta que la ingesta elevada de alcohol comporta un mayor riesgo de sufrir H.T.A. y así parecen confirmarlo estudios más recientes (5). Por su parte, el tabaco eleva la presión arterial y además supone un factor de riesgo, junto con la H.T.A. para el desarrollo de arteroesclerosis cerebral y coronaria (6).

Dentro del interrogatorio sobre hábitos personales y forma de vida, hemos de destacar que las situaciones de «stress» tienen influencia reconocida sobre la presión arterial (7). En nuestro estudio, 34 de los 104 pacientes afirmaron vivir casi constantemente en «stress» frente a los habituales estímulos de la vida diaria.

De estos estímulos habituales se ha estudiado recientemente el efecto del ruido (8) encontrándose que niveles sonoros entre 95 y 100 decibelios mantenidos son capaces de producir significativas elevaciones de la tensión arterial. Estos sonidos son soportados por trabajadores de ciertas industrias y servicios y también por habitantes de las grandes urbes.

Precisamente en nuestra serie más de las 3/4 partes de los pacientes atendidos por crisis hipertensivas vivían habitualmente en medio urbano.

Respecto a la profesión, no hemos encontrado diferencia entre trabajadores sedentarios y con actividad física, lo que a primera vista parece contradecir la idea de que el ejercicio físico es recomendable como medida higiénica para evitar alteraciones tensionales (9). La explicación puede estar en el hecho de que el ejercicio dinámico isotónico (como el «footing») reduce la presión arterial, mientras que el estático isométrico (como levantamiento de pesos, por ejemplo) la aumenta y es este tipo de ejercicio el que realizan muchos de nuestro profesionales recogidos en esta casuística (como son los albañiles, labradores, mineros, etc).

Muy a tener en cuenta son los antecedentes familiares ya que el 30,9% de nuestros pacientes referían antecedentes familiares de H.T.A. y el 50,9% co-

nocían antecedentes familiares de patología cardiovascular. Por los trabajos de Biron (10) sabemos que el antecedente de H.T.A. es frecuente en padres de hipertensos.

Lo interesante para nosotros es que el antecedente familiar de H.T.A. u otras afecciones cardiovasculares debe tenerse muy en cuenta como posible factor de riesgo.

Conclusiones:

1. La mayoría de pacientes atendidos por crisis hipertensivas sintomáticas estaban diagnosticados previamente de H.T.A.

2. La mayoría de hipertensos que sufrieron crisis hipertensivas sintomáticas eran pacientes cuya tensión arterial no estaba adecuadamente controlada (90,7%).

3. La detección, educación y control de los hipertensos es una labor importante de la asistencia primaria (donde debe incluirse la educación sanitaria).

4. Según el resultado de nuestra encuestas, la población sobre la que más ha de insistirse en cuanto a dicha prevención es la hipertensa de edad superior a 50 años que habita en medio urbano y que conoce antecedentes familiares de H.T.A.

5. Deben ser también especialmente controlados con respecto a su posible enfermedad hipertensiva, los fumadores y bebedores, y los que viven situación de «stress» habitualmente. Sobre ellos debe influirse con la adecuada eduación sanitaria para modificar sus hábitos de vida que pueden suponer riesgo con respecto a posibles elevaciones tensionales.

BIBLIOGRAFIA

1. *O.M.S.: Enfermería de Salud pública: Problemas y perspectivas, en «Cuadernos de Salud Pública», n.º 4, 1962. O.M.S. (Ginebra).*
2. *Stamler, R; Stamler, J; Riedlinger, W.F.: Weight and blood pressure finding in hypertensión screening of one million americans. J.A.M.A. 1978, 290, 1607-1610.*
3. *Pardell, H; Armario García, P y Gasulla Roso, J.M.: Epidemilogía de la hipertensión arterial; CVR & T vol 4 Extra I, octubre 1983.*
4. *Lian, C.: L'alcoholismes cause d'hipertension arteriello. Bull. Acad. Med. 1915; 74.*
5. *Dawer, Th. R; The Framingan study. Cambridge. Mass. A Commonwealth Fund Book, Harvard University, 1980.*
6. *Pooling project Research group. Relation ship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weigt and ECG abnormalities to incidene of mayor coronary events. J. Cron. Dis. 1978; 31: 211-306.*
7. *Hasson, L; Andren, L: Stress and hypertensión. Acta Med. Scand. 1982; 212: 193-194.*
8. *Andresn, L.: Cardiovascular effects of noise. Acta Med. Scand. 1982; 657 (supl) 1-45.*
9. *Wilcox, R.G; Bennetf, T; Brown, A.M.; Mc Donal, I.A.: Is exercices good for higt blood pressure?. Br. Med. J. 1982: 285; 767-769.*
10. *Biron, P; Mongeau, J.G.; and Bertrand, D.: Familial agregation of blood pressure in 558 adopted children. Canad. Med. J. 115: 773, 1976.*

Fig. 1 Distribución de la casuística por grupos de edad.

Fig. 2 Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial previa.

69 Casos (90,7%) no siguen el tratamiento.

7 casos (9,3%) siguen correctamente el tratamiento.

4 casos (5,2%) siguen correctamente el tratamiento y se consigue además controlar al T.A.

Fig. 3 Tratamiento de la hipertensión arterial previa.

Fig. 4 Procentaje de pacientes que presentan una personalidad con stress habitual.

Fig. 5 Representación porcentual del estudio sobre la ocupación laboral en nuestra serie de pacientes.

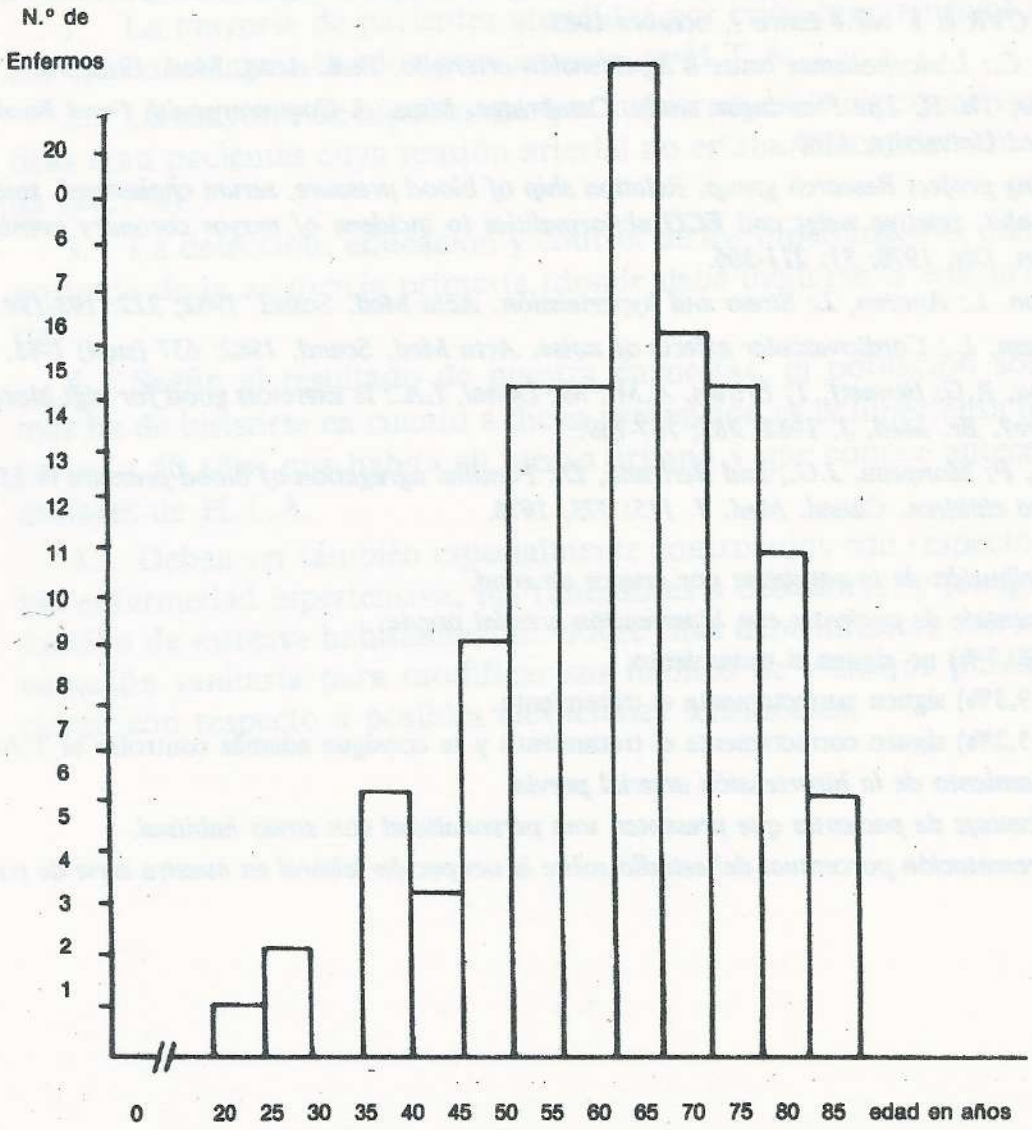


Fig.1.—Distribución de la casuística por grupos de edad.

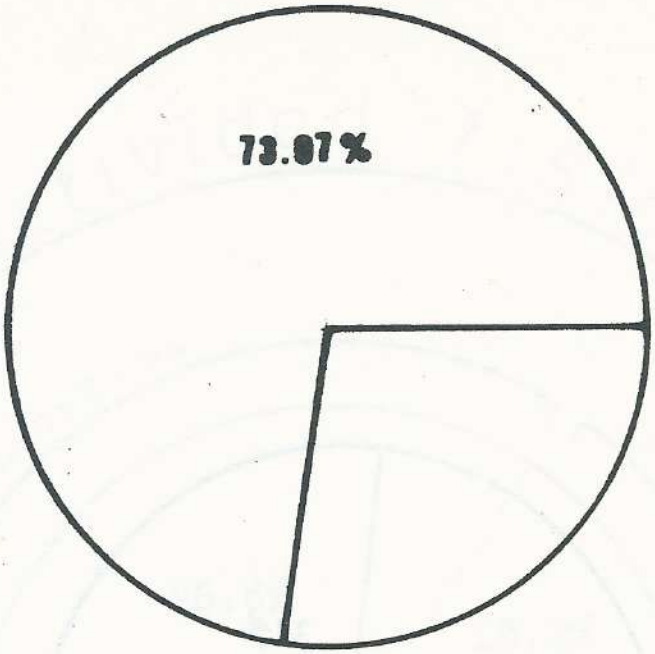
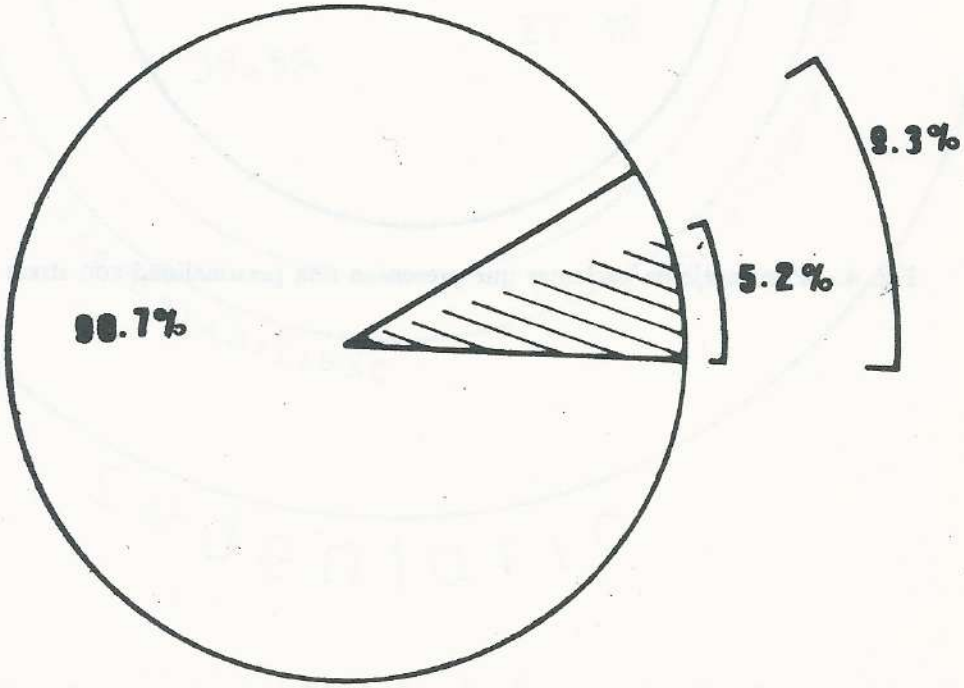


Fig. 2.—Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial previa.



69 casos (90,7 %) no siguen el tratamiento.
7 casos (9,3 %) siguen correctamente el tratamiento.
4 casos (5,2 %) siguen correctamente el tratamiento y se consigue además controlar la T.A.

Fig. 3.—Tratamiento de la Hipertensión arterial previa.

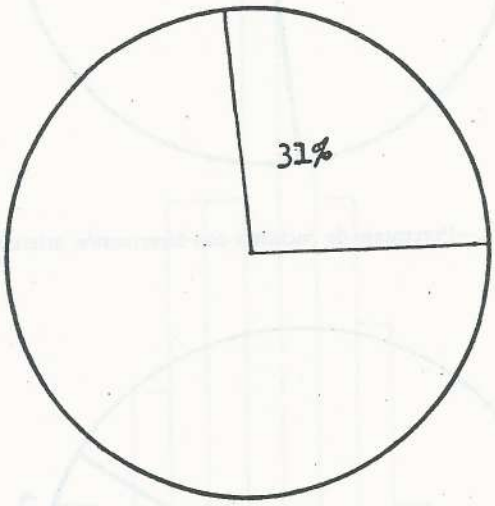


Fig. 4.—Porcentaje de pacientes que presentan una personalidad con stress habitual.

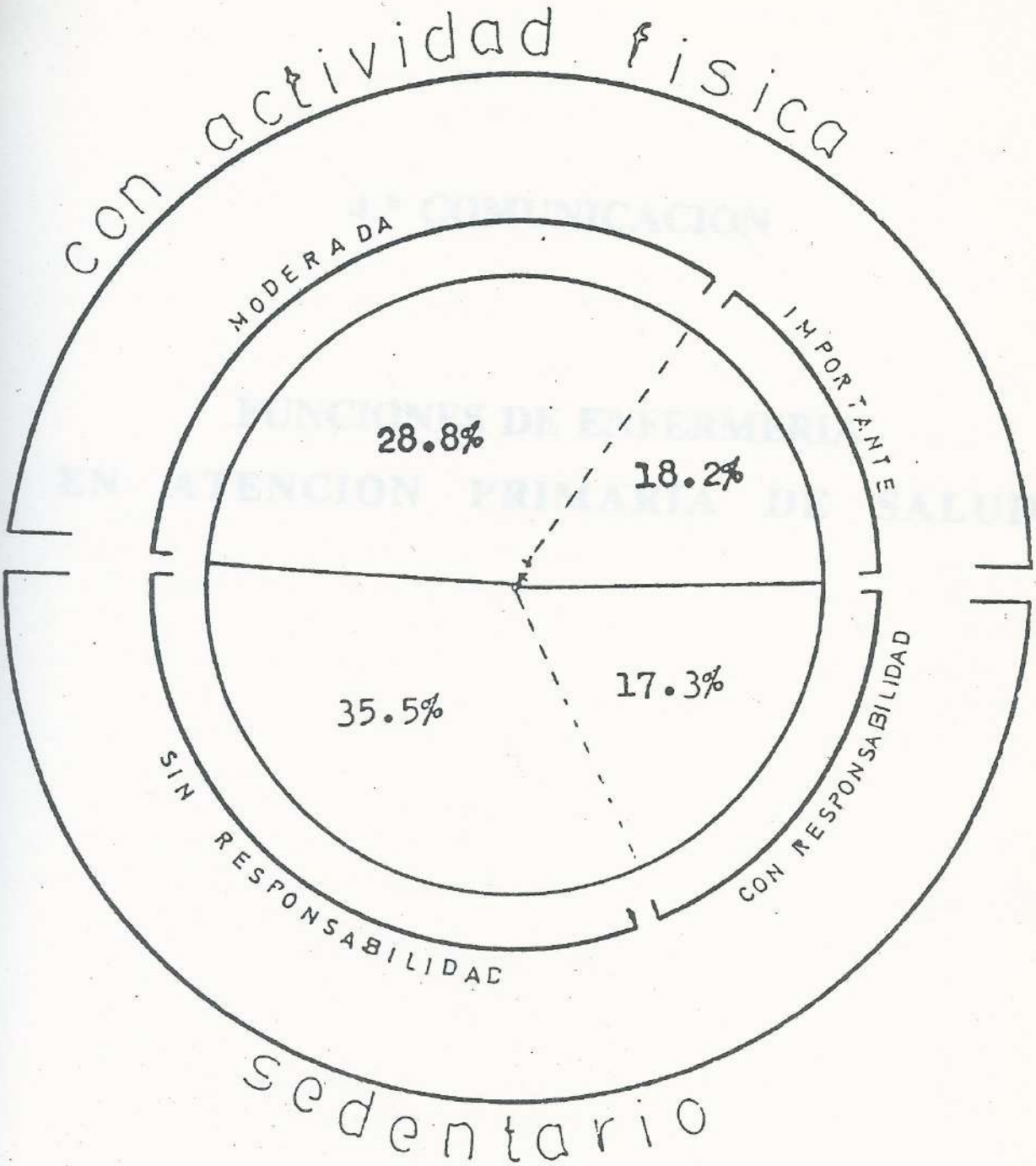


Fig. 5.—Representación porcentual del estudio sobre la ocupación laboral en nuestra serie de pacientes.

4.ª COMUNICACION

FUNCIONES DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

M.ª MERCEDES GARCIA LANDA
Docente de la Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa de la U.P.V.

INTRODUCCION

En el momento actual, más que en ningún otro momento de la historia, el cambio constituye la característica dominante de las sociedades de todo el mundo y así lo demuestran ciertos componentes sociales como el individuo, la familia, la industria, la ciencia y la tecnología. Esta evolución se desarrolla de forma dinámica y constante y afecta a todos los componentes de la sociedad y a menudo proyecta serias repercusiones para la salud de los individuos.

A medida que la naturaleza de las sociedades va cambiando deben hacerlo también los servicios de atención sanitaria que la estructura organizativa de la sociedad ofrece al conjunto de la población con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de vida mediante un incremento progresivo de los recursos con el fin de satisfacer las necesidades de los grupos humanos que configuran la comunidad.

La planificación de este desarrollo estará orientada, principalmente, a introducir cambios en las actividades y valores de la sociedad, en un proceso de interacción, que se llevaría a cabo en forma simultánea a los cambios de sistemas e instituciones cuyo funcionamiento depende de los individuos.

Para conseguir este objetivo es preciso definir la prestación de los servicios de salud según los distintos niveles, de manera que se puedan coordinar los diferentes componentes.

Será necesario perfeccionar los procesos de programación, administración, control y evaluación con el fin de asegurar la máxima productividad y eficacia de los recursos disponibles.

— Cuidadosa programación de los Servicios de Enfermería.

— Preparación adecuada de los profesionales que realizan su quehacer profesional en la Atención Primaria.

— Incentivo necesario para aportar ideas, experiencias y

— Criterios innovadores.

— Serán los retos que tendrán que afrontar los profesionales de Enfermería que decidan ejercer en Atención Primaria. Para ello será necesario dejar a un lado todos aquellos criterios y formas de trabajo ancestrales que, en muchas ocasiones, formaban parte inalterable de las instituciones donde nuestros profesionales de Enfermería prestaban sus servicios.

La Atención Primaria nos brinda la oportunidad de poder realizar el trabajo tantas veces anhelado y muchas veces rechazado.

En este momento inicial de su programación y desarrollo debemos trabajar con entusiasmo y ahínco con el fin de poder realizar todas aquellas funciones que nos otorga nuestro ejercicio profesional.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Se puede definir la Atención Primaria de Salud como «el conjunto de actividades que se ponen al alcance de las personas, del núcleo familiar y de la comunidad en su conjunto, para poder dar cobertura a sus necesidades de salud».

Debe abarcar aspectos de promoción y conservación de la salud, así como las de prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

La Atención Primaria de Salud forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud y representa el primer nivel de contacto entre las personas, la familia y la comunidad con los demás niveles de atención sanitaria.

Debe apoyarse de una manera integral y coordinada con todos los niveles del Sector Sanitario y con el conjunto de Sectores que configuran la sociedad.

Los recursos humanos, materiales y financieros destinados a este tipo de atención deben interrelacionarse de una manera lógica y coordinada dentro de un determinado marco geográfico, configurando lo que se denomina Equipo de Atención Primaria y dividido en:

— La Zona de Salud, que estará determinada dentro de un marco, territorial con unas características geográficas, demográficas y sociales homogéneos que definirán los condicionantes básicos de las necesidades de la Atención Primaria.

El Centro de Salud, que será la estructura física donde se desarrollarán las actividades sanitarias competentes al Equipo de Atención Primaria.

Sin embargo por encima de las peculiaridades del marco geográfico existen una serie de puntos en común tales como:

— Debe dar cobertura a las necesidades básicas de salud de las personas y de la comunidad.

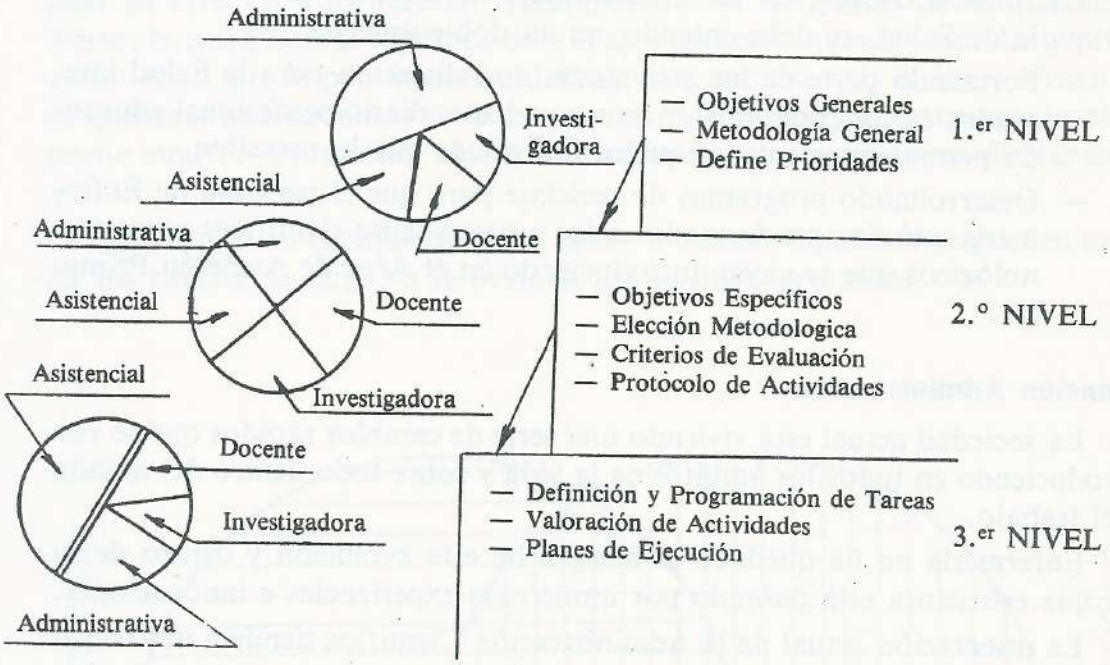
Sin embargo, todos los profesionales de Enfermería que realizan su quehacer profesional en la Atención Primaria de Salud, forman parte del sistema de Enfermería del Estado y del sistema de Enfermería de su propia Comunidad.

Los tres diferentes niveles en los que se puede ejercer la Atención Primaria tienen las siguientes funciones:

3.er nivel: Prestación de servicios directos a la comunidad.

2.° nivel: Orientar, coordinar y supervisar las actividades del primer nivel con el resto del Equipo.

1.er nivel: Asesorar y realizar la gestión y dirección general de área de Enfermería.



Estos tres grupos no son independientes sino que sus funciones están interrelacionadas.

Los profesionales que configuran estos tres niveles intervienen en la adopción de decisiones y en la prestación de servicios dependiendo del grado de responsabilidad y autoridad que su nivel le otorga.

La Enfermería de Atención Primaria: Debe ser una especialista en Salud Pública, cuyos servicios en la atención integral recaen directamente sobre las personas, la familia y a la comunidad, como un todo. Ha de alcanzar un grado de competencia tal que le permita tomar decisiones y compartir responsabilidades con los demás miembros de equipo, con la finalidad de elevar el nivel de Salud de la Comunidad a la que presta su servicio.

FUNCIONES DE ENFERMERIA

Función Asisencial

Su objetivo fundamental será lograr que el individuo y comunidad consigan el mayor nivel de salud posible mediante acciones de promoción, fomento y protección de la salud.

Para aquellos grupos de la población que se encuentren enfermos, las actividades de Enfermería, irán dirigidas al cuidado, recuperación y rehabilitación. La función asistencial debe garantizar, a todos los miembros de la comunidad, una atención integral permanente, coordinada, accesible e idónea.

Función Docente

La función docente de los profesionales de Enfermería en la Atención Primaria de Salud, se debe entender en un doble aspecto:

— Formando parte de las actividades de Educación para la Salud integrados en los programas y en su quehacer diario profesional educando permanentemente a aquelos individuos que lo necesiten.

— Desarrollando programas de reciclaje para que el personal de Enfermería esté siempre formado en los avances tanto científicos como tecnológicos que se vayan introduciendo en el Area de Atención Primaria.

Función Administrativa

La sociedad actual está viviendo una serie de cambios rápidos que se van produciendo en todos los ámbitos de la vida y sobre todo dentro del mundo del trabajo.

Enfermería no ha quedado al margen de esta evolución y dentro de su propia estructura está pasando por numerosas experiencias e innovaciones.

La orientación actual de la Administración Científica tiende a descentralizar la autoridad y la responsabilidad a los distintos niveles que configuran la estructura organizativa donde será posible tomar decisiones con más eficacia y con un soporte más adecuado. Por ello será totalmente necesario la descripicón de cada puesto de trabajo con la definición de su función general, principales responsabilidades, límites de autoridad, y relaciones con otros departamentos. La elaboración de una guía, donde quedasen reflejados todos estos aspectos sería de gran valor.

Para comprender la importancia de esta «forma de trabajo» es imprescindible que los principios administrativos sean conocidos en todos los niveles de actuación de Enfermería a través de la formación y adiestramiento de las actividades administrativas: La función administrativa se incluye, en mayor o menor grado, en todos los niveles de actuación de Enfermería. El contenido de la tarea puede cambiar, pero lo procesos implícitos son similares.

Función Investigadora

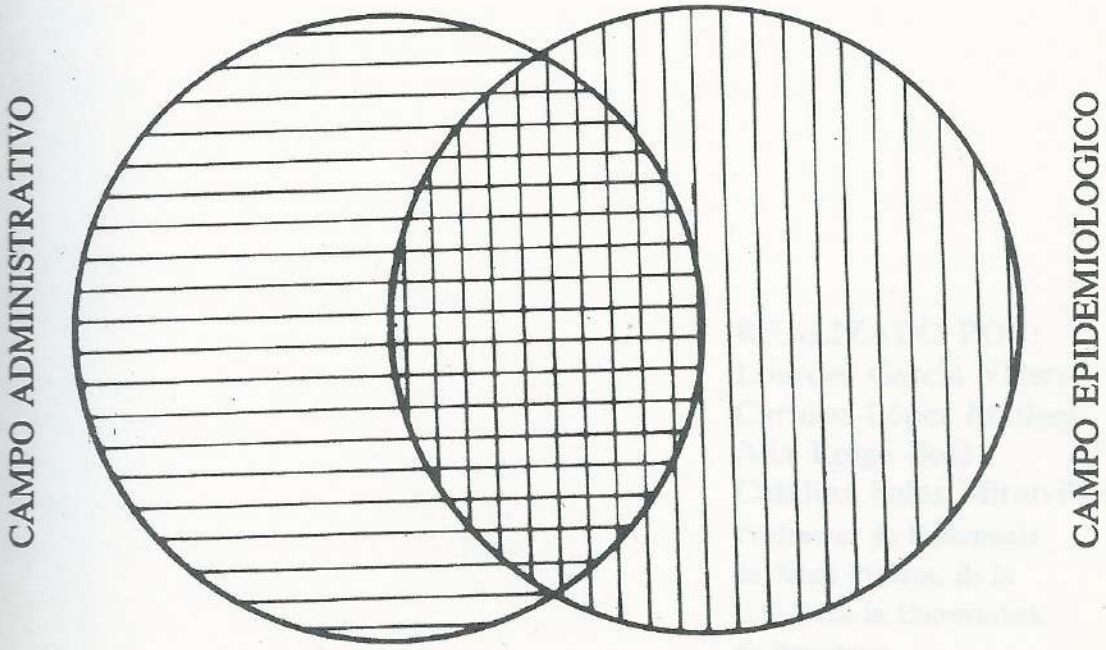
El trabajo de investigación es imprescindible, para poder avanzar científicamente, así como para asegurar una calidad de cuidados y una calidad de gestión.

Por ello será necesario colaborar, en todas aquellas actividades del área de la epidemiología que nos ponen de manifiesto la situación concreta de aquellas patologías o estudios crónicos sobre los que queremos tener información.

La calidad de cuidados, así como la calidad de gestión realizada también serán dos puntos claves a investigar, desarrollando métodos y técnicas que indiquen la evolución y características tanto de la calidad asistencial como la calidad administrativa de los Servicios de Enfermería.

La investigación debe realizarse diariamente, cada profesional debe ampliar su nivel de información: Cuestionando los resultados de su quehacer diario; buscará nuevas hipótesis de trabajo, así como nuevas formulas y procedimientos que le permitirán realizar de una manera más efciaz y eficiente su quehacer profesional, y tener mayor información de su entorno; o simplemente innovar actuaciones obsoletas y rutinarias que se manejan diariamente.

Si se utiliza en cualquiera de los casos el método científico se pueden medir los hechos de salud, o se evaluan los servicios prestados.



CONCLUSIONES

Los aspectos que se han reflejado es este trabajo se pueden sintetizar en las siguientes conclusiones:

— Valorar la salud integral de las personas, familia y comunidad.

— Conocer lo hábitos, costrumbres y formas de vida que inciden sobre los problemas de salud.

— Participación directa en la elaboración de planes de Atención Sanitaria.

— Participación directa en la elaboración y desarrollo de los programas específicos.

— Control y seguimiento de los grupos de alto riesgo.

— Ser un agente activo de la Educación para la Salud.

— Evaluar permanentemente los resultados de su atención primaria para que pueda realizarse el proceso de retroinformación.

— Establecer los protocolos necesarios para poder establecer el Proceso de Atención de Enfermería en todas aquellas actividades que lo precisen.

— Mantener vigilancia epidemiológica de la comunidad.

— Programar actividades docentes para que en todo momento el profesional de Enfermería esté debidamente capacitado para poder desempeñar sus funciones.

— Programar actividades de Investigación con la finalidad de poder ofrecer una mejor calidad de servicios.

5.ª COMUNICACION

LA ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA PUBLICA DOMICILIARIA: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

REALIZADO POR:
Lourdes García Viñets
Carmen López Matheu
Ana Roigé Boté
Catalina Salas Miratvilles
Profesoras de Enfermería
de Salud Pública, de la
E.U.E. de la Universidad
de Barcelona.

I. INTRODUCCION

El propósito de esta comunicación es efectuar un análisis de la situación actual de la Asistencia Pública Domiciliaria en nuestro país y poner de manifiesto la importancia de los cuidados de enfermería en el desempeño de la misma. Valorar las necesidades de la población en materia de Asistencia Domiciliaria y analizar cuales son sus perspectivas de futuro.

El análisis se ha efectuado partiendo de una revisión bibliográfica previa, tomando en consideración las experiencias de otros profesionales y reflexionando sobre nuestra propia experiencia como docentes de una Escuela Universitaria de Enfermería. Los alumnos de tercer curso de nuestra escuela, realizan prácticas de Enfermería de Salud Pública en un Servicio de Visitas Domiciliarias, de un Centro de Atención Primaria de Barcelona.

II. NECESIDAD DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Los cambios de morbilidad producidos en los últimos años, han cambiado en profundidad las necesidades de atención sanitaria de nuestra población.

Las enfermedades crónicas son hoy, al igual que en otros países desarrollados, el primer problema sanitario de nuestro país. Su importancia numérica y el coste que generan crece de forma alarmante.

Las deficiencias actuales de la Asistencia Primaria han conducido a la hospitalización innecesaria de muchos de estos enfermos. Hospitalización que por otra parte, también se ve alargada como consecuencia de dicho déficit.

Muchos de estos enfermos podrían ser retornados a su domicilio, si la Atención Primaria les brindase la oportunidad de asistirlos en los mismos.

do un abanico de profesionales que practican algún tipo de asistencia a domicilio.

A nivel rural
— las Enfermeras titulares de Asistencia Pública Domiciliaria,
— las Matronas titulares de Asistencia Pública Domiciliaria.

A nivel urbano
— los A.T.S. de zona o Practicantes,
— las enfermeras de los servicios de urgencias,
— las A.T.S. visitadoras del INSALUD,
— las enfermeras del servicio de visitas domiciliarias de los centros de Asistencia Primaria.

Es evidente que el enfoque de los cuidados que prestan estos profesionales en la actualidad es muy diverso, así por ejemplo, los A.T.S. de zona van al domicilio únicamente a efectuar algún procedimiento terapeútico. El profesional de Asistencia Pública Domiciliaria, además de lo anterior, desarrolla actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El A.T.S. visitador efectúa sus visitas con la idea de control de enfermos con Incapacidad Laboral Transitoria (I.L.T.), etc.

Un análisis más profundo de los cuidados que efectúan cada uno de estos profesionales nos llevaría mucho tiempo y desborda el marco de posibilidades de esta comunicación.

Lo que si nos parece importante señalar, es que en nuestro país, a diferencia de otros, existe un marco institucional público desde donde se efectuan visitas a domicilio y que hay unos profesionales de enfermería con experiencia en ese campo.

A partir del reconocimiento de este hecho, consideramos importante que se efectúe un cambio en el enfoque de estos cuidados y que se orienten hacia una atención más integral del paciente y de su familia. Resaltando que deben ser prestados de forma continuada, y no de manera puntual como ocurre en la actualidad, y como fruto de un trabajo en equipo, con la colaboración de otros profesionales sanitarios. Es importante añadir que todo ello no es planteable si no se cuenta con la participación activa de la familia del enfermo.

V. DISCUSION

Una vez descritas las experiencias de Asistencia Pública Domiciliaria que se están realizando en nuestro país, pasamos a hacer una valoración más glóbal de las mismas. El hecho de que coexistan las dos experiencias citadas con anterioridad, una más vinculada al hospital y la otra dependiente de la Atención Primaria, nos parece positivo y necesario si tomamos en consideración, la realidad sanitaria de nuestro país. Son muchas las personas que podrían

beneficiarse de estos cuidados y muy insuficiente y minoritaria la oferta que se hace de los mismos. Por ello creemos que las dos experiencias no son excluyentes, sino complementarias.

La Asistencia Pública Domiciliaria debería orientarse no sólo a la solución de problemas de salud sino también a la detección de necesidades sanitarias tanto del individuo, como de la familia o grupos. En definitiva, orientar la Asistencia Domiciliaria no sólo a la aplicación de procedimientos terapeúticos, sino también al fomento y protección de la salud y prevención de las enfermedades. Ello sin olvidar la función rehabilitadora tan necesaria en los pacientes de edad y con enfermedades crónicas.

Por otro lado somos conscientes de las actuales dificultades de financiación de nuestro sistema sanitario y de las limitaciones que ello supone en el desarrollo de programas. Es por ello, que creemos que los programas de asistencia domiciliaria deben dirigirse prioritariamente a los grupos más vulnerables y necesitados (ancianos, enfermos con padecimientos: crónicos, invalidantes o degenerativos, etc.) con la idea de hacerlos extensivos en el futuro al mayor número posible de población.

Finalmente queremos remarcar que la Asistencia Pública Domiciliaria, la concebimos formando parte de un programa de salud más amplio, y no como una experiencia aislada como sucede en la actualidad, y coordinada funcionalmente con los otros niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

1.— La necesidad de potenciar desde la Administración pública la Asistencia Domiciliaria coordinada funcionalmente con otros niveles asistenciales y formando parte de un programa de salud más amplio.

2.— La coexistencia de las dos experiencias citadas anteriormente nos parece necesaria ya que no son excluyentes, sino complementarias.

3.— La Asistencia Domiciliaria debe estar orientada tanto a la resolución de problemas de salud como a la detección de necesidades sanitarias tanto en el individuo como de las familias y grupos.

4.— Hay que hacer llegar la Asistencia Domiciliaria al mayor número posible de personas y especialmente a los grupos más vulnerables y necesitados.

5.— La asistencia que se preste debe ser lo más integral y personalizada posible y realizada por un equipo multidisciplinario de salud (médicos, enfermeras, asistentes sociales y otros).

BIBLIOGRAFIA

FREEMAN, Ruth B. Enfermería de Salud Pública.
México. Ed. Interamericana, 1968.

GENERALITAT DE CATALUNYA. Nivells Assistencials.
Barcelona. Informes i Dictamens n.° 5. Direcció General D'Asistència Sanitària. 1982.

LEAHY, Kathleen M, COBB, Marguerite M. Enfermería y Salud Pública.
México. Ed. Interamericana. 1968.

TINKHAM, Catherine W. WOORHIES, Eleanor F. Enfermería Social.
Evolución y Procedimientos.
2.ª edición. México. Ed. Limusa. 1981.

6.ª COMUNICACION

LA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA, INSTRUMENTO DE TRABAJO PARA LA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD

Autores:

J.A. TOBAJAS ASENSIO
Profesor de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

A. MONZON FERNANDEZ
Profesor de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

M. D. AZUA BLANCO
Profesor de Enfermería Materno-Infantil de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza.

M. BLASCO SOLANA
Profesor de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

A. M. LAMPLE LACASA
Profesor de Enfermería Fundamental de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

S. GARCIA SOLER
Profesor de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Zaragoza.

1. INTRODUCCION

La importancia que ha adquirido la Atención Primaria de Salud, siguiendo las recomendaciones de la O.M.S. (Alma Ata 1978) por un lado, y por otro, el cambio experimentado por la Enfermería en la pasada y presente década, ha hecho que esta profesión adquiera un protagonismo de primera línea en este campo de la asistencia sanitaria, que se manifiesta por el interés demostrado por los organismos profesionales y públicos.

Nos obstante, la realización práctica de las funciones profesionales de la Enfermería en el campo de la asistencia primaria de salud, a pesar de haber definido el modelo teórico en diversas publicaciones y congresos, encuentra dificultades para hacerlas efectivas.

Entre las funciones propias de la Enfermera en la Asistencia Primaria de Salud, destaca la visita domiciliaria como campo de actuación propio y específico, ya que como profesional con formación polivalente, le permite desarrollar sus conocimientos en materias tales como: Enfermería General, Salud Pública, Ciencias Sociales y de la Conducta.

Por lo anteriormente expuesto es necesario dotar a la visita domiciliaria de Enfermería de un instrumento básico que abarque los aspectos bio-psico-sociales que influyen sobre la salud, tomando a la familia como unidad de trabajo, y que sirva para la recogida de datos sobre el terreno.

2. PLANEACION, MATERIAL Y METODOS:

En la reforma del plan de estudios, que se está realizando en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, se ha incluído la Asistencia Primaria de Salud, como parte primordial del mismo. De todas las actividades a desarrollar por nuestro Departamento en este campo, destaca la visita domiciliaria de Enfermería.

Para la puesta en marcha de esta función profesional de la visita domiciliaria de Enfermería, por parte de nuestro Departamento, y al contar únicamente como centro de actuación propio en nuestras actividades el Hospital Clínico Universitario, se ha contado con la colaboración de los Organismos Sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma de Aragón, teniendo como Centro de Salud, el correspondiente al área geográfica de hospital mencionado, como referencia.

Con el objeto de dotar a esta función profesional, de un material apropiado de trabajo específico, se ha elaborado una encuesta epidemiológica, que abarca todos los aspectos y factores que influyen sobre la salud de la comunidad, tomando a la familia como unidad básica de actuación.

La encuesta es llevada a la práctica, con la tutorización correspondiente, por los alumnos de 3.° curso de la carrera de Diplomado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, como parte de su proceso de aprendizaje de la unidad didáctica de asistencia primaria de salud, y como primera toma de contacto con la familia, siendo este el objetivo principal. Una vez recogidos los datos, estos son analizados y estudiados para la elaboración de planes específicos de Enfermería, quedando a disposición del centro de salud para que puedan también ser utilizados por otros miembros del equipo de salud.

3. CONCLUSIONES:

1.ª La visita domiciliaria deber ser una de las funciones prioritarias del personal de Enfermería en el campo de la asistencia primaria de salud.

2.ª El conocimiento del individuo, familia y comunidad, de forma integral, debe hacerse sobre datos recogidos en el terreno.

3.ª Es necesario dotar a la enfermería de asistencia primaria de salud de documetos de trabajos específicos para ser utilizados por el personal de enfermería, y por otros miembros del equipo de salud.

4.ª La enseñanza de la asistencia primaria de salud, debe de estar incluida en los planes de estudio de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

4. BIBLIOGRAFIA:

O.M.S. «Preparación de indicadores para vigilar los procesos realizados en el logro de la salud para todo el año 2000». Ginebra 1981.

O.M.S. «Evaluación de los programas de salud». Ginebra 1981.

O.M.S. «Informe del trabajo sobre la función de la Enfermería en la atención primaria de salud». Nairobi 30 sept-1 octubre 1979.

SAN MARTIN, H. «Salud y Enfermedad»: La Prensa Mexicana. Mexico 1981.

MC. MAHOB B. Y PUGH, T. «Principios y métodos de Epidemiología». La Prensa Médica Mexicana. México 1975.

UNED: «SALUD PUBLICA». Unidad didáctica, curso nivelación. A.T.S. Madrid 1981.

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ENCUESTA PARA LA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA

APELLIDOS ..... NOMBRE ..... EDAD .....

DOMICILIO ..... TELEFONO .....

1. SUPERFICIE DE LA VIVIENDA

¿Me podría decir cuantos m² tiene su vivienda?

1. Menos de 30 m²
2. De 30 a 45 m²
3. De 46 a 60 m²
4. De 61 a 75 m²
5. De 76 a 90 m²
6. De 91 a 105 m²
7. De 106 a 120 m²
8. 121 ó más m²
9. NS/NC

2. SERVICIOS DE LA VIVIENDA

Tiene la amabilidad de indicarme: ¿Cual de estos servicios tiene esta vivienda?

1. Calefacción central
2. Calefacción individ. por agua
3. Calefacción eléctrica
4. Aire acondicionado
5. Agua caliente central
6. Agua caliente individual
7. Ascensor en la planta
8. Bañera
9. Ducha
10. NS/NC

3. NUMERO DE CONVIVIENTES

¿Cuantas personas viven habitualmente en esta vivienda?: (Especificar parentesco)

1. Uno
2. Dos
3. Tres
4. Cuatro
5. Cinco
6. Seis
7. Siete
8. Ocho
9. Nueve
10. Diez o más
11. NS/NC

4. EQUIPAMIENTO FAMILIAR

Le importaria indicarme si tiene en casa:

1. TV blanco y negro
2. TV color
3. Frigorífico una puerta
4. Frigorífico dos puertas
5. Lavadora no automática
6. Lavadora automática
7. Lavavajillas
8. Aspiradora
9. NS/NC

5. CONDICIONES SANITARIAS DE LA VIVENDA — ELIMINACION DE BASURAS

Las basuras las eliminan habitualmente mediante:

1. Bolsas y recogida municipal
2. Contenedores y recogida municipal
3. Echándolas en vertederos públicos
4. Echándolas al campo
5. NS/NC

6. HIGIENE AMBIENTAL — ANIMALES DOMESTICOS

Señale cual o cuales de los siguientes animales contactan con Vd. habitualmente:

1. Perros
2. Gatos
3. Gallináceas
4. Conejos
5. Ovejas o cabras
6. Vacas
7. Cerdos
8. Animales de labor
9. Pájaros
10. NS/NC

7. HIGIENE INDIVIDUAL

¿Podría indicar con qué frecuencia acostumbra a ducharse o bañarse Vd?:

1. Una vez al mes o menos
2. Una vez cada quince días
3. Una vez por semana
4. Dos veces por semana
5. Tres o más veces por semana
6. NS/NC

8. HIGIENE DENTAL

¿Podría indicar con qué frecuencia acostumbra Vd. a cepillarse los dientes?:

1. No se los cepilla
2. Menos de una vez al día
3. Una vez al día
4. Más de una vez al día
5. NS/NC
6. NA

9. ALIMENTACION — CONSUMO DE HUEVOS:

¿Cuantos huevos consume Vd. a la semana?:

1. Tres o menos
2. Cuatro o cinco
3. Seis o siete
4. Más de siete
5. NS/NC

10. ALIMENTACION — CONSUMO DE LECHE (Cantidad)

¿Qué cantidad de leche suele tomar diariamente? (Vaso-200 cc):

1. No toma leche
2. Menos de un vaso
3. Uno o dos vasos
4. Tres o más vasos
5. NS/NC

11. ALIMENTACION — CONSUMO DE LECHE (Control sanitario)

La leche que su familia acostumbra a consumir es:

1. Envasada adquirida en el comercio
2. Sin envasar adquirida en el comercio o vaquería
3. Sin envasar repartida en el propio domicilio
4. NS/NC

12. ALIMENTACION — CONSUMO DE CARNE Y PESCADO

¿Con qué frecuencia acostumbra Vd. a tomar carne o pescado? (Embutidos no incluidos):

1. No toma
2. Menos de tres veces a la semana
3. De tres a cinco veces a la sema.
4. Una vez al día
5. Más de una vez al día
6. NS/NC

13. ALIMENTACION — CONSUMO DE VERDURAS Y HORTALIZAS

¿Cuantas veces acostumbra a tomar verduras y hortalizas (lechuga, tomate, pimiento, espinacas, judías verdes, acelgas, borrajas, alcachofas, zanahorias, etc.)

1. No toma
2. Menos de tres veces a la sema.
3. De tres a cinco veces a la sema.
4. Todos los días
5. NS/NC

14. ALIMENTACION — CONSUMO DE FRUTA

¿Cuantas veces acostumbra a tomar fruta en un día?

1. No toma fruta a diario
2. Una vez
3. De dos a tres veces
4. Cuatro o más veces
5. NS/NC

15. ALIMENTACION — GRASAS SATURADAS

¿Cuantas veces acostumbra a tomar mantequilla, tocino, patés o embutidos y fiambres?:

1. No toma
2. Casi nunca
3. Dos o tres veces por semana
4. Casi todos los días
5. Todos los días
6. NS/NC

16. CONTENIDO DEL TIEMPO LIBRE

¿En qué suele emplear su tiempo libre?:

1. Pasear
2. Ver TV
3. Lectura
4. Hacer deporte
5. Ir a espectáculos
6. Salir al campo
7. Ir al bar o tasca
8. Ir a la discoteca
9. Otras: _____
10. No tiene tiempo libre
11. NS/NC

17. NIVEL DE FORMACION — LECTURAS

Indique si lee Vd. y con qué frecuencia:

	Habitualmente	Ocasionalmente	No lee
Periódicos	1	2	3
Revistas	1	2	3
Libros	1	2	3

18. NIVEL DE SATISFACCION DE LOS SERVICIOS DEL BARRIO

Nos puede indicar si está muy, bastante, indiferente, poco o nada satisfecho con las siguientes cosas de su barrio:

	Muy	Bastante	Indiferente	Poco	Nada	NS/NC
Aceras y calzadas	1	3	1	4	5	6
Alumbrado público	1	2	3	4	5	6
Limpieza pública	1	2	3	4	5	6
Transportes públicos	1	2	3	4	5	6
Tráfico	1	2	3	4	5	6
Guarderías infantiles	1	2	3	4	5	6
Escuelas e institutos	1	2	3	4	5	6
Consultorios médicos	1	2	3	4	5	6
Mercados y comercios	1	2	3	4	5	6
Parques y zonas verdes	1	2	3	4	5	6
Espectáculos	1	2	3	4	5	6
Orden público y seguridad .	1	2	3	4	5	6
Contaminación atmosférica	1	2	3	4	5	6
Bibliotecas públicas	1	2	3	4	5	6

19. MOVILIDAD DESEADA

¿Le gustaria a Vd. en los próximos cinco años?:

1. Seguir viviendo aquí
2. Cambiarse de barrio
3. Trasladarse a otro lugar de la provincia
4. Trasladarse a otra provincia
5. NS/NC

¿Por qué?: _____

_____

20. ASOCIACIONISMO

¿Pertenece Vd. a alguno de los siguientes grupos?:

1. Club deportivo
2. Asociación vecinos
3. Club de jubilados
4. Club juvenil
5. Centro cultural
6. Sindicato
7. Partido político
8. Grupo religioso
9. Otro: _____
10. Ninguno
11. NS/NC

21. RELACION VECINOS

¿Con respecto a las relaciones con sus vecinos, considera que:

1. Tiene amigos entre ellos
2. Se lleva bien sin llegar a tener amistades
3. Se relaciona solo lo indispensable
4. No tiene relación con ellos
5. Se lleva mal
6. NS/NC

22. NIVEL DE INGRESOS

Los ingresos económicos familiares, ¿les permite vivir?:

1. Muy bien
2. Bien
3. Regular
4. Mal

NS/NC

¿Cuántos ingresos familiares por todos los conceptos entran cada mes en casa?:

1. Menos de 25.000 pts.
2. De 25.001 a 50.000 pts.
3. De 50.001 a 75.000 pts.
4. De 75.001 a 100.000 pts.
5. Más de 100.000 pts.
6. NS/NC

23. SATISFACCION PERSONAL

¿Teniendo en cuenta lo que le ha pasado en la vida hasta ahora, Vd. se considera:

1. Muy satisfecho
2. Bastante satisfecho
3. Indiferente
4. Poco satisfecho
5. Nada satisfecho
6. NS/NC

24. MORBILIDAD HOSPITALARIA

¿Cuántas veces ha estado ingresado en un centro hospitalario en el último año?:

1. Ninguna
2. Una vez
3. Dos veces
4. Tres veces
5. Más de tres veces
6. NS/NC

25. MORBILIDAD I

¿Cuál o cuales de las siguientes enfermedades ha padecido Vd. durante el último año?:

1. Tuberculosis
2. E. Resp. crónicas
3. F. Tifoidea
4. Hidatidosis
5. Brucelosis
6. Hepatitis
7. Gastroenteritis
8. Bocio
9. Diabetes
10. Hipertensión arterial
11. Hipercolesterolemia
12. Litiasis renal
13. Litiasis biliar
14. Ninguna de las anter.

26. MORBILIDAD II

1. Epilepsia
2. Cefaleas
3. Odontopatías
4. Alergias
5. Cirrosis
6. Ulcus
7. Obesidad
8. Varices
9. E. cerebro-vascular
10. Quemaduras
11. Ninguna de las anteriores

27. MORBILIDAD III

1. Cardiopatías _____
2. E. reumáticas _____
3. E. mentales _____
4. E. ginecológicas _____
5. Dermopatías _____
6. Neoplasias _____
7. Intoxicaciones _____
8. Ninguna de las anteriores

28. ACCIDENTES

¿Ha sufrido algún accidente durante el último año?

1. Ninguno
2. De trabajo
3. De tráfico
4. En el hogar
5. Otros
6. NS/NC

29. CONSUMO DE TABACO

1. No fumador
2. De 1 a 9 cigarrillos/día
3. De 10 a 20 cigarrillos/día
4. 21 ó más cigarrillos/día
5. Fumador de pipa o puros

30. CONSUMO HABITUAL DE ALCOHOL EN DIAS LABORABLES

	De qué	Cuánto	cc. alcohol
En ayunas			
A media mañana			
Antes de comer			
En la comida			
Después de la comida			
Por la tarde			
En la cena			
Despues de cenar			

31. CONSUMO HABITUAL DE ALCOHOL EN FINES DE SEMANA

	De qué	Cuánto	cc. alcohol
Sábado			
.....			
.....			
Domingo			
.....			
.....			

32. CONSUMO DE DROGAS

Indique si ha tomado alguna vez:

1. Tranquilizantes (valium, tranxilium...)
2. Hipnóticos (barbitúricos)
3. Marihuana, haschisch, derivados del cannabis (porro)
4. Anfetaminas o derivados (centramina, dexedrina...)
5. Cocaína
6. LSD o alucinógenos en general (ácido)
7. Opiáceos (morfina, heroina...)
8. Otros _____
9. Ninguno de los anteriores

33. EN CASO AFIRMATIVO

¿Con qué frecuencia los toma?

1. Prácticamente todos los días
2. Casi todos los días en determinados períodos
3. Los fines de semana
4. Una o dos veces al mes
5. Menos de una o dos veces al mes

34. MUJERES (= o más de 25 años) — AUTOEXPLORACION DE MAMAS

¿Se revisa regularmente las mamas en busca de algún bulto?:

1. No se revisa
2. Sí, una vez o más al mes
3. Sí, cada dos meses
4. Sí, cada tres meses
5. Sí, cada cuatro o más meses
6. NS/NC

35. MUJERES (= o más de 25 años) — PREVENCION CANCER GENITAL

¿Se hace citología para la prevención del cancer genital?:

1. No se hace
2. Sí, una vez al año o menos
3. Sí, cada dos años
4. Sí, cada tres años
5. Sí, cada cuatro o más años
6. NS/NC

36. ELECCION DE ATENCION MEDICA

¿A cuál de estos sitios o personas acudió la última vez qu estuvo enfermo?:

1. Médico de cabecera de la Seg. Social
2. Médico de cabecera de iguala, mutua o compañía
3. Médico de cabecera particular
4. Especialista de la Seg. Social
5. Especialista de iguala, mutua o compañía
6. Especialista particular
7. Consultas de hospital, dispensario o sanatorio
8. Servicio de Urgencias del hospital
9. Servicio de Urgencias a domicilio
10. Curandero
11. Otros _____
12. NS/NC
13. NA

7.ª COMUNICACION

METODOLOGIA DE TRABAJO

EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

C. GERMAN
D. GUIJARRO
C. TRUJILLO

METODOLOGIA DE TRABAJO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

Se presenta en esta comunicación, la metodología de trabajo que se utiliza en las Consultas de Enfermería de Atención a Crónicos en los ambulatorios y consultorios de la S. Social (RASSSA) en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Dichas consultas iniciaron sus actividades en el mes de abril en su primera fase y en los meses de julio y septiembre las segunda y tercera con un total de 131 consultas, con las que se atiende a un 50 % de la población acogida a la S. Social.

La incorporación al Programa se realiza con carácter voluntario y es requisito realizar el Curso de Capacitación de 50 horas de duración, intensivo. Este curso aborda la capacitación en cuatro aspectos: Técnicas de Educación para la Salud, Elementos teóricos de la profesión y experimentación de la metodología de trabajo, finalmente se revisan procesos crónicos, ya aprendidos en la carrera.

Dadas las limitaciones de una comunicación, no podemos extendernos ampliamente en los datos y detalles del programa, ni en los aspectos conceptuales de la Atención Primaria de Salud, únicamente vamos a tratar de describir la sistemática utilizada en la consulta de enfermería, a fin de exponer la experiencia, someterla a debate y, finalmente, informaros de los cambios experimentados en el rendimiento, satisfacción del usuario y satisfacción profesional. Una muy breve exposición va a estar dedicada a comentar las características de los crónicos y la importancia social que tiene una buena atención sanitaria para mejorar su Calidad de Vida.

Características de los Crónicos

Aún siendo de carácter abierto, según las características de la población atendida, las patologías que se atienden en este programa son principalmente: Hipertensos, Osearticulares, Obesos, Diabéticos y E.P.O.C.; en la propia

introducción del programa se dan algunos datos relevantes: La Diabetes se calcula que afecta de un 2 a un 3 % de la población. HA de un 10 a un 15 %. Como un 52 % de los pacientes que acuden a las consultas de Medicina General tienen procesos artrósicos de diversa naturaleza. Según la O.M.S., un 50 % de la población mundial por encima de los 40 años, se considera obesa en los países desarrollados o en vías de desarrollo.

Es todavía pronto para dar cifras en la experiencia actual, no obstante, tanto por trabajos de la Consejería, como otros de Ballel et all, se puede afirmar que el 94 % de la población hipertensa que asiste a su consulta (de Enfermería. Experiencia piloto) son mayores de 50 años. De manera que podemos situar a estos pacientes dentro del **Ciclo Vital Adultos maduros y 3.ª edad.**

Una mayoría padece Incapacidades Laborales Permanentes, o son ya jubilados, dicho de otro modo, **pensionistas** de la S. Social.

Como dice Ruiz (2:85), «de alguna manera se **han habituado a la enfermedad**, sin embargo realizan muchas visitas al médico con la escusa de solicitar recetas y posiblemente para ocupar parte del mucho tiempo libre que tienen a lo largo del día».

Toman, o al menos consumen muchos fármacos, conocen o no, la dieta, pero **no la siguen**, así como tampoco el régimen de vida recomendado por su médico.

Muchos de ellos presentan **inactividad crónica**, en el límite de estado depresivo.

Socialmente presentan características que pueden situarse entre las clases: Media-baja y baja. Véase informe Ballel citado.

Igualmente los autores citados dicen que a la Hipertensión se han hallado **asociadas las siguientes patologías** priorizadas: 1.° Síndrome Psíquico, 2.° Artrosis, 3.° Diabetes y 4.° Cardíacos.

SISTEMAS DE LA CONSULTA

1.ª Visita o Caso Nuevo, estudiado y con tratamiento prescrito el médico decide derivarlos a la Consulta de Enfermería, en la cual es recibido en la misma mañana o tarde.

Una vez en la consulta las enfermeras King (14:84) «cuya función es el cuidado del paciente, observan y miden los estados de salud de la gente con enfermedades crónicas tales como la diabetes, y al determinar los objetivos mutuos con los individuos, les ayudan a mantener un estado funcional de salud y a prevenir complicaciones».

Para ello, en el punto siguiente se desarrolla más detallado, se utilizan de 10 a 20 minutos. Se le abre una Historia y mediante las técnicas de exploración clásicas y la entrevista se identifican problemas, elaboran planes de cuidados, realiza educación sanitaria con el paciente y familiar y se sugiere una nueva cita.

Sucesivas, se abordan los resultados, se evalúa el aprendizaje y se proponen nuevas actividades al paciente y/o familiar. Caso de existir algún problema se consulta al médico, se deriva al Asistente Social o se le vuelve a citar.

La enfermera también le dará recetas, anotará en la Cartilla de Largo Tratamiento sucesivas revisiones a su médico y/o especialista. Se entiende que las recetas siempre bajo control médico. A su vez se anotan en la hoja de registro.

Para realizar su trabajo la enfermera cuenta con:

- Un espacio físico, módulo de iguales características a las de cualquier ambulatorio. (Equipado por el programa).
- Un sistema de registro, que comprende una carpeta con varias hojas Valoración, Plan de Cuidados, Constantes y Analítica, Educación Sanitaria, Control de Medicación, (De diseño nuevo).
- Y los conocimientos, habilidades y motivación, adquiridas en el curso de capacitación. También cuenta cada vez más con el apoyo y entendimiento de compañeros y Jefes de Enfermería.

En otra comunicación describimos con más detalles los puntos arriba citados, así como los objetivos del programa.

CONTENIDOS DE LA SISTEMATICA DE ACTUACION DEL ENFERMERO EN CONSULTA

En este punto vamos a describir las actividades que de forma sistemática o metódica se llevan a cabo en la Consulta de Enfermería.

Creemos conveniente destacar que se aplican tanto los elementos conceptuales de diversos autores como Peplau, Orem y Jhonson, a modo de síntesis ecléctica, como las fases de la metodología científica. Sin haber llegado a construir un modelo propio, podemos decir que estos elementos teóricos los organizamos de la siguiente manera:

Sobre la estructura o esqueleto del modelo de Jhonson, Carlson (1985), y considerando como meta el Autocuidado Orem (1983) y como instrumento básico la Educación Sanitaria para lograr la mayor autonomía posible del paciente, abordamos el proceso de Interrelación, Poletti (1980) como estrategia de llevar la consulta primera y sucesivas, que a su vez crea las condiciones favorables para valorar aspectos psicosociales y para progresar en la Educación del autocuidado del paciente o Educación Sanitaria.

Esta breve síntesis que hemos expuesto sobre el marco teórico en el que nos desenvolvemos ha sido posible gracias a la estrecha colaboración de los autores, con características teóricas y con experiencia práctica y a la labor desempeñada previamente por otros colegas como Buidam et all (1985), que indirectamente han servido de inspiración y han ayudado a superar lo que parecían barreras insalvables.

A continuación vamos a desarrollar los diversos pasos metodológicos, donde se desarrolla plenamente el trabajo de enfermería.

Valoración

Tratamos de obtener una amplia información desde una visión integral del paciente y en ocasiones de su familiar y entorno.

(Imaginémonos una consulta).

1.° Recepción del paciente.

2.° Aplicación del protocolo establecido para cada proceso. Se señalan con $ aquellas actividades que deben cambiarse, en parte, debido a la diversa patología del paciente:

A) Anotación en la Historia del paciente de los datos que aparecen en la Cartilla de Largos Tratamientos y otros datos de interés:
- — Datos de Identificación del paciente.
- — Otros datos básicos de interés: Nivel de instrucción, datos laborales, etc.

B) Control y seguimiento de su proceso en los aspectos de Enfermería:
- — Valoración de Autocuidados Cotidianos (Orem-Germán).
  - Hábitos alimenticios.
  - Hábitos higiénicos.
  - Actividad-reposo-sueño.
  - Eliminación (orina-deposiciones).
- — Valoración de signos vitales y otros: (Dimensión fisiológica de la adaptación, Jhonson).
  - Tensión arterial.
  - Pulso.
  - Temperatura.
  - Peso-Talla.
- — Valoración de la actitud que el paciente y la familia tienen ante la Salud-Enfermedad: (Dimensión Psicológica, Jhonson).
  - Aceptación (Peplau).
  - Conocimiento de su proceso.
  - Colaboración.
  - Apoyo psicológico.
- — Valoración de la Sintomatología y datos complementarios atendiendo al protocolo médico: ($) (Dimensión Fisiológica), (Jhonson).
  - Dolor, Inflamación, enrojecimiento.
  - Mareos, cefaleas.

- Sudoración.
- Dificultad de movimiento.
- Etc.

— Valoración del uso que hace el paciente de la medicación prescrita por el médico.

— Valoración de ocupación del tiempo libre: (Dimensión sociocultural de Jhonson).

- Tiempo libre.
- Actividades de ocio.

— Valoración del uso que hace de los Servicios Sanitarios.

Otros aspectos que se valoran implícitamente, pero deben ser pensados, son: Ciclo vital, etnia o procedencia rural o urbana, religión —a veces—.

Como final de la etapa de Valoración, se:

— Identifican los problemas que requieran los cuidados de enfermería, cuando se hace una priorización de varios problemas, y se establece la relación causal entre ellos se está haciendo Diagnóstico Enfermero, el cual se basará siempre en las necesidades alteradas o problemas relacionados con los Autocuidados Cotidianos citados. Ejemplo de un caso muy frecuente en los pacientes que atendemos, Dx. «Alteraciones en la deambulación por dolores articulares (artrósicos), acentuados por el sobrepeso».

— Elaboración de Planes de Cuidados en relación a los problemas identificados (diagnósticos enfermeros).

El objetivo de todo plan de cuidados será lograr el máximo nivel de Adaptación y a su vez de Autocuidado. Ahora bien las etapas sucesivas por las que pasa el paciente, son guiadas por la enfermera y como instrumento base la educación, sin olvidar pautas médicas prescritas, detección de factores de riesgo y otras anomalías.

Variables como la edad, nivel social y de instrucción, recursos familiares, etc., son factores que justifican que el plan de cuidados debe ser individualizado. Hay que favorecer y potenciar las conductas adecuadas y corregir las inadecuadas.

— Aplicación de Técnicas Generales y de Educación para la Salud a pacientes y familia, en relación a: (Se sigue el modelo ecológico de la escuela italiana y la O.M.S.).

- Autocuidados cotidianos.
- Su proceso.
- Utilización de los Servicios Sanitarios.
- Consumo de fármacos, tabaco, alcohol.

— Registro de actividades y evaluación.

C) Entrega de recetas y partes de baja una vez cumplimentados por el médico.

D) Derivación cuando proceda al médico a la Trabajador Social.

3. COLABORACION EN LA ENSEÑANZA PRACTICA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA, SIGUIENDO LAS DIRETRICES DEL PROGRAMA DE PRACTICAS

Pensamos que hemos superado el modelo, según Stevens «The disease-body systems» (163:84), de la enfermedad de los sistemas corporales, el cual nos hacía dependientes de la actuación médica y de la existencia de enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BALLEL et all.— 1984. Estudio e implantación de una Consulta de Enfermería en un ambulatorio. 2.ª Sectorial. Sevilla, np.

2. CARLSON e all, 1985.— Diagnóstico de Enfermería. Pirámide. Madrid.

3. KING I.— 1984.— Enfermería como Profesión. Limusa. México.

4. CARNEVALI, 1983.— Nursin Care Planning: Diagnosis and Management. 3.ª e. lippincott. New York.

5. OREM D., 1983.— Normas prácticas de Enfermería. Pirámide. Madrid.

6. STEVENS B., 1984.— Nursing Theory. 2.ª ed. Little, Brown and Company. Boston.

7. POLETTI R., 1980.— Cuidado de Enfermería. Rol. Barcelona.

8. WALKER-AVANT, 1983.— Strategies for theory construction in nursing. A.C.C. Conecticut.

9. Varios, 1980.— Acta Nursológica. Escuela Le Bon Secours. Ginebra.

10. Guía de Funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, n.° 1, 2.ª e. 85. Madrid.

11. VARIOS, 1985.— Encuesta a usuarios de Ambulatorios y Consultorios de la Seguridad Social de Andalucía. 1985. Departamento de Ordenación Profesional de estudios y programación. D. Gral. de Estructuración de estudios sanitarios. Consejería de salud y Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla.

12. Programa de Consulta de Enfermería para control y seguimiento de enfermos crónicos en Instituciones abiertas de la Red Asistencial Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía. 1985. Sevilla.

Agradecimientos: A Esperenza Ruiz, responsable de Enfermería, creadora y Coordinadora del programa que ha facilitado datos y documentación. A todos los coordinadores provinciales especialmente a A. Llano, R. Ortiz y de Formación Continuada a D. Cortés y J. Cortés, todos de Sevilla, que con su trabajo en la puesta en marcha de las consultas o de los cursos, y con la labor anónima de más de doscientas enfermeras, han hecho posible que se escribiera esta comunicación.

8.ª COMUNICACION

ENFERMERIA COMO LIDER EN LA EDUCACION PARA LA SALUD

M.ª LUZ CALZADA GOMEZ
Profesora de Enfermería Fundamental
E.U.E. «Virgen del Rocío». Sevilla.

Existió una vez un hermoso pueblo que estaba situado en lo alto de una montaña. Pero su superficie estaba limitada por un enorme precipicio por el cuál caían con frecuencia sus habitantes. Con el fin de atender a los desafortunados que caían, el Consejo de Ancianos, en su asamblea de primavera, decidió instalar allí, al fondo del precipicio, el mejor hospital del mundo, dotándolo de los mejores adelantos tecnológicos así como de los profesionales más prestigiosos en la materia. La gente de aquél pueblo se sentía satisfecha de contar con ese bien de consumo inaccesible para las economías particulares y en cierto modo hasta deseaban poder utilizar esos servicios en algún momento. De hecho solía ser un motivo de orgullo del cuál presumían: «Me dieron 25 puntos de sutura», «pués a mí 38», «yo estuve 3 días en la UVI», «pués mi madre estuvo 7», «a mi hermano le tuvieron que hacer 28 radiografías», «pués a mi hijo le hicieron 40»... El hospital era maravilloso !hay que ver lo que allí se hacía!, parecía milagroso pero... se quedaba pequeño, la gente seguía cayendo por el precipicio, ya no había camas suficientes.

El Consejo de Ancianos convoca una Asamblea extraordinaria ante la magnitud del problema. Ya no había medios económicos para seguir ampliando el servicio hospitalario, el pueblo se había arruinado con los enormes gastos generados por estos maravillosos servicios, ¿que hacer?. Los miembros de la Asamblea estaban deprimidos. De pronto un niño de diez años, nieto de uno de los ancianos, que había oído la exposición del problema dijo: «¿Y porqué no ponéis una valla?».

Este breve cuento no es más que una introducción al tema que me propongo abordar: «La Educación para la Salud», «la valla» del cuento.

ABORDANDO EL TEMA

Mucho se habla actualmente de Educación para la Salud, pero... ¿qué es exactamente la Educación para la Salud?, ¿porqué es tan importante?,

¿quién debe llevarla a cabo?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?... La respuesta en profundidad a todas estas preguntas requieren mayor extensión que la permitida en las comunicaciones a las ponencias programadas, no obstante trataré de dar respuesta a todas aunque sea muy escuetamente.

¿Qué es la Educación para la Salud?

No vamos a pararnos en el estudio por separado y en profundidad de ambos términos, EDUCACION y SALUD, cosa necesaria para adquirir un claro concepto de los mismos. Creo que el concepto de SALUD está bastante claro entre todos nosotros, aunque tal vez no tanto el de EDUCACION, pero sí lo suficiente como para considerarla el instrumento que modifique o contribuya a la adquisición de hábitos y costumbres que incidan en el fomento de la salud, por que en definitiva: «Educación para la Salud es un proceso educativo que tiende a responsabilizar al ciudadano, individual y colectivamente, en la defensa de la salud propia y la de otros».

¿Por qué es tan importante?

Si tenemos ante nosostors como integrantes del equipo de salud el gran reto de «Salud para todos en el año 2000», hemos de considerar prioritario su utilización como principal y más económica herramienta en la consecución y fomento de la salud.

Si de las investigaciones que los economistas han realizado sobre la importancia de la educación en general, se deduce que la formación cultural y técnica de los hombres influye en el desarrollo económico de un país, siendo considerada la educación a raíz de estas investigaciones, no como un bien de consumo sino como un bien de inversión, está claro que la inversión más rentable de un gobierno será la educación. Pero si además la salud de los individuos influye decisivamente en la capacidad productiva de un pueblo, se deduce también la prioridad que debe tener la salud en las políticas gubernamentales; y teniendo en cuenta que la segunda, SALUD, es en gran medida consecuencia de la primera, EDUCACION, tenemos ya bien delimitada la importancia que la «Educación para la Salud» tiene, y no sólo como bien de consumo sino fundamentalmente como bien de inversión.

¿Quién debe llevarla a cabo?

Si el objetivo de la Educación para la salud es permitir que cada persona adquiera los conocimientos necesarios para autocuidarse y cuidar a quién de ella dependa, estamos hablando de enfermería, si además los conocimientos que en materia de autocuidados poseemos han sido aprendidos mayoritariamente en el seno familiar y fundamentalmente a través de la madre, estamos hablando de enfermería y si recordamos aquí que ya en la mitología griega se habla de la diosa de la salud Higia, cuya misión era guardar, proteger, velar, por la salud de Atenas y que además simbolizaba las virtudes de una vida sana (de ella proviene la palabra higiene) estamos hablando de enfermería, porque guardar, proteger, velar, son palabras que entran dentro de concepto de cuidar, así mismo las virtudes de una vida sana son hábitos adquiridos a

través del proceso educativo de todo individuo. Si la diosa Higia cuidaba de la salud de Atenas, acabamos de descubrir a nuestra diosa. Pero también acabamos de descubrir que en sus cuidados iba implícita la educación para la salud.

La educación para la salud es parte integrante de los ciudados de enfermería, por lo que Enfermería ha de ser líder en la Educación para la Salud.

¿Cuándo?

La educación para la salud es tan vieja como la humanidad, pués siempre existió la necesidad de adquirir conocimientos que permitieran al individuo vivir de la forma más saludable posible, y estos conocimientos eran adquiridos en el medio socio-cultural en que se desenvolvía el individuo, y a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. Es, por tanto, un proceso que dura toda la vida del individuo.

¿Cómo?

La metodología a utilizar deberá ir adaptándose a los nuevos estilos de vida, consecuencia del desarrollo de la civilización, su tecnología y ciencia.

Es desde luego un tema a estudiar en profundidad, digno de ser tratado monográficamente en alguna jornada, congreso o sesiones de trabajo organizadas a tal fin.

¿Dónde?

Al ser un proceso realizable a lo largo de toda la vida, deberá llevarse a cabo en el lugar donde se encuentre un individuo, familia o comunidad con alguna necesidad de cambios de conducta en sus propios autocuidados.

Sin embargo, el lugar más adecuado, el que le es propio dado el objetivo que persigue, es en los centros de salud. Es aquí donde Enfermería puede desarrollar y llevar a cabo su condición de educadora, condición que ya hemos visto no es nada nuevo, aunque tal vez la hemos tenido relegada a un segundo término pensando que era distinto a cuidar, pero no, EDUCAR es CUIDAR.

CONCLUSION

Las preguntas planteadas al comienzo necesitan una prespuesta más amplia, no cabe duda, respuestas que iremos dando en tanto adquiramos plena conciencia de que la Educación para la Salud es el medio más eficaz y económico para el desarrollo integral del individuo y que enfermería debería ser líder en su aplicación. Enfermería ha de ser la auténtica sustituta de la diosa Higia.

9.ª COMUNICACION

EXPERIENCIA DOCENTE DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Autores:
ANGELA ANDRES BULLO
M.ª DOLORES CALDERO BEA
M.ª CARMEN CALLES FERNANDEZ
JUANA HERNANDEZ CONESA
Escuela Universitaria de Enfermería C. S. Virgen de La Arrixaca, Murcia

RESUMEN

Los alumnos de tercer curso de D.U.E., 2.ª promoción, pertenecientes a la E.U.E. Virgen de La Arrixaca (Murcia), durante el período de clases prácticas extrahospitalarias en una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, inician un estudio durante el curso académico 1984-85, en los meses de enero a mayo, basándose en la aplicación del Proceso de Enfermería en la teoría de Virginia Henderson. Para ello se diseñó un sistema de información o registro que permitiese ser evaluado.

El número de consultas que se atendieron fué de 1981, con una media global de 26 consultas/día y encontrando en la valoración de las necesidades, resultados que coinciden con la filosofía propia del nivel de atención en el que se trabajaba.

Dentro del plan de cuidados establecido, las actividades propias, aumentan a lo largo de los meses por considerar problemas potenciales en la valoración.

Se discute finalmente el método de trabajo así como algunos de los resultados.

INTRODUCCION

Fundamentación Teórica:

Productos inseparables de un contexto social de crisis económica, la «Salud comunitaria» y la «Atención Primaria de Salud», se articulan desde el comienzo, en dos polos diferentes: Uno «tecnocrático» y el otro «participativo».

El primero se refiere a la reorganización de la práctica tradicional sociosanitaria para obtener mayor eficacia organizativa y social (cobertura universal, menos costos, etc.); el segundo polo se refiere a aceptar un cierto grado de participación de la población en el proceso de planificación, gestión y evalución de los servicios de salud comunales. Todo esto, sin salirse del contexto social existente, es decir, sin cambiar en nada las relaciones sociales productoras de desigualdades frente a la salud -enfermedad- y muerte (1).

Los sistemas de salud, tanto en países altamente desarrollados, como en los que denominados en desarrollo, tienden a hacer frente a problemas que requieren inmediata atención y que a pesar de las diferencias de problemas de salud en cada país y de la diferente forma de afrontarlos, podemos decir que son problemas comunes a todos ellos y los podemos resumir así:

a) *La escalada de costos de los servicios de salud, que exceden al crecimiento económico de los países*, y el hecho de que la mayor proporción de este coste es generada por los servicios de salud dedicados a tratar enfermedades agudas.

b) El énfasis desproporcionado en el tratamiento de la enfermedad en comparación con las actividades dirigidas hacia el mantenimiento de la salud.

c) La inadecuada distribución geográfica del personal de salud.

d) Formación inadecuada de las profesiones de salud para desarrollar las funciones requeridas en la atención primaria de salud en la comunidad.

Cuando hablamos de cuidados primario de salud, hay una serie de conceptos que han de estar presentes siempre, a saber:

1) Acceso directo al sistema de cuidado de salud.

2) Contacto continuo de individuos, familiar y grupos de la comunidad con el sistema de salud.

3) Esta relación de continuidad incluye la educación para la salud, mantenimiento de la salud, valoración del estado de salud, prevención y rehabilitación, así como la curación de enfermedades agudas e intermitentes.

4) Supervisión y manejo de los aspectos de salud relacionados con las enfermedades crónicas que no requieren tratamiento especializado en el hospital.

5) Sistema de referir pacientes a otras partes del sistema de cuidado de salud.

6) Enlace con otras agencias o servicios sociales, para proporcionar la adecuada ayuda a individuos y familias.

7) Un continuo reciclaje de los profesionales que componen el equipo de Atención Primaria de Salud.

8) Participación activa en el equipo de salud por parte de cada profesional, entendiendo claramente sus áreas de responsabilidad propia y las de los otros profesionales, así como las funciones independientes, dependientes e interdependientes.

El marco conceptual, utilizado en nuestra experiencia de Enfermería, corresponde a la teoría de Virgina Henderson.

Las presunciones que forman el fundamento teórico de la función de Enfermería, de esta autora, están inspirados en los trabajos de Thorndike y en su propia experiencia.

Hay tres presunciones:

1) Cada individuo quiere y se esfuerza por conseguir independencia.

2) Cada individuo es un todo complejo hecho de necesidades fundamentales.

3) Cuando una necesidad no está satisfecha, el individuo no es un todo completo e independiente.

Para Henderson una necesidad es un requisitos más que una carencia (lo que le impregna de un sentido positivo).

Los valores, que se obtienen en la concepción de Virginia Henderson son también tres:

1) La enfermera/o tiene una función única aunque comparta ciertas funciones con otras profesiones.

2) Cuando la enfermera se hace cargo del papel de médico, delega su función primaria a personal inadecuadamente preparado.

3) La sociedad quiere y espera este servicio (Enfermería) de la enfermera/o y ningún otro trabajador debe poder o querer proporcionarlo.

Los elementos fundamentales del modelo de Virginia Henderson son:

a) El objetivo de enfermería es mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades fundamentales. Este objetivo congruente con el objetivo común de todo el equipo, deja clara la contribución específica de la enfermería.

El paciente o beneficiario de los servicios de la enfermera/o es un ser total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. Ver Anexo I.

Mientras estas necesidades son comunes a todos los seres humanos, su satisfacción puede variar muchísimo de una a otra persona.

El papel de la enfermera/o es pues complementario «suplir lo que al paciente le falta para hacerlo completo, total, e independiente». La intervención de Enfermería es el área de dependencia del paciente y estas formas de intervención son: Reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar.

La acción concreta que deriva de estos términos abstractos pretende hacer al paciente total y completo, es decir, independiente.

Los resultados deseados se consiguen, o la independencia aumenta, con la satisfacción de las catorce necesidades básicas o en los casos terminales, con una muerte feliz.

La práctica de la Enfermería exige que la relación de ayuda caracterice los encuentros cliente-enfermera. La enfermera ha de hacer todo lo posible para que el cliente perciba su contacto con los Servicios de Salud como algo comprensible, aceptable y significativo.

La enfermería de Atención Primaria de Salud es responsable dentro del equipo de:

1) Valorar necesidades del individuo, familia y comunidad.

2) Planear el cuidado de Enfermería.

3) Implantar o realizar el plan.

4) Valorar las consecuencias del cuidado dado.

5) Documentarse sobre el Proceso de Enfermería.

6) Identificar las áreas de investigación del ejercicio de Enfermería y la educación.

7) Educar al personal de Enfermería, contribuir a la educación de otro personal de salud, continuar su formación y continuar en la educación de la población.

8) Colaborar con otras disciplinas que participan en los servicios, así como con el cliente o paciente y su familia.

Localización del estudio

Esta experiencia se ha llevado a cabo en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Algezares, pedania de Murcia, situada a 5 km., de la capital y con un censo (1980) de 3.797 habitantes.

En esta U.D. realizan su tercer año de Residencia los médicos en la especialidad de Medicina Familiar, no existiendo profesionales de enfermería ni otro personal que debiera integrar el equipo de Atención Primaria. En este contexto, durante los meses de enero a mayo de 1985, realizaron su período de clases prácticas los estudiantes de la 2.ª promoción de D.U.E. de la E.U. de Enfermería V. de La Arrixaca, correspondientes a la asignatura de Salud Pública II.

Los datos que se presentan son el resultado del trabajo realizado durante dicho curso académico.

MATERIAL Y METODO

En la Unidad Docente de M.F. y C. en que se ha realizado esta experiencia no existe el apoyo administrativo necesario para el funcionamiento de un sistema de información, lo cual ha impedido hacer otro tipo de consulta de enfermería que no fuera a demanda, impidiendo también la existencia de un archivo central. Sólo se ha dispuesto de la información de los pacientes que acudían al centro.

El sistema de registro está compuesto de:

1) Hoja diaria de movimiento de consulta de enfermería.

2) Código de problemas para la hoja diaria de movimiento de enfermería.

3) Ficha individual de consulta.

4) Ficha de enfermería de visita a domicilio.

5) Archivo de procedimientos.

6) Documentación específica de los programas de educación sanitaria.

1) Hoja diaria de movimientos de consulta de enfermería (Anexo II)

En esta hoja se refleja la actividad realizada diariamente desde el punto de vista asistencial, con fines estadísticos.

Los datos que se recogen tienen varias perspectivas:

— Datos de utilización de los servicios de enfermería, por parte de los usuarios.

— Tipo de individuos que acuden a la consulta (edad, sexo...).

— Tipo de consulta que se demanda (en la Unidad o domicilio).

— Tareas o actividades propias o delegadas.

Para una correcta utilización de la Hoja de movimiento de enfermería, se

elaboró un Código de Problemas, cuyo objetivo es la unificación de términos y contenidos (Anexo III).

3) Ficha individual de consulta (Anexo IV)

Es un instrumento para proceder a la aplicación del Proceso de Enfermería. Esta ficha es también, un indicador de la calidad de la atención de enfermería prestada en la Unidad Docente, y un indicador de la fiabilidad que le merece la consulta de enfermería a la comunidad, que viene dado por el seguimiento de las citaciones que programa enfermería en su plan de cuidados.

Se realizaba a todas las personas que acudían a la consulta.

4) Ficha de enfermería para la visita a domicilio

Su finalidad es servir de instrumento para la recogida de datos de enfermería, detección de problemas y planificación de cuidados así como para proceder a la evaluación.

Esta ficha de enfermería para visita a domicilio consta de los siguientes apartados:

a) Identificación, tomada de los datos anagráficos del paciente.

b) Impresión general, donde se valora el aspecto general del individuo (nutrición, peso, higiene, expresión del rostro, descripción de un día típico, etc.).

c) Datos medioambientales.

d) Valoración de las 14 necesidades básicas.

e) Diagnóstico de enfermería.

f) Evolución del plan de cuidados.

g) Evaluación final.

5) Archivo de procedimientos

Con el fin de unificar y actualizar criterios en la actuación de enfermería nte determinados problemas, se elaboró un archivo de procedimientos (técicas, cuidados, etc.), que era consultado durante la práctica diaria, y que ue completándose a lo largo del curso.

) Documentación específica de los programas de educación sanitaria

Un primer contacto con la población se hizo mediante una carta informa-va, sobre las actividades que enfermería realizaba en la Unidad Docente.

Posteriormente se llevó a cabo una programación general, dirigida a grupos vulnerables sobre las necesidades de información que, en materia de sa-d, presentaban estos grupos.

Las sesiones tenían una periodicidad quincenal y a la citación previa, in-vidual se adjuntaba un esquema del tema a tratar.

La documentación, tanto general como específica, de estos programas, quedaba archivada en la Unidad.

RESULTADOS

1) HOJA DE MOVIMIENTO DIARIO DE ENFERMERIA

Durante el tiempo en que se realiza el estudio, se registraron 1.981 consultas, de las cuales 650 (32,8 %) fueron varones y 1.331 (67,2 %) fueron de hembras (Tabla I).

Respecto al total de personas atendidas, el grupo de 61-70 años, para ambos sexos, es el que más ha consultado, con un 25,08 %, y los que menos, los grupos de mayores de 80 a. y de 11-20 a. con un 2,2 % y 3,2 % respectivamente.

Para el total de varones, el grupo de 0-10 años con 19,5 % fue el segundo grupo que más demandó la atención de enfermería; y en cuanto a las hembras fueron los grupos de 51-60 a. y de 71-80 a. con 23,3 % y 20,6 respectivamente, sobre el total de hembras (Tabla I, gráfica I).

Analizando el tipo de consulta, respecto al total de consultas, 136 (6,3 %) se realizaron en el domicilio del paciente y el resto en la consulta de la Unidad (Tabla II).

En lo referente al total de consultas por meses, corresponde al mes de febrero con 589 consultas (29,73 % respecto al total), el número más elevado de personas atendidas en la consulta de enfermería; siendo el mes de abril el que con un 12,21 % presentó el porcentaje más bajo. Sin embargo, analizando el número de consultas por día (consultas totales/días hábiles), los meses de febrero y marzo mantienen cifras similares (34,6 y 34,9 consultas/día), registrando el mes de mayo sólo 17,6 consultas/día). La media global fue de 26 consultas/día. Tabla III, gráfica II.

En la valoración dentro del Proceso de Enfermería, se detectó la necesidad de ayuda a la función cardio-respiratoria como el más frecuente motivo de consulta con un 60,14 %; seguido de la necesidad de evitar peligros del medio ambiente e impedir que perjudiquen a otros con un 18,04 %. La necesidad de descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a la salud, aparece en cuarto lugar con 2,65 % del total de consultas. Tabla IV.

Dentro del plan de cuidados establecido, encontramos que a lo largo de los meses, las tareas o actividades delegadas van disminuyendo desde un 27,8 % en enero a un 8,17 % en mayo, siendo la media de un 17,98 % con una desviación standar de 9,65. Tabla V, gráfica III.

2) FICHA INDIVIDUAL DE ENFERMERIA

En total se abrieron 383 fichas, de las cuales 110 (28,7 %) fueron de varones y 273 (71,2 %) fueron de hembras.

En relación a los grupos de edad, los comprendidos entre 51-80 años, su-

ponen el 66,3 % del total de fichas, seguido por el grupo de 41-50 años con 10-7 % del total y el grupo de 0-10 a. con 9,4 %. Destacamos que el grupo comprendido entre 21-30 años, fue el que menos consultó con un 2,8 %.

Constaban los datos de filiación completos en la ficha en el 77,3 %. El motivo de consulta estaba registrado en el 96,34 %. El diagnóstico de enfermería solo estaba ausente en el 12 % de las fichas; estando ausente en el 38,9 % en el caso del diagnóstico médico. El plan de cuidados de enfermería, se registró en 355 (92,68 %) de las fichas (Tabla VI).

Respecto al total de personas citadas por la consulta de enfermería (383) acudieron a los controles de continuidad del plan, 239, lo que supone un 62,4 %. Tabla VII, gráfica IV.

DISCUSION

Al iniciarse la experiencia en enero de 1985 en la Unidad Docente, estaban en funcionamiento los subprogramas, dentro de la atención integral al adulto, de Hipertensión arterial y diabetes, lo cual ha condicionado los resultados en cuanto a la valoración de necesidades. Por otra parte se ha de considerar, que por tratarse de un curso académico, existen variaciones en los datos cuantitativos por meses (vacaciones, viaje de estudios...).

El establecer el funcionamiento de la consulta a demanda, exceptuando los controles motivados por los programas en marcha, lo creemos necesarios para iniciar unos cuidados de enfermería en la comunidad, siendo solo, un primer paso, hacia una atención integral, programada y evaluable.

En lo referente al archivo de procedimientos, consideramos que es un mecanismo muy importante para ayudar y fomentar el trabajo en equipo, ofrecer unos cuidados de calidad con criterios uniformes y actualizados.

En relación a los resultados obtenidos, explicamos el aumento de tareas propias a lo largo de los meses porque se tenían en cuenta, además de los problemas reales, los potenciales de las personas que acudían a la consulta.

La filosofía del nivel de atención donde se efectúa el estudio, ha determinado que la necesidad que alude a la información necesaria para mantener el nivel de salud, se detecte con frecuencia en la consulta de enfermería.

Para la aplicación del Proceso, ha sido un instrumento indispensable la ficha individual, implicando un seguimiento en el plan de cuidados, así como una continua evaluación de éste. El hecho de que un 62,4 % de las personas a las que se les programaron unos cuidados, colaborarán y continuarán en dicha programación nos lleva a considerar que se estableció una relación terapéutica adecuada entre la consulta de enfermería y la comunidad.

La ficha correspondiente a la visita domiciliaria es igualmente indispensable para la aplicación del proceso de enfermería, habiendo modificado su estructura, respecto a la ficha individual, con fines exclusivamente didácticos.

Aunque encontramos importantes defectos de infraestructura, tanto humanos como materiales, además del trabajo a demanda, se llevaron a cabo sobre la necesidad potencial de información, actividades de educación sanitaria, que en nuestro medio pensamos que eran prioritarias para ayudar a elevar el nivel de salud de nuestra comunidad.

CONCLUSIONES

1. Consideramos esta metodología de trabajo como una primera aproximación a los requisitos indispensables para la aplicación de unos cuidados de enfermería en la comunidad, por considerar que esta metodología contiene: Un marco conceptual, la aplicación del método científico a este marco (P.A.), y el establecimiento de una relación terapéutica adecuada.

2. Resaltamos, de nuevo, que las premisas teóricas de la Atención Primaria de Salud, han estado presentes a lo largo de toda la experiencia, quedando constatado en los resultados. En la valoración hecha por enfermería de las necesidades fundamentales, la de protección al medio y de información (prevenir, fomentar) aparecen como aquellas más detectadas.

3. El que casi la dos terceras partes de las personas programadas en consulta, volviesen a continuar el plan, nos lleva a la conclusión de que existió un alto grado de fiabilidad por parte de la comunidad hacia la consulta de enfermería.

4. Dentro del equipo mustidisciplinar el elevado y creciente porcentaje de actividades propias originadas de las funciones de enfermería, es un indicador del gran campo de acción del que dispone Enfermería en Atención Primaria de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernan San Martín. Salud comunitaria, teoría y práctica. Ed., La prensa médica mexicana pág. 36. 1984.

2. O Valle Bernal, M.: La enfermería en el cuidado primario de la salud. Pediátrica, 1/2: 33-39. Madrid 1981.

3. Thorndike E.: Human and the social order. Macmilla. New York 1940.

4. Henderson V.: The nature of nursing. New York: MacMillan 1966 pág 11-12.

5. Henderson V.: Basic principles of nursing care. International council of nurses.(4 ed.) 1968 pág. 5.

6. Henderson V.: Principles and practica of nursing. New York: MacMillan 1978 6.ª ed. pág. 34.

7. Henderson V.: The nature of nursing. 1966 pag. 15, 16, 68.

8. Ibid pág. 30.

9. Ibid pág. 68-69.

10. Ibid pág. 15-26.

11. Henderson V.: Basic principles of nursing care. International council of nurses 1968 pág. 9-10.

12. Henderson V.: The nature of nursing 1966 pág. 16-17.

13. Adam E.: ¿Hacia dónde va la enfermería?. Ed. Interamericana pág. 13-14.

14. Orlando I, J.: La reation dynamique infirmiere-client. Les edition HRW Paris.

15. Carlson J.H. et al.: Diagnóstico de enfermería. Ed. Pirámide. Madrid 1985 pág. 23.

16. Yura H. Walsh H.B.: El proceso de enfermería. Ed. Alhambra. Madrid 1982 pág. 67.

17. De Andrés J.: Enfermería y relación de ayuda, 2.ª parte. Depto de Docencia i investigació. Direcció d'infermeria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona 1983.

18. Poletti R.: Cuidados de enfermería. Ed. Rol Barcelona 1980.

19. Henderson V.: Principios básicos de los cuidados de enfermería. Publicación del Consejo Internacional de Enfermeras. 1971 Ginebra.

20. Carlson J.H., Craff C.A. and Mc Guire A.D.: Diagnóstico de enfermería. Ed. Pirámide. Madrid 1985 pág. 56.

21. Marriner, A.: EL proceso de atención de enfermería. Ed. MM de C.V. Mexico 1979.

22. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia: Dirección de la Atención de enfermería del paciente. Serie: Administración y educación de enfermería. Vol. III Bogotá; D.E. 1972 pág. 42.

23. Ibid pág. 55.

ANEXO I

NECESIDADES FUNDAMENTALES DE UNA PERSONA

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del cuerpo
4. Moverse y mantener posturas agradables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropa adecuada, vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura del cuerpo entre límites normales, adoptanto la ropa adecuada y modificando el medio ambiente
8. Conservar el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel y mucosas.
9. Evitar peligros del medio ambiente e impedir que perjudiquen a otros
10. Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Culto de acuerdo con su fe, o idea del bien y del mal
12. Trabajar de tal forma que haya un sentido de provecho
13. Jugar o participar en diferentes formas de recreo
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a la salud y desarrollo normales y a utilizar las facilidades disponibles de salud

ANEXO II: HOJA DE MOVIMIENTO DIARIO DE CONSULTA DE ENFERMERIA

CENTRO DE: _____

FECHA: _____

HOJA DIARIA DE MOVIMIENTO DE ENFERMERIA

CODIGO: *SEXO*: 1 varón, 2 hembra. *TIPO DE CONSULTA:* U unidad, D domicilio. *VACUNACIONES:* 1, 2, 3 primovacunación, R. dosis recuerdo. En el resto de las tareas marcar X donde corresponda. En todas las tareas anotar D si es delegada o P si es propia.

N.º CONSULTA	N.º HISTORIA	EDAD	SEXO	T. CONSULTA	NECESIDAD	CODIGO	TAREAS O ACTIVIDADES										VACUNACION							T.A.			DIABETES					
							CURA	P.D.	INYECTAB.	P.D.	ECG	P.D.		P.D.	PESO	P.D.	D.T.P.	B.T.	POLIO	TRIPLE	TETANOS	RUBEOLA	P.D.	DETECCION	CONFIRM.	CONTROL	P.D.	LABSTIX	DESTROSTI.	GLUCEMIA	P.D.	OTROS

ANEXO III

CODIGO DE PROBLEMAS PARA LA HOJA DIARIA DE MOVIMIENTO DE ENFERMERIA

1)

1.1. Administración de antibióticos: Prevenir o curar infección.
1.2. Administración de insulina: Regulación de diabetes.
1.3. Administración de inmunizaciones: Inmunizaciones.
1.4. Administración de complejos vitamínicos: Prevenir o curar avitaminosis.
1.5. Administración de analgésicos: Prevenir o calmar el dolor.
1.6. Administración de corticoides y otros: Necesidades específicas.

2)

2.1. Cura lesión traumática	Restitución de piel
2.2. Cura escara	
2.3. Cura quemaduras	
2.4. Otras curas	
2.5. Vendaje fijación	Por problemas específicos
2.6. Vendaje compresión	
2.7. Vendaje protección	
2.8. Suturas: Restitución de piel	

3)

3.1. Toma de tensión arterial	Prevención, detección, control o curación de necesidades específicas
3.2. Toma temperatura	
3.3. Toma pulso cardíaco	
3.4. Peso	
3.5. Talla	
3.6. E.C.G.	
3.7. E.E.G.	
3.8. Labstix	
3.9. Destroxtix	
3.10. Analítica general	

4)

4.1. Apoyo emocional	Prevención, control y curación alt. psicológicas
4.2. Información	

5) Otros

ANEXO IV

FICHA INDIVIDUAL DE ENFERMERIA

APELLIDOS: NOMBRE:

EDAD: PROFESION:

DOMICILIO:

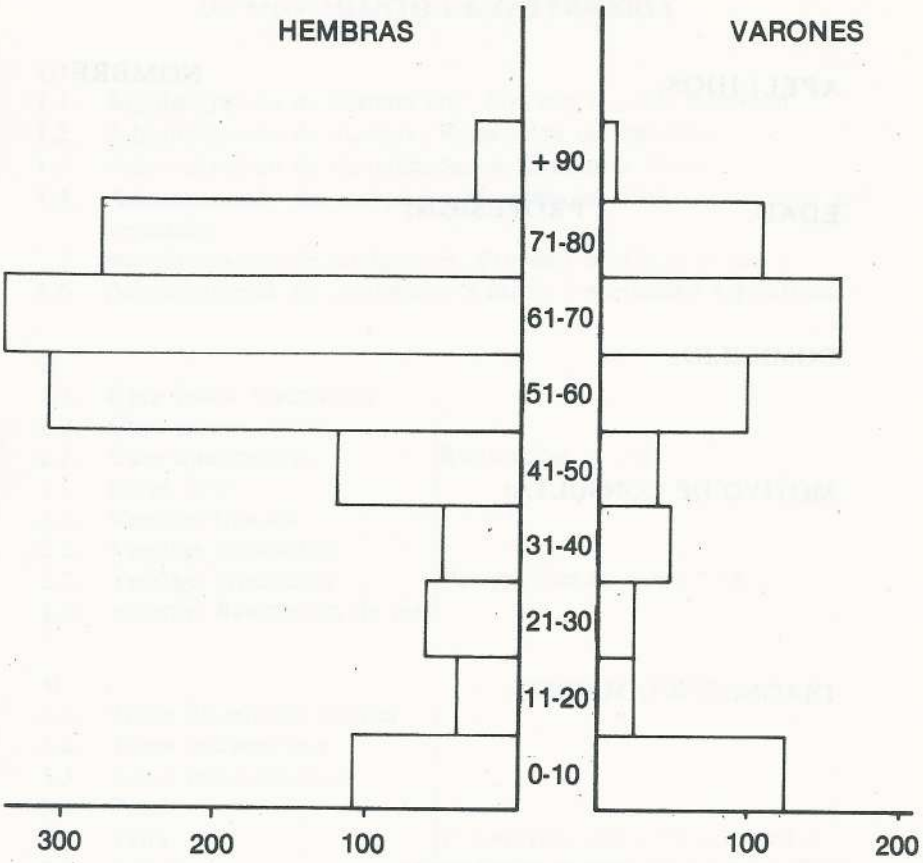
MOTIVO DE CONSULTA:

DIAGNOSTICO MEDICO:

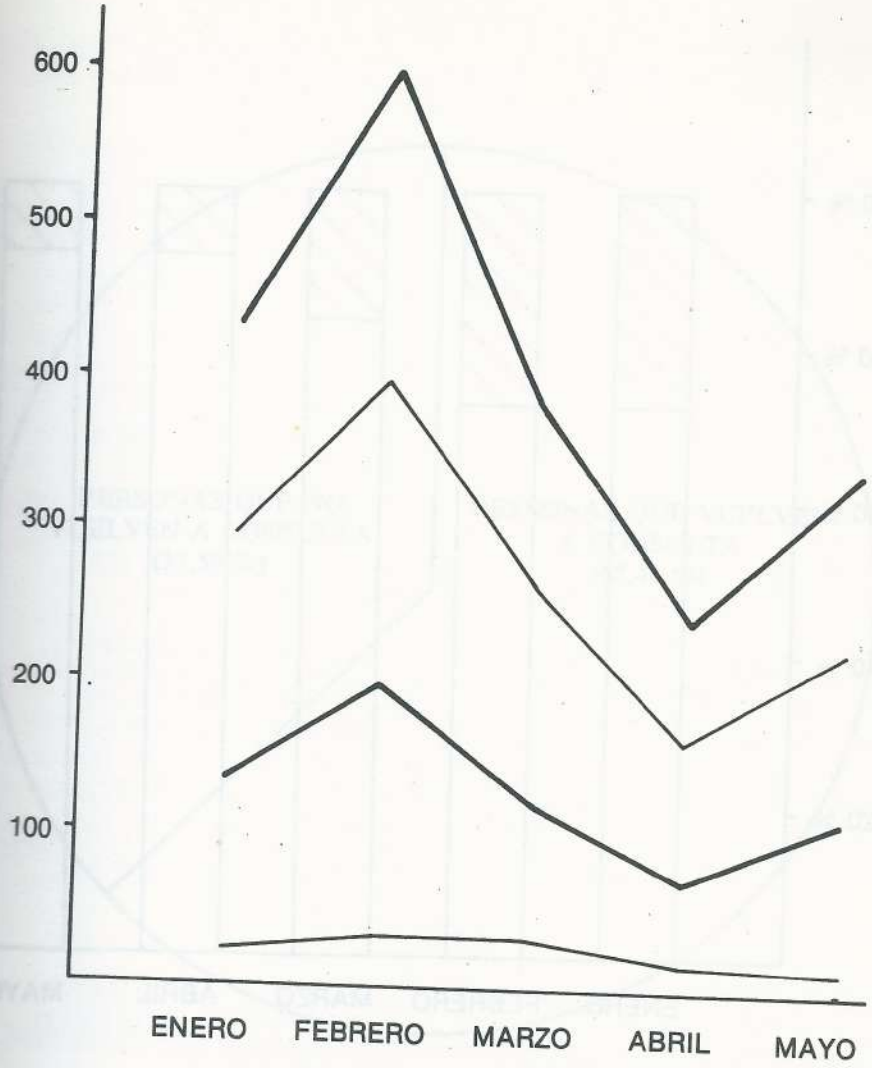
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

FECHA: PLAN DE CUIDADOS:

EVALUACION:

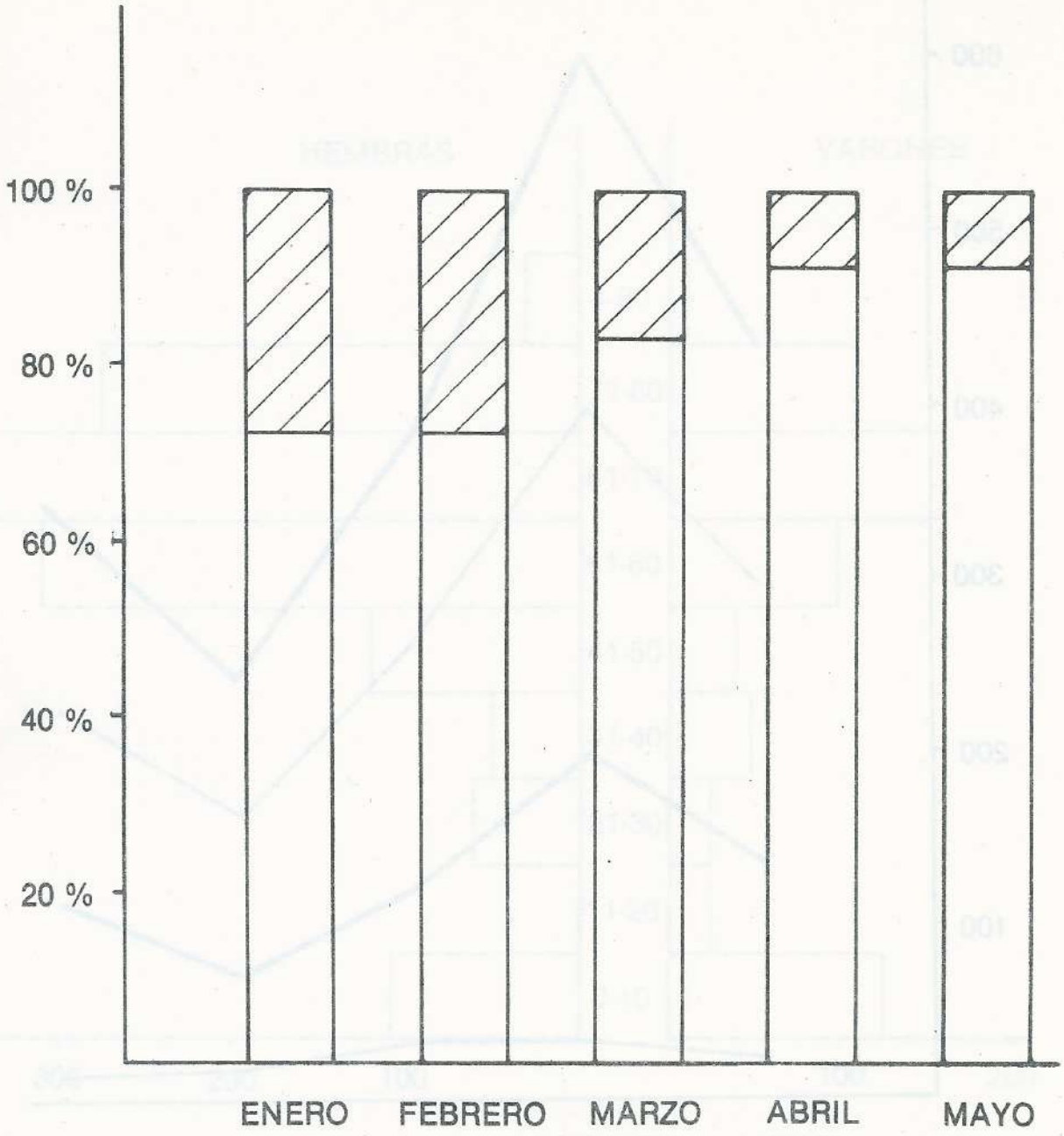


GRAFICA I: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA, POR SEXO Y EDAD.



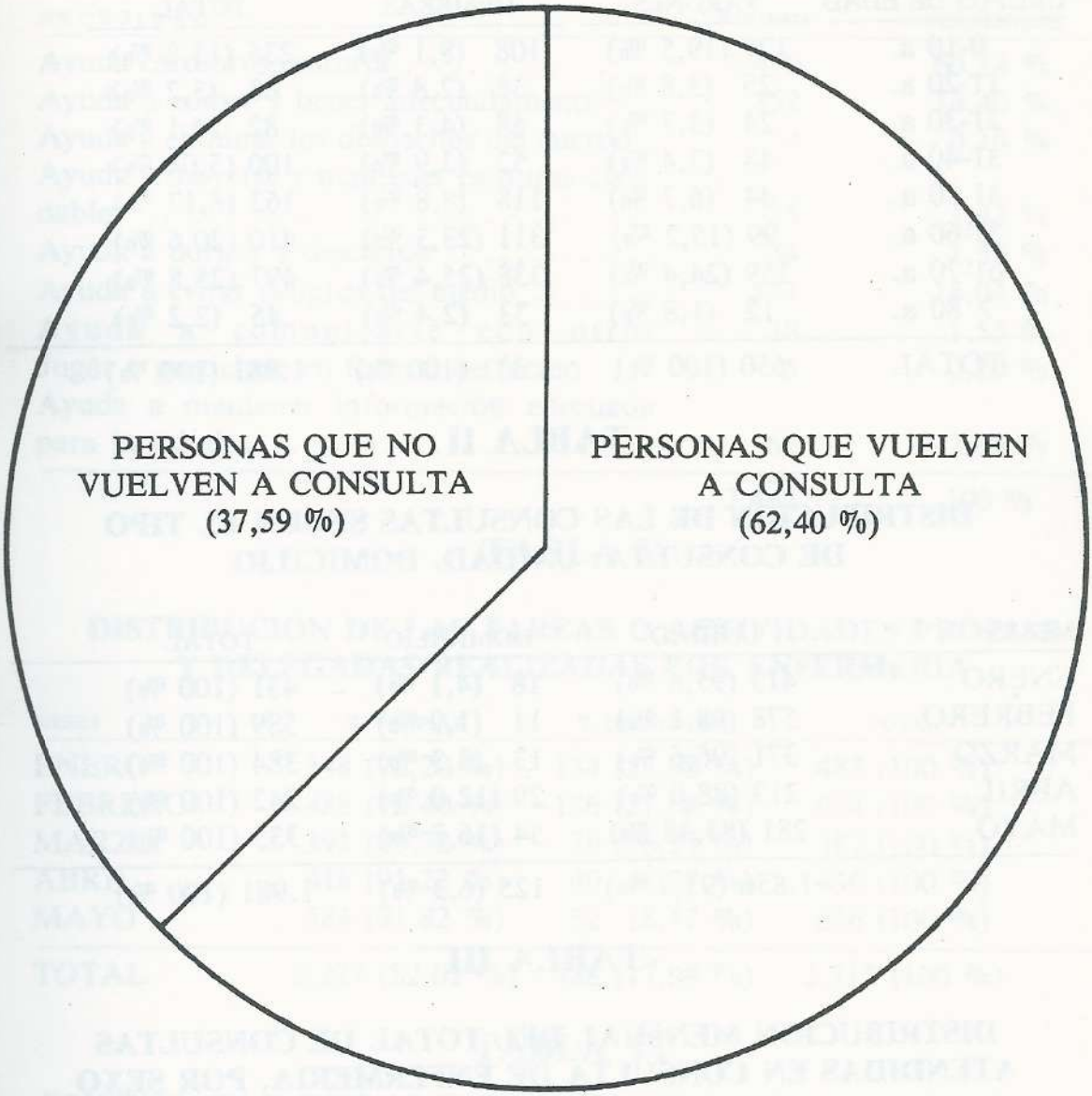
— TOTAL CONSULTAS
— TOTAL CONSULTAS HEMBRAS
— TOTAL CONSULTAS VARONES
— RELACION CONSULTAS/DIAS HABILES

GRAFICA II: DISTRIBUCION MENSUAL DEL TOTAL DE CONSULTAS ATENDIDAS; POR SEXO Y RELACION CONSULTAS/DIA.



▨ DELEGADAS
□ PROPIAS

GRAFICA III: DISTRIBUCION DE TAREAS O ACTIVIDADES PROPIAS O DELEGADAS.



GRAFICA IV: DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON PLAN DE CUIDADOS PROGRAMADO QUE VUELVEN A LA CONSULTA.

TABLA I

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA ATENDIENDO AL SEXO Y EDAD

GRUPOS DE EDAD	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
0-10 a.	127 (19,5 %)	108 (8,1 %)	235 (11,8 %)
11-20 a.	25 (3,8 %)	38 (2,8 %)	63 (3,2 %)
21-30 a.	24 (3,7 %)	58 (4,3 %)	82 (4,1 %)
31-40 a.	48 (7,4 %)	52 (3,9 %)	100 (5,04 %)
41-50 a.	44 (6,7 %)	118 (8,8 %)	162 (8,17 %)
51-60 a.	99 (15,2 %)	311 (23,3 %)	410 (20,6 %)
61-70 a.	159 (24,4 %)	338 (25,4 %)	497 (25,8 %)
> 80 a.	12 (1,8 %)	33 (2.4 %)	45 (2,2 %)
TOTAL	650 (100 %)	1.331 (100 %)	1.981 (100 %)

TABLA II

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS SEGUN EL TIPO DE CONSULTA: UNIDAD. DOMICILIO

MESES	UNIDAD	DOMICILIO	TOTAL
ENERO	413 (95,8 %)	18 (4,1 %)	431 (100 %)
FEBRERO	578 (98,1 %)	11 (1,9 %)	589 (100 %)
MARZO	371 (96,6 %)	13 (3,3 %)	384 (100 %)
ABRIL	213 (88,0 %)	29 (12,0 %)	242 (100 %)
MAYO	281 (83,38 %)	54 (16,2 %)	335 (100 %)
	1.856 (93,7 %)	125 (6,3 %)	1.981 (100 %)

TABLA III

DISTRIBUCION MENSUAL DEL TOTAL DE CONSULTAS ATENDIDAS EN CONSULTA DE ENFERMERIA, POR SEXO Y RELACION CONSULTAS/DIA

MESES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	CONSULTAS/DIA
ENERO	136	295	431 (21,75 %)	25,3
FEBRERO	199	390	589 (29,73 %)	34,6
MARZO	121	263	384 (19,38 %)	34,9
ABRIL	77	165	242 (12,21 %)	20,16
MAYO	177	218	335 (16,91 %)	17,60
TOTAL	650 (32,81 %)	1.331 (67,18 %)	1.981 (100 %)	26.00

TABLA IV

NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA

NECESIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Ayuda cardiorespiratoria	1.470	60,14 %
Ayuda a comer y beber adecuadamente ...	352	14,40 %
Ayuda a eliminar los deshechos del cuerpo .	4	0,16 %
Ayuda a moverse y mantener posturas agradables	35	1,43 %
Ayuda a dormir y descansar	34	1,39 %
Ayuda a evitar peligros del medio	441	18,04 %
Ayuda a comunicarse con otros	38	1,55 %
Jugar o participar en formas de recreo	5	0,20 %
Ayuda a mantener información adecuada para la salud	65	2,65 %
	2.444	100 %

TABLA V

DISTRIBUCION DE LAS TAREAS O ACTIVIDADES PROPIAS Y DELEGADAS REALIZADAS POR ENFERMERIA

MESES	T. PROPIAS	T. DELEGADAS	TOTAL
ENERO	348 (72,20 %)	134 (27,80 %)	482 (100 %)
FEBRERO	488 (72,40 %)	186 (27,60 %)	674 (100 %)
MARZO	391 (83,72 %)	76 (16,27 %)	467 (100 %)
ABRIL	416 (91,22 %)	40 (8,77 %)	456 (100 %)
MAYO	584 (91,82 %)	52 (8,17 %)	636 (100 %)
TOTAL	2.227 (82,02 %)	488 (17,98 %)	2.715 (100 %)

TABLA VI

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES DE LA FICHA INDIVIDUAL, SEGUN SU GRADO DE CUMPLIMENTACION

	SI	NO	TOTAL
FILIACION	296 (77,28 %)	87 (22,7 %)	383 (100 %)
MOTIVO DE CONSULTA .	369 (96,34 %)	14 (3,65 %)	383 (100 %)
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	337 (88,0 %)	46 (12,0 %)	383 (100 %)
DIAGNOSTICO MEDICO .	234 (61,09 %)	149 (38,90 %)	383 (100 %)
PLAN DE CUIDADOS	355 (92,68 %)	28 (7,31 %)	383 (100 %)

TABLA VII

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS CON PLAN DE CUIDADOS PROGRAMADO QUE VUELVEN A LA CONSULTA DE ENFERMERIA

	N.º PORCENTAJE
Vuelven a consulta	239 (62,40 %)
No vuelven a consulta	144 (37,59 %)
Total programados	383 (100 %)

10.ª COMUNICACION

LA ENFERMERIA ANTE LA INFECCION NOSOCOMIAL

Comunicación presentada a las VI sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente.

Madrid, 6-7-8 diciembre del 85

J. GUILLEN SOLVAS
D. JURADO CHACON
M. C. NAVARRO JIMENEZ
M. J. RODRIGUEZ LOPEZ

Las infecciones hospitalarias se definen como enfermedades transmisibles aparecidas en un Centro hospitalario por cualquier mecanismo y que afectan a los pacientes encamados por una causa distinta a su ingreso o al personal sanitario.

Estimar la frecuencia de infección en un Centro hospitalarios, tiene, pues gran importancia para el paciente y para el personal. La imagen que ofrecen los Hospitales a la sociedad que van a atender, es de confianza y seguridad para resolver problemas de salud. Pero vemos que no siempre esto sucede así, ya que en muchas ocasiones el paciente, puede adquirir una nueva enfermedad que no tenía cuando ingresó, la infección hospitalaria.

La importancia de las infecciones hospitalarias es clara desde el puto de vista médico, ya que en muchas ocasiones agravan el pronóstico e incluso pueden conducir a la muerte del paciente. Desde el punto de vista económico y social, afecta a los costes directos (gasto de medicamentos, aumento de estancia, etc.), a los costes indirectos tales como mayor atención al enfermo, aumento en el número de horas de trabajo, y a los costes intangibles, como el dolor, la incomodidad y el sufrimiento del paciente.

Sabemos que es practicamente imposible reducir a cero la infección hospitalaris, pero si rebajarla con las debidas medidas de higiene. En este aspecto, tenemos que considerar como primera figura a Florence Nigtingale, que consiguió en el Hospital de Sentari, reducir la letalidad de la infección hospitalaria de un 42 % a un 2 % en sólo cinco meses.

Bajo el modelo propuesto por Florence Nigtingale y el interés del tema, la O.M.S. celebró un importante Congreso en noviembre de 1978, en el que participaron 35 países y miembros de cuatro asociaciones.

En dicho Congreso surgió una nueva función para la enfermera que consta de cuatro elementos fundamentales:

1) Vigilancia de las infecciones.
2) Prevención.
3) Enseñanza.
4) Investigación.

1) **Vigilancia de las infecciones.** La vigilancia de las infecciones se basa en conocer los datos de incidencia y de prevalencia. Es difícil obtener datos exactos en cuanto a la frecuencia verdadera de la infección hospitalaria.

Dos factores principales son la causa de esta dificultad. El primero, se refiere al error humano no intencionado y a las omisiones al informar o anotar casos de infección comprobada o sospechada.

En el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, la recolección de datos se hace de manera sistemática, anotando todos los casos de infección hospitalaria que se producen en los distintos Servicios, en un impreso informatizado. Los datos obtenidos se procesan y se resumen en Boletín adjunto, señalando las medidas de frecuencia, cuya información se envía a la sala para su conocimiento. De esta manera, se trata de obviar la segunda causa que es la tendencia por parte de algunos Servicios, de ocultar resultados adversos que puedan dañar su prestigio. La recogida de datos se completa con la información recibida por parte del Servicio de Microbiología. Esto implica la existencia de enfermeras epidemiólogas dedicadas a tiempo completo a la vigilancia de la infección hospitalaria.

Esta noción fué descrita inicialmente en Inglaterra en 1962 y desde entonces ha venido ganando aceptación. La persona más apta para esta empresa, suele ser un profesional interesado en el análisis y en el dominio de las infecciones así como por experiencia personal en la asistencia diaria de pacientes.

El atributo más importante de la enfermera epidemióloga, es la comprensión de la naturaleza humana. La infección que ocurre en el paciente hospitalario, es resultado no deseado e inconveniente para todos quienes participan. En consecuencia, la enfermera no sólo debe ser diligente en la búsqueda contínua de datos de infecciones, sino que habrá de proteger el ego y los derechos legales del paciente y del servicio correspondiente, para que su eficacia no mengüe.

La enfermera epidemióloga debe ser capaz de obtener y analizar datos, de forma que estos lleguen a tener importancia para la asistencia de los pacientes. Su papel queda resumido en el esquema de la figura 1.

2) **Prevención.** En lo que se refiere a la prevención de infección nosocomial, la enfermera participa en la elaboración de instrucciones, normas y procedimientos necesarios para prevenirlas, en virtud de sus conocimientos clínicos, epidemiológicos y bacteriológicos. Ella enseña los métodos de cuidados al personal de enfermería, vigilando que se cumplan las instrucciones señaladas y corrigiendo posibles errores.

Vigilará el estado de limpieza, desinsectación y desratización, prestando especial atención a las zonas críticas, y comunicando las anomalías. Controlará la circulación de ropa limpia y sucia, observando las posibles deficiencias e indicando al personal, al manera correcta de hacerlo. Inspeccionará el mecanismo de evacuación de desechos y material contaminado. Supervisará

los hábitos higiénicos generales del personal de la Institución y las normas particulares que el Servicio proponga, informando de su inadecuado cumplimiento. Colaborará con la enfermera Supervisora de planta en los problemas higiénico-sanitarios que surjan, como por ejemplo: Aislamiento de enfermos infecto-contagiosos, o medidas de desinfección o saneamiento en casos especiales. Realizará las tomas de muestras ambientales y personales con la periodicidad que se determine. Efectuará el estudio sobre valoración de desinfectantes y antisépticos que se utilicen o vayan a ser utilizados en el Hospital, vigilando su aplicación. Asimismo, controlará diariamente y cada carga del material procedente de la Central de Esterilización, comprobando el buen funcionamiento de los aparatos y los controles tanto químicos como biológicos que corresponden. La enfermera de higiene hospitalaria forma parte activa del Comité de Infecciones en el Hospital.

3) **Enseñanza.** En cuanto a la enseñanza, debe dedicar una parte importante de su tiempo. Esta debe ser sitemática, de persona a persona, con motivo de su trabajo diario en el Hospital. Quizá el papel más importante de la enfermería en este sea como Educadora Sanitaria y ello implica el conocimiento de los métodos y técnicas necesarias para impartirlas, su objetivo último es conseguir una actitud en el empleo de cuidados que evite riesgos innecesarios a sus pacientes. INFORMAR, CONVENCER y ADQUIRIR CONDUCTA SANITARIA son los principios en los que debe basar su ejercicio profesional.

Su función docente se complementará con los cursos de perfeccionamiento y reciclaje, que de manera más o menos periódica organizará el Servicio.

Su ámbito de actuación docente se extenderá por todo el Hospital y afectará a todo el personal, incluidos los pacientes y familiares que le acompañan, realizará pues esta enseñanza:

— Colaborando con los programas de formación de base y de orientación del nuevo personal hospitalario.
— Informándole sobre las costumbres del Hospital en lo que respecta a aislamiento y las disposiciones a tomar para todo paciente infectado.
— Participando en las secciones de perfeccionamiento del personal, ya sea para exponer nuevos temas o para dar informaciones complementarias en higiene hospitalaria, o bien para profundizar, aclarar o discutir los métodos vigentes que necesiten explicaciones.
— Enseñando al personal hospitalario como protegerse de las infecciones durante los cuidados a los enfermos.
— Estimulando el programa de inmunización establecido en el Hospital.
— Convenciendo a cada uno de los miembros del equipo hospitalario en su papel en la prevención de la infección.

Este último punto es fundamental, ya que si se admite que cada uno en el

Hospital debe aportar su concurso, la enfermera está situada en primera línea en la lucha contra la infección.

4) **Investigación.** La labor investigadora de la enfermera de higiene hospitalaria se extenderá a todo programa de trabajo para mejorar los cuidados en materia de prevención de infecciones, e igualmente a toda evolución del material necesario de dichos cuidados. Las premisas fundamentales de la labor investigadora de la enfermera de higiene hospitalaria son: La observación y la experimentación.

La observación vendrá dada por la información subjetiva del paciente y por la información objetiva de aquellos aspectos de su práctica diaria. Del análisis de esta información vendrá un plan de intervención o experimentación, llevado a cabo para resolver el problema del paciente. A esto hay que añadir la evaluación de las medidas puestas en práctica.

La investigación de la enfermera en el Servicio de Higiene Hospitalaria ha de ser encaminada a resolver problemas reales que tengan incidencia o constituyan factores de riesgo en la infección nosocomial. En definitiva la función de la enfermera de higiene hospitalaria, se resumen en tres aspectos fundamentales:

Objetivo: Prevención de la infección hospitalaria.

Medio: Educación sanitaria.

Evaluación: Mediante la vigilancia, observando la evolución de las correspondientes tasas.

BIBLIOGRAFIA

DOMINGUEZ CARMONA, M. y PIEDROLA ANGULA, G.: Infecciones de origen hospitalario. En Pumarola y cols. Medicina Preventiva y Social, Higiene y Sanidad Ambiental, Edit. Amaro, Madrid 1983.

Mc LANE, C.; CHENELLY, S.; SYLWESTRAK, M. L. y KIRCHHOFF, K. T.: A nursing practice problem: Failure to observe aseptic technique, American J. of Infect. Control, 1983. 11: 178-182.

MOZOTA ORTIZ, J.: Servicios de Medicina Preventiva e Higiene en los Hospitales. Revista Rol de Enfermería, 1982, 47: 67-73.

POLK, H. C.: Valor de la enfermera epidemiológica en el dominio de la infección quirúrgia. En Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Infecciones quirúrgicas y antibióticos. Vol. 55, n.° 6, Interamericana, Nueva York, 1975, 1283-1288.

ROSS, K. A.: A. program for infectión surveillance utilizing an infection control liaison nurse, American J. of Infect. Control. 1981, 10: 24-28.

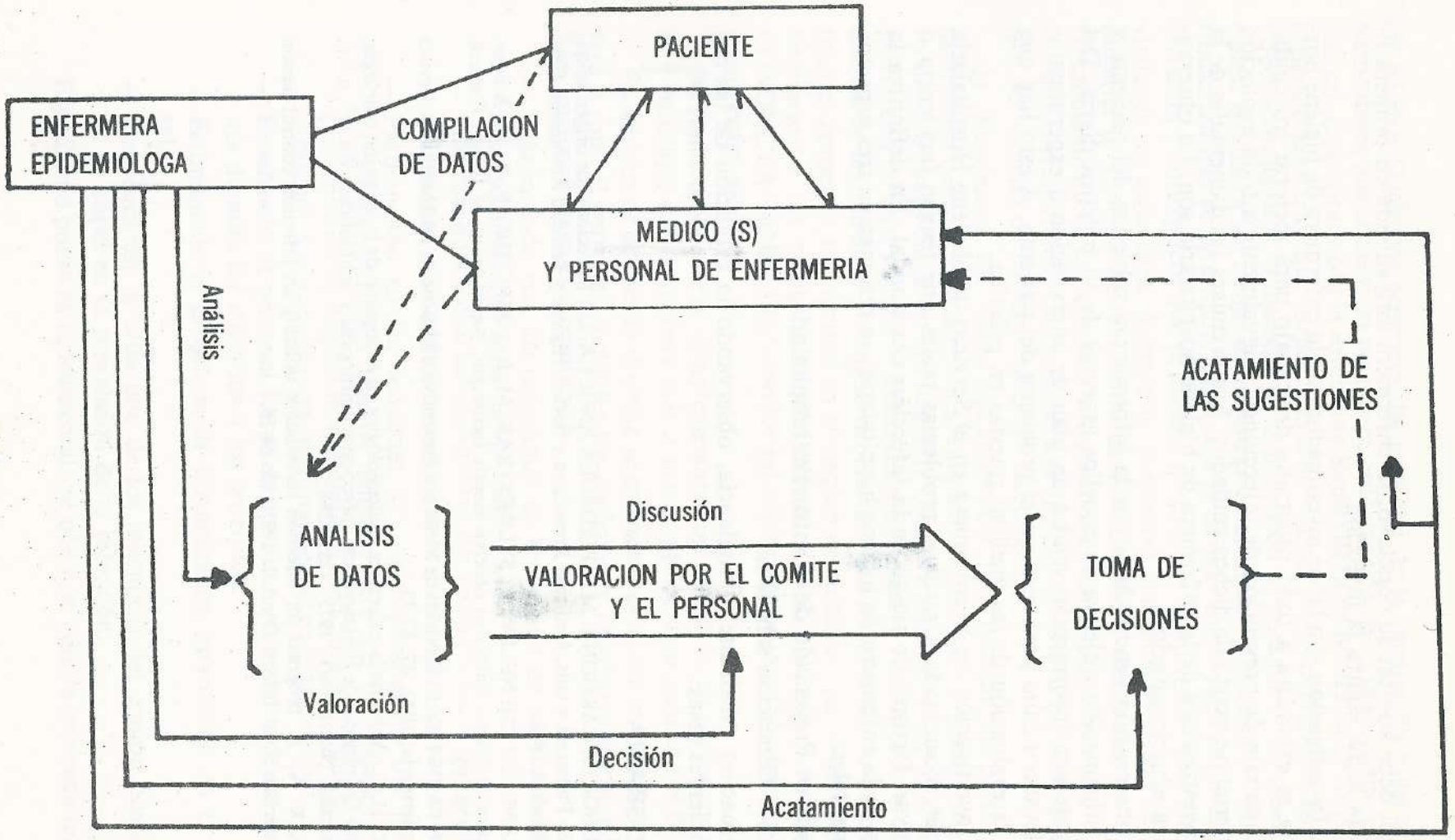


Figura 1: Papel de la enfermera en la Higiene Hospitalaria

DECLARACION DE INFECCION HOSPITALARIA

RELLENESE UN IMPRESO CADA VEZ QUE EL ENFERMO PRESENTE UNA NUEVA INFECCION

Historia clínica: ☐☐☐☐☐☐ 6
Ingreso n.º ☐☐ 8
Edad: ☐☐☐ 12
Sexo: 1. Varón 2. Hembra ☐ 13
Motivo de ingreso: ☐☐☐ 15
Profesión: ☐☐☐ 18
Servicio: ☐☐ 20
Habitación/Cama: ☐☐☐☐☐ 25

AL INGRESO:

Fecha de ingreso en la sala: ☐☐☐☐☐☐ 31
Desde la calle: 1. Si 2. No ☐ 32
Desde la sala: ☐☐ 34
Infección previa: 1. Si 2. No ☐ 35

Signos generales de infección

Fiebre: **1.** no **2.** 37-37,5 °C **3.** 37,5-38 °C **4.** 38-38,5 °C **5.** 38,5-39 °C **6.** > 39 °C ☐ 36
Leucocitos: **1.** < 4000/ml **2.** 4-8000/ml **3.** 8.10000/ml **4.** > 10000/ml ☐ 37

Signos locales de infección: 1. Si 2. No ☐ 38
Tipo de la infección ☐☐☐ 41

AL INICIO DE LA INFECCION: La infección que presenta es la misma que al ingreso: 1. Si 2. No ☐ 42

Signos generales de infección

Fiebre: **1.** No **2.** 37-37,5 °C **3.** 37,5-38 °C **4.** 38-38,5 °C **5.** 38,5-39 °C **6.** > 39 °C ☐ 43
Leucocitos: **1.** 4000/ml **2.** 4-8000/ml **3.** 8/10000/ml **4.** > 10000/ml ☐ 44

Signos locales de infección

Olor y/o aspecto anormal de la lesión: 1. Si 2. No ☐ 45
Dehiscencia de sutura: 1. Si 2. No ☐ 46

Datos epidemiológicos generales

Tiempo de evolución de lesión hasta aparición infección: **1.** 1-3 días **2.** 1 semana **3.** > 1 semana **4.** No consta ☐ 47
Tipo de herida: **1.** Limpia **2.** Limpia contaminada **3.** Contaminada **4.** Sucia **5.** No Consta ☐ 48
Perfusión venosa: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-5 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No consta ☐ 49
Alimentación parenteral: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-4 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No Consta ☐ 50
Sonda nasogástrica: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-5 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No Consta ☐ 51
Sonda Endotraqueal: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-5 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No Consta ☐ 52
Sonda Urinaria: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-5 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No Consta ☐ 53
Respiración asistida: **1.** No **2.** 24 horas **3.** 1-5 días **4.** 5-7 días **5.** 7-15 días **6.** 15 días **7.** No Consta ☐ 54
Punción: **1.** No **2.** Lumbar **3.** Articular **4.** Pleural **5.** Pacentesis **6.** Otras ☐ 55

Otros factores de riesgo:

Diabetes:	1. No	3. Si	3. No consta	☐ 56
Alcoholísmo crónico:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 57
Fumador Habitual:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 58
Cirrosis:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 59
Neoplasias:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 60
Transfusiones:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 61
Inmunosupresión:	1. No	2. Si	3. No consta	☐ 62

TIPO DE INFECCIÓN: En caso de ser varios rellénese cada uno de ellos.

A. INFECCION QUIRURGICA: 1. Entró de urgencia 2. No 3. No consta ☐ 63
T. de anestesia - T. de intervención: **1.** < 1 hora. **3.** 2 horas. **4.** 3 horas. **5.** 4 horas. **6.** 5 horas. **7.** > 5 horas. ☐ 64
Tiempo de aparición desde la intervención: **1.** < 24horas. **2.** 1-3 días. **3.** 3-5 días. **4.** 5 > días. ☐ 65

B. INFECCION TRAUMATICA:
1. Accidente de tráfico 2. A. Laboral 3. Doméstico 4. Agresión 5. Casual 6. No consta ☐ 66

C. INFECCION URINARIA: 1. Si 2. No ☐ 67

D. INFECCION RESPIRATORIA: 1. Si 2. No ☐ 68

E. SEPSIS: 1. Si 2. No ☐ 69

F. INFECCION EN PIEL: 1. No 2. Quemadura 3. Ulcera decúbito ☐ 70

G. ABSCESOS: 1. No 2. Si ☐ 71
Localización (con código) ☐ ☐ 73

H. INFECCION INTESTINAL: 1. No 2. Si ☐ 74
Semiología: 1. Vómitos 2. Diarrea 3. Ambos ☐ 75

I. OTROS TIPOS DE INFECCION: ☐ ☐ ☐ 78

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PREVIO: 1. Si 2. No ☐ 79
ANTIBIOTICO: (Código) ☐ ☐ 81

EN EL PROCESO ACTUAL SE PIDIO CULTIVO: 1. Si 2. No ☐ 82
EL TRATAMIENTO ACTUAL CORRESPONDE AL INDICADO EN EL ANTIBIOGRAMA: 1. Si 2. No ☐ 85
En caso negativo RAZON: 1. Alegría 2. Intolerancia 3. Ineficacia 4. Inexistencia del medicamento 5. Interación 6. Otros ☐ 84

FECHA DE APARICION DE LA INFECCION: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 90
FECHA DE TERMINACION DE LA INFECCION: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 96
CAUSA DE LA TERMINACION: 1. Alta curado 2. Curación sin alta 3. Muerte 4. Traslado 5. Alta voluntaria ☐ 97

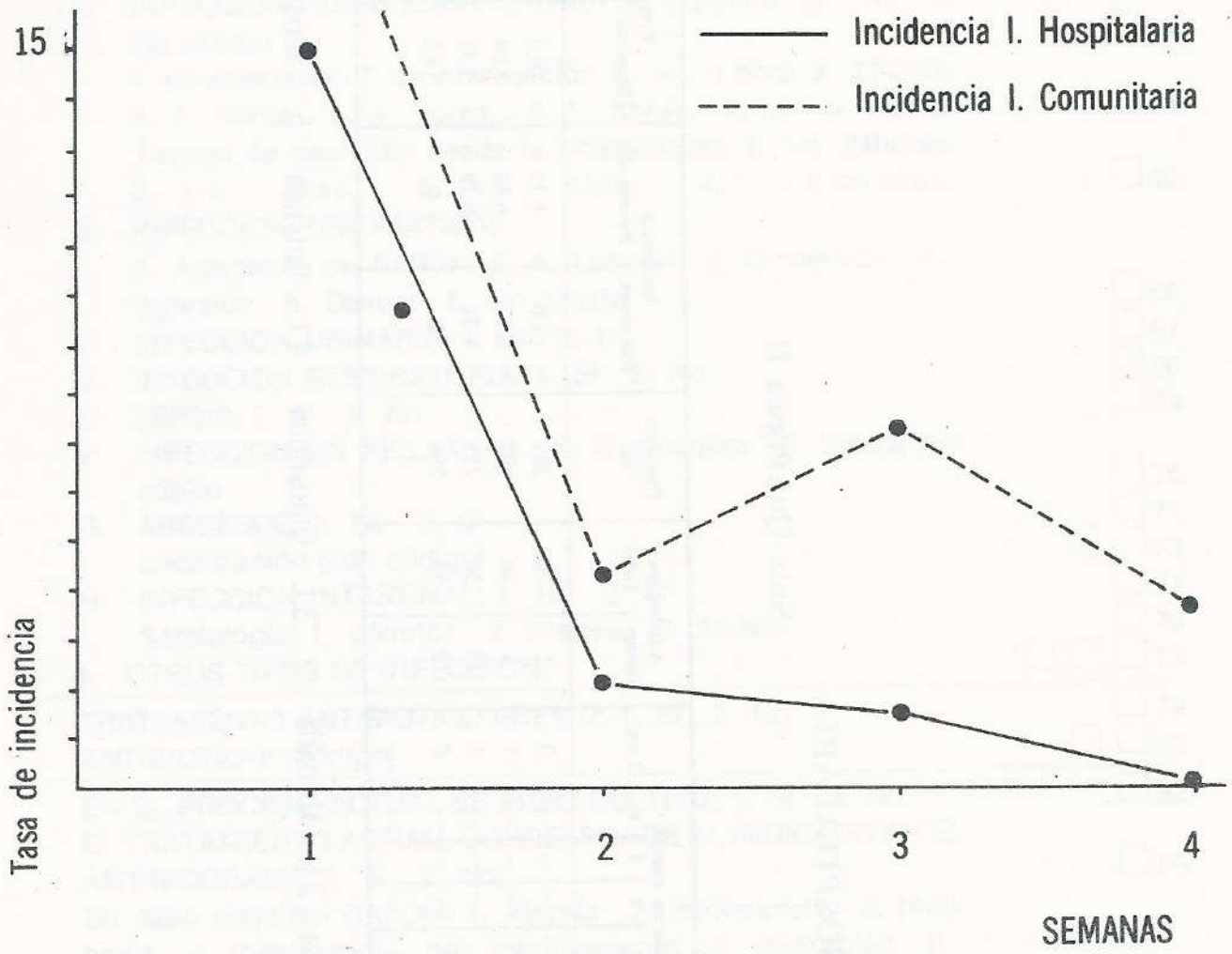
OBSERVACIONES:

BOLETIN INFECCION HOSPITALARIA

Sala Quirúrgica II

Fecha	Infecc. hospitalarias nuevas *							Admisiones		Pacientes día	Incidencia		Prevalencia		Total infecc. por 100 ad.	
	1	2	3	4	5	6	Total	Nuevas	Total		100 admis.	Pacient.-día	100 admis.	Pacient.-día	Incidencia	Prevalencia
31-XII al 6-I	1	1	1	—	—	—	3	2	20	225	15,0	1,33	20,0	1,77	20,0	25,0
7-I al 13-I	—	—	1	—	—	—	1	8	46	297	2,17	0,33	8,69	1,34	4,34	13,04
14-I al 20-I	—	—	1	—	—	—	1	18	56	255	1,78	0,39	5,37	1,17	7,27	14,20
21-I al 28-I	—	—	—	—	—	—	0	19	55	256	0	0	3,63	0,77	3,63	14,50

*I.I. Respiratoria 2.I. Urinaria 3.I. Quirúrgica 4.I. Cutánea 5. Sepsis 6. Otras


15
Incidencia I. Hospitalaria
Incidencia I. Comunitaria
Tasa de incidencia
1
2
3
4
SEMANAS

11.ª COMUNICACION

LA DOCENCIA Y LOS CENTROS DE SALUD

MARIA VICTORIA ANTON NARDÍZ
A.T.S. Visitadora, D.E.

Acercar a los docentes al campo asistencial y a los asistenciales a la docencia es una necesidad sentida por todos en uno y otro lugar.

Esta comunicación tiene ese objetivo, acercaros a vosotros, los docentes, la realidad del trabajo cotidiano en Atención Primaria, para juntos analizar, si la formación que vosotros dais en la Escuela se ajusta a la necesidad real, ver qué faltó, qué quedó corto, y qué sobró, si se puede decir que sobró algo en la formación de un profesional.

Para ello me voy a basar en una experiencia concreta vivida por mí y que ha sido tan rica en experiencias que me ha llevado a asumir la responsabilidad de analizarla desde todas las perspectivas, para que, en sus errores o en sus aciertos pueda ser útil a otros, sean asistenciales o docentes, o investigadores, o Administración.

Ser Coordinadora de Enfermeras del Centro de Salud de Parla, tiene unas características especiales que conviene aclarar desde el principio porque condicionaron mucho toda la experiencia:

— La primera característica es la de ser un Centro de Salud del INSALUD, ese monstruo inmenso al que compete la salud de la casi totalidad de los españoles.

— Y la segunda, ser, además, del INSALUD, uno de sus primeros centros.

Voy a tratar de relatar la experiencia que allí vivimos con la convicción de que de forma muy parecida lo están viviendo un gran número de equipos de Atención Primaria repartidos por todo el país.

Para empezar diré que el INSALUD nos entregó un *Ambulatorio*, eso sí, con un inmenso cartel que decía «CENTRO DE SALUD», pero aquello para todos nosotros era un Ambulatorio, y si hoy es un auténtico Centro de Salud fué por el esfuerzo de todos los que en él trabajamos.

Insisto en que aquello era un Ambulatorio porque desde el día de la inau-

guración tuvimos 90 pacientes de media por médico, porque no había presupuesto específico, porque el personal fué contratado por seis meses y para Ambulatorio, porque no había directrices por parte de la Administración, etc., etc.

Si hoy podemos afirmar que hay un auténtico Centro de Salud se debió, insisto, al esfuerzo de todos, y ahí estabais vosotros, porque detrás de cada enfermero hay una escuela, un programa y un profesor, y lo que aportó cada enfermero condicionó el resultado.

Los enfermeros contratados eran jóvenes, D.E. o A.T.S., de las últimas hornadas, con experiencia en suplencias veraniegas y poco más.

Desde el primer momento los coordinadores marcamos las directrices que el Centro iba a llevar, el sistema de trabajo, el lugar de la enfermería, la docencia como una actividad más, el trato al paciente, la investigación, etc.

La Enfermería encajó este proyecto con sorpresa al principio, ya que creían que venían a escribir recetas, y con mucha ilusión después.

Pero como el hombre propone y el INSALUD dispone, la avalancha de gente, hizo que cambiáramos los planes, siendo prioritario organizar la demanda.

Para ello tendríamos que analizar la demanda, el porqué y para qué venían los asegurados, paralelamente comenzar con la consulta programada, historiar a los pacientes, protocolizar la atención, y un punto clave, montar enseguida la consulta de enfermería de crónicos que además de disminuir la consulta médica, ofertaría unos cuidados y una atención a estos pacientes inexistente hasta ese momento en los Ambulatorios, además de dar a la enfermería un lugar apropiado a sus conocimientos.

Aquí empezó el primer problema que os atañe a vosotros, los docentes.

La Enfermería no sabía qué era eso de la Consulta de Enfermería.

Unos creían que era un nuevo lugar de minimédico, otros creían que era hacer las mismas recetas de siempre pero en otra habitación, pero ninguno entendía que iba a ser competencia suya el cuidado, control, educación sanitaria y prevención de complicación del hipertenso, del obeso, del diabético, de todos esos pacientes que padecen un problema con el que podrían convivir saludablemente si alguien les enseña y les ayuda.

Preguntas como: «¿Qué le digo a un hipertenso?», o «yo no se nada de diabetes», o «cómo le enseño a un diabético a autoinyectarse», se repetían todo el rato, y a eso añadían: «El médico no me va ha dejar», como coartada para no entrar en un campo que les seducía pero les daba miedo.

Estos enfermeros que me habían sorprendido cuando hablaban con bastante conocimiento de las funciones de enfermería, que sabían cuáles eran las líneas de la Atención Primaria, tenían una idea del trabajo de la enfermera en los Centros de Salud, idea que luego he comprobado como muy generalizada, que se concreta en lo siguiente:

La Enfermera en el Centro de Salud comienza por hacer el Diagnóstico de salud, después hace muchas visitas domiciliarias, da charlas a grupos de madres, adolescentes, sobre todo tipo de temas, se acerca a la escuela ha hacer programas y hacer trabajo en la Comunidad, etc., y todo esto en equipo.

Os podría sonar como un poco irónico este párrafo, pero es exactamente así como se expresan los enfermeros y tengo que reconocer que en mi faceta docente, aunque haya sido de forma puntual, esto es lo que yo enseñaba hace un par de años, por eso lo digo con ironía pero con una cierta ternura.

Pero la realidad en el Centro de Salud es otra, e insisto en el Centro de Salud del INSALUD es otra, así que volvamos a la experiencia del Centro de Salud de Parla.

A la vista de la situación de desconocimiento de la enfermería acerca de la consulta y con la finalidad de prepararlas y cuidar que los primeros pasos no dieran al traste con tantas esperanzas, hicimos dos cosas.

Por una parte dejar a la enfermera provisionalmente en la consulta médica «escribiendo recetas» y paralelamente organizar un programa de formación continuada que les aportará los conocimientos necesarios para llevar a cabo su tarea de la forma mejor posible.

No hubo por tanto otro remedio que meterlas en consulta con el médico, allí fueron conociendo a sus futuros clientes, y mientras ayudaban en la vieja tarea de escribiente, fueron haciendo fichas a los crónicos.

Paralelamente, dos días por semana tenían docencia donde fueron rellenando vacíos, aprendiendo a hacer protocolos, a llevar una consulta, a elaborar registros y, naturalmente, estudiaron como locos la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las dietas, contraindicaciones, riesgos, etc.

Y poco a poco fueron sustituyendo el escribir por la entrevista, pasaban al paciente a su consulta y junto con la receta y el parte de baja les hacían sus controles, les enseñaban a autoinyectarse la Insulina, a seguir una dieta, a dejar de fumar, etc.

Y casi sin notarlo fueron apareciendo carteles en las puertas con «Consulta de Enfermería», y el usuario aceptó este servicio como algo tan natural y positivo para su tratamiento que ese A.T.S. desconocido para el asegurado empezó a tener nombre y apellido.

Al igual que en el área de Medicina General, en Pediatría los enfermeros tuvieron que hacerse cargo de los exámenes de salud. Aquí todos eran A.T.S. y también tuvieron que ponerse al día, aunque sus conocimientos sobre el desarrollo y crecimiento del niño sano no los ignoraban, sino que los tenían olvidados.

De igual forma con las embarazadas. Todos los enfermeros conocían qué es un embarazo, qué régimen de vida es el más adecuado, etc., y únicamente había que recordarlo.

En estos casos su problema era la entrevista con las madres o con las em-

barazadas, el miedo a esa pregunta que no se sabe contestar, a esa malformación, a esa complicación.

Aquí era evidente que la enfermera no tenía claro su sitio, su límite con el campo médico, con el campo del trabajador social.

Acostumbrada a que se consulte siempre desde la enfermedad, no se daba cuenta que desde la salud la madre tiene mucho más que preguntar, muchas dudas que ella, la enfermera, si iba a saber resolver.

En la práctica comprobaron que los padres quieren saber sobre la dentición, la alimentación, la higiene, los problemas de la guardería, el trabajo en el embarazo, la preparación al parto, y que eso le correspondía a ella y para ello se tenía que formar, porque el embarazo de riesgo, el niño con algún problema de desarrollo sería responsabilidad directa del médico.

De la consulta individual en el Centro se pasó a la visita domiciliaria programada.

Aquí los D.E. lo tenían más claro, lo habían estudiado, mientras que para los A.T.S. era un campo nuevo.

El último paso en el que estábamos en este momento era la preparación de grupos de crónicos para Educación Sanitaria y apoyo entre ellos.

Aquí el D.E. conocía un poco más sobre Educación Sanitaria a grupos, pero desconocía todo trabajo previo, es decir ante un grupo ya sentado en una sala se sentía con conocimientos suficientes para darles una charla. Pero el proceso para que ese señor que viene a por recetas llegue a sentarse en esa sala, eso lo desconocían.

La motivación, el tamaño del grupo ideal, la evaluación, etc., no eran temas en los que se sintieran seguros. Pero también aquí se programaros clases.

Hubo más campos nuevos que la enfermería abordó en el Centro de Salud, y que desconocía, pero no quisiera alargarme demasiado.

Sirva de ejemplo, la organización de un sistema de registro, el análisis estadístico de los datos, el control de calidad, el sistema de evaluación, la planificación, etc.

Quisiera, porque tengo miedo de si me alargo no pueda exponer todo lo que considero importante, marcar las actividades que un enfermero lleva a cabo en un Centro de Salud del INSALUD, o en un Ambulatorio que poco a poco se vaya reconvirtiendo.

1. ENFERMERA DE ADULTOS (Medicina General)
2. ENFERMERA INFANTIL (Pediatría)
3. ENFERMERA DEL AREA DE TOCOGINECOLOGIA

Los Equipos de Atención Primaria sólo están compuestos de Medicina General y Pediatría, pero los centros cuentan por lo general con un Tocoginecólogo y con una enfermera que en la práctica forman parte del equipo.

1. ENFERMERIA DE ADULTOS

Población a atender: 950 cartillas familiares.

— Inyectables de su cupo.
— Curas de su cupo.
— Avisos domiciliarios.
— Consulta programada de crónicos.
— Visitas domiciliarias programadas.
— Vacuna antigripal y tétanos a adultos.
— Educación sanitaria a grupos de pacientes o por demandas de la comunidad:
  - escuela
  - asociaciones
  - Ayuntamientos
  - otros.
— Trabajo administrativo:
  - registros
  - estadísticas
  - análisis de datos.
— Investigación.
— Docencia.
— En equipo: Programación, Evaluación, etc.

2. ENFERMERIA INFANTIL

— Inyectables de su cupo.
— Curas de su cupo.
— Avisos domiciliarios.
— Controles de crecimiento y desarrollo del niño sano.
— Vacunación.
— Educación sanitaria a grupos de madres y demanda de la Comunidad:
  - escuela, guardería
  - grupos de padres
  - ayuntamiento, etc.
— Trabajo administrativo:
  - registros
  - estadísticas
  - análisis de datos.
— Investigación.

— Docencia.
— En equipo: Programación, Evaluación, etc.

3. ENFERMERIA DE TOCOGINECOLOGIA

— Control del embarazo normal.
— Planificación familiar (estos lo puede llevar también la enfermera de adultos.
— Citología periódica.
— Control de cáncer de mama, educación sanitaria.
— Educación sanitaria a grupos de mujeres.
— Trabajo administrativo.
— Investigación y docencia.
— En equipo: Programación, Evaluación, etc.

Para que todo esto se concrete un poco más he hecho un cuadro de horario que aclara un poco cómo un enfermero reparte su tiempo para cubrir *difícilmente* todo su campo de influencia.

Y digo difícilmente porque el trabajo que le compete a la enfermería en Atención Primaria en un plazo de tiempo muy corto no va ha ser compatible con el cupo del médico.

La demanda va creciendo porque la población va descubriendo servicios antes desconocidos.

— Ahora el pensionista vacunado de gripe demandará este servicio, todos los otoños, y además se lo contará a sus amigos para que ellos se los pidan a su enfermera.

El niño perfectamente vacunado y con controles periódicos trae al hermanito, al vecino, igual que la gordita que consiguió adelgazar o el diabético que ya se hace sus análisis en casa.

La demanda va creciendo y la administración tendrá que dar respuesta ampliando el número de enfermeros

Pero para ello hace falta que el profesional sepa generar prudentemente esta demanda, controlándola, evaluando la calidad del servicio, mejorando, investigando, y allí estais vosotros que teneis la posibilidad de crear un profesional realista y eficaz.

Pero volvamos a la formación, al qué les faltó y qué les sobró a la hora de trabajar:

Les faltó conocer el Ambulatorio y al asegurado típicos, el de «para eso pago»; le faltó conocer cuál es su papel en la transformación de una consulta de 90-100 pacientes-médico en una consulta controlada, organizada y eficaz, porque ese será su trabajo al principio.

Sin embargo considero, y con eso tal vez esté demostrando que soy un ignorante por aquello de que la ignorancia es muy atrevida, pues considero

que había que replantearse la importancia del Diagnóstico de Salud de la zona.

El Diagnóstico de Salud de cada comunidad, para mi, dentro de poco no tendrá sentido, como tarea del equipo.

En poco diferirán el Diagnóstico de Salud de Parla, del del Fuenlabrada o Móstoles.

La Administración tendrá que planificar de una forma más amplia. Existirá como ya existe en algunas Autonomías un Plan General de Salud para la Comunidad y de él saldrán especificados para áreas, para zonas, pero no tendrá el equipo que realizar los rutinarios viajes al MOPU, al Ayuntamiento, para elaborar sus pirámides de población, sus datos sobre saneamiento general, sobre situación laboral, escolar, etc.

Sí será tarea del equipo generar los datos de salud y enfermedad de su población, los resultados de los programas, la cobertura, la aceptación, ayudarán al equipo a mejorar su atención, a investigar, además de derivarlos al Centro de Datos sanitarios de la Comunidad.

Con eso no niego la necesidad de que los enfermeros sepan hacer un diagnóstico de salud pero considero mucho más valioso que entren en la dinámica del análisis continuo de su actuación, en la evaluación como actitud, en la investigación como práctica.

Para terminar quisiera lanzar una idea.

Cuando decía que al alumno le falta conocer Ambulatorios y Centros de Salud del INSALUD, pudísteis pensar que soy una ilusa, que no conozco las dificultades para introducir las prácticas en estos campos.

Sin embargo lo dije consciente de las dificultades que esto genera, pero sabiendo también que la entrada de los alumnos podría ser un revulsivo y un empuje importante para los enfermeros de a pie del Ambulatorio, para empezar esa consulta de enfermería, para comenzar ese fichero por patologías, para muchas cosas que unos alumnos bien preparados pueden ayudar a hacer.

Y a cambio de esto la escuela puede ofrecer a la enfermería de atención primaria el apoyo necesario para su formación continuada.

Los Ambulatorios y Centro de Salud precisan de formación continuada al igual que los hospitales, sin embargo por ser reducido el número de profesionales pueden encontrar dificultades para llevarlo a cabo, para programar, para conseguir bibliografía, elaborar cursos, clases, etc., y es aquí donde la escuela y también las comisiones de formación continuada de hospitales pueden ayudar, siendo así el lugar de referencia donde acudir.

Si conseguimos que la escuela se acerque al Ambulatorio y al Centro de Salud en sus prácticas, y que éstos se acerquen a la escuela para orientarle en su formación continuada, tal vez hayamos conseguido esa coordinación de la que hablábamos al principio y que todos deseamos.

12.ª COMUNICACION

EL BAILE DEL CEPILLO

«EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS CENTROS DE SALUD»

Realizado por:

M.ª LUZ ALCANTARA SANCHIS
AMPARO BELLVER CEBRIA
REMEDIOS CATALUÑA SANCHEZ
M.ª TERESA CLIMENT AMOROS
AMPARO DOMENE CASANS
EVA GARCIA CARRASCOSA
ASUNCION GARIBO REDOLAT
PILAR GIL MOLINA
CARMEN LOPEZ DE ANDUJAR SERRANO
MAGDALA MANERO MONCUNILL
TERESA MIQUEL ROMERO
VICTORIA NOVALES ASO
MARINA PALLARDO ROYO
VICTORIA ROCA PALOP
ENRIQUE ROIG NAVARRO
YOLANDA SALAS GUTIERREZ
ANA SILES GIL
FRANCISCA SOLER ALBERICH

Col. lectiu d'Infermeria «L'Alba».

Esta Comunicación constituye un mensaje para el cuidado de la boca. Elaborada como guión para un montaje didáctico teatral dentro de las actuaciones de Educación para la Salud, dirigida a niños de seis a diez años.

EL BAILE DEL CEPILLO

La escena se desarrolla enmarcada por una gran boca con unos gruesos labios rojos.

Boca. ¡Hola!, yo soy la boca de Pedro y gracias a mí Pedro come, habla, bebe, se ríe, ...besa.

Dientes. ¡Oye! ¡Oye!, no seas tan orgullosa ni tan presumida, que tú sola no lo puedes hacer todo; nosotros también somos importantes.

Lentamente van apareciendo en escena todos los dientes, cada uno habla explicando cuál es su función.

Incisivo 1. Yo soy el incisivo, somos ocho hermanos y nuestra misión es cortar, como un cochillo muy afilado.

Canino 1. ¡Psss!, incisivo, ¡déjame salir!,
yo soy el canino,
tengo tres hermanos más,
desgarramos, desgarramos,
pero nunca nos quejamos.
Mirad, mirad, ya viene premolar.

Premolar 1. ¡Hola pequeños!; sí, yo soy premolar. Somos ocho muelas pequeñas que trituramos muy bien, pero siempre nos ayuda la familiar molar.

Molar 1. ¡Oh! Gracias por acordarte de nosotros. Como podéis ver, somos más grandes y trituramos del todo la comida; la dejamos a punto para que Pedro se la trague.

Al final, todos los dientes bailan y caen al suelo riéndose.

Boca. ¡Chicos! Ya está bien de juegos.
A trabajar, Pedro me ha dicho que tiene hambre.

Incisivo 1. Vale, vale, ya vamos.

Canino 2. ¡Jó!, este Pedro siempre está igual, cuando mejor me lo estoy pasando, va y me fastidia.

Molar 2. Pero... ¡Y lo contento que está Pedro con nuestra ayuda! ¿Qué será de él sin nosotros?

Todos los dientes se dirigen hacia una bandeja llena de alimentos. Cada uno escoge los alimentos que son buenos para su organismo y para una buena salud dental.

Canino 2. A mí, me gustaría comerme un bombón de aquellos rellenos de mermelada, de fresa o naranja.

Canino 1. ¡Oye!, no estaría mal, pero... fuera de horas no deberíamos; mi amigo, el dentista, me ha dicho que no es bueno. Además, si no te limpias enseguida, nos quedamos sucios.

Canino 2. ¿Dentista? ¿Quién es? Yo no lo conozco. ¡Qué rollo! ¡Venga, va... comamos!

Canino 1. Yo no, prefiero comer cacahuetes y avellanas, están muy buenos y no son tan perjudiciales.

Premolar 1. ¡Fíjate en aquellas zanahorias! Una para mí. Con ello me siento limpio y fresco.

Premolar 2. Pero... ¿Qué dices? ¿Zanahorias? ¿Limpio? ¿Fresco? ¡Tú estás loco!

Premolar 1. Sí, sí, pruébalas; es igual que la manzana, cuando la muerdes te encuentras mejor, haces ejercicio con ellas para estar fuerte y sano, y además te lo pasas muy bien.

Premolar 2. ¡Bueno! Trae la manzana, la probaré. (¡Crac!). Oye, tienes razón, está dulce y no te empalaga tanto como los caramelos.

Incisivo 2. ¿Y la carne? También es buena para Pedro, para que crezca y tenga buenos músculos.

Molar 1. ¡Aquí está la leche! Es muy buena porque tiene calcio y fósforo, nos hace fuertes y blancos y así, gracias a la leche, Pedro crece y crece.

Después de coger los alimentos, los dientes van colocándose en su sitio, y comienza el proceso de la masticación. Cada uno de los dientes refleja claramente su función.

Cuando termine el proceso, se verá a todos los dientes sucios de restos de comida.

Aparece en escena un nuevo personaje: *El Cepillo.*

Boca. Aquí está nuestro amigo el cepillo. ¡Queréis bailar con él?

Dientes. Sí, sí, de acuerdo, bien, bien.

Todos los dientes se dirigen al cepillo, excepto el canino.

Canino 2. (Dirigiéndose a su amigo). ¡Va!. déjales. ¡Qué tontería!, bailar con un cepillo. Ha, ha, ha... además, es una lata y te cansas muchísimo.

Canino 1. No, yo me voy, estoy hecho una pena. Mirar, mirar.

Los dientes bailan al compás de la música, mientras realizan una buena técnica de cepillado. El canino 2 se queda descansando. Termina el baile y los personajes transmiten una agradable sensación.

Molar 2. ¡Qué a gusto me he quedado! Y qué bien me lo he pasado.

Incisivo 1. Esto de bailar con el cepillo es una maravilla. Ahora nos corresponde un buen descanso.

Ahora hay un cambio en la música de fondo y empiezan las molestias del Canino 2.

Se le adhiere al cuerpo una especie de «monstruo» (bacteria).

Canino 2. No sé qué me pasa, me encuentro mal. ¿Qué es esto? ¡Qué cosa más fea!, vete, vete...

Se encuentra mal, poco a poco pierde su vitalidad y cae.

Canino 2. Amigo ven, me encuentro mal. ¡Llámalo!, por favor.

Canino 1. Llamar... ¿A quién?

Canino 2. Al dentista, aquel amigo tuyo que te ayudaba a mantenerte sano. Necesito su ayuda.

Canino 1. De acuerdo, ahora iré a buscarlo. Tranquilo.

Se va y vuelve con el dentista.

Dentista. Déjame ver. ¿Qué te pasa?, te encuentro triste.

Canino 2. No sé, me duele todo. Además, mira qué cosa me ha aparecido aquí.

Dentista. Sí, ya lo veo. La traviesa caries ha vuelto a hacer de las suyas. Suerte que he llegado a tiempo. Un poco más tarde y estarías toda agujereada.

Canino 2. Gracias por todo. Me encuentro mejor. Tenías razón. Desde ahora, os haré caso y después de comer, siempre con el cepillo bailaré.

Todos juntos, dientes y dentista se cogen de la mano y dan una serie de consejos, mediante versitos:

Si sanos queremos estar,
fruta y verdura habrá que tomar,
que tienen muchas vitaminas,
también carne, que tiene proteínas.

Leche habrá que beber,
si sanos y fuertes queremos vivir,
tres vasos al día es fundamental
y disfrutaremos de buena salud dental.

De caramelo y dulces huiremos
y almendras, cacahuetes y avellanas
comeremos.

Dos veces al año al dentista visitaremos
y amigos de él seguro que nos hacemos.

Si os hace daño la muela,
venir a mí que os la dejaré como nueva.

El flúor usaremos
y fresquitos nos quedaremos.

Después de comer, con el cepillo bailaremos
y sanos y fresquitos siempre estaremos.

13.ª COMUNICACION

LA FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA Y EL NUEVO MODELO DE GESTION

AUTORAS:
GLORIA GUTIERREZ DE TERAN MORENO
M.ª TERESA MIJARES GARCIA PELAYO
Supervisoras Formación Continuada
Hospital La Paz
Madrid

COMUNICACION

«La Formación Continuada de Enfermería y el nuevo modelo de gestión».

En la actualidad es comunmente aceptado que la Enfermería es un pilar fundamental en el Sistema de Salud. Nosotras nos vamos a referir a algunas de las dificultades que esta Enfermería puede encontrar en la realización de las reformas que se pretenden y a la aportación de la Formación Continuada (FC) para solventar algunas de estas dificultades.

Analizando la Reforma Hospitalaria proyectada por el INSALUD vemos que el objetivo básico es: «Transformar el sistema actual para lograr una mejora de la calidad y de los servicios de la atención sanitaria en nuestros hospitales».

Esto afecta en gran medida a la Enfermería. Se ha creado una Dirección de Enfermería autónoma, a la que se le está exigiendo, entre otras cosas «promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistencial, docente e investigadora desarrolladas por el personal de Enfermería».

Esto nos parece insuficiente, ya que el personal de base, que es quien tiene que llevar a cabo la mejora de los cuidados, se encuentra por un lado con que se le exige una nueva forma de actuación y por otro, con que el método de trabajo hasta ahora utilizado no le es válido. Por ejemplo se pretende dar una atención integral a los pacientes y surge la primera dificultad al tener la costumbre de una división del trabajo por tareas, que generalmente se limita al cumplimiento de las órdenes médicas. Podríamos referir numerosos ejemplos semejantes al hablar de planificación de cuidados, registros, elaboración de objetivos, trabajo en equipo, etc.

¿Se soluciona todo esto con una normativa nueva, con un modelo de gestión diferente?

Pensamos que no. Nosotras creemos que es necesario el convencimiento

de cada uno de los profesionales, que tiene que ver claro que los cambios exigidos van a redundar en beneficio del paciente. Sólo mediante este convencimiento se puede llegar al cambio de actitud, que es imprescindible para cumplir las expectativas previstas.

Nos parece imprescindible conseguir este cambio de actitud a través de una comunicación realista y eficaz. Sin embargo no es suficiente. Sólo si todos asumimos esta nueva dimensión de la enfermería y el compromiso que conlleva y estamos dispuestos a hacer el esfuerzo de aprendizaje necesario, podremos dar respuesta a las expectativas que de nosotros tiene la sociedad..

El problema que se nos plantea es: De todas las posibilidades de Formación Postbásica que tiene hoy la Enfermería, cual resulta más útil a los profesionales en este esfuerzo de aprendizaje. Nosotras consideramos que la Formación Continuada es esencial para lograr esta transformación.

¿Porque?

— Porque llega a todos los profesionales ya que se desarrolla en el centro de trabajo.
— Por su accesibilidad al llevarse a cabo durante la jornada laboral.
— Porque es realista, al partir de las necesidades concretas del personal.
— Porque se planifica de acuerdo con el modelo de cuidados que se expresa en la Filosofía de un Departamento de Enfermería.
— Porque contribuye directamente al aumento de la calidad de los cuidados.
— Porque favorece la autoestima profesional y personal.
— Porque con ello se contribuye a lograr un adecuado nivel científico y cultural en el Departamento.

Sin embargo la realidad de la FC de Enfermería en nuestros hospitales todos sabemos que no es esta. Para que la FC pueda cumplir con sus objetivos de la forma deseada, es necesario:

1. La institucionalización de la FC, es decir el reconocimiento de la FC dentro de los servicios o unidades que corresponden al Departamento de Enfermería, con personal con dedicación plena, para la facilitación y el soporte de la Docencia. No podemos olvidar que Enfermería, en el ámbito hospitalario, desarrolla sus funciones a pié de cama, durante 24 horas al día y los 365 días del año.
2. Que en el Organigrama de las Instituciones Sanitarias y dependiendo de sus características, esté la figura del Responsable de FC y la definición de su puesto de trabajo.
3. Que exista una dotación presupuestaria, siendo éste uno de los mayores problemas que nos encontramos en este momento, ya que los cursos los financian los participantes y esto no es FC.
4. Que se contabilice un tiempo efectivo para la formación del perso-

nal, incluído en la exigencia de rendimientos de la jornada laboral.

Nos parece que la materialización de lo expuesto anteriormente requiere el reconocimiento de la FC dentro del marco legal que le corresponda. Desafortunadamente en el reciente Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social, del «B.O.E.» de 5 de marzo de 1985, que describe, entre otras cosas los Servicios o Unidades de Enfermería, no hace referencia a ninguna correspondiente a Docencia e Investigación. Sin embargo sí se incluye como tal en el mismo artículo (art. 10), dentro de los Servicios o Unidades Médicas.

A nuestro entender este cambio en la organización hospitalaria ha desaprovechado la potenciación de la FC, que como hemos dicho antes es fundamental para la mejora asistencial.

Es necesario que todos: Profesionales y usuarios, nos demos cuenta de que el Hospital es una Empresa de Servicios y como tal empresa necesita tener una rentabilidad. Por ello no creemos que la FC sea un lujo o una inversión innecesaria. Si bien nuestro producto -la salud-, no es fácilmente comparable con los de otras empresas como las multinacionales; del estudio de éstas podemos sacar importantes conclusiones. Una de ellas es que la inversión en la preparación y puesta al día del personal alcanza cifras asombrosas. Si la empresa multinacional se beneficia de ello parece lógico que el Sistema de Salud se beneficie de la misma manera.

En resumen creemos que es evidente que la FC supone un beneficio para el rendimiento del Hospital, sin perder de vista que va a repercutir favorablemente incrementando el nivel científico, cultural y la autoestima del personal.

Por todo ello nos hubiera gustado que la FC se hubiera encontrado representada en el nuevo modelo de Gestión Hospitalaria.

14.ª COMUNICACION

EL DIRECTIVO DE ENFERMERIA COMO PROMOTOR DE CAMBIO

M.ª PUREZA CABEZON GUTIERREZ
Diplomada en Enfermería, Adjunta de Investigación y Docencia, Hospital C. «San Agustín». Linares (Jaén).

INDICE

1. INTRODUCCION
2. DIRECCION PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS
3. DIMENSIONES DE LA DIRECCION
4. TRABAJOS Y COMETIDOS DEL DIRECTIVO

INTRODUCCION

Me va a ser muy difícil, en tan poco tiempo, resumir la gran labor que puede hacer un directivo de enefermería para situar a éste colectivo en el lugar que le corresponde. De todos es sabido que la humanidad está cambiando constantemente, debido a la rápida evolución intelectual, tecnológica y social.

El profesional de Enfermería no es una excepción de la evolución general, y por ello debe ir adaptándose a los distintos cambios y ocupar el rol que le corresponde.

Como muy bien nos decía Angel Bustos en una de sus ponencias, durante el Curso de Administración en Marbella, en septiembre de 1983, «o lo aprendemos o nos los enseñan».

A la enfermería de este país se nos está pidiendo que hagamos un esfuerzo para ponernos a la altura de los países más avanzados. No se trata de estar preparados para aceptar cualquier cambio que nos venga impuesto desde fuera, se trata de que nosotros mismos seamos promotores de esos cambios.

El director de Enfermería tiene en sus manos «las riendas» para motivar y promover las iniciativas de cambio dentro del colectivo de Enfermería.

Esto se puede conseguir haciendo que el personal de Enfermería participe en la dirección. Para ello hay que adoptar el estilo de **Dirección Participativa por Objetivos.**

DIRECCION PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS

Todo directivo que adopte la D.P.O. debe de poseer un mínimo de «inteligencia funcional», ya que el directivo LLEGA, REALIZA, SE MARCHA. Pero... tiene que SABER LLEGAR
SABER HACER
SABER MARCHARSE

Cuando el directivo **LLEGA** tiene que:

1.° Analizar el ambiente, puede ser:
plácido, fortuito,
plácido en racimo,
reactivo, inquieto,
turbulento.

2.° Tiene que construir relaciones con las personas que van a trabajar con él.

3.° Tiene que averiguar:

a) ¿Quién es el cliente? La institución, las personas o los dos. (El cliente es aquél al que quiere ayudar.)

b) ¿Cuáles son las normas?

c) ¿Quiénes son los líderes?

d) ¿Quienes son los influyentes?

¿A QUIEN DEBERIA ELEGIR PARA TRABAJAR EN LA «DIRECCION PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS?

A personas con:

— Liderazgo de opinión.

— Autoridad formal competente
fiabilidad
dinamismo

— Respetabilidad y credibilidad.

— Representantes de factores diversos: De pensamiento
De acción
competencia
Relaciones Públicas.

— Compatibles con él.

SABER HACER

El directivo tiene como FUNCIONES PRINCIPALES:

— LA DIRECCION DE LOS HOMBRES.

— EL DOMINIO SOBRE EL ENTORNO.

— LA OBTENCION DE RESULTADOS.

— LA ORGANIZACION DE LA EMPRESA.

La dirección no tiene sentido alguno si no está al servicio de las personas a las que dirige y al servicio de la empresa para la que trabaja.

La Dirección es un proceso que implica:

— PLANIFICAR: Definir por anticipado los fines que se desean alcanzar.

— ORGANIZAR: Combinar adecuadamente los diversos recursos.

— DIRIGIR: Hacer que los demás hagan.

— CONTROLAR: Ver si se alcanzaron los objetivos propuestos.

El ROL directivo no debe limitarse a un funcionamiento clásico, debe ser promotor del CAMBIO:

Como catalizador de actitudes.
Como ayudante del proceso.
Como solucionador de problemas.
Como enlazador de recursos.

DIMENSIONES DE LA DIRECCION

1.° Lograr que esté claro para todos el propósito espefífico y la misión de la Institución.

2.° Conseguir que el trabajo sea productivo y que todos los profesionales trabajen.

3.° Administrar los impactos y responsabilidades sociales de la Institución.

4.° Considerar siempre el Presente y el Futuro, el Plazo Corto y Largo.

5.° Lograr Eficiencia (hacer mejor lo que se hace). Lograr efectividad (hacer las cosas apropiadas).

TRABAJOS Y COMETIDOS DEL DIRECTIVO

1.° FIJACION DE OBJETIVOS: Generales e Individuales.

2.° ORGANIZACION DE: Actividades
Relaciones
Decisiones

3.° MOTIVACION Y COMUNICACION.

4.° ANALISIS, VALORACION E INTERPRETACION DE LAS ACTIVIDADES.

5.° DESARROLLO DE SU PERSONAL.

1.1. LOS OBJETIVOS deben ser:

— Operativos.
— Múltiples.
— Necesitarse en todas las áreas de las que dependa la supervivencia de la Institución.
— Hacer posible la concentración de recursos y esfuerzos.
— Formularse a largo plazo
medio plazo
corto plazo

1.2. Se han de distinguir:

— Objetivos habituales o corrientes y

— Objetivos de cambio.

2.1. ORGANIZACION DE ACTIVIDADES

Existen cuatro factores poderosos que impiden la actividad correcta de la institución:

1.° La plaga de especialismo.

2.° La estructura jerárquica.

3.° Diferencias en visión y trabajo-aislamiento.

4.° Estructura de compensaciones económicas.

2.2. ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES.

¿Cuál es la relación inicial con todos los componentes de la Institución?

¿Cómo debe ser la relación ideal?

1.° Mínimo de Amenazas.

2.° Espectativas Realistas:

- No excederse en autopropaganda.

3.° Poder igualado:

- Existe el peligro de «apariencia» de cambio.

4.° Apertura a Nuevas Ideas:

- Interés activo en la búsqueda.
- Deseo de autorrenovación.
- Disposición a compartir la información de los demás.
- Facilidad en la transmisión de la información de retorno.

5.° Reciprocidad:

- Dar y Tomar.

6.° Estructura:

- Roles definidos y justificados.
- Procedimientos de trabajo especificados.
- Resultados esperados y especificados.

7.° Confrontación de las Diferencias.

- Dentro del equipo directivo.
- Entre el equipo directivo y los profesionales.

8.° Esperanza de Mejora:

- El equipo directivo ha de concentrarse en los aspectos más importantes.
- El personal tendrá una subida de moral, al haber mayor dedicación y entusiasmo para lograr los resultados requeridos.

9.° Tiene que haber un compromiso formal de todas las partes significativas.

2.3. DECISIONES EFECTIVAS

Se debe:

a) Poner el acento en decidir sobre qué va a ser la decisión, no en dar una respuesta.

b) Dejar que salgan a la luz las opiniones que disientan.

c) Concentrarse en las alternativas, más que en la «solución correcta».

d) Subrayar a qué nivel y por quién debe tomarse una decisión.

c) Construir la ejecución efectiva dentro del proceso de toma de decisiones.

f) Decidir no es un acto limitativo, sino una determinación responsable. Decidir supone actitudes creadoras, responsables y objetivas.

3.1. MOTIVACION.

1.° Fomentando la iniciativa y el espíritu de equipo.

2.° Reconociendo los méritos de sus subordinados:

- Prestando atención a los trabajos extraordinarios.
- Felicitando cuando sea necesario.
- No obstaculizando el ascenso de quien lo merezca.
- Utilizando las actitudes de cada uno del mejor modo posible.

3.° No mostrar nunca antipatías ni favoritismos por nadie.

3.2. COMUNICACION.

1.° Hay que comunicarse directamente con la gente para poder conocerla bien.

2.° Tratar a cada uno según su personalidad.

3.° Hay que cuidar los primeros contactos.

4.° Saber persuadirles para que acepten los cambios.

3.2.1. **Estrategias.**

a) Orientación hacia el mundo de los demás.

Es una sensibilidad, llegar a conocer lo que piensan, sienten y desean sus subordinados.

Para esto hay que estar comunicando a su máximo nivel. Cuando un directivo tiene autoridad, pero no tiene experiencia o destreza, debe tratar de entrar en el mundo de los demás, porque la información que ellos poseen es más importante para el buen funcionamiento de la Institución que la autoridad que él puede ejercer.

3.2.2. **Habilidades.**

El directivo tiene que saber:

a) Escuchar en lugar de hablar.

b) Preguntár en lugar de responder (la persona autoritaria rara vez pregunta, porque no sabe **que no sabe.** Este tipo de directivo crea más crisis que resuelve).

c) Distinguir entre palabras y significados.

3.2.3. **Claves.**

a) Comunicación verbal.

b) Comunicación no verbal.

c) Al escuchar Observar.

d) Comunicarse por medio del silencio.

A veces no coincide lo que se está diciendo con lo que se está pensando.

Se nota al observar mientras se escucha (cosa que no se puede hacer si se escribe mientras se está escuchando).

La comunicación no verbal es más importante y más creíble que la verbal. (A veces te puedes dar cuenta de la magnitud de un problema cuando de repente el emisor se calla y prefiere no seguir hablando del tema o no encuentra las palabras apropiadas y prefiere guardar silencio.)

3.3.3. **Características.**

a) Sentido de los valores, se capta en el comportamiento como actúa y como dice que actúa.

b) Sentido de la oposición —hay que distinguir al oponente en el plano de las ideas o en el plano personal—. Según Jennings —es un error fatal el suponer que el individuo no tiene oponentes—, todos tenemos oponentes.

c) Sentido de la confianza. Es importante distinguir entre lealtad a la organización y lealtad a las personas. Un directivo debe estar más interesado en la confianza que en la lealtad, ya que la lealtad implica asumir sus creencias. Saber comunicarse es la base para construir unas buenas relaciones.

DESARROLLO DE SU PERSONAL

Para poder ofrecer una buena calidad de asistencia el personal de enfermería debe de estar al día permanentemente.

Por esto es imprescindible la Formación Continuada en todas las Instituciones como muy bien dice Nelly Garzón, la Formación Continuada, además de surtir efectos positivos en la práctica diaria, también produce efectos de desarrollo de los individuos porque:

a) Es fuente de progreso y motivación personal.

b) Permite retener a los profesionales de Enfermería dentro de la práctica activa.

c) Ofrece movilidad al profesional según sus aspiraciones.

d) Da oportunidad al profesional de enfermería de cumplir con el compromiso de ofrecer alta calidad de asistencia.

e) La Formación Continuada, genera 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 profesión.

El directivo de enfermería debe potenciar el desarrollo de su personal, mediante la Formación Continuada y asistencia a cursos de perfeccionamiento.

Y, por último, hay que saber MARCHARSE.

Existen crisis que hay que saber analizar para poder salir de ellas.

Si no se puede con la crisis lo mejor y más honrado es «marcharse».

Existen crisis de la Institución.

Existen crisis del Directivo.

Existen crisis del yo.

(Ahora no voy a entrar a analizarlas por el escaso tiempo del que se dispone.)

Es muy importante que el directivo se autorrealice, se conozca bien y sea sincero y honrado consigo mismo.

Un cargo directivo requiere mucha dedicación, trabajo y esfuerzo. Dicho vulgarmente «quema mucho», luego el directivo tiene que ser consciente de hasta dónde puede y debe llegar.

No hay por qué aferrarse al cargo, es más importante salvar el honor.

No debe rendir tanta lealtad y confianza a la Institución.

Hay que saber dimitir a tiempo.

¡No deje que nadie lo eche!

c) Distinguir entre palabras y significados.

3.2.3. **Claves.**

a) Comunicación verbal.

b) Comunicación no verbal.

c) Al escuchar Observar.

d) Comunicarse por medio del silencio.

A veces no coincide lo que se está diciendo con lo que se está pensando.

Se nota al observar mientras se escucha (cosa que no se puede hacer si se escribe mientras se está escuchando).

La comunicación no verbal es más importante y más creíble que la verbal. (A veces te puedes dar cuenta de la magnitud de un problema cuando de repente el emisor se calla y prefiere no seguir hablando del tema o no encuentra las palabras apropiadas y prefiere guardar silencio.)

3.3.3. **Características.**

a) Sentido de los valores, se capta en el comportamiento como actúa y como dice que actúa.

b) Sentido de la oposición —hay que distinguir al oponente en el plano de las ideas o en el plano personal—. Según Jennings —es un error fatal el suponer que el individuo no tiene oponentes—, todos tenemos oponentes.

c) Sentido de la confianza. Es importante distinguir entre lealtad a la organización y lealtad a las personas. Un directivo debe estar más interesado en la confianza que en la lealtad, ya que la lealtad implica asumir sus creencias. Saber comunicarse es la base para construir unas buenas relaciones.

DESARROLLO DE SU PERSONAL

Para poder ofrecer una buena calidad de asistencia el personal de enfermería debe de estar al día permanentemente.

Por esto es imprescindible la Formación Continuada en todas las Instituciones como muy bien dice Nelly Garzón, la Formación Continuada, además de surtir efectos positivos en la práctica diaria, también produce efectos de desarrollo de los individuos porque:

a) Es fuente de progreso y motivación personal.

b) Permite retener a los profesionales de Enfermería dentro de la práctica activa.

c) Ofrece movilidad al profesional según sus aspiraciones.

d) Da oportunidad al profesional de enfermería de cumplir con el compromiso de ofrecer alta calidad de asistencia.

e) La Formación Continuada, genera 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 profesión.

El directivo de enfermería debe potenciar el desarrollo de su personal, mediante la Formación Continuada y asistencia a cursos de perfeccionamiento.

Y, por último, hay que saber MARCHARSE.

Existen crisis que hay que saber analizar para poder salir de ellas.

Si no se puede con la crisis lo mejor y más honrado es «marcharse».

Existen crisis de la Institución.

Existen crisis del Directivo.

Existen crisis del yo.

(Ahora no voy a entrar a analizarlas por el escaso tiempo del que se dispone.)

Es muy importante que el directivo se autorrealice, se conozca bien y sea sincero y honrado consigo mismo.

Un cargo directivo requiere mucha dedicación, trabajo y esfuerzo. Dicho vulgarmente «quema mucho», luego el directivo tiene que ser consciente de hasta dónde puede y debe llegar.

No hay por qué aferrarse al cargo, es más importante salvar el honor.

No debe rendir tanta lealtad y confianza a la Institución.

Hay que saber dimitir a tiempo.

¡No deje que nadie lo eche!

15.ª COMUNICACION

EVOLUCION DEL PROGRAMA DE LA ASIGNATURA DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

PILAR ANTON ALMENARA
LIDON BARRANCHINA BELLES
ROSA M.ª BLASCO SANTAMARIA
ENRIQUETA FORCE SANMARTIN
ISABEL OTO CAVERO
Profesoras de la E.U.E.,
Universidad de Barcelona.

- INTRODUCCION

- EVOLUCION DEL PROGRAMA DESDE EL CURSO 1978-79 HASTA LA ACTUALIDAD
- DESARROLLO TEMPORAL DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA
- RAZONES QUE NOS HAN LLEVADO A LA ELABORACIÓN DE UN NUEVO ENFOQUE DEL PROGRAMA
- PROYECTO DEL NUEVO PROGRAMA POR NECESIDADES

INTRODUCCION

La Comunicación que presentamos ha sido realizada por un grupo de Profesoras de Enfermería Médico-Quirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

En este trabajo vamos a desarrollar, brevemente, la evoluación del Programa de la Asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica en nuestra Escuela, desde la transformación de los Estudios de Enfermería, en el año 1977, hasta la actualidad.

Seguidamente explicaremos cuáles han sido las razones que nos han llevado a plantear un nuevo enfoque del Programa, pasando finalmente a exponer su estructura.

EVOLUCION DEL PROGRAMA DESDE EL CURSO 1978-79 HASTA LA ACTUALIDAD

Siguiendo las Directrices Generales del Plan de Estudios, la Enfermería Médico-Quirúrgica se imparte en dos cursos académicos: Enfermería Médico-Quirúrgia I en segundo curso y Enfermería Médico-Quirúrgica II en tercer curso.

Como ya es sabido, estas asignaturas constan de uno contenidos teóricos y otros prácticos que el alumno desarrolla simultaneamente a lo largo de todo el curso académico. Esta comunicación está centrada exclusivamente en los contenidos teóricos del Programa.

Para facilitar la comprensión de la exposición, nos referiremos en primer lugar al Programa de Enfermería Médico-Quirúrgica I, pasando a continuación a desarrollar el Programa de Enfermería Médico-Quirúrgica II.

En el curso académico 1978-79 se impartió por primera vez la Enfermería Médico-Quirúrgica I. El Programa se hallaba dividido en Patología Médica, Patología Quirúrgica, impartidas por médicos y Atención de Enfermería impartida por enfermeras. (Fig. 1).

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA I	
1978-79	PATOLOGIA MEDICA PATOLOGIA QUIRURGICA ATENCION DE ENFERMERIA

Figura 1

Como está en la mente de todos, esta división de la Patología Médica y Quirúrgica venía dada por las influencias del Plan de Estudios de Ayudante Técnico Sanitario.

A partir del curso siguiente 1979-80, se inicia una integración progresiva de la Asignatura:

Desde este curso y hasta el 1981-82, se imparten conjuntamente los contenidos de Patología Médica y Quirúrgica, manteniendo todavía separada la Atención de Enfermería. (Fig. 2).

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA I

1979-80	PATOLOGIA MEDICO-QUIRURGIA
1980-81	ATENCION DE ENFERMERIA
1981-82	

Impartido en horarios diferentes

Figura 2

No es hasta el curso 1982-83 cuando se inicia una integración parcial de los contenidos de Patología y Enfermería, intercalándolos de forma secuencial. (Fig. 3).

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA I

1982-83	PATOLOGIA MEDICA PATOLOGIA QUIRURGICA ATENCION DE ENFERMERIA

Impartido en el mismo horario, de forma secuencial

Figura 3

En el siguiente curso, 1983-84, se consigue la integración totla de los contenidos de Enefermería Médico-Quirúrgica, quedando el Programa estructurado por aparatos, explicando las patologías más importantes de cada uno de ellos, así como los cuidados de enfermería correspondientes, siendo los profesionales de Enfermería quienes los imparten, manteniéndose de esta forma hasta la actualidad. (Fig. 4).

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA I	
1983-84	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGIA
Integración total de los contenidos. Impartido por enfermeras	

Figura 4

La Enfermería Médico-Quirúrgica II empezó a impartirse en el curso académico 1979-80, esta asignatura se hallaba dividida en seis partes; una de estas partes correspondía a la Atención de Enfermería, impartida por enfermeras y el resto del programa de la asignatura correspondía a diferentes especialidades médicas:

— Traumatología.
— Ginecología.
— Pediatría.
— Otorrinolaringología.
— Oftalmología.

Cada una de ellas estaba impartida por médicos. (Fig. 5).

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA II	
1979-80	TRAUMATOLOGIA GINECOLOGIA PEDIATRIA OTORRINOLARINGOLOGIA OFTALMOLOGIA ATENCION DE ENFERMERIA

Figura 5

En el curso siguiente, 1980-81, la única diferencia en relación con el curso anterior fué que la Pediatría pasa a formar parte de la asignatura de Enfermería Materno-Infantil.

En el curso 1981-82, las enfermeras asumimos la impartición de Traumatología, Otorrinolaringología y Oftalmología, quedando separada únicamente la Ginecología. (Fig. 6).

	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA II
1981-82 1982-83	GINECOLOGIA ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGIA
	Integración de las diferentes partes

Figura 6

Esta estructura se mantuvo hasta que en el curso 1983-84 la Ginecología se integró en el Programa de Enfermería Materno-Infantil. A partir de este momento, la Enfermería Médico-Quirúrgica se imparte totalmente por enfermeras. (Fig. 7).

	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA II
1983-84	ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGIA
	Impartido por enfermeras

Figura 7

DESARROLLO TEMPORAL DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

A continuación desarrollaremos la estructura de los contenidos que corresponden al programa actual.

El segundo curso se inicia con la impartición de una clases que denominamos introductorias y cuyo objetico es que el alumno conozca las técnicas y procedimientos de enfermería básicos, antes del inicio de sus prácticas hospi-

talarias. Estas clases de un mes aproximado de duración se imparten en el horario de prácticas.

Simultáneamente, el alumno inicia el aprendizaje de los contenidos teóricos, estructurados de las siguiente forma:

El primer trimestre del curso se dedica a temas generales de Enfermería Médico-Quirúrgica, como por ejemplo: Cuidados de enfermería a pacientes con dolor, drenajes, traumatismos... A partir del segundo trimestre se explican los diversos procesos patológicos y los cuidados de enfermería específicos para cada uno de ellos. Los temas que componen el Programa de la asignatura están ordenados en base al grado de complejidad de cada uno de ellos.

En tercer curso (Enfermería Médico-Quirúrgica II) se imparten en primer lugar unos temas generales con el fin de que el alumno conozca los diferentes servicios especiales en el que se encuentran los pacientes de alto riesgo (U.C.I., Quirófanos, Urgencias...).

A continuación se desarrollan los contenidos específicos y necesarios para aplicar un Plan de Cuidados de enfermería a pacientes que presente diversos estados patológicos.

Con el fin de reforzar el aprendizaje de los contenidos teóricos del Programa, el alumno participa en una serie de Seminarios, que consisten en la valoración del paciente y la planificación de los cuidados de enfermería, basándose en datos recogidos de la Historia Clínica, de la exploración realizada al paciente y de la observación del mismo.

Mediante la realización de estos seminarios, se pretende que el alumno integre los conocimientos teóricos y sepa aplicar a cada paciente los cuidados adecuados a su estado.

RAZONES QUE NOS HAN LLEVADO A LA ELABORACION DE UN NUEVO ENFOQUE DEL PROGRAMA

Con la unificación e impartición de todo el Programa por enfermeras, conseguimos alcanzar nuestro primer objetivo, que era el de conseguir un Programa integrado y con un enfoque hacia los cuidados y no hacia las patologías. A partir de este momento, nos planteamos dar un paso más y cambiar el enfoque de la asignatura que hasta ahora partía de un modelo médico y estructurado por necesidades, basándonos en un modelo de enfermería, el de Virginia Henderson.

La elección del modelo de V. Henderson viene dada por ser el adoptado por la Escuela y por empezar los alumnos a trabajarlo en primer curso, además, el desarrollo del nuevo programa garantizaría una continuidad a lo largo de los cursos siguientes.

PROYECTO DEL NUEVO PROGRAMA POR NECESIDADES

Este nuevo programa que presentamos se desarrolla de la siguiente manera: Se mantienen las clases introductorias a las prácticas hospitalarias, al igual que algunos de los temas generales que se imparten actualmente. El cambio más importante consiste en incluir los contenidos de la asignatura según las necesidades básicas de V. Henderson.

El desarrollo de los contenidos que se imparten en cada una de las necesidades sigue el mismo esquema, que explicamos a continuación. (Fig. 8).

PROYECTO DE PROGRAMA	
OBERVACION Y VALORACION	DATOS SUBJETIVOS DATOS SUBJETIVOS
PROBLEMAS QUE INTERFIEREN EN LA NECESIDAD	PROCESOS FISICO-PATOLOGICOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	

Figura 8

En primer lugar, se realiza una observación y valoración del paciente, que incluye datos subjetivos y datos objetivos.

El siguiente paso consiste en analizar los problemas que pueden interferir la necesidad. En este punto se explicarán las enfermedades o procesos patológicos que influyen en cada necesidad y los cuidados de enfermería específicos que se aplicarán al paciente que presente dichos procesos.

A continuación se desarrollarán las técnicas y procedimientos específicos que el alumno debe conocer para aplicarlos en estas situaciones concretas.

Expondremos a título de ejemplo el desarrollo de la necesidad de oxigenación (Fig. 9).

OBSERVACION Y VALORACION DEL PACIENTE

DATOS SUBJETIVOS
- Dolor
- Palpitaciones
- Disnea
- Claudicación intermitente
- .....

DATOS OBJETIVOS
- Frecuencia y ritmo respiratorio
- Frecuencia y ritmo cardíaco
- Exploración de piel y mucosas
- Nivel de conciencia
- Ruidos bronco-pulmonares
- Tos
- Edemas
- Pruebas diagnósticas
- .....

Figura 9

En el primer apartado, observación y valoración del paciente, y dentro de los datos subjetivos, hablaríamos, entre otros, de:

- Dolor
- Palpitaciones
- Disnea
- Claudicación intermitente

Los datos objetivos incluirían:

- Frecuencia y ritmo respiratorio
- Frecuencia y ritmo cardíaco
- Exploración de piel y mucosas
- Nivel de conciencia
- Ruidos bronco-pulmonares
- Tos
- Edemas
- Inauguración yugular
- Pruebas diagnósticas
- .....

En el segundo apartado, problemas que interfieren en la necesidad de oxigenación, explicaríamos los procesos patológicos o enfermedades más frecuentes y los cuidados de enfermería inherentes a cada una de ellas (Fig. 10):

PROBLEMAS QUE INTERFIEREN EN LA NECESIDAD

— Insuficiencia respiratoria
— Enfermedades pulmonares obstructivas
— Infecciones respiratorias
— Insuficiencia cardíaca
— Anemias
— .....

Figura 10

— Insuficiencia respiratoria
— Insuficiencia cardíaca
— Enfermedades pulmonares obstructivas
— Enfermedades venosas
— Enfermedades arteriales
— Patología coronaria
— Anemias
— .....

En el último apartado, procedimientos de enfermería, desarrollaríamos las técnicas y/o procedimientos de enfermería necesarios para aplicar los cuidados a cada paciente, tales como (Fig. 11):

— Aspiración de secreciones
— Fisioterapia respiratoria
— Métodos de oxigenación
— Reanimación cardio-pulmonar
— Transfusiones
— .....

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

— Fisioterapia respiratoria
— Métodos de oxigenación
— Reanimación cardio-pulmonar
— Transfusiones
— .....

Figura 11

Como complemento de las clases teóricas y con el objetivo de aplicar los conocimientos recibidos y obtener una visión global de todas las necesidades, que pueden alterarse en el ser humano que enferma, se realizarían una serie de seminarios, en los que se plantearía una caso real de un paciente. Los alumnos deberían recoger los datos de interés, agruparlos por necesidades, confeccionar la lista de problemas, efectuar el diagnóstico de enfermería, planificar las actividades y evaluar los resultados en función de los objetivos previamente marcados.

Con estos seminarios pretendemos que el alumno se familiarice con las nuevas tendencias de enfermería y aplique los cuidados al paciente, entendiendo como un ser integral, evitando la imitación del modelo médico que debido a la gran especialización de la medicina, tiende a ver al individuo como una serie de órganos que requieren un tratamiento específico.

Siendo conscientes de que nos queda mucho camino por recorrer en nuestra profesión, creemos que la impartición de este nuevo programa proporcionaría a los futuros profesionales una visión más integral del ser humano. Por ello, nuestra intención es ponerlo en práctica el próximo curso.

16.ª COMUNICACION

EVOLUCION DEL CONTROL Y EVALUACION DE LAS PRACTICAS DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA EN LA E.U.E. BARCELONA

Realizado por:
ARQUE BLANCO, Mercedes
COLINA TORRALVA, Javier
FABRA GENSANA, Monserrat
GARCIA HERNANDEZ, Misericordia
SANCHEZ ZAPLANA, Isabel
SANFELIU CORTES, M. Victoria
SUÑE ISAMAT, Berty
VERDURA ANGLADA, Teresa

Profesores de Enfermería
Médico-Quirúrgica de la
E.U.E. de Barcelona.

Aunque la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica comprende conocimientos teóricos y su aplicación práctica, en esta comunicación nos referimos exclusivamente a la evolución que ha experimentado la evaluación y el control de las prácticas hospitalarias. Pasamos pues a desarrollar cronológicamente esta evolución.

CURSO 78/79 y 79/80

En el transcurso de estos dos cursos académicos que fueron el inicio de la transformación de la escuela, el esfuerzo del profesorado se encontraba centrado en la elaboración de los programas teóricos y en la problemática que se suscitó en los hospitales debido al rechazo al curso de nivelación, lo que dió lugar a una exclusión del alumno de la mayoría de los servicios a una animadversión hacia el profesorado de la escuela.

Ello dió lugar a que durante estos cursos la evaluación de prácticas se basara primordialmente en la asistencia. La forma de control se realizaba mediante una hoja en la que se anotaba la asistencia o no del alumno, aunque se tenía en cuenta la actitud del alumno en relación con el equipod de Enfermería y su habilidad al aplicar los cuidados. No existía un baremo que orientase al profesor y a los profesionales de la sala, para poder evaluar objetivamente al alumno. La evaluación se basaba en un comentario subjetivo del profesor.

CURSO 80/81

En este año académico se añade a la hoja de control de asistencia, dos objetivos generales que tienen incidencia en:

1) El conocimiento de la dinámica del Centro de Prácticas.
2) Demostrar conocimiento sobre los principiuos en los que se basan los procedimientos utilizados por Enfermería y perfeccionar los aprendidos anteriormente.

Estos objetivos generales se desglosaban en objetivos específicos e iban acompañados de un listado de los conocimientos que los alumnos debían aplicar durante el período de prácticas. La mayoría de los mismos eran enseñados en cláses teórico-prácticas, impartidas previamente al inicio de las prácticas hospitalarias, los otros se adquirían durante el desarrollo del programa teórico.

El disponer de un listado de los conocimientos que debían aplicarse durante el desarrollo de las prácticas, dió lugar a diferenciar entre aquellos objetivos que debía alcanzar el alumno en Enfermería Médico-Quirúrgica I y II.

CURSO 81/82

En este curso académio se establece para Enfermería Médico-Quirúrgica I que de los dos períodos de prácticas, uno se desarrollo en una unidad médica y el otro en una unidad quirúrgia, y se establece un período en salas especiales tales como: U.C.I., Urgencias, etc... para Enfermería Médico-Quirúrgica II.

Siguiendo en una línea de mejorar tanto la relación profesor/alumno como lograr el máximo aprovechamiento del alumno en la aplicación práctica de sus conocimientos, se reforzaron las prácticas con unos seminarios semanales realizados en el mismo Centro y en horario de prácticas. El contenido de los mismos versaba sobre problemas que surgían durante el desarrollo de las prácticas y como refuerzo de conocimientos cuya aplicación era detectada por el profesor, como incorrecta.

También se empezó a solicitar a los alumnos que realizaran trabajos de recogida de datos, observación y evolución por problemas, con un mínimo de seguimiento de tres días, de un paciente de la unidad donde el alumno desarrollaba sus prácticas. Este trabajo se exigía en el 2.° período de prácticas, puesto que el alumno en este momento tenía un bagaje técnico que le permitía llevarlo a cabo.

CURSO 82/83

Una vez realizada la evaluación del curso anterior, constatamos que si bien empezábamos a tener medidas para evaluar los conocimientos, no existían baremos para evaluar las aptitudes y actitudes del alumno, que nosostros considerábamos y consideramos parte fundamental del proceso de aprendizaje.

Por ello se vió la necesidad de añadir a las hojas de evaluación un pequeño cuestionario en el que se contemplaban los siguientes puntos:

- actitud
- integración
- iniciativa

- aprendizaje
- trato con el paciente

Si sigue en este curso con la misma dinámica de seminarios y elaboración de trabajos que el año académico anterior.

CURSO 83/84

Ante la dificultad de evaluar objetivamente todo el proceso de cuidado al paciente, se elaboró un dossier siguiendo el modelo confeccionado por el Departamento de Enfermería Fundamental de nuestra escuela.

Este dossier constaba de objetivos generales, intermedios y específicos que englobaban el conocimiento y la conducta a seguir en el desarrollo de todos los procedimientos. Los objetivos generales registrados eran 11. Los cinco primeros recogían además de los conocimientos, las aptitudes que debía alcanzar el alumno al término de sus prácticas, y del 6 al 10 las actitudes que se exigían en el desarrollo de las mismas. El último objetivo general englobaba las tres vertientes:

— cognoscitiva
— psicomotora
— afectiva

Para evaluar estos objetivos se estableció una escala del 1 al 5, siendo esta última la calificación óptima que podía alcanzar el alumno.

El dossier también contemplaba la posibilidad de hacer observaciones individualizadas a cada objetivo. Este se completaba con dos hojas, una para la evaluación que el alumno realizaba al término de su período de prácticas basándose en los siguientes aspectos:

a) Opinión sobre el servicio en donde ha realizado sus prácticas.
b) Relación con el equipo asistencial.
c) Comentario sobre el desarrollo de los seminarios: Temática y dinámica.
d) Calificación del profesor.

Y en la segunda hoja el profesor recogía sus observaciones globales sobre el desarrollo de las prácticas.

Al ser los contenidos teóricos de la asignatura distintos en Enfermería Médico Quirúrgica I y II, se elaboraron dos tipos de dossiers que reflejaban los objetivos de conocimientos que pretendíamos que el alumno alcanzara en cada curso, siendo los de actitud iguales para ambos.

Además de todo lo expuesto se inician nuevas experiencias.

— El registro diario por el alumno de sus actividades en una «libreta de campo» con un doble fin; acostumbrar a este a registrar de forma sistemática y por otra parte facilitar al profesor su labor de seguimiento.

— Para conseguir una más rápida integración del alumno en el servicio donde va a desarrollar sus prácticas, se elaboraron unas guías por unidad, en las que constaba: Ubicación, estructuca, organización, utillaje y tipo de pacientes.

CURSO 84/85

Después de la experiencia de un curso aplicando el dossier y trás su evaluación constatamos que:

* Es un buen elementos para objetivar la evaluación.
* Sirve de guía para que los profesionales de la unidad conozcan los objetivos que la escuela pretende alcanzar.
* Es una herramienta eficaz para unificar criterios de evaluación entre el profesorado.
* Permite individualizar la evaluación.
* Posibilita el seguimiento del alumno relacionando sus períodos de prácticas.
* Detecta las lagunas que se pueden dar en el período de formación de prácticas.
* Debido al minucioso desglosamiento de los objetivos resultada repetitivo para el evaluador.
* Los objetivos de actitudes y aptitudes precisan ampliación y criterios de evaluación, debido a la subjetividad que encierran.
* El dossier de Enfermería Médico-Quirúrgica II era excesivamente general para la especifidad de los servicios.

Valoradas las ventajas e inconvenientes del método llevamos a cabo las correspondientes rectificaciones:

— Dossier específico por servicio para Enfermería Médico-Quirúrgica II. Teniendo en cuenta las enmiendas sugeridas por los profesionales de estos servicios.

— Elaboración de un dossier resumido para evaluación de cada alumno, manteniendo el anterior como pauta para el servicio.

— Ampliación y desarrollo de criterios de evaluación para los objetivos de aptitudes y actitudes. Teniendo en cuenta la importancia de estos objetivos que son comunes a toda la escuela, se trabajaron con profesores de otras asignaturas para obtener así, una herramienta única y más objetiva.

De esta forma el dossier se compone de tres partes diferenciadas:

1.—Objetivos de conocimientos

2.—Objetivos de aptitudes y actitudes

3.—Observaciones del profesor y evaluación del alumno.

En el transcurso de este curso, observamos que los criterios elaborados para evaluar los objetivos de aptitudes y actitudes eran incompletos ya que solo demostraban la conducta óptima, dejando sin desarrollar las intermedias y deficientes. Por lo que un grupo de profesores de toda la escuela, asesorados por una profesora de ciencias de la educación, iniciaron un trabajo de elaboración de nuevos criterios para facilitar una mejor evaluación. Este trabajo ya ha sido realizado y se está poniendo en práctica en el actual curso académico.

Queda pues patente en el transcurso de esta comunicación que la evaluación es un proceso dinámico por lo que siempre estará en situación de cambio.

En el transcurso de este curso, observamos que los criterios elaborados para evaluar los objetivos de aptitudes y actitudes eran incompletos ya que solo demostraban la conducta óptima, dejando sin desarrollar las intermedias y deficientes. Por lo que un grupo de profesores de toda la escuela, asesorados por una profesora de ciencias de la educación, iniciaron un trabajo de elaboración de nuevos criterios para facilitar una mejor evaluación. Este trabajo ya ha sido realizado y se está poniendo en práctica en el actual curso académico.

Queda pues patente en el transcurso de esta comunicación que la evaluación es un proceso dinámico por lo que siempre estará en situación de cambio.

17.ª COMUNICACION

PROCESO DE ELABORACION DE ESCALAS DE CONDUCTA PARA LA EVALUACION DE ACTITUDES Y APTITUDES DEL ALUMNO DURANTE EL PERIODO DE PRACTICAS

Realizado por:
JAVIER COLINA
LOURDES GARCIA
ANDREA PARDO
DOLORES SALES
ISABEL SANCHEZ
BERTY SUÑE
ROSER VALLS
TERESA VERDURA

Profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Central de Barcelona.

INDICE

1. INTRODUCCION
2. FASES DE ELABORACIÓN DE LA ESCALA
3. CALIFICACION ESCOLAR
4. CALIFICACION ACADEMICA
5. ESTUDIO EMPIRICO DE LA ESCALA
6. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCION

En la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Central de Barcelona, siempre ha existido una preocupación para poder evaluar las actitudes y aptitudes del alumno en el campo de prácticas.

Aprovechando la concesión de una tutoría solicitada al Institut de Ciencies de l'Educació (I.C.E.) de la Universidad de Barcelona, realizada por la profesora de Ciencias de la Educación Dra. Flor Cabrera y ante la necesidad de disponer de un instrumento válido y fiable para la evaluación de las actitudes y aptitudes de los alumnos en prácticas, se confeccionó una escala de conductas de tipo descriptivo que pudiera ser utilizada por todos los Departamentos de la Escuela.

El equipo de trabajo estuvo compuesto por profesores de diversos Departamentos.

2. FASES DE LA ELABORACION DE LA ESCALA

Partiendo de los objetivos existentes sobre actitudes y aptitudes en el Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica y que fueron utilizados durante el curso académico 84/85, se procedió a la remodelación de algunos de ellos con la intención de que se recogieran al máximo las conductas del alumno en prácticas. Todo ello dió origen a discusiones y puestas en común de las opiniones que tenían los profesores sobre cada uno de las conductas. Por término medio la elaboración de cada objetivo comportó dos horas y media de discusión.

En total se trabajaron once objetivos, que son:

1.—Cumplimiento de normas
2.—Capacidad de observación
3.—Organización
4.—Iniciativa
5.—Orden y limpieza
6.—Eficiencia
7.—Responsabilidad
8.—Interés
9.—Relación con el usuario y familia
10.—Adaptación al equipo
11.—Aprendizaje

Una vez definida la conducta general que corresponde a los objetivos expuestos anteriormente, se buscaron indicadores que la pusieran de manifiesto, así por ejemplo, en el objetivo general de organización se construyeron los siguientes indicadores:

* Prever el material necesario para cada procedimiento.
* Saber distribuirse el tiempo para realizar las acciones dentro del horario establecido.
* Establecer prioridades en las actuaciones en función de las necesidades del enfermo y de las posibilidades que ofrece el centro, en cuanto a organización y recursos.

Una vez elaborados todos los indicadores de los objetivos, se pasó a la construcción de las escalas, eligiéndose el tipo de escala numérico-descriptiva por ser la que se adecuaba mejor a nuestros objetivos. Así por ejemplo, para los indicadores expuestos anteriormente se elaboraron las siguientes escalas:

3. ORGANIZACION

a)

1	2	3	4	5
Normalmente, poco previsor del material que necesita para realizar sus tareas.		A veces, es precipitado o descuidado en la elección del material necesario.		Realiza su actuación con todo el material necesario previamente seleccionado.

b)

1	2	3	4	5
Normalmente, sus actividades se le acumulan por falta de organización.		A veces, las actividades se le acumulan.		Se distribuye ordenadamente el tiempo para realizar sus actuaciones a lo largo de la jornada.

c)

1	2	3	4	5
Ante varias acciones a realizar, no sabe establecer un orden de importancia o urgencia.		A veces, no contempla el orden de prioridades de sus actuaciones.		Establece el orden de prioridad de sus actuaciones correctamente.

Como puede observarse, en las escalas se describen tres niveles de conducta específica, 1, 3 y 5, que miden el grado o frecuencia según el caso de dicha conducta, siendo graduaciones intermedias el 2 y el 4.

Este proceso de transformación de los objetivos a escalas de conducta, nos permite dar mayor objetividad a la evaluación gracias a la especificación de las conductas, al mismo tiempo que nos conduce a la unificación de criterios. El instrumento elaborado tiene un total de 21 escalas.

A fin re recoger cualquier aspecto, tanto positivo como negativo, del alumno que no estuviera reflejado en la escala, se consideró que era importante realizar dos preguntas abiertas y un apartado de observaciones, que a la vez confirmarían la validez de las escalas.

3. CALIFICACION ESCALAR

La calificación escalar del alumno en un instrumento de las características que hemos elaborado, se situará en un continuo de puntuaciones que irá desde 21 (21×1) que caracterizará al alumno muy deficiente, hasta 105 (21×5) que caracterizará al alumno excelente, siendo la puntuación 63 (21×3) un nivel de conducta intermedio. Por ejemplo, un alumno con puntuación por debajo de 63, cuanto más se acerque a 21 más deficiente será su conducta y un alumno cuya puntuación se sitúa por encima de 63, cuanto más se acerque a 105, más excelente será su conducta.

Viendo que en la puntuación global de la escala, quedaban poco representados los objetivos de OBSERVACION e INICIATIVA, aspectos que el grupo consideraba importantes en Enfermería, ponderamos la puntuación obtenida en las escalas que correspondían a estos objetivos, dicha ponderación, consistió en multiplicar por dos la puntuación que el alumno obtenía en estas escalas. De esta forma la puntuación mínima que obtiene el alumno se sitúa en 23 (23×1) y la máxima 115 (23×5) y la intermedia 69 (23×3).

4. CALIFICACION ACADEMICA

Con objeto de que la calificación obtenida en la escala, se adecuara al tipo de calificación tradicionalmente usada (académica) de 1 a 10 puntos, y después de diferentes intentos en este sentido, se llegó a las siguientes transformaciones:

PUNTUACION ESCALAR		PUNTUACION ACADEMICA
76-81	=	5
82-86	=	5,5
87-91	=	6
92-95	=	6,5
96-99	=	7
100-103	=	7,5
104-106	=	8
107-109	=	8,5
110-112	=	9
113-115	=	10

Como puede observarse, hemos situado el tradicional aprobado en el intervalo 76-81, en lugar de considerar la puntuación de aprobado en 69 (puntuación que como hemos visto corresponde al valor intermedio de la escala). La elevación de la puntuación en 7 puntos para obtener el aprobado, tiene por objeto compensar la tendencia general observada a puntuar alto, así como elevar un poco el nivel de exigencia mínimo.

5. ESTUDIO EMPIRICO DE LA ESCALA

La escala fue probada a nivel empírico por los profesores del grupo de trabajo cuyos alumnos efectuaban en aquel momento el tercer período de prácticas, siendo la evaluación llevada a cabo por el mismo personal del servicio.

El total de alumnos evaluados con este instrumento fue de 25, en diferentes centros de Barcelona.

Con los datos obtenidos, una vez realizada la experiencia, se estudió la validez de las ponderaciones realizadas: la primera, referida a las escalas de observación e iniciativa, y la segunda, correspondiente a la asignación del nivel de aprobado.

El proceso seguido para tal validación consistió en obtener tres tipos de calificaciones para cada alumno:

1.ª Una calificación realizada sin ponderar los objetivos de observación e iniciativa, lo cual suponía que contábamos las 21 escalas, siendo 63 el término medio del aprobado.

2.ª Otra calificación se obtuvo multiplicando por dos los objetivos de observación e iniciativa, siendo el punto medio o aprobado 69 sobre 23 escalas.

3.ª La tercera calificación se efectuó igual que en el caso anterior, pero elevando el nivel de exigencia 7 puntos, quedando el punto medio o aprobado en 76 sobre 23 escalas.

Con los resultados obtenidos, vimos que con este último sistema de calificación la evaluación de los alumnos quedaba más ajustada a la situación real que les caracterizaba. Así, por ejemplo, en un alumno de bajo rendimiento por el primer tipo de calificación obtenía una puntuación de 6. El segundo, daba una puntuación de 5,5 y el tercero de 5. Creemos que esta puntuación de 5 es la que más se ajusta a la conducta de este alumno en prácticas.

6. CONCLUSIONES

1. Partiendo de la importancia de las prácticas en la formación de los alumnos, constatamos la necesidad de confeccionar los instrumentos que permitan una evaluación más objetiva y global.

2. Con las sesiones de trabajo del grupo de profesores se consiguió la unificación de criterios necesaria para la elaboración de un instrumento de

evaluación de aptitudes y actitudes, lo que nos permite hoy, utilizar un lenguaje común.

3. Consideramos este estudio un primer paso para sucesivas investigaciones, tales como la confección de un instrumento de autoevaluación del alumno, evaluación del profesor, así como la posibilidad de evaluar la calidad de las prácticas.

Actualmente estamos elaborando un instrumento para valorar las prácticas desde el punto de vista del alumno.

18.ª COMUNICACION

UNA EXPERIENCIA EN LA ATENCION PERSONALIZADA AL ALUMNO

ESPERANZA RAYON VALPUESTA
Directora de Estudios, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra.

INTRODUCCION

Experiencia común a todos los que nos dedicamos a la enseñanza de la Enfermería, es que tres años de formación pasan demasiado deprisa.

Intentamos conseguir de nuestros alumnos una serie de conocimientos teóricos, unas destrezas y actitudes que al finalizar la carrera, les pongan en condiciones de asumir con eficacia y seguridad el papel que les corresponde como profesionales.

Esto, además de pretenderlo en un período de tiempo corto, queremos que alcance unos niveles de calidad generalmente desproporcionados a la situación personal de los alumnos.

En efecto, al estudiante de Enfermería, que suele iniciar la carrera con 18 ó 19 años, y la concluye con 21 ó 22, le exigimos una madurez humana, un equilibrio que dificilmente se detecta en otros jóvenes, en otros estudiantes de su edad.

Y esto, debe ser así, porque se le pide que atienda las necesidades físicas, emocionales y espirituales, que comprenda y apoye no sólo al paciente, sino también a sus familiares, que afronte con éxito la presión y la tensión de circunstancias conflictivas.

Conocer esta situación, nos ha ido llevando, de modo más o menos consciente, a mantener una relación educativa más personal con el alumno.

El papel de educador, se ha ido extendiendo más allá de la estricta explicación de la materia, o de la mera supervisión de sus prácticas. Esta realidad, que puede ser experiencia común de los presentes, nos ha llevado, en nuestro caso, a institucionalizar un tipo de orientación individualizada que se denomina «Asesoramiento Académico Personal».

ASESORAMIENTO ACADEMICO PERSONAL

Gordillo lo define como: «*Un proceso educativo individualizado de ayuda al educando en su progresiva realización personal, lograda a través de la libre asunción de valores; y ejercicio intencionalmente por los educadores, en situaciones diversas que entrañan comunicación y la posibilitan*».

Sus objetivos propios, recogidos en el «Libro de Programas de la Escuelas» son:

— Mejorar el rendimiento académico de su esfuerzo personal.

— Desarrollar la capacidad de convivencia y su buena ambientación en la carrera y en la Universidad.

— Fomentar la participación en aquellas actividades universitarias que mejor puedan contribuir a su formación.

— Impulsar el cultivo de aficiones enriquecedoras de su personalidad.

Para el estudiante, representa una ayuda valiosa, pero en ningún modo debe verse como una sustitución de su esfuerzo, una clase particular o una simplificación de la materia.

Se trata con esta orientación, de que *él mismo* supere dificultades, mejore profesional y humanamente, y crezca en sentido de responsabilidad con una mayor autoexigencia.

Es imprescindible, por lo tanto, que se desarrolle en un marco de auténtico respeto y libertad de acción entre el profesor y el alumno.

Sistemática

El asesoramiento académico personal, comienza ya desde primer curso.

Los alumnos se distribuyen entre todos los profesores e Instructoras o Monitoras de la Escuela, correspondiendo a cada docente un número de estudiantes que oscila entre cinco o diez, dependiendo de las posibilidades de horario de cada uno.

Al inicio de curso, cada profesor convoca al grupo de alumnos correspondientes para efectuar una presentación mutua, exponer sus horarios y lugar donde podrá atenderlos.

A partir de ese momento, los alumnos acuden voluntariamente a ver a su asesor cuando lo desean.

No existe un número de entrevistas determinadas previamente ya que se entiende que las necesidades de cada alumno varían. Unicamente la Junta Directiva de la Escuela establece unos mínimos: Una entrevista al trimestre. Si el alumno no acude, el profesor se encarga de citarlo.

También, La Dirección de la Escuela, siguiendo las recomendaciones de expertos en Pedagogía, señala unas indicaciones concretas sobre la práctica del asesoramiento:

1. Lugar: Despachos, seminarios, aulas de la Clínica, etc., donde el profesor realice su trabajo, siempre dentro del recinto universitario.

2. Duración: Varía mucho, según los temas tratados y la situación del momento. En término generales, se ve conveniente un mínimo de quince minutos.

La eficacia del asesoramiento aumenta, al respetar las preferencias de los alumnos hacia otros profesores.

Es frecuente, que, sobre todo a partir de segundo curso, independientemente de acudir a su asesor, el alumno solicite orientación a otros docentes. De todos modos, la experiencia recogida hasta ahora, aconseja mantener el mismo asesor a lo largo de la carrera, porque de este modo, se garantiza el seguimiento de cada estudiante.

No en vano, el concepto mismo de la tarea de asesorar contiene el término «proceso», que exige una continuidad en orden a lograr unos objetivos.

Temas a tratar en la entrevista

En las primeras entrevistas, conviene situarse de modo natural en una serie de detalles que pueden influir en el estudiante.

— Circunstancias familiares como lugar de residencia, profesión de los padres, número de hermanos.

— Alojamiento durante el curso. Si por ejemplo, comparte un piso con otros compañeros, se derivarán unas consecuencias especiales decisivas en su rendimiento.

— Habilidades, conocimientos distintos a la carrera elegida, inclinaciones culturales o deportivas.

— Ocupación del tiempo libre.

— Lecturas de su interés, etc.

— Por otra parte, los temas que el profesor procurará con frecuencia tratar serán:

— Hábito de estudio: Si es preferentemente memorísitco o tiende claramente a la comprensión de conceptos.

— Capacidad de organización: Si se marca objetivos, si cumple plazos, si sabe programarse...

— Modo de tomar apuntes. Es importante insistir en la consulta de bibliografía.

— Integración de los conocimientos teóricos con las prácticas realizadas.

— Respuesta a los exámenes.

— Expresión oral o escrita. Rigor en la terminología empleada.

— Sistematización seguida a la hora de elaborar un tema, o presentar un trabajo.

— Relación con el profesorado.

— Trabajo en grupo: Participación, colaboración, aceptación de opiniones distintas.

— Perspectivas profesionales: Orientación profesionales inmediata (docencia, asistencia).

— Estado de salud, número de horas de sueño, tipo de alimentación, especialmente si no reside con su familia.

Un tema que aparece en casi todas las entrevistas en su formación práctica. Dependiendo del curso, tendrá unas connotaciones específicas, que suelen variar a medida que mejora la integración del alumno y va ganando en experiencia, pero siempre marca profundamente el propio estilo profesional.

En relación a este apartado, pueden tocarse cuestiones como:

— Situación en el equipo: Relación con profesionales de Enfermería, con otros profesionales, con los compañeros.

— Atención integral al paciente y su familia.

— Relación personal con el enfermo y su familia. Aspectos positivos de esta relación o por el contrario, que resultan dificiles.

— Nuevas técnicas o procedimientos aprendidos.

Preparación del profesorado

El profesor, para el desempeño de esta función, debe poseer unas cualidades, que fácilmente se pueden desprender de lo expuesto hasta aquí.

En primer lugar, su propio prestigio profesional.

Es preciso que imparta las clases con altura y seriedad. Sin esto, dificilmente podrá ejercer una cierta autoridad sobre el alumno.

Requiere mantener un profundo respeto hacia las personales opiniones del estudiante. Por tanto, no deberán tratarse cuestiones políticas opinables.

Disponibilidad real para atenderlos.

Mostrar interés verdadero por los interrogantes que plantean, aunque a él le parezcan banales, quizá por haber encontrado respuesta hace años.

Saber escuchar. Atender con calma.

Tener confianza en el alumno, que le haga crecer en sentido de responsabilidad.

Aceptar, sin mantener una actitud defensiva, las críticas negativas expuestas por el estudiante, sabiendo explicar luego con serenidad, el propio punto de vista. No podemos olvidar, que el profesor puede mejorar personal y profesionalmente con ésta relación.

Conservar un trato sencillo, pero sin olvidar su condición académica.

No cabe duda, que los años de experiencia en la docencia, suponen la mejor capacitación para una adecuada atención personal a los alumnos.

Sin embargo, se procuran unos medios para que todos, en especial los más jóvenes, puedan desempeñar convenientemente esta tarea.

Por un lado, se mantiene una reunión mensual conjunta donde:

a) Se recuerdan criterios. A este respecto, disponemos de una Instrucción, elaborada por un equipo de expertos de la Universidad que los facilitan enormemente.

b) Se exponen dificultades que uno o varios profesores hayan detectado, intentando buscar soluciones.

c) Se evalúa la efectividad del asesoramiento, y

d) Se marcan objetivos a corto plazo.

Otro medio empleado, es la organización de cursos para profesorado de Enfermería, desde el ICE de la Universidad, donde se estudia a fondo todo el proceso de la orientación individualizada.

Para terminar, expondré los resultados globales obtenidos el curso 1984-85 en nuestra Escuela:

Fué atendido, aproximadamente, un 80 % del alumnado, según el sistema del «Asesoramiento Académico Personal», al menos una vez. Un 60 % fueron entrevistados más de dos veces a lo largo del curso.

Cabe señalar, como experiencia, cierta tendencia a prestar una mayor atención a los casos más necesitados, principalmente por bajos rendimientos académicos, dejando en un segundo lugar toda la otra faceta de estímulo de aquellos que podríamos llamar «destacados», y que no cabe duda, es importante potenciar, por la mejora de la propia profesión.

La respuesta de los estudiantes fue altamente positiva. En un informe de la Representación Estudiantil recibido en la Dirección de Estudios en junio pasado, mostraban su deseo de que a los nuevos alumnos de primer curso, se les hablase con más detenimiento del asesoramiento, para que desde el primer momento, pudieran utilizarlo. Solicitaban, asimismo, acudir personalmente para animarles a participar.

Nada más. Muchas gracias.

19.ª COMUNICACION

«PERFIL ADMINISTRATIVO, DOCENTE Y DE INVESTIGACION DE LAS EE.UU.EE. DEL DISTRITO UNIVERSITARIO DE VALENCIA»

Autores:
JUAN JOSE ALARCON POLO
M.ª AMPARO BENAVENT GARCES
RAMON CAMAÑO PUIG
ANDRES CUESTA ZAMBRANA
E.U.E. de la Universidad de Valencia

GUION

1.° Introducción
2.° Material y Método
3.° Descripción y Comentarios
4.° Conclusiones

INTRODUCCION

Los motivos que nos han llevado a hacer el presente trabajo, nacen de la obvervación de una serie de diferencias, en los aspectos a tratar, entre las distintas escuelas; de la intención y voluntad de todas ellas por unificar criterios relativos a la formación de los alumnos, y a la adecuación de la misma a la necesidades particulares de las personas de la comunidad donde trabajarán como profesionales.

Los objetivos que nos trazamos pasan por:

1.° Recoger toda la información de los distintos centros en relación a los aspectos de estudio.

2.° Analizar los datos obtenidos comparándolos con las directrices marcadas por la O.M.S. respecto a la formación en Enfermería Básica.

3.° Elaborar un documento base de cara a la nueva estructuración de planes de estudio que se realizará en las escuelas a partir de enero próximo, tal y como se prevee en los Estatutos de la Universidad.

MATERIAL Y METODO

El material sobre el que se ha trabajado ha estado formado por la información facilitada por los diferentes centros, el Cuaderno de Salud Pública n.° 7 de la O.M.S. «Programas para la Enseñanza de la Enfermería Básica», el Proyecte d'Estatuts de la Universitat de Valencia y la L.R.U.

Hemos contado con la colaboración de las siguientes escuelas:

— E.U.E. «La Fe», dependiente del INSALUD y adscrita a la Universidad.

— E.U.E. «Virgen de los Desamparados», dependiente del Patronato del Santo Celo, adscrita a la Universidad.

— E.U.E. «Ntra. Sra. del Sagrado Corazón», dependiente del INSALUD y adscrita a la Universidad.

— E.U.E. «Universidad de Valencia-Hospital Clínico» oficial.

Solicitamos igualmente la colaboración de la E.U.E. del Hospital General, fue atendida la solicitud inmediatamente pero al comentarnos que el Director del centro no tenía notificación consideramos que no procedía recoger la información sin consentimiento del mismo. Acordamos que cuando fuera hecha la notificación nos los comunicarían. En vista de que el plazo de presentación de la comunicación finalizaba y no teníamos en nuestro poder los datos relativos a este centro, hicimos varias llamadas hasta que decidimos cerrar el trabajo sin la aportación de esta escuela.

El proceso que hemos seguido para la realización de este trabajo, es el siguiente:

1.° Al conocer el tema a tratar en las VI Jornadas de Trabajo de la A.E.E.D., nos sugiere la posibilidad de analizar, el centro del punto relativo al Subsistema de Docencia, cual es la situación de las escuelas que componen nuestro distrito universitario.

2.° Tras incorporarnos al trabajo después de vacaciones, elaboramos un cuestionario (Anexo 1), con un total de nueve preguntas relativas a la descripción y organigrama del centro; profesorado; alumnos; materias impartidas; prácticas; dotación económica; infraestructura.

3.° Informamos a la dirección de nuestro centro, solicitándole remita a cada una de las escuelas restantes un escrito informando de nuestro propósito y pidiendo su colaboración.

4.° Contacto telefónico con las escuelas con el fin de concretar la cita.

5.° Visita al centro donde fuimos atendidos en todos ellos por la dirección, Director o Subdirector o Directora Técnica o Secretario, acompañados en todos los casos por profesionales de Enfermería.

6.° Una vez recopilados los datos se han estudiado siguiendo la línea de consecución de los objetivos trazados, obteniendo los resultados que describimos a continuación.

DESCRIPCION Y COMENTARIOS

Como se refleja en el Cuadro 1, en el cual hemos pretendido mostrar un organigrama válido para todos los centros, podemos apreciar por la colaboración del trazo, que existen elementos dentro del organigrama que son comunes a todas las escuelas en cuanto a funciones, responsabilidad y situación en el mismo; mientras que aparecen otros específicos de determinados centros, u otros que varían su denominación mientras que no varían sus funciones ni responsabilidades en uno y otro centro.

Hemos establecido en el organigrama muestra, tres niveles, la relación entre ellos impresiona, por la información facilitada por las escuelas, de «relación horizontal», aunque pensamos que subyace un cierto carácter jerarquizador.

En el primer nivel encontramos órganos como la Junta de Universidad que marca las directrices en la docencia solo para algunos centros y a niveles de docencia y administración para otros y los Patronatos que marcan directrices confesionales y de tipo administrativo en los centros que dependen de ellos.

El segundo nivel queda representado por la Junta de Escuela, formada por el equipo de dirección del centro y el total de los profesores en algunos de ellos y en otros el número establecido en los estatutos de régimen interno de los centros; los representantes de alumnos y en un sólo centro los representantes de padres de alumnos. Es considerada como el órgano máximo de decisión.

En el tercer nivel encontramos que cada uno de los cargos se ciñe a su cometido, salvo en algunos centros, donde la inoperancia de algunos hace que otros asuman su campo de competencias.

Por último, y dentro del cuarto nivel, destacamos la existencia del coordinador de área, que queda en algunos centros por encima del profesorado.

— En relación a la titulación de los cargos de dirección los resultados obtenidos han sido los siguientes:

A) Director, en todas las escuelas ocupado por un Licenciado o Doctor en Medicina.

B) Subdirector, Licenciados o Doctores en Medicina.

C) Directores Técnicos, Diplomados Universitarios en Enfermería.

D) Secretario, Licenciado o Doctor en Medicina en dos escuelas, Diplomado en Enfermería en las otras dos.

E) Coordinador de prácticas o Jefe de prácticas, Diplomado en Enfermería.

F) Jefe de Estudios, Licenciado o Doctor en Medicina en un centro, Diplomados en Enfermería en dos centros, no aparece en otro.

En relación a la pregunta número dos del cuestionario relativa al plan de estudios, tenemos:

- Se mantiene oficialmente el plan de estudios de 1977, vigente hasta ahora.
- Prevalece en todas ellas el sistema de agrupación de materias en papeletas, aunque en uno de los centros aparece desglosada la nota de la misma en las distintas materias que la componen, el motivo aludido para la toma de esta determinación es el valor que tienen las puntuaciones de las distintas materias dentro del baremo del INSALUD.
- En el cuadro 2 podemos apreciar la distribución de horas lectivas de las distintas materias. Queremos resaltar que al estudiar la información en este punto, cedida por los centros hemos encontrado en algunos de ellos denominaciones de materias en la misma nomenclatura que la utilizada en los programas de la formación de A.T.S., aspecto que nos ha sorprendido dado que algunos de los centros que mantiene este criterio no acompañan suplemento alguno que haga alusión a los contenidos específicos de enfermería.
- Respecto de la distribución de las materias por curso tenemos que:

a) La Pedagogía se imparte, en dos de los centros estudiados a lo largo de los cursos 1.°, 2.° y 3.°, mientras que en el resto aparece en uno de ellos en 3.°, no constando en el programa de la escuela restante.

b) La Sociología se imparte en los tres cursos en dos escuelas, en primero y segundo en una, y en segundo y tercero en la otra.

c) Salud Pública en segundo y tercer curso en tres centros, en el cuarto aparece en segundo curso junto a la denominada laboratorio y en tercero aparece una materia denominada Medicina Preventiva. Higiene y Sanidad.

d) Enfermería Médico-Quirúrgica en los cursos segundo y tercero.

e) Las optativas, son diferentes en las distintas escuelas, manteniéndose común en todas ellas la Etica que se ubica en tercer curso.

En una de las escuelas encontramos tres optativas para primero y tercero y cuatro para segundo, incluyendo la Traumatología.

En otras dos mantienen dos optativas en primero, tres en segundo y cinco en tercero.
Solamente en uno de los centros aparece una optativa por curso.

- Los métodos didácticos utilizados son todos los actualmente reconocidos, adoptándose cada uno de ellos según las características de la asignatura o del tema tratado.
- Se mantienen las incompatibilidades según se establece en el Plan de Estudios.
- En relación a la revisión periódica de los programas, contestan afirmativamente tres escuelas, respondiendo una que no se hace considerando que se debe a un fallo del centro. Se encuentran en los centros una copia de cada uno de los programas.

En cuanto a la cuestión sobre quien o quienes se encargan de hacer la revisión tenemos que: En uno de los centros son los coordinadores de área quienes junto con los profesores de la misma realizan la revisión; en otro es el propio profesor quien cambia o reforma el programa; en otro es el Jefe de Estudios; mientras que en el último que no se revisan actualmente, se han realizado intentos con la creación de una comisión de profesorado creada para tal fin.

— En relación a la pregunta relativa al alumnado tenemos que:

Como puede apreciarse en el cuadro número 3, existen marcadas diferencias en el número de alumnos de unas escuelas a otras, que como veremos al informar los resultados del punto cuatro, no mantiene relación con la capacidad e infraestructura de cada una de ellas.

Puede observarse, igualmente, que la media de salida de los alumnos en tercer curso no difiere en exceso de la cifra de entrada.

La edad oscila entre los 19 y 20 años.

El nivel académico con el que se incorporan los alumnos, se mantiene semejante en todas ellas, sobresaliendo un número considerable de licenciados que coinciden en uno sólo de los centros estudiados.

Las motivaciones del alumnado son prácticamente desconocidas de forma real en todos los centros.

El sexo predominante es el femenino.

La participación del alumnado como miembro de la Junta de Escuela está presente en todos los centros, sólo en una de ellas intervienen en las comisiones de estudio, económicas, etc., con voz y voto.

Existen representantes de alumnos en todos los centros elegidos democraticamente.

— En relación a la pregunta número cuatro relativa a la infraestructura tenemos que:

Todas las escuelas están ubicadas en edificios que comparten con otras actividades. Tres de las cuatro escuelas utilizan de forma exclusiva dos plantas, mientras que la cuarta utiliza sólo una planta que comparte sus locales con otras actividades.

La propiedad de los locales es del INSALUD en dos centros, el resto uno de ellos es propiedad de la Universidad y el otro del denominado Patronato del Santo Celo.

El sistema de financiación es como sigue:

— Dos centros financiados por INSALUD con ayuda de la matriculación.

— Un centro autofinanciado, matriculas y mensualidades.

— Un centro financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia a través de la Universidad.

• En cuanto a los centros utilizados para prácticas, se dispone en la Comunidad Valenciana de:

— Seis hospitales generales.

— Tres centros de Salud.

— Cuatro hospitales de especialidad.

Hemos considerados que los centros deberían disponer de:

— Biblioteca, sala de prácticas, aulas, seminarios, salas de estar y vestuarios para los alumnos, sala de estar para los profesores, duchas y servicios, y gimnasio, laboratorio, secretaría y Despachos.

Tal y como vemos en el cuadro número cuatro, quedando reflejado en él, la pobreza de medios de algunos centros y las disponibilidades de otros, evidenciándose a pesar de todo la incapacidad de las escuelas para soportar un número tan alto de alumnos.

— En relación a la pregunta número cinco, relativa al profesorado, tenemos que:

En el cuadro número cinco, podemos ver la dotación de profesores de las escuelas y la distribución de estos en relación a su nivel académico.

En general, todas las asignaturas del curriculum salvo la Enfermería Fundamental, Historia, etc., y en algunos casos la Salud Pública, está bajo la responsabilidad de la titulación Licenciados o Doctores en Medicina u otras Ciencias.

Es necesario resaltar que en una de ellas aparace el coordinador de área que siempre, como ya dijimos, es un D.U.E, que de alguna manera asume la responsabilidad de los contenidos de la materia a impartir.

Nos ha llamado la atención, como puede verse en el cuadro, que en uno de los centros los D.U.E.s., del mismo no se consideran incluidos dentro del bloque que se denomina profesorado.

En dos de las escuelas estudiadas además de las materias de responsabilidad exclusiva de los D.U.E.s., éstos intervienen en todas la asignaturas denominadas enfermerías, asumiendo de los programas la parte correspondiente a los cuidados básicos y específicos de los individuos o la comunidad desde las competencias de enfermería.

Todos los profesores de las escuelas disponen de venia docente de la Universidad, siendo la situación contractual de los mismos como sigue:

— Personal de enfermería contratado por la entidad financiadora de la escuela, en todos los centros.

— El resto del profesorado tiene contratos en uno de los centros con la entidad financiadora, percibiendo mensualmente el salario correspondiente al tipo de contrato. Mientras que en el resto de las escuelas este grupo de profesores percibe remuneración por hora de clase dada.

La participación del profesorado en la elaboración de planes de estudio y

objetivos se confirma en todas las escuelas.

— En relación a la pregunta seis, relativa a las prácticas tenemos:

Las prácticas ocupan dentro del curriculum de enfermería una parte importante. El resultado de las evaluaciones de éstas, se contabiliza junto con el de la evaluación teórica para emitir la nota final. En algunos centros la evaluación negativa significa el suspenso en el nivel teórico, mientras que en otros imposibilita al alumno para acceder al examen teórico.

En el cuadro número 6 puede verse el total de horas de prácticas y su distribución, los datos obtenidos, posiblemente corresponden más a un nivel teórico o de programación de las mismas que a un nivel práctico o de ejecución.

La responsabilidad del control de las prácticas recae en todas las escuelas sobre el profesional de enfermería, mientras que la planificación y dirección de las mismas recae en algunos centros sobre el jefe de estudios.

En todos los centros se establecen unos objetivos en relación al aprendizaje práctico, más o menos específicos, según los centros.

— En relación a la pregunta número siete, relativa a investigación tenemos que:

Podemos deducir después del estudio realizado, que la investigación se encuentra a nivel de todas las escuelas en lugares relegados dentro de la escala de prioridades de las mismas, se aprecia, sin embargo, en algunos de ellos un mayor nivel, no siendo éste excesivo, pero que destaca de forma notoria ante la pobreza de los demás.

Es necesario comentar que la investigación en aquellos centros donde se realiza, va dirigida hacia áreas muy concretas, notándose que no se abordan temas relativos al concepto y funciones de la enfermería y su situación dentro del contexto socio-económico-cultural donde se desarrolla.

— En relación a la pregunta número ocho relativa a la existencia en los centros de objetivos institucionales u orientadores de la formación a impartir, tenemos que:

Solamente dos de ellos responde afirmativamente, diferenciándose en uno de ellos dos tipos de objetivos, unos de carácter docente y otro confesional. En las restantes no existen objetivos reconocidos.

— En relación a la pregunta nueve, relativa a la evaluación de los objetivos en caso de que se tengan, tenemos que:

Contestan afirmativamente las dos escuelas que disponen de ellos haciéndolo una de ellas esporádicamente y sin control.

Ampliaremos el contenido de este apartado de descripción y comentarios, con la aportación de las directrices que marca la O.M.S. en relación a los aspectos tratados.

Pese a la recomendación de la O.M.S. relativa a la necesidad de conocer la comunidad donde se ubica el centro y para la cual se considera que van ha

ser formados los profesionales del mismo, encontramos que en las escuelas apenas si se hacen esfuerzos por conocer la comunidad, ni a través de la inclusión en el curriculum de asignaturas como Geografía e Historia, Cultura, etc., ni en el planteamiento de programas de investigación para suplir este desconocimiento, no sólo a nivel de cultura o situación social, sino de las necesidades y servicios sanitarios existentes dentro de la comunidad.

Hemos visto en la descripción, que en la elaboración de los planes de estudio, intervenían los profesores y en algunos centros una representación de alumnos. Siguiendo las directrices de la O.M.S., la elaboración de dichos planes deberían realizarse a través de un equipo compuesto fundamentalmente por, enfermeros/as, médicos, funcionarios de sanidad, educación y representantes de la comunidad y siempre asumiendo la responsabilidad en dicho equipo, el profesional de enfermería.

Igualmente afirma que nunca se emprenderá la elaboración de un plan de estudios sin establecerse previamente un objetivo general que debe quedar claramente definido. Respecto a la evaluación de los planes de estudio, seguimos manteniéndonos distanciados de lo aconsejado, puesto que debería existir un programa de evaluación periódica de la adecuación de la asistencia, que pueden prestar los profesionales que formamos, a la evolución de las necesidades de la población y la posible influencia de estos factores en la reorganización del plan.

Podemos añadir a esto el espíritu que se recoge en la L.R.U., y en los Estatutos de nuestra Universidad, acerca de la necesidad de adecuar la formación universitaria a la demanda social.

Otra recomendación de la O.M.S., establece la necesidad de adecuar el número de profesionales a formar en función de la demanda de servicios de enfermería en la comunidad donde se ubican las escuelas, así como proveer de las instalaciones necesarias para una adecuada formación, que pasaría por la existencia, no sólo de aquellas que consideramos propias de docencia, sino también las relacionadas con saneamientos, asistencia médica, y esparcimiento del alumnado.

CONCLUSIONES

1.ª Asumir que la dirección de las Escuelas de Enfermería, es competencia de los profesionales de enfermería, realizando las gestiones a nivel legal para adecuar la legislación al respecto.

2.ª Asumir la responsabilidad total de la formación de los futuros profesionales, a la vez que se gestiona el cambio en la reglamentación universitaria al respecto.

3.ª Es necesario estudiar las necesidades de la Comunidad Valenciana en relación a las competencias de enfermería, para adecuar el número de profesionales a la demanda de los mismos.

4.ª Es necesario adoptar criterios únicos en nuestra comunidad, con respecto a las enseñanzas de enfermería.

5.ª Es necesario investigar en el concepto y funciones de enfermería que nos permita adecuar nuestro rol profesional al sistema sanitario en la comunidad en la que se desarrolla, a la vez que oriente en la elaboración de los futuros planes de estudio.

ANEXOS

CUESTIONARIOS

1. Organigrama de la Escuela:
   - 1.1. Cargos.
   - 1.2. Responsabilidad de cada uno de los cargos.
   - 1.3. Titulación.
   - 1.4. Relación entre los cargos.
2. Plan de estudios específico del centro:
   - 2.1. Organización y distribución de las materias a lo largo de los cursos.
   - 2.2. Agrupación de materias en papeletas.
   - 2.3. Número de horas lectivas de cada materia.
   - 2.4. Métodos didácticos utilizados.
   - 2.5. Existencia de incompatibilidades.
   - 2.6. Se revisan de forma periódica los programas de disciplinas.
   - 2.7. Se dispone de una copia de cada uno de los programas a impartir.
   - 2.8. En caso de ser afirmativa la respuesta a la cuestión 2.6., ¿quiénes se encargan de hacer dicha revisión?.
3. Número de alumnos por curso:
   - 3.1. Media de salida de alumnos en tercer curso.
   - 3.2. Media de edad de los alumnos.
   - 3.3. Titulaciones con las que se incorporan a los estudios.
   - 3.4. Motivaciones si se conocen de los alumnos al elegir cursar estudios de enfermería.
   - 3.5. Existencia de un sexo predominante entre los alumnos.
   - 3.6. Nivel de participación de los alumnos en el funcionamiento de la escuela.
     - — Establecimiento de objetivos.
     - — Elaboración del plan de estudios.
     - — Trabajo en comisiones.
     - — Participación en juntas de escuela.
   - 3.7. Existencia de representantes de los alumnos y forma en la que han sido seleccionados.

4. Infraestructura de la Escuela:
   4.1. Características de los locales.
   4.2. Propiedad de los locales.
   4.3. Dotación económica.
   4.4. Centros de que disponen para realizar las prácticas.
   4.5. Se dispone de:
      — Biblioteca.
      — Sala de prácticas.
      — Aulas.
      — Seminarios.
      — Laboratorios.
      — Secretaría.
      — Despachos.
      — Salas de estar y vestuarios para los alumnos.
      — Sala de estar para el profesorado.
      — Duchas y servicios.
      — Gimnasio.

5. Profesorado:
   5.1. Número de profesores.
   5.2. Titulaciones:
      — Médicos.
      — D.U.E.
      — Otros.
   5.3. Disciplinas que imparten los profesionales médicos.
   5.4. Disciplinas que imparten los profesionales de enfermería.
   5.5. Disciplinas que imparten otros.

Nota aclaratoria: En las cuestiones 5.3, 5.4, y 5.5 se anotarán aquellas disciplinas que son responsabilidad total de cada uno de los profesionales.

   5.6. Tipos de contrato en relación con la titulación del profesorado.
   5.7. Participa el profesorado en:
      — La elaboración de los objetivos de la escuela.
      — Planes de estudio.

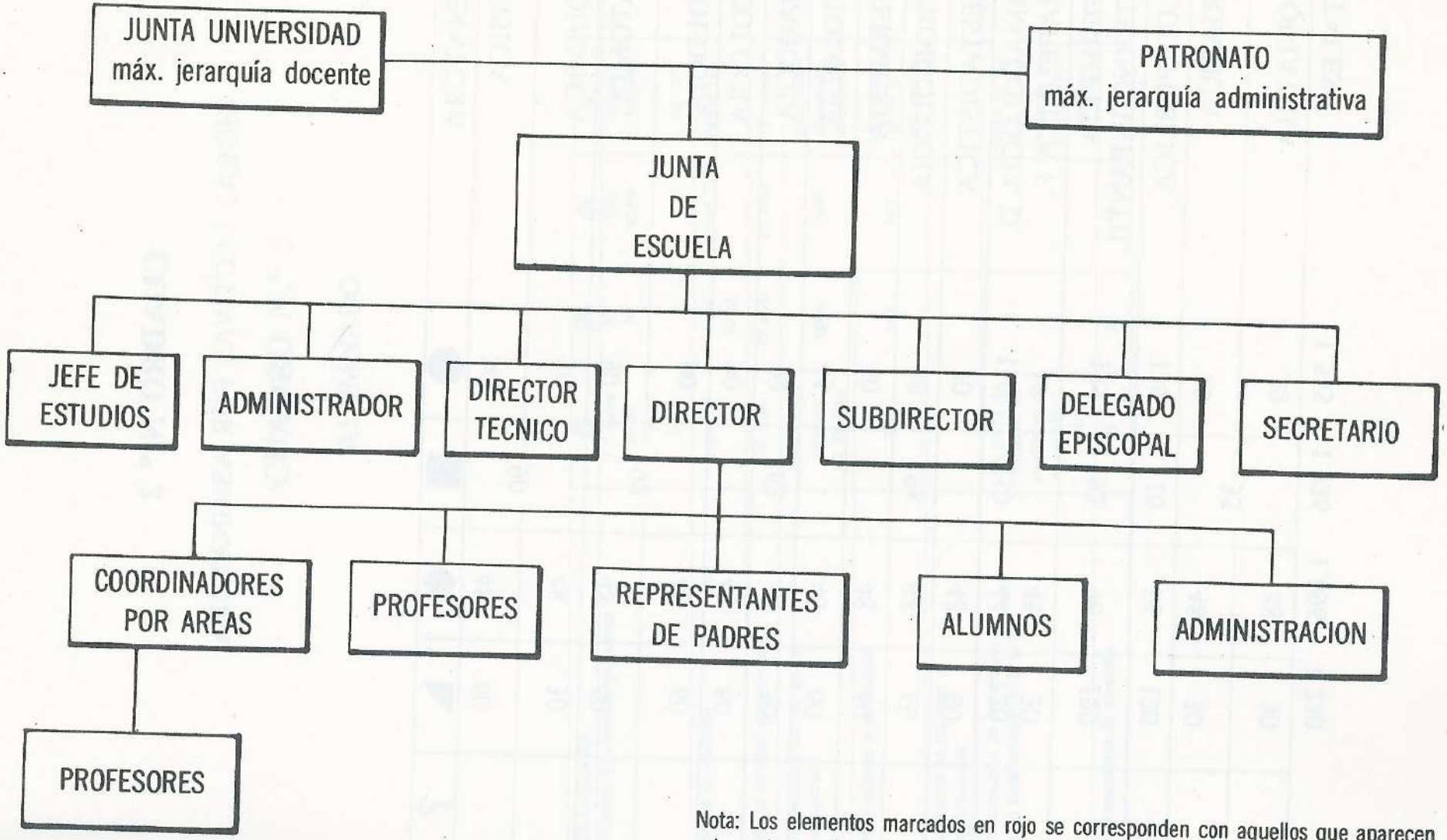
6. Relativo a las prácticas:
   6.1. Situación de las prácticas en el curriculum.
   6.2. Horas de prácticas realizadas en centros hospitalarios.
   6.3. Horas de prácticas en centro de salud o en la comunidad.
   6.4. Otro tipo de prácticas y horas que ocupan.
   6.5. Organigrama del profesorado encargado de prácticas:
      — Dirección de las prácticas.
      — Quién permanece, durante las prácticas, con el alumno.
      — Sobre quién o quiénes recae la responsabilidad en la evaluación de las prácticas de los alumnos.

7. Investigación:
   7.1. Existen programas de iniciación a la investigación para los alumnos.
   7.2. ¿Integra la escuela a los alumnos en programas de investigación?.
   7.3. ¿El profesorado de la escuela está incluido en algún programa de investigación?. Especificar en qué áreas.
   7.4. ¿La escuela facilita la investigación entre el profesorado, favoreciendo la iniciativa?.

8. Existen en la escuela unos objetivos institucionales que orienten las enseñanzas impartidas.

9. Si es afirmativa la respuesta a la cuestión número 8. Decir si existe algún tipo de evaluación para confirmar que han sido alcanzados los objetivos y las características de la misma.

CUADRO N.º 1



Nota: Los elementos marcados en rojo se corresponden con aquellos que aparecen solamente en algunos centros.
Los marcados en negro, son comunes en todos ellos.

CUADRO N.º 2

HORAS LECTIVAS POR ASIGNATURA

ASIGNATURA	●	■	◆	◣	?
BIOFISICA	30	90	48	60	
BIOQUIMICA	30		48	30	
ANATOMIA	90	192	48	60	
FISIOLOGIA	90		48	60	
PSICOLOGIA	90		48	60	
PEDAGOGIA	90	162	0	30	
SOCIOLOGIA	45		40	60	
ENFERMERIA	60		48	60	
MICROBIOLOGIA	30	198	48	60	
BIOESTADISTICA	30		48	60	
FARMACOLOGIA D. TERAPEUTICA F.	150 15	159	144 48	120 30	
ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL	155	92	96	120	
SALUD PUBLICA	150	110	96	120	
GERIATRIA	30	35	48	30	
PSIQUIATRIA	30		48	30	
TOTALES	1.535	1.336	1.096	1.230	

CUADRO N.º 3

ALUMNADO

CUESTIONES	●	■	◆	◣	?
Número de alumnos por curso	1.º entre 50-60 2.º y 3.º 50	50 50	100 60-90	entre 170-190 entre 160-140	
Salida de alumnos	sobre 45	entre 40-50	sobre 77	Sobre 123	
Media de edad aproximada	19 años	19 años	20 años	20 años	
Titulaciones con las que se incorporan	COU-FP2 mayores de 25 años	igual	igual	igual, añadiéndose licenciados	
Motivaciones si se conocer	SI	NO	NO	actualmente en investigación	
Existencia de un sexo predominante					
Participación de los alumnos en el funcionamiento de la Es.	En junta de Escuela. En establecimiento de objetivos	=	=	Junta de Escuela. Comisiones de estudios, económica	
Representantes de alumnos	SI	SI	SI	SI	

CUADRO N.º 4

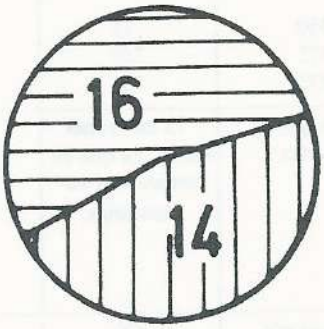
INFRAESTRUCTURA

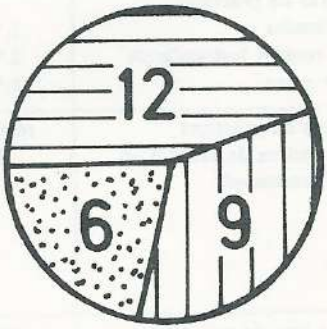
DEPENDENCIAS	●	■	◆	◣	?
BIBLIOTECA	X	X	X	X	
SALA DE PRACTICAS	4	1	1	1	
AULAS	4	3		1	
SEMINARIOS	5	Ø	Ø	Ø	
SALAS DE ESTAR Y VESTUARIOS ALUMNOS	X	X	X	Ø	
SALAS DE ESTAR PROFESORADO	X	Ø	Ø	Ø	
DUCHAS Y SERVICIOS	X	X	Servicios	Servicios	
LABORATORIO	X	X	X	X	
SECRETARIA	X	X	X	X	
DESPACHOS	X	X	X	X	
GIMNASIO	Ø	X	Ø	Ø	

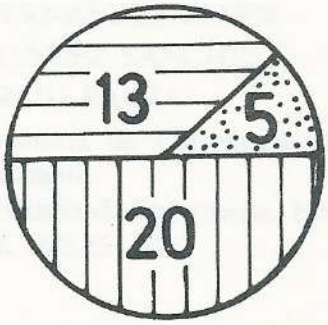
CUADRO N.º 5

DEL PROFESORADO

CUESTIONARIO	●	■	◆	◣	?
N.º PROFESORES	Aproximadamente 30	27	23	38	
Distribución del profesorado y titulación a) Médicos b) D.U.E. c) Otros	a) 16 b) 14 c) O	12 9 6	20 6 3	13 20 5	







CUADRO N.º 6

PRACTICAS

CUESTIONES	●	■	◆	◣	?
Horas de prácticas realizadas En centros hospitalarios Por curso	1.º 750 2.º 750 3.º 325	600 750 750	560 575 575	75 750 750	
Horas de prácticas En centros de salud o en la Comunidad	realizadas 300	No se contabilizan debido a que todos los alumnos las realizan. Por lo que se consideran dentro del total.	igual que la anterior	75 en primer curso, ya que en tercero son voluntarias.	
Otro tipo de prácticas	Laboratorio 1-2 h. semanales × 90 semanas 135 horas	Sesiones preparatorias previas a la la entrada en los distintos departamentos.	Laboratorio No se especifica durante cuantos días al años se realizan.	83	
Total horas de prácticas	2.260	2.100	1.710	1.838	

20.ª COMUNICACION

LA IMAGEN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA A TRAVES DE LOS ALUMNOS. UN ESTUDIO CON LA TECNICA DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

JOAQUIN DE JUAN HERRERO
NICOLAS CUENCA NAVARRO
ROSA M.ª PEREZ CAÑAVERAS
EDUARDO FERNANDEZ JOVER
PILAR FERNANDEZ SANCHEZ
MERCEDES RIZO BAEZA
Escuela Universitaria de Enfermería, Universitaria de Alicante
Escuela Universitaria de Enfermería, Hospital de Alicante, INSALUD

INTRODUCCION

La Enfermería en general y la de nuestro país en particular, se encuentra en un auténtico *proceso de profesionalización* (CAPILLA y BARDALLO 1983) a la búsqueda de su propia *identidad profesional* (TARRECH y Cols. 1984). En este sentido, una preocupación básica de los profesionales de Enfermería es la de precisar y definir su singular contribución al cuidado de la salud, conocer y hacer conocer la naturaleza del servicio que prestan (BLASCO 1983).

Muchos de los problemas que la Enfermería tiene planteados derivan precisamente de la ausencia de una clara delimitación de cuáles son sus rasgos característicos y diferenciales con otros profesionales de la salud, así como de cuál es el ámbito conceptual de sus competencias.

Las opiniones que de la Enfermería tiene diferentes colectivos han sido reflejadas en varias publicaciones (BALLESTERO 1984; DOMINGUEZ ALCON 1983, 1985; GONZALO 1985; BRENLLA y Cols. 1985; MARDARAS 1985).

En términos generales y aunque como señala DOMINGUEZ ALCON (1985), la imagen tradicional de la Enfermería se va modificando por los procesos que la dinámica sanitaria impone, se evidencia todavía una tendencia a considerar a los profesionales de Enfermería como ayudantes del médico, a los que no se les exigen unas grandes aptitudes intelectuales, ni espíritu crítico alguno.

Afortunadamente la elevación de la carrera a nivel universitario, con la creación de las Escuelas Universitarias de Enfermería, ha supuesto, como señala BELMONTE (1983), un primer paso en el reconocimiento de la singularidad y rango de la Enfermería como profesión diferente de la Medicina.

El profesional de Enfermería, como cualquier otro, desempeña una serie de *funciones* que en su conjunto constituyen su *papel* en la sociedad. Las fun-

ciones a su vez están integradas por *actividades* y éstas por *tareas* profesionales (GUILBERT 1981). De las tareas, actividades y funciones, es decir el papel desempeñado en la sociedad surge la *imagen* que del profesional tienen individuos colectivos.

Para desempeñar su papel el profesional precisa, por lo menos a nivel «ideal» de una serie de cualidades o requisitos tanto del dominio cognoscitivo y de las habilidades como de las actitudes (BLOOM y Cols. 1971). La representación que la sociedad tiene de las cualidades o requisitos que la profesión de Enfermería tiene o debería tener para desempeñar su papel constituyen la imagen real o ideal respectivamente de ésta.

En este trabajo y utilizando como técnica de estudio el Diferencial Semántico (DS) (OSGOOD y Cols. 1976) se analiza la imagen real que el profesional de Enfermería provoca en los estudiantes de esta carrera, la imagen que estos tienen del profesional ideal, las modificaciones que ambas imágenes sufren a lo largo de la carrera y las diferencias existentes entre la imagen real e ideal del profesional de Enfermería con las respectivas del profesional de la Medicina.

MATERIAL Y METODOS

1. Planteamiento del problema:

El diferencial semántico (DS), (OSGOOD y Cosl. 1976), es un instrumento de medida del significado connotativo, afectivo o subjetivo, mediante la utilización de escalas bipolares de siete intervalos, construidas por adjetivos antónimos. En este sentido el DS puede ser y ha sido ampliamente utilizado en la medición de actitudes, especialmente en los siguientes campos:

a) Investigación transcultural; b) Psicología clínica y c) Psicología social.

Una de las aplicaciones del DS en Psicología Social, es el estudio de vales sociales (FRIEDMAN y GLADDEN 1964), que permite cuantificar la percepción de diferentes papeles sociales en dos diferentes niveles: Como los sujetos perciben tales roles en la *realidad* y tal y como creen que deberían ser *idealmente*. Por todo lo expuesto el DS se presenta como una técnica muy adeucada para analizar cuantitativamente el significado subjetivo que los conceptos: *Profesional de enfermería real e ideal* y *profesional de medicina real e ideal* tiene para los estudiantes de enfermería, al principio y al final de sus estudios, es decir en primero y tercer curso de la carrera.

2. Sujetos de estudio.

Los datos analizados en esta investigación proceden de la aplicación del DS a estudiantes de 1.° y 3.° de Enfermería de la Universidad de Alicante. Las características generales de los dos grupos de estudiantes se recogen en el Cuadro I.

3. Aplicación del Instrumento de estudio:

La utilización del DS como escala de actitud debe cumplir una serie de requisitos tales como: a) Selección de escalas; b) Presentación del instrumento y recogida de datos; c) Tratamiento y análisis estadístico de los datos.

a) *Selección de escalas:* Para nuestro estudio hemos seleccionado 14 escalas (CUADRO II) del DS del idioma español (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975) basándonos en los dos criterios básicos propuestos por HEYSE (1970): Pertinencia de las escalas respecto del concepto a estudiar y composición factorial de las mismas.

La pertinencia de las escalas seleccionadas se consiguió presentando las 60 escalas del DS de la lengua española (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975) a un conjunto de profesionales de enfermería para que seleccionaran las más pertinentes al concepto «profesional de la salud». El peso factorial se comprobó en los resultados del primer análisis factorial del DS de la lengua española (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975).

De las 14 escalas seleccionadas 8 pertenecían a la dimensión evaluación (E), 3 a la dimensión potencia (P) y 3 a la dimensión acción (A). La escala masculino-femenino se obtuvo del libro de OSGOOD y Cols. (1976).

b) Presentación del instrumento:

Una vez seleccionadas las escalas se confeccionaron los correspondientes cuadernillos en cuya primera página se indicaban las instrucciones de contestación y en las restantes, las escalas y los conceptos, utilizándose un página para cada concepto. Las escalas estaban colocadas de forma aleatoria tanto en su ordenación, dimensiones y direccionalidad de los adjetivos bipolares (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975). Los cuadernillos se presentaron a los alumnos aprovechando una hora de clase lectiva sin previo aviso. Las contestaciones fueron anónimas.

c) Tratamiendo y análisis estadístico de los datos:

En cada escala se obtuvo su puntuación factorial (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975). Para cada dimensión (CUADRO II) se calculó la puntuación dimensional y el nivel de polarización (DIAZ-GUERRERO y SALAS 1975). La comparación de puntuaciones medias se realizó con el test de Student.

RESULTADOS

A continuación y de forma sintética expondremos los resultados más relevantes de nuestro estudio en los siguientes apartados:

1) VISION DE CONJUNTO:

En las figuras 1-3 recogemos bajo la forma de perfiles las puntuaciones factoriales dadas a escala bipolar, por los alumnos de 1.° y 3.° de Enfer-

mería a los cuatro conceptos analizados**: ATS/DUE-ideal, Médico-real y Médico-ideal. En los cuadros III y IV están expresadas las puntuaciones dimensionales y nivel de polarización de cada concepto y grupo.

La imagen real (Fig. 1) que de los profesionales de la salud tienen los alumnos de Enfermería es bastante positiva, existiendo para los dos conceptos analizados y en ambos grupos de alumnos un cierto nivel de polarización de los resultados especialmente para el concepto ATS/DUE-real del grupo de alumnos de tercer curso (Cuadro III). Las puntuaciones factoriales de los conceptos ATS/DUE-real y Médico-real (Fig. 1) son similares en los dos grupos de alumnos con escasas diferencias entre uno y otro, a saber: Los alumnos de último curso valoran el concepto ATS/DUE-real como más «útil» y «jóven» (Fig. 1A); y el concepto Médico-real (Fig. 1D), como menos audaz que sus compañeros de primero.

La imagen ideal de los conceptos ATS/DUE y Médico es como es lógico pensar, más positiva que la real, lo que se pone de manifiesto tanto en las puntuaciones factoriales (Fig. 2) como en las puntuaciones dimensionales y en el nivel de polarización de cada concepto (Cuadro III). Los alumnos de 1.° y los de 3.° valoran aproximadamente igual los conceptos ATS/DUE-ideal y Médico-ideal. Las únicas diferencias a destacar son que los alumnos de 3.° consideran al concepto ATS/DUE-ideal más audaz y rápido que como lo hacen sus compañeros de primer curso. En la mayoría de las escalas existen diferencias significativas entre la puntuación factorial dada al concepto ideal respecto de la dada al concepto real.

Desde el punto de vista de las puntuaciones dimensionales (Cuadro III y IV) las diferencias más llamativas se encuentran en la dimensión acción (A): En general los conceptos ideales con mucho más activos que los reales.

El concepto ATS/DUE-real y ATS/DUE-ideal en 3.° curso, son muy activos y ambos tiene aproximadamente la misma puntuación lo que nos indicaría que en los profesionales de Enfermería su nivel de actividad real se adecuaría a la expectativa ideal, cosa que no ocurre con el concepto Médico, del que se esperaría mayor actividad. El concepto ATS/DUE-real resulta también más potente que el de Médico-real, especialmente para los alumnos de 3.°.

2) IMAGEN DE LA DISTRIBUCION POR EDADES Y SEXO:

Con las escalas «masculino-femenino» y «viejo-joven» se pone de manifiesto la percepción que los alumnos tienen de la distribución, por edades y sexo, de los profesionales de Enfermería y Medicina. Tanto los alumnos de primer curso como los de tercero puntúan más hacia el palo femenino el concepto ATS/DUE-real (Fig. 1A) y más hacia el polo masculino el concepto

---

(**) Aunque nosotros preferimos el término *Enfermero/a*, a efectos prácticos a la hora de evaluar los conceptos en los cuestionarios presentados, hemos utilizado la terminología ATS/DUE para evitar ambiguedades.

Médico-real (Fig. 1D). En cambio el correlato ideal de esos dos conceptos posee puntuaciones neutras de aproximadamente 4 (Fig. 2A y D).

Con respecto a la escala «viejo-joven» los alumnos de 3.° puntúan hacia el lado joven al concepto ATS/DUE-real (Fig. 1A) y hacia el polo viejo al concepto médico-real (Fig. 1D). Los alumnos de primero puntúan sin embargo de forma neutra. A nivel ideal (Fig. 2) las puntuaciones de los dos conceptos (ATS/DUE-ideal y Médico-ideal) y en los dos grupos tienden hacia el polo joven y no muestran diferencias significativas entre ellos.

3) CONSIDERACION SOCIAL:

Las escalas «insignificante-grandioso» e «inútil útil» nos permiten valorar el nivel de consideración social de los profesionales de la salud.

Tanto los alumnos de 1.° como los del 3.° consideran a los profesionales de Enfermería y Medicina reales (Fig. 1) hacia el polo de la utilidad, sin que existan diferencias significativas entre ambos conceptos y grupos. A nivel idal (Fig. 2) tampoco se observan diferencias respecto de la utilidad de ambos conceptos.

En la escala «insignificante-grandioso», surgen algunas diferencias ya que ambos grupos de alumnos magnifican más, tanto a nivel real (Fig. 1B y C) como ideal, (Fig. 2B y C) el concepto Médico, respecto del concepto ATS/DUE. Aunque a nivel ideal para los alumnos de 3.° el concepto Médico es menos grandioso que a nivel real (Fig. 3D).

4) IMAGEN EN EL DOMINIO COGNOSCITIVO:

En el dominio cognoscitivo, evaluado con la escala «tonto-inteligente», las puntuaciones factoriales dadas por los alumnos de tercer curso indican una valoración positiva de la inteligencia que a nivel real (Fig. 1) tienen ATS/DUE y médicos, sin que existan diferencias significativas en la puntuación de ambos conceptos. Los alumnos de primero, sin embargo puntúan más alto el concepto Médico-real que el concepto ATS/DUE-real (Fig. 1B).

Tanto para el concepto ATS/DUE como para el concepto Médico, las puntuaciones «ideales» (Fig. 3) son más altas que las «reales» con diferencias significativas. Las puntuaciones factoriales para un mismo concepto no presentan diferencias entre los dos grupos de alumnos (Fig. 1A y D). Los alumnos de 3.° no establecen diferencia de «inteligencia» a nivel ideal entre médico y ATS/DUE (Fig. 2C). En cambio los alumnos de 1.° si que puntúan más alto el médico-ideal que al ATS/DUE-ideal (Fig. 2B).

5) IMAGEN EN EL DOMINIO DE LAS HABILIDADES:

En el dominio de las habilidades, evaluado con las escalas: «Seguro-Peligroso», «Débil-Fuerte», «Pasivo-Activo», «Rápido-Lento» y «Agradable-Doloroso», las puntuaciones factoriales de todas las escalas no

muestran diferencias significativas al comparar los conceptos Médico y ATS/DUE tanto real como ideal (Fig. 1 y 2), excepción hecha de la consideración de más activo y menos doloroso atribuida al concepto ATS/DUE por parte de los alumnos de 3.° (Fig. 1C y 2C). En general los conceptos «ideales» tiene mayor puntuación que los reales.

6) IMAGEN EN EL DOMINIO DE LAS ACTITUDES:

Las actitudes de los profesionales, evaluadas con las escalas: «Agradable-Desagradable», «Irresponsable-Responsable», «Perezoso-Trabajador» y «Cobarde-Audaz», muestran puntuaciones factoriales aproximadas, sin diferencias significativas para los conceptos ATS/DUE y médico, en sus dos vertientes real e ideal (Fig. 1 y 2). La única diferencia a señalar es la puntuación significativamente mayor, en la escala «Perezoso-Trabajador», dada por los alumnos de tercero al concepto ATS/DUE, real e ideal frente al concepto médico, real e ideal respectivamente (Fig. 1C y 2C).

DISCUSION

1) CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL DIFERENCIAL SEMANTICO

Las características psicométricas del DS, a saber:

Objetividad, fiabilidad, validez, sensibilidad, comparabilidad y utilidad han sido ampliamente demostradas (DIAZ GUERRERO y SALAS 1975). También nuestros resultados apoyan la objetividad y validez del DS. En efecto, las puntuaciones factoriales dadas por los alumnos de 3.° a la escala «Masculino-Femenino» en el concepto ATS/DUE-real es de 4,81, lo que traducido en porcentaje equivaldría a decir que existe un 63 % de componente femenino y un 37 % de componente masculino, valores que se aproximan mucho a la proporción del 73 y 27 por ciento de mujeres y hombres, respectivamente, profesionales de Enfermería existente en España el año 1984 (DOMINGUEZ ALCON 1985).

2) CONSIDERACION SOCIAL

La relevancia de la Enfermería como profesión queda patente en nuestros resultados al evidenciarse puntuaciones altas en cuanto a su utilidad. En la escala «Insignificante-Grandioso» las puntuaciones rebasan el punto neutro lo que indica que los alumnos de Enfermería están lejos de considerar a su profesión como insignificante o poco relevante.

Aunque de distinta naturaleza nuestros resultados pueden ser contrastados con los de otros autores. Así vemos que para GONZALO (1985) la inmensa mayoría de ATS/DUE encuestados por él (87,20 %) consideran a los enfermeros/as como profesionales y no como técnicos o como trabajadores manuales. También MARDARAS (1985) aunque de forma intuitiva señala

que en su perfil social, la Enfermería es una profesión con entidad propia y no auxiliar de la Medicina.

Por otra parte BRENLLA (1985) obtiene como resultados en su encuesta dirigida a alumnos de Enfermería, que éstos no creen, en un 61 %, que la profesión les proporcione mayor consideración social.

En cuanto a la tendencia a magnificar más la profesión de Medicina en nuestra opinión se debería por una parte al peso de la tradición y por otra a la mayor duración de esa carrera.

3) IMAGEN EN EL DOMINIO COGNOSCITIVO: Y DE LAS HABILIDADES

Como hemos visto en los resultados, el nivel intelectual requerido para ser profesional de Enfermería debe ser bueno y no se diferencia del necesario para ser médico. En esto, nuestros resultados coinciden con lo señalado por BRENLLA (1985) en cuya encuesta el 61 % de los alumnos consideran la inteligencia media como un requisito para estudiar la carrera.

Respecto de las habilidades no encontramos grandes diferencias entre los ATS/DUE y los médicos. Para algunos (MARDARAS 1985) el profesionales de Enfermería tendría más actitudes y habilidades que conocimientos o técnicas.

4) IMAGEN EN EL DOMINIO DE LAS ACTITUDES E IDEOLOGIA DE ENFERMERIA:

No podemos entrar aquí en un análisis detallado de las ideologías en Enfermería, para ello puede consultarse el capítulo 3 del libro de DOMINGUEZ ALCON y Cols. (1983), solamente pretendemos, a la luz de nuestros resultados derribar dos grandes tópicos que pesan sobre la profesión de Enfermería: Su pretendida femineidad y su «misión apostólica».

Respecto al primer tópico, nuestros resultados ponen de manifiesto que para los alumnos de Enfermería el sexo no es una característica definitoria de ninguno de los profesionales de la salud, lo que iría en contra de las corrientes ideológicas que propugnan la femineidad de la carrera de Enfermería, corriente que no hacen más que reproducir en esta profesión la concepción sexista de la sociedad española acual en la que la mujer ocupa un papel subordinado al varón (DOMINUEZ ALCON y Cols. 1983). Es precisamente la prevalencia de estas corrientes la que todavía determina que el perfil social de la Enfermería tenga rasgos de femineidad (MARDARAS 1985).

En cuanto a la «misión apostólica», nuestros resultados no presentan ninguna diferencia importante de actitudes entre ATS/DUE y médico, lo que indicaría que el ATS/DUE no es ni tiene que ser ni más ni menos «apostólico», «sacerdotal» o «sacrificado» que los otros profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

1) Globalmente considera la imagen de los profesionales de la salud (ATS/DUE y Médicos) a través del DS es positivamente valorada por los alumnos de Enfermería. Siendo más activa la imagen real e ideal de los ATS/DUE que la del médico.

2) La distribución por sexo y por edades de los profesionales de la salud es claramente percibida por los alumnos de 3.° curso, que por otra parte son los que han tenido más contacto con los dos colectivos.

3) Desde el punto de vista ideal se pone de manifiesto que el sexo no es una característica definitoria para ninguno de los profesionales de la salud estudiados, lo que iría en contra de la corriente ideológica que propugna la femineidad de la carrera de Enfermería.

4) Los ATS/DUE y los médicos gozan de una buena consideración social por parte de los alumnos de Enfermería. Ambas son bien valoradas en cuanto a su utilidad y prestigio. Sin embargo, existe una tendencia por parte de los alumnos, a magnificar la profesión médica.

5) El nivel intelectual de los profesionales de la salud debe ser bueno sin que se establezcan diferencias entre ATS/DUE y médico.

6) En el dominio de las habilidades y actitudes apenas existen diferencias en la imagen que proporcionan los ATS/DUE y los médicos. Las únicas diferencias a resaltar son la consideración de más activos, más trabajadores y menos dolorosos para los ATS/DUE respecto del médico.

BIBLIOGRAFIA

1. BALLESTERO, M. (1984): Contribución de las Escuelas de Enfermería a un cambio social de la valoración del profesional. 2.ª Ponencia a las II Jornadas Nacionales de Estudiantes de Enfermería. Granada. Págs. 35-44.

2. BELMONTE, C. (1983): Universidad y Salud. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante.

3. BLASCO, C. (1983): El nivel de calidad un reto para Enfermería. Comunicación a las Cuartas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Granada. Págs. 175-178.

4. BLOOM, B.; KRATHWOHL, D. R. (1971): Taxonomía de los objetivos en la educación. El Ateneo. Buenos Aires.

5. BRENLLA, J.; REAL, R. M. IGLESIAS, M. y PUGA, A. (1985): Los estudios de Enfermería vistos por los alumnos de Santiago. Rol n.° 81: 36-39.

6. CAPILLA, L.; BARDALLO, D. y GARCES, A. (1983): Calidad en los cuidados de Enfermería: El medio hospitalario. Cuartas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Granada. Págs. 35-47.

7. DIAZ-GUERRERO, R. Y SALAS, M. (1975): El diferencial semántico del idioma español. Trillas. México.

8. DOMINGUEZ-ALCON, C. (1985): Imagen de la Enfermera en la Sociedad. Rol n.° 83: 66-72.

9. DOMINGUEZ, C.; RODRIGUEZ, S.A. y DE MIGUEL, J. M. (1983): Sociología y Enfermería Pirámide. Madrid.

10. FRIEDMA, O. J. y GLADDEN, J. W. (1964): Objective measurement of social Psychological Reports 14: 239-247.

11. GONZALO, M. (1985): ¿Identidad profesional?. Rol n.° 84-85: 36-40.

12. GUILBERT, J. J. (1981): Guía Pedagógica para el Personal de Salud. O.M.S. ICE de la Universidad de Valladolid.

13. HEISE, D. R. (1970): The semantic differential in attitude research. In: Summers, G. F. (dir). Attitude Measurement. Chicago. Rand Mc Nally.

14. MARDARAS, E. F. (1985): Enfermería y calidad de vida. Rol 83: 16-20.

15. OSGOOD, C. E. SUCI, G. J. y TANNENBAUM, P. H. (1976): La medida del significado. Editorial Gredos. Madrid.

16. TARRECH, M. y Cols: (1984): ¿Cómo lograr una verdadera identidad profesional?. II Jornadas Nacionales del Estudiante de Enfermería. Granada.

CUADRO I

CARACTERISTICAS DE LOS ALUMNOS ESTUDIADOS

GRUPOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	MATRICUL.	ENCUESTADOS	MATRICUL.	ENCUESTADOS	MATRICUL.	ENCUESTADOS
Primer Curso (Grupo A)	13 21 %	10 21 %	49 79 %	37 79 %	62 100 %	47 * 100 %
Tercer Curso	10 31 %	10 32 %	22 69 %	21 68 %	32 100 %	31 ** 100 %

(*) Representan el 76 % de todos los matriculados. (**) 97 % de todos los matriculados.

CUADRO II

ESCALAS UTILIZADAS

DIMENSIONES	ESCALAS
EVALUACION	TONTO — INTELIGENTE COBARDE — AUDAZ AGRADABLE — DOLOROSO INUTIL — UTIL PEREZOSO — TRABAJADOR RESPONSABLE — IRRESPONSABLE SEGURO — PELIGROSO INSIGNIFICANTE — GRANDIOSO
POTENCIA	DEBIL — FUERTE AGRADABLE — DESAGRADABLE MASCULINO — FEMENINO
ACTIVIDAD	PASIVO — ACTIVO RAPIDO — LENTO VIEJO — JOVEN

CUADRO III

Puntuaciones dimensionales y nivel de polarización obtenidos en los dos grupos de alumnos para los conceptos ATS/DUE-Real y Médico real

GRUPO DE ALUMNOS	CONCEPTO	PUNTUACIONES DIMENSIONALES			POLA-RIZA-CION
		E	P	A	
PRIMER CURSO	ATS/DUE REAL	4,15	4,05	4,05	7,05
	MEDICO REAL	4,34	3,83	3,92	6,98
TERCER CURSO	ATS/DUE REAL	4,26	4,15	4,40	7,39
	MEDICO REAL	4,55	3,86	3,81	7,07

CUADRO IV

Puntuaciones dimensionales y nivel de polarización obtenidos en los dos grupos de alumnos para los conceptos ATS/DUE-Ideal y Médico-ideal

GRUPO DE ALUMNOS	CONCEPTO	PUNTUACIONES DIMENSIONALES			POLA-RIZA-CION
		E	P	A	
PRIMER CURSO	ATS/DUE REAL	4,20	3,57	4,40	7,05
	MEDICO REAL	4,46	3,85	4,47	7,39
TERCER CURSO	ATS/DUE REAL	4,20	3,55	4,30	6,98
	MEDICO REAL	4,43	3,80	4,34	7,27

FIGURA 1: Comparación entre los conceptos «reales» evaluados por los alumnos de primero (A.1) y los de tercero (A.3).
Simbolos comunes para las tres figuras: Perfiles de trazo grueso = TG; Perfiles de trazo fino = TF; E = Evaluación, P = Potencia y A = Actividad. Los asteriscos indican diferencias significativas al 5 (*) y 1 (*) por ciento de nivel de confizanza.
Comparaciones realizadas:

a) ATS/DUE real (TG; A.1) con ATS/DUE real (TF; A.3).
b) ATS/DUE real (TG; A.3) con Médico real (TF; A.1).
c) ATS/DUE real (TG; A.3) con Médico real (TF; A.3).
d) Médico Real (TG; A.1) con Médico real (TF; A.3).

FIGURA 2: Comparaciones entre los conceptos «idelaes» evaluados por los alumnos de primero (A.1) y tercero (A.3).
Comparaciones realizadas:

a) ATS/DUE ideal (TG; A.1) con ATS/DUE ideal (TF; A.3).
b) ATS/DUE ideal (TG; A.1) con Médico ideal (TF; A.1)
c) ATS/DUE ideal (TG; A.3) con Médico ideal (TF; A.3).
d) Médico ideal (TG; A.1) con Médico ideal (TF; A.3.).

FIGURA 3: Comparación entre los conceptos «reales» e «ideales».
Comparaciones realizadas:

a) ATS/DUE real (TG; A.1) con ATS/DUE ideal (TF; A.1.).
b) ATS/DUE real (TG; A.3) con ATS/DUE ideal (TF; A.3).
c) Médico real (TG; A.1) con Médico ideal (TF; A.1).
d) Médico real (TG; A.3) con Médico ideal (TF; A.3).

FIGURA 1

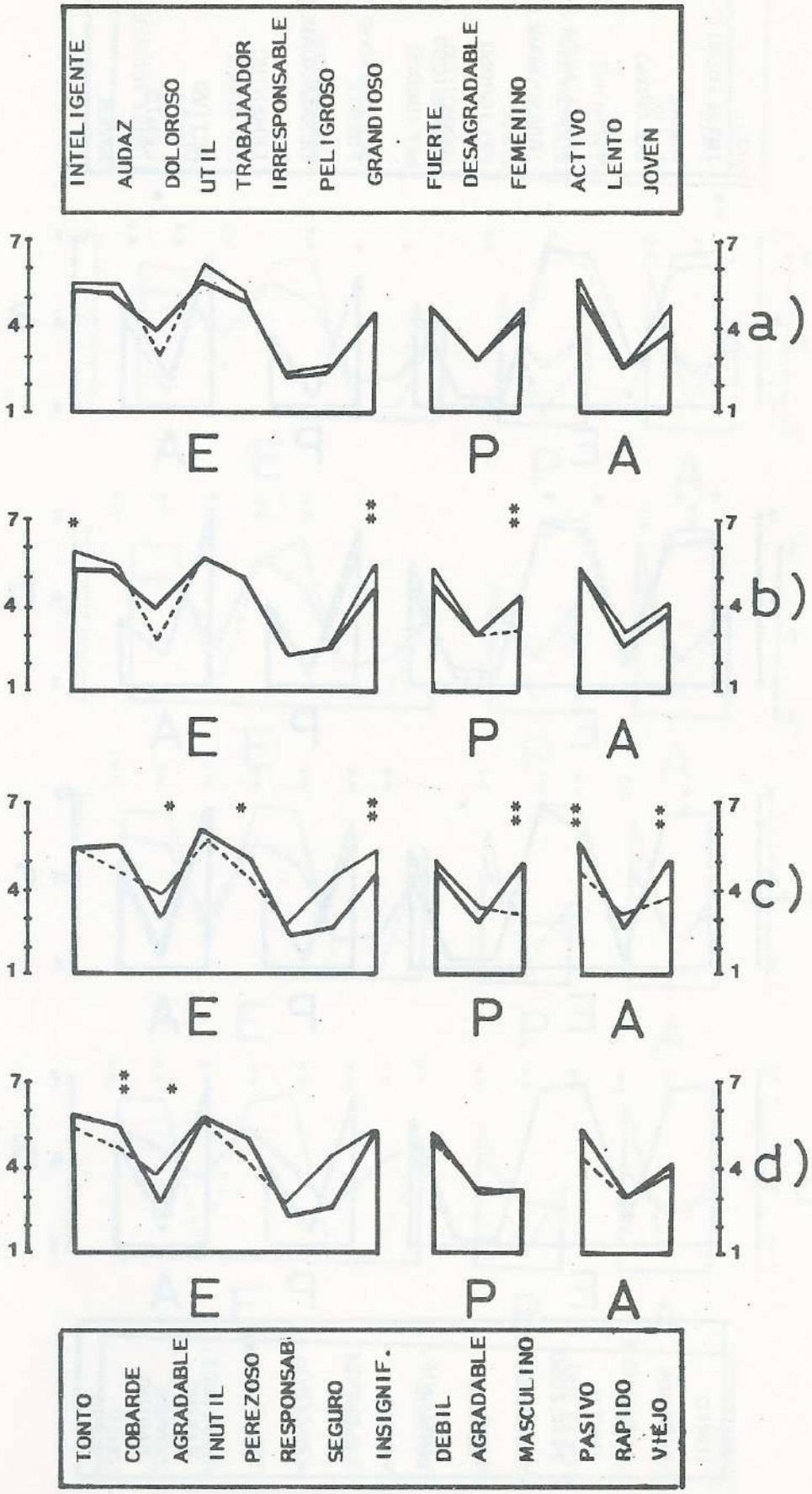

INTELIGENTE
AUDAZ
DOLOROSO
UTIL
TRABAJAADOR
IRRESPONSABLE
PELIGROSO
GRANDIOSO
FUERTE
DESAGRADABLE
FEMENINO
ACTIVO
LENTO
JOVEN
a)
b)
c)
d)
E
P
A
TONTO
COBARDE
AGRADABLE
INUTIL
PEREZOSO
RESPONSAB.
SEGURO
INSIGNIF.
DEBIL
AGRADABLE
MASCULINO
PASIVO
RAPIDO
VIEJO

FIGURA 2

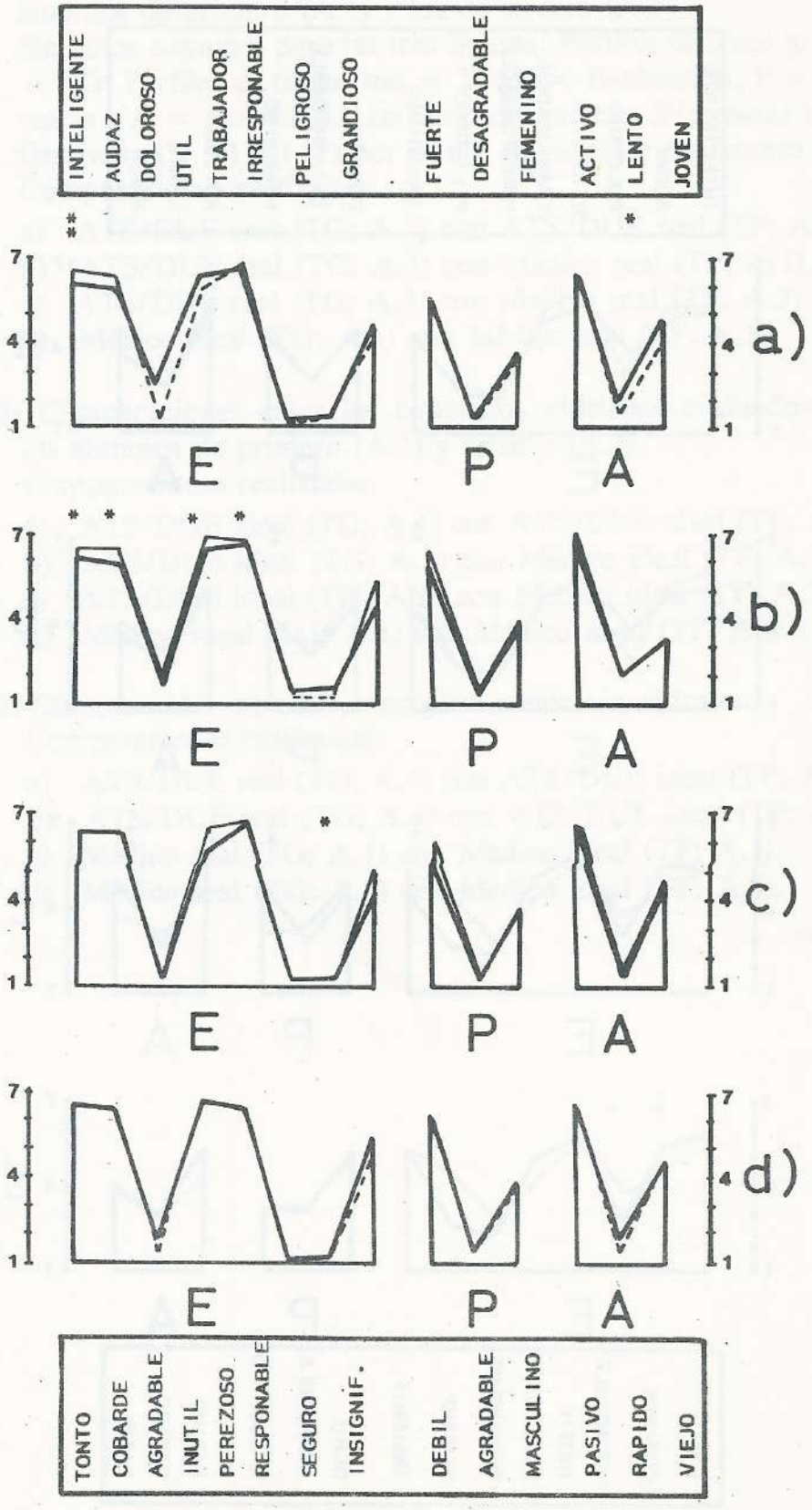
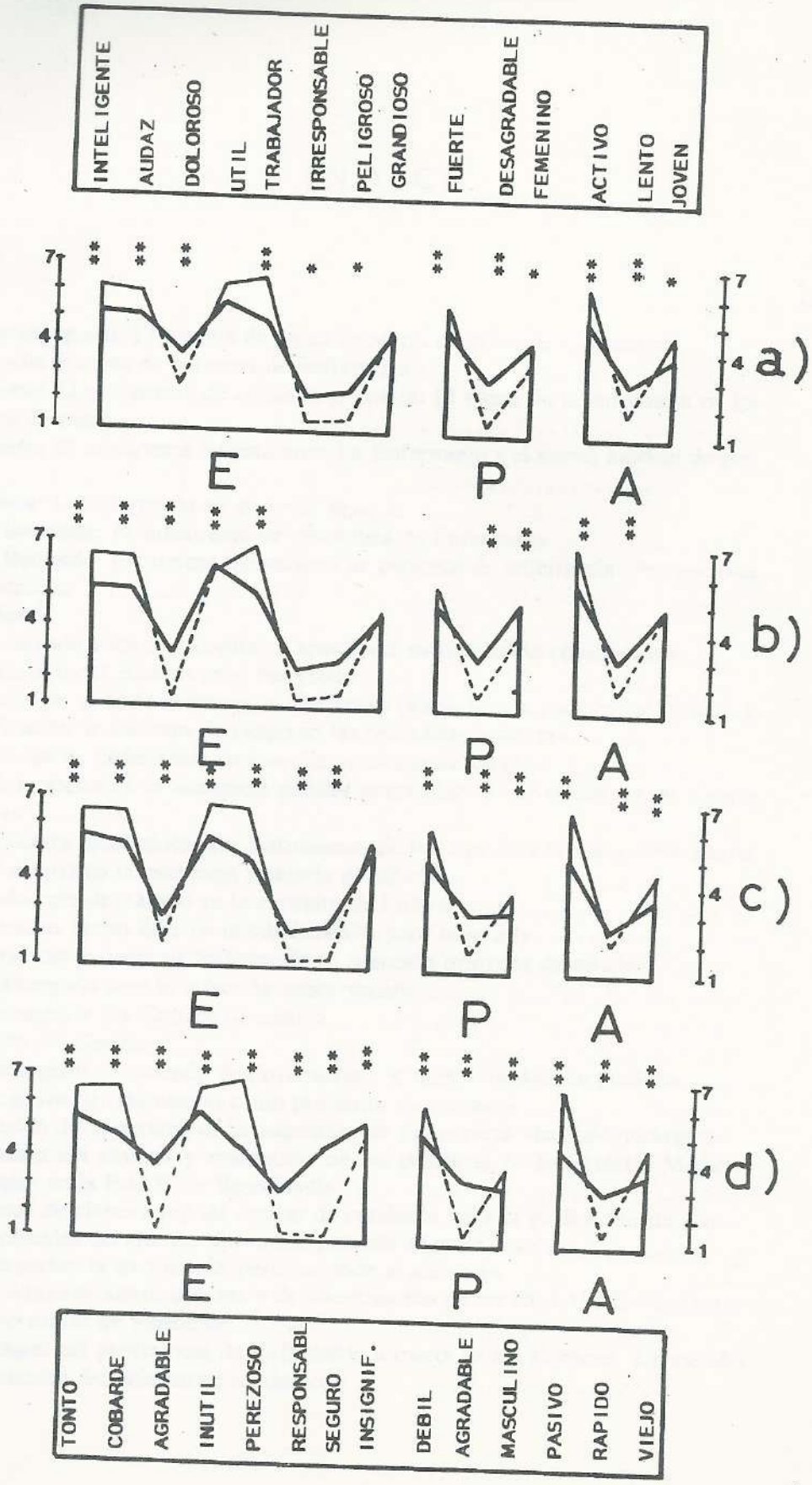

INTELIGENTE
AUDAZ
DOLOROSO
UTIL
TRABAJADOR
IRRESPONABLE
PELIGROSO
GRANDIOSO
FUERTE
DESAGRADABLE
FEMENINO
ACTIVO
LENTO
JOVEN
a)
b)
c)
d)
E
P
A
TONTO
COBARDE
AGRADABLE
INUTIL
PEREZOSO
RESPONABLE
SEGURO
INSIGNIF.
DEBIL
AGRADABLE
MASCULINO
PASIVO
RAPIDO
VIEJO

FIGURA 3


INTELIGENTE
AUDAZ
DOLOROSO
UTIL
TRABAJADOR
IRRESPONSABLE
PELIGROSO
GRANDIOSO
FUERTE
DESAGRADABLE
FEMENINO
ACTIVO
LENTO
JOVEN
a)
b)
c)
d)
E
P
A
TONTO
COBARDE
AGRADABLE
INUTIL
PEREZOSO
RESPONSABL
SEGURO
INSIGNIF.
DEBIL
AGRADABLE
MASCULINO
PASIVO
RAPIDO
VIEJO

INDICE

	Pág.
Conferencia inaugural: El sistema de Salud Español, descripción y objetivos	6
1.ª **Ponencia:** Sistema de personal de Enfermería	20
2.ª **Ponencia:** El subsistema de atención primaria: El papel de la enfermera en los centros de salud	42
3.ª **Ponencia:** El subsistema hospitalario: La Enfermería y el nuevo modelo de gestión	78
4.ª **Ponencia:** La enfermería en el sector privado	98
1.ª **Mesa Redonda:** El subsistema de enseñanza de Enfermería	114
2.ª **Mesa Redonda:** Estructura del sistema de personal de enfermería: Perspectivas autonómicas	154
Comunicaciones:	
1.ª «Interrelación Escuela-Hospital. Experiencia en formación continuada»	190
2.ª «Integración del alumno en el Hospital»	198
3.ª «Función de la Enfermería en la asistencia primaria con respecto al estudio y modificación de factores de riesgo en las crisis hipertensivas»	204
4.ª «Funciones de Enfermería en atención primaria de salud»	216
5.ª «La Enfermería en la asistencia pública domiciliarioa: situación actual y perspectiva»	224
6.ª «La encuesta epidemiológica, instrumento de trabajo para la visita domiciliaria de enfermería en la asistencia primaria de salud»	232
7.ª «Metodología de trabajo en la consulta de Enfermería»	244
8.ª «Enfermería como líder en la eduducación para la salud»	252
9.ª «Experiencia docente de Enfermería en atención primaria de salud»	256
10.ª «La Enfermería ante la infección nosocomial»	278
11.ª «La docencia y los Centros de Salud»	288
12.ª «El Baile del Cepillo»	296
13.ª «La formación continuada de Enfermería y el nuevo modelo de gestión»	302
14.ª «El Directivo de Enfermería como promotor de cambio»	306
15.ª «Evolución del programa de la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica»	317
16.ª «Evolución del control y evaluación de las prácticas de Enfermería Médico-Quirúrgica en la E.U.E. de Barcelonal»	329
17.ª «Procesos de elaboración de escalas de conducta para la evaluación de actitudes y aptitudes del alumno durante el período de prácticas»	335
18.ª «Una experiencia en atención personalizada al alumno»	343
19.ª «Perfil administrativo, docente y de investigación de las EE.UU.EE. del Distrito Universitario de Valencia»	351
20.ª «La imagen del profesional de Enfermería a través de los alumnos. Un estudio con la técnica del diferencial semántico»	369