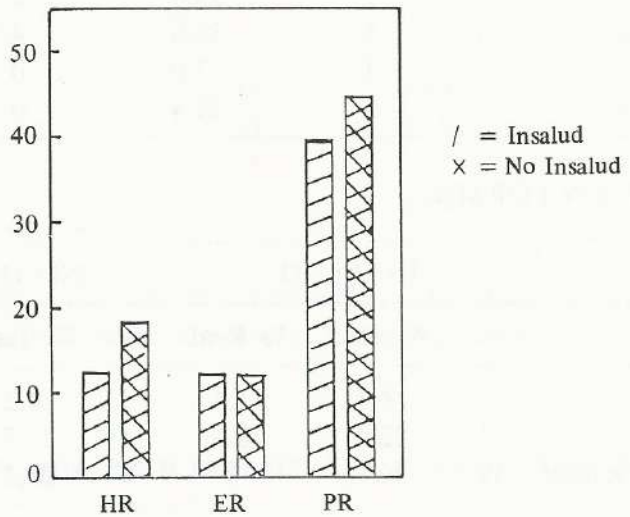
HAN REALIZADO ALGUN TALLER

	INSALUD	%	NO INSALUD	%
Sí	6	12,2	4	16,7
No	43	87,8	20	83,3
ESTAN REALIZANDO				
Sí	6	12,2	3	12,5
No	43	87,8	21	87,5
TIENEN PREVISTO REALIZARLO				
Si	20	40,8	11	45,8
No	29	59,2	13	54,2



HR = Han Realizado
ER = Están Realizando
PR = Prevén Realizarlo

Fig. 19

RELACION DE TALLERES

Hospitales del Insalud

— Seminarios sobre gestión y administración	No valorado
— Seminarios sobre gráficos y registros.....	No valorado
— Seminarios sobre control de calidad.....	No valorado
— Taller sobre colostomias	No valorado
— Taller sobre colostomias II.....	No valorado
— Introducción a la metodología experimental aplicado a la enfermería	No valorado
— Necesidades de formación.....	Resultado posit
— Comunicación no verbal.....	En estudio
— Manual de organización y funciones de la dirección de enfermería	En estu

Hospitales no dependientes del Insalud

— Infecciones urinarias (Catéter Vesical)	No valora
— Estudio grado de dependencia de los enfermos ingresados comparativos con otros centros similares.....	No valora
— Estudio enfermedades quirúrgicas.....	No valora
— Estudio del placebo, importancia de enfermería en su administración.....	No valora
— Protocolos antisépticos en el área quirúrgica	No valora
— Cuadernos de información para el paciente quirúrgico	No valora

EVALUACION DE LA FORMACION CONTINUADA

No en todos los Hospitales se ha evaluado la función docente de los difere tes equipos.

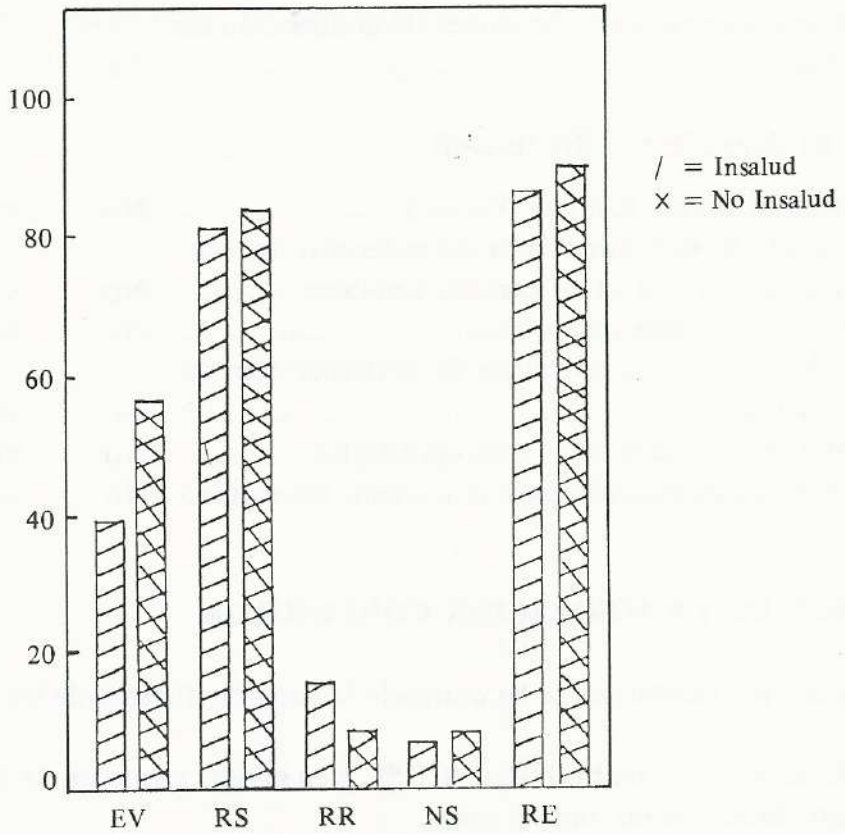
En los del Insalud, lo ha hecho un 40,8 %, y en el otro grupo un 58,3 %, c resultados satisfactorios en ambos casos.

EVALUACION

	INSALUD	%	NO INSALUD	%
Sí	20	40,8	14	58,3
No	29	59,2	10	41,7

RESULTADOS

	INSALUD	%	NO INSALUD	%
Satisfactorios	15	83,3	11	84,6
Regulares	2	11,2	1	7,7
No satisfactorios	1	5,5	1	7,7
Refieren res.	18	90,0	13	92,9
No refieren res.	2	40,0	1	7,1



EV = Evalúan la formación
RS = Resultados Satisfactorios
RR = Resultados Regulares
NS = No Satisfactorios
RE = Refieren resultados

Fig. 20

FORMA DE REALIZAR LA FORMACION CONTINUADA

La formación se está realizando de forma VOLUNTARIA, en algo más de 80 % de los casos, y un porcentaje superior al 50 % creen que debe ser OBLI GATORIA.

ESTAN REALIZANDOLA

	INSALUD	%	NO INSALUD	%
Voluntaria	42	85,7	20	83,3
Obligatoria	1	2,0	2	8,3
Ambas	4	8,2	2	8,3
No refiere	2	4,1	0	0,0

CREEN DEBE SER

	INSALUD	%	NO INSALUD	%
Voluntaria	12	24,5	7	29,2
Obligatoria	25	51,0	13	54,2
Ambas	8	18,3	4	16,7
No refieren	4	8,2	0	0,0

FORMACION CONTINUADA EN LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARI

Debido al escaso porcentaje de respuestas afirmativas a la existencia de Fo mación Continuada, he omitido los datos numéricos.

La responsabilidad de la Formación Continuada en este medio recae total mente en las Asesoras, que delegan la función docente administradora en un Comisión.

Se puede decir que comenzó en 1984, incrementándose durante el año 1985

En cuanto al grado de satisfacción, manifiestan que es bueno en un tant por ciento elevado.

No disponen de recursos financieros, y en lo que se refiere a los humano utilizan su propio personal, correspondiendo éste en su mayoría a Enfermería.

Los materiales, a nivel de locales y medios audiovisuales, son considerado en su conjunto, como aceptables.

Solamente una Asesoría dice no tener Biblioteca y la media de libros es d 18,7 y la de revistas de UNO.

En lo referente a cursos en el año, la media es de 1,5, siendo los temas mayoritarios los de Enfermería y son compartidos en turnos de mañana y tarde conjuntamente.

Dos Asesorías contestan tener problemas para la asistencia a los cursos y las causas manifestadas son:

— Falta de tiempo en el horario de trabajo.
— Falta de motivación.
— Falta de recursos.

Como vemos son los mismos que se refieren en los Hospitales.

En pocos casos se evalúa al personal o los cursos, y más de la mitad, entregan diplomas y elaboran dossieres. La matrícula se cobra en alguna ocasión.

En términos generales los cursos son abiertos a todo el personal de Enfermería, indistintamente de donde tenga ubicado su lugar de trabajo.

La programación de los cursos es diversa, dependiendo de las necesidades que consideran los responsables de cada región. En dos de estas regiones se evalúa y orienta al personal de nuevo ingreso, teniendo para ello programas preestablecidos.

A la hora de formar a otros estamentos, lo hacen colaborando y organizando conjunta o individualmente, y está orientada principalmente hacia las Auxiliares seguido de otros estamentos, por orden de preferencia.

Tienen en cuenta no sólo su autoformación, sino también la de los mandos intermedios.

Los cursos se orientan en la totalidad hacia la Educación Sanitaria.

A nivel formativo tienen relación directa con el Hospital, observándose buenos resultados.

La Formación Continuada se ejerce de forma voluntaria, correspondiendo esto a su visión de cómo ha de realizarse.

RESULTADOS

De lo anteriormente expuesto se deduce, que el responsable de la Formación Continuada debe de tener dedicación exclusiva, si se quiere conseguir una calidad adecuada.

Es fundamental que tenga suficiente poder ejecutivo y, por tanto, sea nominado como Subdirector (al mismo nivel del asistencial), ya que su incidencia sobre los profesionales, es imprescindible para lograr una mejor asistencia, lo cual ha de llevar parejo suficientes recursos económicos, sin los cuales es imposible realizar una Formación Continuada adecuada.

Conseguir una buena labor administrativa y docente, exige una permanencia

en el cargo no menor a dos años, lo que lleva consigo que la aceptación ha ser con total responsabilidad.

El número de personas que compongan el equipo ha de formarse en funci de las necesidades y la infraestructura de cada Centro.

Es imprescindible la colaboración de otros profesionales que, aunque no pe tenecientes a la rama sanitaria, sí pueden ayudar a enriquecer sus conocimie tos.

Para que la formación pueda impartirse adecuadamente, es importante co tar con los medios necesarios; no sólo humanos sino también materiales, com aulas, seminarios, salones, medios audiovisuales, etc. Por supuesto, hemos de t ner una Biblioteca suficientemente dotada, en la que todo el personal que lo r quiera, pueda encontrar la ayuda necesaria.

En lo referente a la relación con la E.U.E., es básico que exista una mut colaboración, no sólo para el personal del Centro, sino también para aquell que están en su período de Formación Básica y cuya calidad como profesion del futuro, depende de todos nosotros, por tanto, es fundamental que las dire ciones de las Escuelas y los responsables de la docencia del Centro, program y coordinen las prácticas de los alumnos, controlando la calidad de las misma planifiquen cursos de forma conjunta y compartan los recursos materiales y h manos.

Para comenzar a ejercer la gestión docente, un buen punto de partida es elaboración de una encuesta, donde podamos detectar las necesidades forma vas del personal y marcarnos de manera objetiva las líneas a seguir.

La formación será obligatoria cuando las características del puesto de trab jo lo exijan. El responsable de F. C. ha de promover la asistencia del person a los cursos, siendo esto de forma voluntaria (aunque la mayoría piense que d be ser obligatoria) y realizándose en turnos de mañana y tarde y de forma gratu ta, teniendo que buscar soluciones a las causas que le impiden asistir.

Han de fomentarse las sesiones de Enfermería y la realización de trabaj científicos que consigan elevar nuestro nivel profesional.

Corresponde al docente la misión de mejorar los conocimientos del pers nal, por lo que ha de conseguir que cada servicio tenga, en colaboración co los responsables asistenciales, el manual de normas y procedimientos adecuad mente elaborado.

En lo referente al personal de nuevo ingreso en el Hospital, es necesaria s evaluación así como la posterior adecuación, de un programa en relación co el trabajo que vaya a desempeñar.

Es importante contar con un grupo de personas que en un futuro pueda ejercer funciones formativas. Resulta obvio que ha de mantenerse autoformac si desea conseguir buenos resultados en su gestión. Hay que preparar a los prof sionales, con programas pedagógicos para que éstos puedan ejercer sobre los clie tes, una educación sanitaria adecuada a sus necesidades.

En lo referente a los técnicos, es éste un punto controvertido, pero si van a depender orgánicamente de nosotros, hemos de responsabilizarnos de la organización y colaboración de su formación permanente.

Con el personal auxiliar de Enfermería, habrá que introducirlas en la organización formativa de nuestro estamento, por formar parte del mismo. Con los otros estamentos debemos colaborar en su formación.

La introducción de la Historia de Enfermería y la aplicación del PAE, ha de ser incrementada por el valor que esto tiene para el personal y el propio cliente, incidiendo de una manera muy positiva, en el grado de satisfacción de ambas.

La evaluación ha de hacerse, a través del control de calidad. El aprendizaje adecuado a la correcta elaboración de los registros es importante para el responsable docente.

Valorar si la F. C. que estamos aplicando es correcta, exige una evaluación de la misma, que habrá de hacerse según las necesidades y objetivos que cada Institución se haya marcado.

CONCLUSIONES FINALES

1) El profesional encargado de la Formación Continuada ha de tener un total reconocimiento ejecutivo del cargo.
2) Todo trabajador tiene derecho a la Formación Continuada y es obligación de los responsables de cada Centro y del Ministerio correspondiente, el fomento e implantación de la misma.
3) Ha de evitarse la obsolescencia para no aislarse y caer en el olvido, no perdiendo el tren de los avances científicos y tecnológicos, manteniendo y aumentando el grado de profesionalidad, que conduzca al enriquecimiento de su propia personalidad y existencia.
4) Los recursos humanos y financieros han de ser suficientes e, indudablemente, sin estos últimos todo lo anterior será pura demagogia.
5) La interrelación E.U.E. y responsables docentes del Hospital es vital en el futuro de la F. C.
6) La gestión docente ha de ejercerse de forma cada vez más integral.
7) La asistencia extrahospitalaria ha de integrarse totalmente a la Formación Permanente, debido a la importancia que ésta va a tener en el futuro de la población.
8) La rapidez con que se ejercen los cambios, nos obliga a mantenernos, en un aprendizaje permanente, si queremos conseguir subsistir profesionalmente en el año 2000.

BIBLIOGRAFIA

— NUEVA ENCICLOPEDIA LAROUSSE. Editorial Planeta, Barcelona, 198
— HISTORIA DE LA HUMANIDAD. Editorial Planeta, Barcelona, 1977.
— R. H. Dave: «FUNDAMENTOS DE LA EDUCACION PERMANENTE Editorial Santillana, Madrid, 1979, 392 págs.
— M. Debesse y G. Mialaret: «FORMACION CONTINUA Y EDUCACIO PERMANENTE». Ediciones Oikos-Tau, S. A., Barcelona, 1986, 336 págs
— Pierre Besnard y Bernard Lietard: «LA EDUCACION PERMANENTE Ediciones Oikos-Tau, S. A., Barcelona, 1978, 120 págs.
— Adam Schaff: «¿QUE FUTURO NOS AGUARDA?. Consecuencias Sociales de la Segunda Revolución Industrial». Editorial Crítica, Barcelona, 1985, 182 págs.
— SERIE INFORMES TECNICOS DE LA OMS. N.º 347, Ginebra, 1966.
— Sylvia T. Brown - Belinda T. Lee: «MARCO CONCEPTUAL DE IMOGI NE KING: UN MODELO PROPUESTO PARA EDUCACION CONTINU DA EN ENFERMERIA». *Journal of Advanced Nursing,* 1980.
— Marjoria e Duvillard: «EDUACION CONTINUADA PARA EL PERSO-NAL DE ENFERMERIA EN SUIZA». Revista *International Nursing Review* (órgano oficial del CIE), enero-febrero 1980, vol. 27, n.º 1.

SEPTIMA PONENCIA

EL EQUIPO DE ENFERMERIA: LA FORMACION DE AUXILIARES

Fe Bregel Gabaldón
Socia de la A.E.E.D.
Profesora de la Escuela de
Enfermería «La Fe». Valenc

EL EQUIPO DE ENFERMERIA: LA FORMACION DE AUXILIARES

INTRODUCCION

La Asociación Española de Enfermería Docente desde sus primeras Sesi nes de Trabajo, viene expresando la necesidad que sentimos de contar con u personal definido por niveles, para formar un Equipo de Enfermería con pla teamientos y metas comunes, capaz de contribuir de una manera específica e i dispensable a elevar el nivel de salud de la sociedad.

Las transformaciones tecnológicas, económicas y sociales que se están pr duciendo en los últimos tiempos, han obligado a los profesionales de la salu a examinar el grado de adecuación de los servicio que prestan a la sociedad

Está demostrado ampliamente el hecho, de que el éxito de los sistemas salud depende:

Por una parte, de la acción conjunta realizada por varias disciplinas de salud y relacionadas con ella.

Y por otra, de las acciones de cada uno de los grupos de profesionales qu configuran el equipo multidisciplinar.

Siendo conscientes de estos hechos y preocupados por ellos, nos pregunt mos ¿cuál es el futuro que aguarda a nuestra profesión?

El lema de estas Sesiones no es sólo la demostración de nuestra preocup ción, es también la respuesta a esta pregunta, ya que estamos seguros de que futuro nos seguirá deparando cambio y desafío; por eso, queremos revisar co ojo crítico nuestra situación actual y proponer las modificaciones que creem será necesario hacer, para poder dar respuesta adecuada a las necesidades qu en materia de salud, plantee la sociedad en el año 2000, teniendo en cuenta ad más que entonces estaremos ya totalmente integrados en la Comunidad Europe y habrá que adecuar nuestras estructuras a la realidad de los países que forma parte de esta Comunidad.

NECESIDAD DE UN EQUIPO DE ENFERMERIA

No se puede hablar de Equipo de Enfermería, sin situarle dentro del Sistema de Salud.

Se entiende como sistema, al conjunto de principios, acciones, planes y recursos que tienen un mismo objetivo, en este caso la salud de la población.

El concepto de Salud, como todos sabemos, ha evolucionado en el paso del tiempo, llegando a entenderse hoy la salud como «el grado máximo de bienestar»; este grado de bienestar, ha estado siempre influenciado por una serie de factores que en momentos de grandes modificaciones en la sociedad, condicionarán la actuación de enfermería en los próximos años.

Nos encontramos ante un aumento del número de ancianos, crecimiento del número de enfermos crónicos, distinta concepción de la familia, elevado costo del mantenimiento hospitalario, descenso de los presupuestos; circunstancias que nos ponen en disposición de hacer énfasis en los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como nuestra ineludible contribución dentro del equipo sanitario.

Pero al mismo tiempo existen, y serán más acusados en el año 2000 fenómenos como la aplicación de avanzadas tecnolgías en los diagnósticos y tratamientos de determinadas patologías y la aparición de nuevas formas de enfermar, que van a requerir un personal de enfermería cualificado para dar respuesta a estas nuevas necesidades.

La cuestión a plantearse, es como debe estar formado el equipo de enfermería y determinar el grado de preparación para sus componentes.

En las I^as^ Sesiones de Trabajo la A.E.E.D. ya defendió (como dije anterirmente), la existencia de dos niveles en el equipo de enfermería: en el primer nivel la enfermera; en el segundo nivel la auxiliar de enfermera.

La realidad es, que estos dos niveles, existían en nuestro país entonces y existen ahora, el problema es que las funciones siguen sin definirse, creándose cada vez más, vacíos entre los dos colectivos, trabajando a veces los profesionales de cada nivel en actitudes antagónicas.

Con el ánimo de aumentar la calidad de los cuidados prestados en materia de salud algunos países decidieron elevar el nivel de los componentes del equipo de enfermería situados en el segundo nivel, llegando prácticamente a tener sólo un nivel de enfermería. Otros países como Estados Unidos por ejemplo, cuentan con distintos niveles dentro del personal auxiliar de enfermería con una formación de acuerdo con las responsabilidades que tienen asignadas, ésto sucede también en el ámbito europeo.

LA FORMACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

tar de conseguir la adecuada formación de los profesionales del primer nive las enfermeras.

Ahora veremos, cual es a nuestro juicio, la formación necesaria para los con ponentes del segundo nivel: la auxiliar de enfermería.

Puesto que la auxiliar de enfermería, debe (según la definición del Conse Internacional de Enfermeras), administrar los cuidados en cooperación con enfermera de primer nivel y bajo su supervisión, su formación deberá ir encam nada a capacitarla, para desempeñar su rol dentro del equipo.

Situación actual

Hasta ahora en España esta formación, se viene adquiriendo a través de l estudios de Formación Profesional, que están regulados por la Ley General Educación de 1970 y el Decreto de Ordenación de la Formación Profesional 1976, vigentes en su mayor parte.

Estos estudios, están constituidos por un conjunto de enseñanzas cuya fin lidad es capacitar al alumno al terminarlos, para el ejercicio de una activida determinada, dotarlos de una formación integral, al mismo tiempo que se l posibilita para insertarse en los niveles superiores del sistema escolar, si así desean. La formación Profesional tiene dos grados: en el primero, de dos curs de duración, el alumno continúa su formación general y se introduce en los est dios profesionales; para acceder a él solamente es necesario tener 14 años cun plidos y haber estado escolarizado con anterioridad, no siendo obligatorio p seer el t ítulo de Graduado Escolar; finalizado este período el alumno recibe título de Técnico Auxiliar de la rama profesional elegida, en nuestro caso Sanitaria.

En el segundo grado, el aprendizaje profesional es más profundo e intens y ofrece la posibilidad de especializarse en un aspecto concreto de la rama eleg da. Consta de dos cursos, puede cursarse en régimen general o en régimen enseñanzas especializadas. En el régimen general, en el primer curso llamado enseñanzas complementarias, sólo se imparten disciplinas de tipo general, el s gundo curso se dedica a las tecnologías y a las prácticas de la profesión. Pa acceder a él, es necesario tener el título de Técnico Auxiliar (en cualquier rama o el título de Bachiller Unificado Polivalente. Al finalizar los estudios, se obti ne el título de Técnico Especialista en Rama Sanitaria.

Cuando se termina cada uno de los grados, el alumno puede iniciar su activ dad laboral o continuar los estudios.

Los que poseen el título de Técnico Especialista, pueden pasar a matricular en el Curso de Orientación Universitaria, si quieren continuar en la Universida pero también están en condiciones legales de acceder directamente sin necesida de superar el C.O.U. a las Escuelas Universitarias. Concretamente a las de enfe mería pueden acceder los alumnos procedentes de Formación Profesional Segund Grado, ramas: Jardines de Infancia, Sanitaria y Educación de Subnormales.

Cabría preguntarse aquí ¿dónde se forman las auxiliares de enfermería en la actualidad?

Según datos facilitados por el Ministerio de Educación y Ciencia, en septiembre de 1986, existen en 25 provincias del Estado Español 63 centros de Formación Profesional, Rama Sanitaria Primer Grado (están excluidas aquí las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, Galicia y Canarias).

Según datos obtenidos de la Consellería de Cultura, Educación y Ciencia, en 1985 existían en la Comunidad Autónoma Valenciana, 29 centros distribuidos de la siguiente forma:

ALICANTE: 12; 8 estatales y 4 privados subvencionados.

CASTELLON: 2; 1 estatal y 1 privado subvencionado.

VALENCIA: 15; 5 estatales y 10 privados subvencionados.

En todos los centros de la Comunidad Valenciana, además de la Rama Sanitaria, existen al mismo tiempo todas aquellas que están autorizadas para impartir: metal, electricidad, hostelería, etc. siguiendo la tendencia manifestada por un Subdirector General de Formación Profesional de no ver la necesidad de separar las batas blancas de los monos azules.

¿Qué tipos de materias constituyen el Primer Grado de Formación Profesional? Por una parte, asignaturas de tipo general, disciplinas semejantes a las de Bachillerato Unificado Polivalente, pero en las que no se exige a los alumnos el mismo nivel de conocimientos. Otras asignaturas Técnico Profesionales destinadas a preparar al alumno para su futuro laboral o en su caso, para continuar estudios profesionales a nivel superior. Están divididas en bloques:

TECNOLOGIAS: mediante las cuales, el alumno aprende las técnicas de su profesión.

PRACTICAS: con ellas adquiere las habilidades necesarias para el ejercicio de su actividad laboral posterior.

EXPRESION GRAFICA: enseña al alumno la reproducción de modelos en distintas escalas.

A efectos académicos, las materias se agrupan en tres áreas:

AREA FORMATIVA COMUN: formación humanística, lengua, ordenamiento constitucional, idioma extranjero.

AREA DE CIENCIAS APLICADAS: Matemáticas, Física y Química, Ciencias Naturales.

AREA DE CONOCIMIENTOS TECNICO-PRACTICOS: Tecnología y Prácticas.

¿Quién forma a los alumnos? El profesorado es de dos tipos: aquellos que imparten las asignaturas teóricas y los llamados Maestros de Taller para las prácticas. Generalmente, para las primeras son licenciados en Letras y Ciencias, y para las Prácticas y Tecnológicas, Biólogos, Médicos, Farmacéuticos y más raramente enfermeros.

LA REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

El Ministerio de Educación y Ciencia, se planteó en 1983, la Reforma de l Enseñanzas Medias, introduciendo cambios en las mismas, con la pretensión c remediar los problemas que en la actualidad tiene el sistema educativo (com son: elevado fracaso escolar, la prematura elección del destino académico y l depreciación de la formación profesional entre otros).

Según el modelo propuesto por el Ministerio de Educación y Ciencia, la e tructura de la organización educativa sería:

Se mantienen los ocho años actuales de la Enseñanza General Básica, segu dos de un primer ciclo de Enseñanzas Medias, o sea, diez años en total de ens ñanza obligatoria. A continuación puede optarse por una formación ocupaci nal, o por el segundo ciclo de las enseñanzas medias, de otros dos años d duración.

A partir de los cuales el alumno puede acceder: a la formación ocupaciona a los módulos profesionales o a los estudios universitarios.

En este segundo ciclo de enseñanzas medias existen tres bloques:

— Una parte común a todos los alumnos, independientemente de la modal dad que elijan.

— Una parte específica obligatoria para todos los alumnos de la misma mo dalidad y sólo para ellos.

— Unas asignaturas optativas a elegir por el alumno.

Las modalidades suponen un cierto grado de diversificación. Su número n es limitado, en este momento están propuestas seis.

— Bachillerato de Ciencias Sociales y del Hombre.
— Bachillerato de Ciencias de la Naturaleza.
— Bachillerato Técnico Administrativo.
— Bachillerato Técnico Industrial.
— Bachillerato Artístico, (éste de reciente incorporación).

El segundo ciclo de enseñanzas medias termina con una prueba homologad e idéntica para todos los estudiantes del Estado Español.

LOS MODULOS PROFESIONALES

Se entiende por módulo profesional, un período de formación de un año d duración, orientado a completar la formación del alumno en aspectos relaciona dos de forma inmediata con el mundo del trabajo.

El ideal es que quienes lo superen satisfactoriamente, estén en condicione de incorporarse a la actividad laboral y desempeñar un puesto de Técnic Cualificado.

Recibirán una calificación profesional equivalente al actual Técnico Especialista.

Un técnico como el que se desea no se forma en un curso; el módulo no está concebido para dar la formación total, sino para proporcionar un complemento. Es necesaria pues la base específica de cursos anteriores, por tanto las enseñanzas del módulo no son independientes de la modalidad del ciclo cursado con anterioridad.

Esto quiere decir, que un alumno que haya cursado la modalidad de Bachillerato Técnico Industrial puede acceder a un módulo profesional de electrónica, pero en ningún caso estará capacitado quien haya cursado el Bachillerato Lingüístico.

El Ministerio de Educación y Ciencia en la propuesta de organización de la Enseñanza Media post-obligatoria, invitaba a comunidades científicas o académicas, al profesorado en general, y a cuantos quieran contribuir con su opinión a una enseñanza secundaria, que responda mejor a las demandas de la sociedad en estos tiempos. Las Enfermeras Docentes, estamos dispuestas a asumir nuestra responsabilidad en este tema. Es por esto que una de nuestras grandes preocupaciones, es lograr una adecuada formación para los distintos niveles que configuran el equipo de enfermería, con el fin de lograr prestar unos cuidados de mejor calidad.

A este respecto, manifestamos nuestro temor de que la Reforma de las Enseñanzas Medias, no va a poner solución a los problemas que le vemos a la Rama Sanitaria de la Formación Profesional de Primer Grado, ya que si dicha reforma consigue aumentar la edad del comienzo de la actividad laboral a los 19 años y seguramente eleva la formación global de los alumnos, nos parece difícil formar en un módulo de un año de duración, un trabajador capaz de integrarse con eficacia en un grupo con las características del equipo de enfermería; ésto sin analizar quien impartirá las enseñanzas de este módulo profesional y dentro de qué filosofía serán planteadas estas enseñanzas.

Los enfermeros hemos manifestado en repetidas ocasiones, las características que a nuestro juicio debe reunir la enseñanza para el auxiliar de enfermería y que resumimos a continuación:

* La Formación Básica del Auxiliar de Enfermería debe estar dirigida a capacitarle para colaborar en los cuidados, a los individuos sanos o enfermos, tanto en el ámbito hospitalario como estrahospitalario, siempre bajo la supervisión de la enfermera.
* Los programas de formación deben garantizar el desarrollo personal de todos los alumnos.
* Fomentar la capacidad de comunicación y de interrelación de los mismos, para que sean capaces de trabajar en equipo.
* Conseguir un nivel teórico práctico, que les prepare para el desarrollo de

actitudes, aptitudes y conocimientos, necesarios para asumir las responsabilid des que les sean encomendadas.

Desde nuestro punto de vista, estas características no pueden alcanzarse, este grupo de trabajadores de la salud, continúa formándose totalmente deslig do del ámbito en el que luego ejercerá su actividad laboral.

El mismo Ministerio de Educación y Ciencia, cuando propone la Reform de las Enseñanzas Medias, plantea la necesidad de acercar la enseñanza a la re lidad laboral de quien la va a desempeñar.

Además es necesario que estas enseñanzas, estén orientadas hacia las nuev formas de entender hoy la salud, para que el alumno adquiera en el período d su formación, una serie de actitudes, que como decía anteriormente serán de pués imprescindibles, para su integración en el equipo de enfermería en el qu va a trabajar.

Para que este equipo sea la realidad que deseamos, la formación del person en sus distintos niveles debe ser orientada con una misma filosofía, ésto no s podrá llevar a cabo más que cuando todos los componentes estén formados baj la dirección de enfermeras y a ser posible en el mismo centro.

CONCLUSIONES

1. Urgente necesidad de una clara definición de funciones del personal d enfermería.
2. Todo el personal de enfermería debe ser formado con una filosofía co mún y a ser posible en el mismo centro.
3. La formación de enfermería debe ser competencia y responsabilidad d las enfermeras.

BIBLIOGRAFIA

— *Libro Primeras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfe mería Docente.*

— *Los estudios de Formación Profesional.* Dirección General de E.E.M.M 1984. Generalitat Valenciana.

— *Propuesta de Organización de la Enseñanza Media reglada postobligat ria.* Ministerio de Educación y Ciencia.

— *La Formación Profesional.* Virginia Novel Martí. VI Sesiones de Traba de la Asociación Española de Enfermería Docente.

OCTAVA PONENCIA

PROYECTO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Rosa M.ª Blasco Santamaría

Vicepresidenta de la A.E.E.D.
Directora de la Escuela de Enfermerí
Universidad de Barcelona

PROYECTO DE LICENCIATURA EN ENFERMERI

Cuando empecé a escribir esta ponencia me planteé qué les habría sugeric el nombre a los asistentes a estas jornadas, creo que algunos habrán pensad en que éste podría ser un proyecto realizable, otros «ya están los de la A.E.E.I con sus fantasías» o vamos a ver un poco de ciencia ficción en Enfermería, po que la posibilidad de establecer una licenciatura en Enfermería no es para mı chos un reto para el 2000, sino que ni para el 2100 se ve con mucha claridad

Por todas estas razones, a mí me gustaría cubrir un único objetivo en es ponencia, que sería convencer a todos los presentes de que el momento oport no para conseguir una licenciatura en Enfermería, es ahora, pero que la cons cución de ese objetivo pasa porque lo hagamos como el objetivo de todos l enfermeros, ya que la historia y la experiencia nos demuestran que cuando u colectivo como el nuestro se marca una meta y la interioriza, la consigue.

Mi exposición la voy a dividir en tres partes:

— Proyectos sobre licenciatura,
— situación actual y
— estrategias para la puesta en marcha.

PROYECTOS SOBRE LICENCIATURA

Según las informaciones de que yo dispongo, el plantear una enseñanza sı perior en Enfermería va ligado a la transformación de las escuelas de A.T.S. e Escuelas Universitarias. La Enfermería Española, con una visión amplia y pr gresista, desde que se planteó el ingreso en la Universidad, lo hizo en todos sı niveles, o sea, un primer ciclo o formación básica, unas especialidades, un s gundo ciclo o Licenciatura y un tercer ciclo o Doctorado.

La primera referencia que tenemos es de 1971, cuando el Colegio Provinci de Barcelona organiza la «I Jornada de estudios de Enfermería», en la que M Dolores Agell presenta la ponencia «Los estudios de Enfermera y A.T.S. y su pr blemática actual», en su desarrollo plantea la necesidad de estructurar la form ción en Enfermería en todos sus niveles, haciendo la siguiente propuesta:

1.ª PRIMER CICLO dedicado al estudio de disciplinas básicas, con una duración de tres años.

2.ª SEGUNDO CICLO. Especializaciones con una duración de dos años. (Las actualmente reconocidas más otras que deben incorporarse.)

3.ª TERCER CICLO. Especializaciones concretas y preparación para la investigación y docencia.

— Dirección y Administración hospitalarias.
— Dirección de Escuelas.
— Profesorado.
— Investigación.

Más adelante en 1973 en el «II Congreso Nacional de Hospitales», celebrado en Barcelona, en una ponencia presentada por Pilar de Viala y elaborada por D. Agell, M.ª Asunción Llobet, C. Meléndez y Roser Tey, se estructuraba la formación de la Enfermería en los tres ciclos, para capacitarla en los ciclos superiores en administración, docencia e investigación.

Me gustaría resaltar un párrafo de esta ponencia que dice: «Una carrera universitaria de Enfermería, con licenciatura y aun con doctorado, puede ser idea nueva o sorprendente para los españoles, pero sólo tenemos que penetrar un poco en tratados sobre Enfermería para darnos cuenta de que todos han sido escritos por enfermeras, y en fechas no muy recientes precisamente, que ostentan títulos superiores.» Así como el resumen de la misma:

RESUMEN

1.º La Enfermería tiene personalidad propia. No puede considerarse como un eslabón inferior de la Medicina. Son dos profesiones paralelas pero bien diferenciadas.

2.º Los estudios de Enfermería deben alcanzar el nivel superior solicitado:

Escuela Universitaria = Diplomados en Enfermería Básica.

Estudios Universitarios (2.º ciclo) = Licenciatura en Especialidades de Enfermería (profesorado y otras).

Estudios Universitarios (3.er ciclo) = Doctorado en Enfermería. Dirección de Escuelas. Dirección de Enfermería Hospitalaria. Investigación y Organismos superiores.

3.º Las auxiliares de Enfermería necesitan una formación organizada, unificada y reconocida, dentro del 1.er grado de Formación Profesional.

4.º Las Técnicas en Especialidades Auxiliares de Enfermería, deben encuadrarse dentro del 2.º grado de Formación Profesional.

5.º No deben ignorarse las recomendaciones del «V Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre Enfermería».

Todo lo cual a mi modo de ver demuestra que la Enfermería hace mucho q sabe lo que quiere, pero no lo consigue por falta de estrategias y de apoyos p parte de quien en lugar de unir al colectivo con metas comunes, lo divide y lleva a conflictos en defensa de intereses personales.

Posteriormente se han presentado diversos proyectos sobre Licenciatura Enfermería, con diferentes enfoques, incluso se han llevado a cabo program con la intención de dar un nivel superior a la enfermería.

En este sentido la F.E.R.S. en el año 1974 realizó un programa de dos curs académicos en la «Escuela de Formación Complementaria de A.T.S.F. "San María" de Madrid».

Las asignaturas de este programa son las que a continuación se relaciona siendo de resaltar el que ni una sola haga referencia a Enfermería, así como que se incluyan asignaturas como Fundamentos de Anatomofisiología, Patol gía y Farmacología y Dietética, cuando para acceder a este curso habría que e tar en posesión del título de A.T.S. Por otro lado, hace planteamientos progresi tas al incluir Administración, Sociología, Educación, ...

Asignaturas:

— Psicología.
— Organización Sanitaria.
— Relaciones humanas.
— Genética.
— Sociología Sanitaria.
— Ciencias de la Educación.
— Dinámica de grupos.
— Legislación Sanitaria y Social Contemporánea.
— Fundamentos de Anatomo-Fisiología.
— Medicina Social.
— Patología Médica.
— Patología Quirúrgica.
— Moral.
— Administración hospitalaria.
— Técnicas de Diagnóstico Complementarias.
— Dietética.
— Farmacología.

En 1976 la Escuela de «Santa Cruz y San Pablo» elaboró un anteproyect de Licenciatura en Enfermería realizado por T. Piulach y el grupo de Enferm ras y Psicólogas que eran Profesores en la Escuela, en el que planteaban la nec sidad de esta formación y presentaban un programa en el cual el primer curs está orientado a la adquisición de conocimientos dentro de las Ciencias básica soporte donde van a apoyarse los conocimientos correspondientes a un segund

curso, el cual deberá estar orientado al área de enseñanza, elegidas estas áreas son: Enfermería Médico-Quirúrgica, Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Psiquiátrica, Enfermería Salud Pública, Enfermería Geriátrica.

Cabe destacar que cuando se describe el propósito de cada una de estas licenciaturas, en todos ellos dice que «capacitarán para desarrollar funciones de administración, dirección y docencia».

En 1981 Concepción Brun, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra, presentó en el I Congreso de Enfermería Catalana en Gerona un proyecto en el que se planteaban nueve áreas de Especialización a nivel de Licenciatura, éstas son:

— Enfermería Humanística.
— Enfermería de Salud Comunitaria.
— Enfermería Médica.
— Enfermería Quirúrgica.
— Enfermería Psiquiátrica.
— Enfermería Geriátrica.
— Enfermería Rehabilitadora.
— Enfermería Maternal.
— Enfermería Infantil.

En este proyecto se cuestionaba dónde sería más oportuno cursar el segundo ciclo de Enfermería, si en Facultades o Escuelas Superiores, eligiendo la alternativa de Escuelas Superiores.

Me gustaría comentar la tendencia que existe en nuestra profesión a importar modelos o sistemas de hacer las cosas de manera que no se ajustan ni a nuestra realidad, ni a la legislación vigente. Creo que la Enfermería de este País se tiene que dar cuenta del lugar donde está desarrollándose y hacer planteamientos progresistas, pero dentro del contexto en que vive y de la legislación vigente, esto es, la L.R.U. y la Ley General de Sanidad.

Y no lo digo únicamente por el planteamiento que se hace en este proyecto, ya que todos hemos visto anunciados Masters en Enfermería, Cursos Superiores, etc., actividades que no se dan en otras profesiones bajo esos títulos, sino que se realizan dentro del contexto social y cultural en el que se mueve.

Para hacer más énfasis en este apartado, me gustaría recordar que la L.R.U., en su artículo 30, sigue proponiendo los títulos de siempre (Diplomado, Licenciado y Doctor). Asimismo, en su artículo 7 dice que las Universidades estarán básicamente integradas por: Departamentos, Facultades, Escuelas Técnicas Superiores, Escuelas Universitarias e Institutos Universitarios. Por todo ello creo que la Enfermería debe progresar y usar nuevos planteamientos por las vías establecidas al igual que lo hacen otras disciplinas.

Siguiendo con el análisis de otros proyectos, en 1981 la Comisión de Escuelas

de la Universidad de Barcelona realizó un estudio sobre la necesidad de establ cer un segundo ciclo universitario, o sea, una Licenciatura, en el cual se plante el por qué es necesaria esta formación, y qué capacidades profesionales propo cionaría. Este proyecto plantea una Licenciatura que capacite para la docenci la administración y la investigación.

Finalmente, en enero de 1986 la revista *Enfermería Científica* publica un Pr yecto de Programa de Estudios de Licenciatura de Enfermería elaborado por A della, Pallarés y Llopis. En este proyecto se plantea una Licenciatura a término no en dos ciclos sino en uno solo, que «Capacitaría al licenciado para trabaj como enfermero general en los distintos niveles de atención a la comunidad a como en los niveles iniciales de docencia, investigación y administración».

A mi modo de ver, este proyecto tiene un problema fundamental, que es coste que supondría el colocar a todos los enfermeros a nivel de licenciados, que daría lugar a que surgieran otros profesionales más rentables como trabaj dores y con una formación que al ser más corta resultaría más económica. As mismo, tiene lagunas en cuanto a la legislación educativa vigente al hacer un pla teamiento por Semestres, al equiparar 1 crédito a 1 hora cuando el M.E.C. ha la equivalencia de 1 crédito 10 horas, al marcar el número total de créditos e 397 cuando el M.E.C. está hablando de entre 60 y 90 créditos por curso académ co y al no contemplar las 4.600 horas que la C.E.E. exige para la libre circulació a los profesionales de Enfermería.

En junio de 1980 la A.E.E.D. publicó en la Revista *Rol de Enfermería* un d cumento sobre cómo debería estructurarse la Formación post-básica en Enfe mería, en el que se trataban las líneas generales de dicha formación, así com las razones que la hacía necesaria. Razones que a mi entender y en relación co la licenciatura siguen vigentes, de entre éstas me gustaría destacar:

— Para que la Enfermería sea una profesión con responsabilidad propia, e necesario que las enfermeras puedan optar a una formación que las capa cite para profundizar en el cuerpo de conocimientos específicos de su pr fesión y dirigirla en los niveles de la enseñanza, la administración y la i vestigación.
— Los avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud obligan que los profesionales que trabajen en él adquieran, al mismo tiempo qu una mente abierta al constante progreso, unos conocimientos adecuad al mismo.
— Por otra parte, los profesionales sólo consiguen desarrollar su cuerpo d conocimientos y sentar sus bases científicas a través de la investigaciór En particular, la Enfermería trata en estos momentos de alcanzar amba cosas y para ello es fundamental el uso de una metodología científica e sus actividades.
— De todo ello se deduce la necesidad de formar enfermeras capaces de de sarrollar programas de investigación que, por un lado proporcionen lo

fundamentos científicos de la Enfermería y, por otro, contribuyan a la mejora constante de los servicios que las enfermeras prestan a la sociedad.

Posteriormente en las II Sesiones de Trabajo, R. Alberdi y M. P. Mompart presentaron un Proyecto sobre «Licenciatura en Enfermería», en el cual exponían el porqué, para qué, cómo y con qué contenidos debería hacerse una Licenciatura.

Para la elaboración de este trabajo se realizaron en Barcelona unos talleres pedagógicos para definir los objetivos y contenidos de la Licenciatura, los cuales tuvieron lugar bajo la dirección del doctor Daufí.

SITUACION ACTUAL

En el momento actual, aprobada la L.R.U. y la Ley General de Sanidad, las razones que hacen necesario el establecimiento de un 2.º Ciclo en Enfermería han aumentado.

La L.R.U. en su artículo 30 estructura los estudios universitarios en tres ciclos. La superación del primero dará derecho al Título de Diplomado, la del segundo al Título de Licenciado y la del tercero al Título de Doctor.

En su artículo 33 fija los cuerpos del profesorado en:

— Catedráticos de Universidad.
— Profesores Titulares de Universidad.
— Catedráticos de Escuela Universitaria.
— Profesores Titulares de Escuela Universitaria.

Además, se podrá contar con:

— Profesores Asociados.
— Visitantes.
— Ayudantes.

En el artículo 35, apartado 1.º, contempla el acceso a las plazas de Profesor Titular de Escuela Universitaria con el Título de Diplomado. Pero no permite que los Diplomados en Enfermería puedan optar a Cátedras y por lo tanto las Universidades que configuren su plantilla para Escuelas Universitarias de Enfermería con Cátedras, impide el que sus enseñanzas puedan ser orientadas tanto a nivel Dirección de la Escuela como Dirección del Departamento por Enfermeras, puesto que éstas no tienen titulación para ser Catedráticas y las Direcciones según la L.R.U. deben ser ocupadas por el Profesorado de máximo nivel acadé-

Asimismo, la Ley General de Sanidad al crear un sistema Nacional de Salı y al ampliar la cobertura a toda la población, incluye campos, que hasta el m mento no cubría el antiguo sistema sanitario como son la Salud Mental, la Salı Laboral, Salud Ambiental, la prevención y promoción de la salud. También est blece mecanismos más racionales de Administración y Gestión. Igualmente Decreto sobre estructuras básicas confiere a las enfermeras unas actividades e pecíficas dentro del equipo de Atención Primaria, así como unas responsabilid des en cuanto a la ejecución y evaluación de las actividades del equipo.

Dentro de la reforma hospitalaria, la Orden del 28/2/85 en la que se establ cen los órganos de dirección de los hospitales crea la dirección de Enfermer Todo lo cual amplía el rol de la enfermera, lo que hace necesario una profunc zación en sus conocimientos propios, así como en administración y docenc Por otro lado, la Ley General de Sanidad en su artículo 105 sobre «fomento la investigación» determina la necesidad de establecer relaciones, a través de co ciertos y plazas vinculadas, entre los profesionales de las instituciones sanitari y las Universidades, todo lo cual se desarrolla en el R. D. 1558/8 de 28 de jun sobre conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias.

LA REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS SANITARIAS

El objetivo de esta reforma es la reordenación y actualización de todos l planes de estudio, que otorguen «Títulos Académicos Oficiales» con validez todo el territorio nacional, los cuales tendrán efectos académicos plenos y hal litarán para el ejercicio profesional.

Como ya ha explicado Pilar Antón, el Consejo de Universidades tiene pla teada la Reforma de las Enseñanzas Universitarias en la que se contemplan di rentes modelos para realizar los tres ciclos Universitarios.

Pasaremos ahora a analizar algunos de estos modelos:

I. Enseñanzas sin título intermedio:

A) *Enseñanzas de larga duración.*

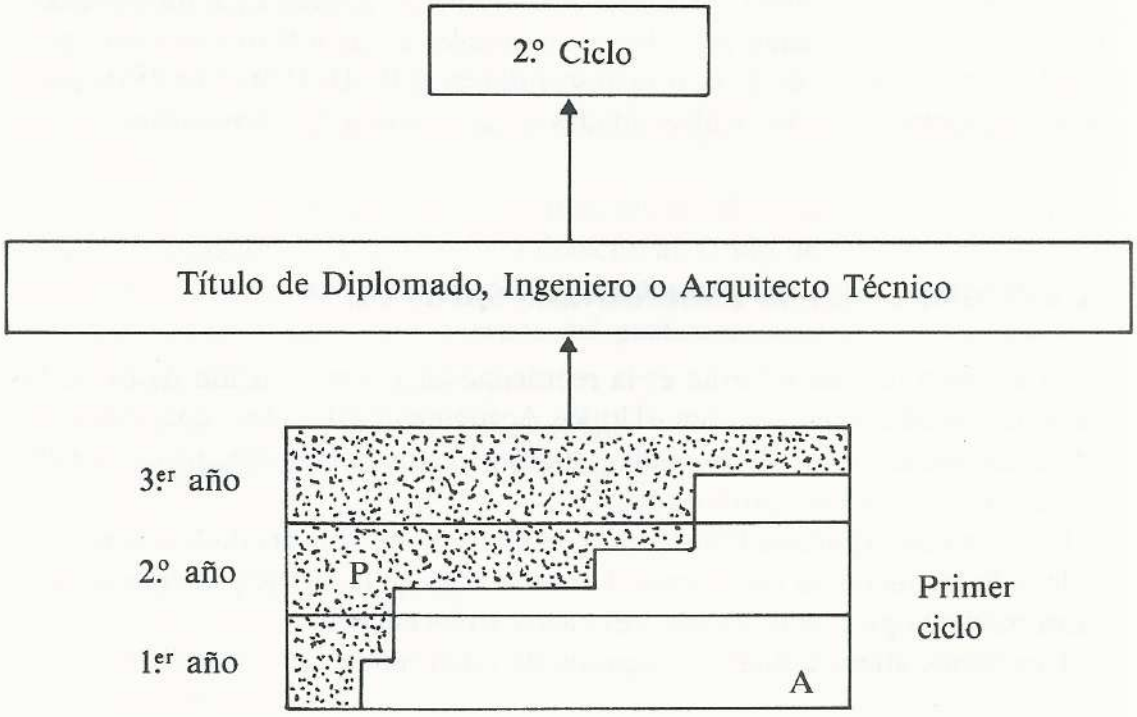
Como tales, los estudios tendrán en su conjunto cuatro o más años de du ción, y serán acreditados con el título de Licenciado, Ingeniero o Arquitecto. primer ciclo de estos estudios no conduce a título terminal, teniendo contin dad natural en el segundo ciclo de los estudios. No obstante, la superación primer ciclo o de un porcentaje a determinar del conjunto de la carrera equiv dría, a todos los efectos, a la posesión del título genérico de Diplomado

B) *Enseñanzas de corta duración.*

Los estudios tendrán en su conjunto entre dos y tres años de duración, y se refrendarán con el correspondiente título de Diplomado, Ingeniero Técnico o Arquitecto Técnico. No tienen continuidad en un segundo ciclo, si bien los estudiantes que los superen podrán incorporarse a los segundos ciclos de otros estudios mediante cursos de adaptación y convalidaciones, en su caso.

II. Enseñanzas con título intermedio:

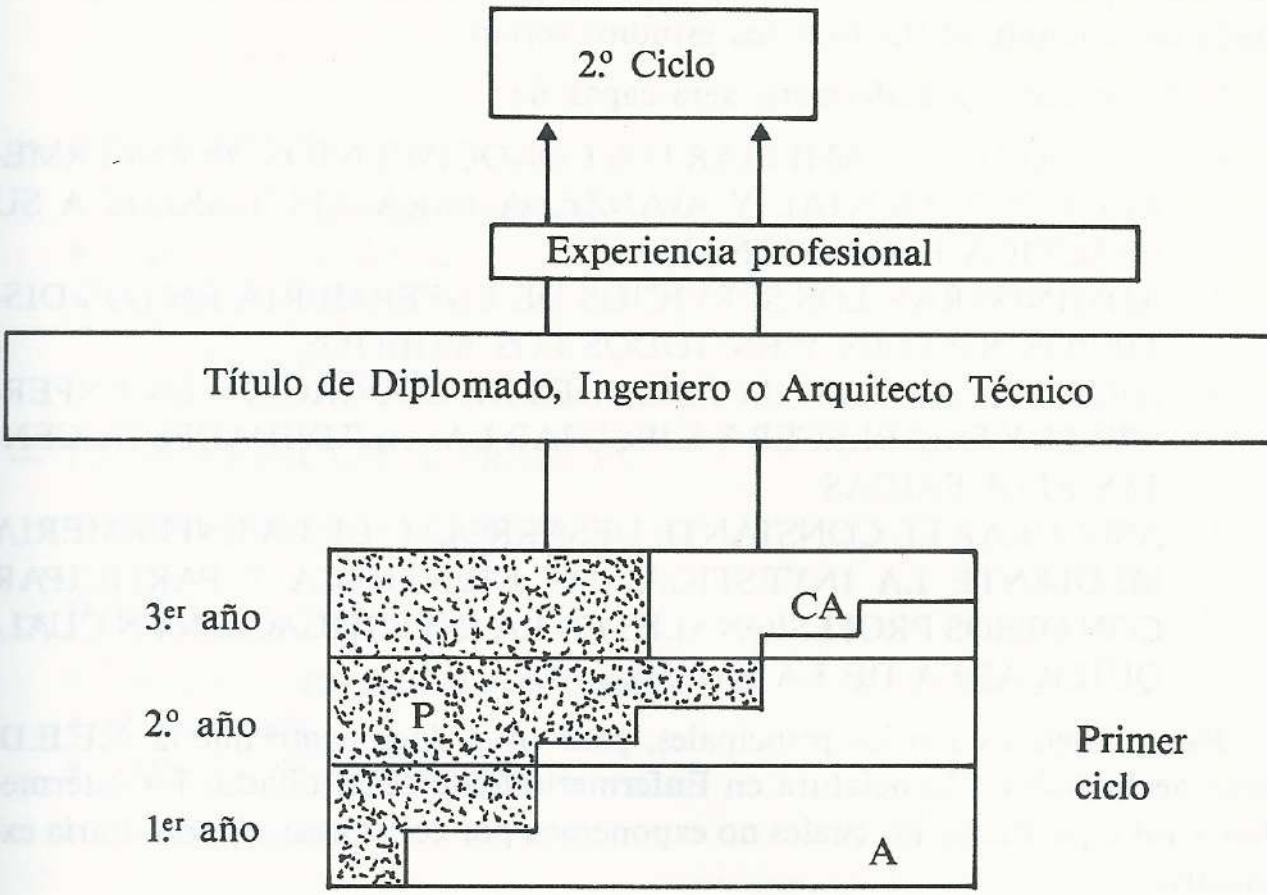
C) *Modelo simple* de estructura cíclica: el primer ciclo se refrenda con un título, y tiene directa continuidad en el segundo ciclo.



El primer ciclo será al tiempo formativo y profesionalizado; con una duración equivalente a dos o tres años de carga lectiva para estudiante normal a tiempo completo. Incluirá contenidos profesionales (P) y académicos (CA), de carácter científico-técnico, en la proporción de 1 a 2. Conduce a un título de Diplomado, Ingeniero Técnico o Arquitecto Técnico, y permite directamente el acceso al segundo ciclo correspondiente.

D) *Modelo mixto* de estructura cíclica: el primer ciclo se refrenda con títu-

lo, pero la continuidad en el segundo ciclo no es directa sino condicionada a acreditación de una experiencia profesional a determinar.



Me gustaría ahora pasar a exponer el modelo de Licenciatura en Enfermerí que la A.E.E.D. propone, así como las diferentes maneras de llevarlo a término según los sistemas propuestos por el Consejo de Universidades, para pasar pos teriormente a exponer otras formas de obtener una Licenciatura.

En primer lugar voy a plantear, como ya lo hicieron R. Alberdi y M.ª Pa Mompart en las II Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D., que se conseguiría co este tipo de formación:

— ACRECENTAR EL CUERPO DE CONOCIMIENTOS PROPIO DE L ENFERMERIA.
— PREPARAR A LOS PROFESIONALES, MEJORANDO LOS SERV CIOS QUE PRESTA.
— GOBERNARSE A SI MISMA.
— ESTABLECER SUS PROPIAS NORMAS.

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

para ejercer al máximo nivel de responsabilidad la docencia, la administración y la investigación.

En consecuencia, podríamos establecer los siguientes objetivos para el plan de estudios de la Licenciatura de Enfermería, que expresados en términos de conducta del alumno, al finalizar los estudios serían:

El Licenciado en Enfermería será capaz de:

1. ACTUALIZAR Y AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA FUNDAMENTAL Y AVANZADA PARA APLICARLOS A SU PRACTICA PROFESIONAL.
2. ADMINISTRAR LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA EN LOS DISTINTOS NIVELES Y EN TODOS LOS AMBITOS.
3. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE EDUCACION EN ENFERMERIA Y ESTABLECER Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DOCENTES REQUERIDAS.
4. ASEGURAR EL CONSTANTE DESARROLLO DE LA ENFERMERIA MEDIANTE LA INVESTIGACION CIENTIFICA Y PARTICIPAR CON OTROS PROFESIONALES EN LA INVESTIGACION EN CUALQUIER AREA DE LA SALUD.

Estos objetivos son los principales, pero en el documento que la A.E.E.D. tiene hecho sobre Licenciatura en Enfermería tiene desarrollados los intermedios y los específicos, los cuales no exponemos por considerar que resultaría exhaustivo.

Una vez elaborados estos objetivos, hubo que determinar los contenidos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos.

Estos contenidos distribuidos en grandes bloques según muestra el cuadro son:

— FILOSOFIA Y TEORIAS DE ENFERMERIA

- Teoría del Conocimiento.
- Bases filosóficas.
- Análisis de los modelos teoría de Enfermería.

30 créditos.

— CIENCIAS DE LA CONDUCTA

- Relaciones interpersonales.
- Dinámica de grupos.
- Teoría de la Comunicación.
- Metodología de la información.

15 créditos.

— CIENCIAS SOCIALES

- Sistemas Sociales.
- Sociología de la Salud.
- Antropología de los cuidados.

15 créditos.

— LEGISLACION

- Derecho civil, penal y laboral.
- Legislación Sanitaria.
- Legislación Educativa.

15 créditos.

— IDIOMAS INGLES Y FRANCES

- Nivel comprensión y lectura.

— INVESTIGACION

- Estadística descriptiva e inferencial.
- Metodología.
- Diseños de investigación.

30 créditos.

— ADMINISTRACION

- A. General.
- Organización Sanitaria.
- Organización Educativa.

20 créditos.

— CIENCIAS DE LA EDUCACION

- Diseño de programas.
- Técnicas de enseñanza.
- Técnicas de Evaluación.

20 créditos.

1.er CURSO **90 CREDITOS**

FILOSOFIA Y TEORIAS DE ENFERMERIA	
CIENCIAS CONDUCTA	CIENCIAS SOCIALES
LEGISLACION	INGLES

2.º CURSO **90 CREDITOS**

INVESTIGACION	
ADMINISTRACION	INGLES
CIENCIAS EDUCACION	OPTATIVA

Este sería, en líneas generales, el modelo de Licenciatura que propone la Asociación, quedaría por determinar la relación teórica práctica que, en nuestra opinión y teniendo en cuenta que los alumnos que realizasen la Licenciatura contarían con una determinadas experiencias en el campo profesional, debería ser de dos a tres, o sea, de los 90 créditos por curso 60 deberían ser teóricas y 30 prácticas. También habría que determinar los requisitos del trabajo final de carrera, así como los créditos que comportaría, ya que 900 horas por curso académico parecen insuficientes.

Modelo diversificado

Otro modelo al que podríamos llamar diversificado sería la Licenciatura po especialidades, o sea, en Salud Pública, Médico-Quirúrgica, Materno-Infanti Geriatría, Salud Mental, etc. Esta es una idea que, como se ha visto en la prim ra parte de esta ponencia, algunos han defendido y han realizado proyectos. L propia Asociación, en sus primeras sesiones de trabajo, hacía un planteamient similar a éste, pero una vez estudiado el tema en profundidad, creemos que mejor enfoque para que la Licenciatura en Enfermería dé los resultados que pr tendemos, es el de una Licenciatura única con carácter General.

El motivo fundamental que determina esta elección, es nuestro convencimient de que los estudios superiores en Enfermería deben estar centrados, en razón d la profundización de los conocimientos profesionales y no en base a las activida des que desarrollarán los enfermeros una vez Licenciados.

¿Cómo llevar a la práctica la Licenciatura propuesta? En primer lugar habrí que relacionarla con uno de los modelos de estructura cíclica propuesto por Consejo de Universidades que, a nuestro modo de ver, sería el modelo mixto o sea, un primer ciclo que formase a una Enfermera Generalista de tres año de duración y que diera el Título de Diplomado y, posteriormente y previa un experiencia profesional a determinar, en años y puestos de trabajo desempeña dos, pasaría a un segundo ciclo, el cual podría cursarse:

A) En plan tradicional transformando algunas de las actuales Escuelas Uni versitarias de Enfermería en Facultades de Enfermería y cursándose en ellas to das las asignaturas. Modelo del 1.er y 2.º ciclo, modelo caro y de difícil aproba ción por las Universidades y el M.E.C., pues comportaría aumentar en un núme ro considerable las plantillas de profesorado así como las dependencias y aulas lo que no parece oportuno en un primer momento.

B) Otra opción sería aprovechar los recursos humanos y materiales, así co mo las estructuras ya existentes en las Universidades. Para ello habría que com parar los contenidos de las materias propuestas con los de las materias que s imparten en otras disciplinas e, impartiendo a través de los Departamentos d las Escuelas las materias propias de Enfermería. De este modo las Ciencias d la Conducta y las Técnicas de Comunicación se podrían cursar en el Departa mento de Psicología Social y las Ciencias de la Educación en el Departament de Pedagogía, la Administración en el de Economía y la Organización de Em presas, Ciencias Sociales en el Departamento de Sociología y Metodología d las Ciencias Sociales, y así sucesivamente, con lo cual la puesta en marcha d este segundo ciclo resultaría más simple y rápida que la anterior propuesta y po descontado mucho más económica. Todo lo cual aumentaría las posibilidade de llevarla a cabo.

Existen otras fórmulas contempladas en la Reforma de las Enseñanzas Uni versitarias para pasar a un 2.º ciclo. En el apartado del proyecto en el que se de

sarrolla este punto propone «que a la terminación de las enseñanzas de primer ciclo posibilite, en la mayoría de los casos y siempre que sea razonable el acceso a uno o más ciclos».

En este sentido y previa la realización de un curso de enseñanzas complementarias se podrían cursar Licenciaturas relacionadas y de gran aplicación a la Enfermería, como podrían ser Psicología, Pedagogía, Económicas, etc.

No obstante, por esta vía se obtendría un título, un determinado nivel académico a nivel personal, pero no se habría conseguido que la Enfermería como ciencia progresara y profundizara en su cuerpo de conocimientos, ya que no estaríamos desarrollando una profesión sino dotando a unas personas de unos determinados conocimientos de los cuales sólo podrá aplicar una parte mínima a su actividad profesional y, por otro lado, seguirá encontrándose con enormes lagunas que no le ha dado esa Licenciatura y que son necesarias para su quehacer profesional.

Como decíamos anteriormente, la Licenciatura de Enfermería debe estar centrada en la profundización de los conocimientos profesionales y no en las actividades que realizarán los enfermeros una vez Licenciados.

Pensamos que si las enfermeras han de estar implicadas en la toma de decisiones y la elaboración de la política de Salud hasta los niveles más altos del gobierno deben ser educadas hasta un nivel que no sólo les proporcione el conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo sus funciones sino también les permita actuar en situaciones de igualdad ante aquellos con los que tienen que trabajar.

La Enfermería se está moviendo de la práctica a lo científico, de lo rutinario a lo creativo, de lo dependiente a lo necesario. Pero para ello tiene que haber enfermeras que se comprometan a desarrollar la disciplina de Enfermería y que asuman el liderazgo profesional con todo lo que ello comporta.

Finalmente quisiera exponer las razones por las que yo considero que AHORA es el momento para que la Enfermería despegue y haga el gran cambio asumiendo el liderazgo en salud para todos en el año 2000.

En primer lugar, los organismos internacionales como la O.M.S., la Comunidad Económica Europea, etc., ya se han dado cuenta de que no será alcanzable esta meta sin la colaboración de la Enfermería, así el doctor Mahlar en el discurso de apertura pronunciado en el Encuentro Internacional sobre «Liderazgo de Enfermería en Salud para todos» decía: «El lugar de la Enfermería para ocasionar los cambios esenciales en los sistemas de Salud Nacionales está claro:

— Los enfermeros trabajan en todos los lugares.
— Proporcionan cuidado a todos los niveles.
— Representan la mayor categoría de trabajadores de salud.
— Comunican al individuo y la familia con el Sistema de Salud.

La profesión de Enfermería, por tanto, tiene *la responsabilidad* de tomar la delantera en el cambio.»

Y sigue diciendo: «si queremos que la contribución de las enfermeras sea u realidad, es de máxima importancia el que los gobiernos acepten y fomenten colocación de enfermeras líderes donde puedan tener voz en los niveles de la p lítica y en la toma de decisiones».

Todo ello demuestra que si las enfermeras aceptamos la responsabilidad d cambio y del liderazgo, nos tendremos que seguir formando en los aspectos desarrollo personal que nos capaciten para hacer un proyecto persona profesionalizado. Con esto quiero decir que los profesionales de Enfermería, au que tengan unos conocimientos, una experiencia profesional y una buena ho de servicios, no pueden traducirlo en un currículum, el cual es necesario prese tar a la hora de ocupar determinados puestos.

Este es el tema que nos preocupa, pues uno de los puestos donde mejor pueden iniciar los cambios y liderar grupos son las Escuelas. Pero, ¿quién oc pará estos puestos?, si cuando salen plazas a concurso no se presentan enferm ros y si lo hacen en muchas ocasiones no tienen los méritos (vistos en términ de currículum para optar a la plaza a concurso), porque no han orientado quehacer profesional en este sentido. Cosa que sí han hecho otros profesional que han planteado su desarrollo profesional orientándolo en un determinado a pecto y dando los pasos necesarios para conseguirlo.

Todo esto nos conduce a que cuando en el 1992 se consoliden definitivame te las Plantillas de Profesorado de las Escuelas, nos encontremos con que la pr porción de enfermeras respecto a la de otros profesionales sea minoritaria, y qu como apuntaba anteriormente, las Direcciones del Centro y del Departamen estén en manos de catedráticos cuyas tesis doctorales han versado sobre farm cología, embriología, ...

¿Con qué orientación saldrán los profesionales ahí formados? Esta es u responsabilidad que debemos asumir y buscar las estrategias necesarias para da una solución.

En segundo lugar, el gobierno va incorporando enfermeras en sitios de la a ministración tanto a nivel central como autonómico. Por otro lado, el tema la Salud les preocupa lo suficiente como para establecer acuerdos entre Sanid y Educación, como el mencionado R. D. 1558 sobre conciertos entre Univer dad e Instituciones sanitarias. Al igual que la nueva reestructuración del M.E. que crea una Subdirección de Especialidades de la Salud y Relaciones con l Instituciones Sanitarias.

En esta línea, el grupo de Salud del Partido Socialista convocó en mayo p sado unas Jornadas de Enfermería, con el fin de definir el Papel de la enferme en el sistema sanitario español. Para ello estudiaron tres grandes áreas:

1. Cuidados de Enfermería en la Atención Sanitaria (A. Primaria, A. Ho pitalaria).
2. La Enfermería y la gestión en el Sistema Sanitario.

3. Formación del personal de Enfermería, que es en el que me voy a centrar por la importancia que a mi modo de ver tiene el que el partido en el Poder llegue a estas conclusiones respecto a la Educación en Enfermería.

Establecer un sistema de formación en Enfermería integrado dentro del sistema educativo que contemple:

— Primer ciclo, formación pregrado o básica que abarque:
  - un primer nivel en el que se forme al auxiliar de Enfermería y personal de cuidado directo auxiliar;
  - un segundo nivel de diplomado en Enfermería.

— Segundo ciclo, formación postgrado o postbásica, que abarque las especialidades siguientes:
  - Enfermería materno-infantil (matrona);
  - Enfermería pediátrica;
  - Enfermería gerontológica y geriátrica;
  - Enfermería de salud comunitaria;
  - Enfermería de salud mental;
  - Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos.

— Licenciatura en Ciencias de la Enfermería.

En tercer lugar, me gustaría resaltar la flexibilidad que ofrece la Reforma de las Enseñanzas Universitarias, ya que si sabemos aprovecharlas y con imaginación, creatividad y unión, y dos o tres Universidades plantean un Plan de Estudios de segundo ciclo similar, creo que la Enfermería habrá alcanzado una de sus principales metas.

La Junta Directiva de la A.E.E.D., y yo misma, creemos tan firmemente en ello, que esperamos que en el 92 entre las muchas medallas de oro que alcancen los españoles una sea para la ENFERMERIA.

BIBLIOGRAFIA

— A.E.E.D.: «Proyecto de Estructuración de la Formación Post-básica en Enfermería». Suplemento Revista *Rol.* Septiembre 1980.

— ALBERDI CASTELL, R. M.ª, y MOMPART GARCIA, M.ª P.: «Proyecto de Licenciatura en Enfermería». II Sesiones de Trabajo A.E.E.D. Diciembre 1981. Ed. Rol, Barcelona.

— AGELL CALLIS, M. D.: «Los estudios de Enfermera-A.T.S. y su problemá-

tica actual». Ponencia presentada en I Jornada de Estudios de Enfermerí Barcelona, noviembre de 1971.
— AGELL CALLIS, M. D., y otros: «Revisión crítica del papel de la Enferme en el equipo hospitalario. Suplemento Revista *Estudio sobre hospitales.* Ba celona, enero 1973.
— ARDELLA DIAZ, S., y otros: «Proyecto de un programa de estudios de I cenciatura de Enfermería». Revista *Enfermería Científica,* n.º 46, enero 198
— BRUN SANDIUMENGE, C.: «Facultades de Enfermería... o Escuelas Sup riores de Enfermería». I Congrès d'Infermería Catalana. Gerona, diciemb 1981.
— L.R.U.: Ley Orgánica, 25 de agosto de 1983, B.O.E. 1 de septiembre de 198
— M.E.C.: «Las Enseñanzas Universitarias en España y en la C.E.E.». Conse de Universidades, Secretaría General, M.E.C. Centro de Publicaciones, ab 1986.

PRIMERA COMUNICACION

ENFERMERIA INTEGRAL: UN RETO A CONSEGUIR EN EL AÑO 2000

B. Ortiz Sanz
I. Guerra Cuesta
M.ª A. Coca Fernández

Escuela de Enfermería
Universidad de Valladoli

ENFERMERIA INTEGRAL: UN RETO A CONSEGUIR EN EL AÑO 2000

La historia describe diferentes maneras de asistir a los enfermos, ya que di tintas han sido las necesidades y los medios disponibles según las épocas. En e ta asistencia, la enfermera ha tenido un papel importante. Arasa afirma que «d rante los últimos 100 años se ha duplicado la duración media de la vida del hor bre de 35 a 70 años, que no ha sido sólo por la terapéutica médica, sino por higiene, la alimentación, etc.», que como bien sabemos son tareas en las que enfermera tiene una influencia decisiva.

Entre las distintas formas de la atención a los pacientes por parte del pers nal de enfermería hay una, vigente aún en muchos hospitales de nuestro pa consistente en una división de las tareas y distribución de éstas entre el person que compone la plantilla de una sala, de forma que cada profesional estará esp cializada en una misión como puede ser el administrar la medicación a tod los enfermos que a ella pertenecen.

Pensamos que esta manera de entender la enfermería en un hospital, pues que a ellos nos estamos refiriendo, no es la más adecuada ni la idónea, por d motivos fundamentalmente.

Por un lado, y por supuesto el más importante, creemos que no se tiene d todo en cuenta la visión del paciente como un ser humano, que no se conside en su totalidad que el hombre es un ser integral física y psíquicamente y con tal necesita una relación afectiva con el resto de la sociedad, con sus semejant y en este caso concreto con el personal sanitario, puesto que prácticamente con el que convive el paciente hospitalizado, si tenemos en cuenta que pasa c él más tiempo incluso que con su familia.

No debemos olvidar, por tanto, que por ser el hombre un ser integral e int grado en una sociedad, precisa unos cuidados integrales consistentes, como inc ca Ana Puig en su artículo «Enfermería Integral», en una filosofía y un diseñ de organización basado en que la enfermera debe responsabilizarse de todos l cuidados de «su» enfermo o de «sus» enfermos que le han asignado, en los q la relación humana adquiera una importancia fundamental.

A este respecto sería deseable que todos nos percatáramos de esto y construyéramos unos hospitales donde, como aconseja Oliva, «las personas se conozcan por su nombre y establezcan relaciones a nivel personal, con amistad y cambios de sentimientos afectivos». Esto, incrementará además, la confianza entre el paciente y la enfermera, confianza muy necesaria, pues ya Galeno afirmaba que «Cura mejor el que tiene la confianza de las gentes».

En este sentido el doctor Ortiz, que ha estudiado profundamente la relación de los sanitarios con el enfermo, indica que: «Estando así las cosas los médicos y otras personas no médicos nos preguntamos: ¿A dónde iremos a parar? ¿Hasta dónde llegará la colectivación de la Medicina a transformar la relación de médicos y enfermeras con el enfermo? ¿Tendremos que renunciar para siempre a la libertad de relación entre uno y otro?».

El desarrollo de la técnica no debe entorpecer esa relación. No debemos dejar que ocurra lo que un importante grupo de científicos indicaba en un número de *Tribuna Médica* en 1970, en el que se hacía un estudio de lo que iban a ser las enfermedades en el año 2000, afirmando que el desarrollo tecnológico y la superpoblación provocarán un aumento de las neurosis.

Existe otra razón secundaria, pero muy importante, por la cual somos partidarias de esta Enfermería Integral y es el estímulo que para la enfermera supone el responsabilizarse y tener autonomía en los cuidados de enfermería hacia «sus» pacientes, por la satisfacción personal que a ella le aporta y porque creemos que por ser «su enfermo» intentará conocerlo mejor, ampliando así sus conocimientos.

Podemos definir, pues, los cuidados de enfermería como algo más que un conjunto de tareas y actividades, siendo un proceso pensado, organizado y dirigido hacia un fin que debe ser el atender al paciente como un ser humano en todas sus dimensiones.

Teniendo como base lo anteriormente expuesto, podemos comenzar a planificar la asistencia en enfermería elaborando un cambio paulatino pero eficaz.

Expondremos a continuación, brevemente, cómo realizaríamos este cambio.

La planificación del cambio no puede ser algo aislado, puesto que en ella concurren una serie de factores de gran importancia que debemos tener en cuenta, como es la colaboración con los diferentes estamentos: dirección de enfermería, personal médico, personal especializado y el propio personal de enfermería del Servicio. No se puede realizar ningún cambio sin una previa formación y fijación de objetivos para conseguir actualizar los conocimientos, que por los avances y modificaciones científicos y tecnológicos, ha sufrido la profesión de Enfermería.

Sabemos que habrá dificultades para conseguir este cambio, existe un miedo a lo desconocido, ya que toda transformación entraña un riesgo; sin embargo, si conseguimos motivar a las personas que se relacionan con los enfermos, haciéndoles comprender las satisfacciones y compensaciones que esto les va a apor-

tar, estamos seguras de que la colaboración por parte de ellas será importante

Es necesario para ello que las direcciones de enfermería hagan un estudi preciso del número de enfermeras y auxiliares de clínica necesarias para presta unos cuidados integrales, basándose en ratios establecidos en otros hospitale parrilla de Montesinos, etc.

Valoremos los objetivos que a corto y medio plazo nos marcaríamos para e tablecer una Enfermería Integral en una Sala. Estos serían los siguientes:

1) En primer lugar, la responsabilización directa de un determinado núm ro de pacientes a una enfermera y auxiliar de clínica, puesto que éste el concepto de Enfermería Integral.
2) En segundo lugar, presentación de la enfermera al paciente, informándo le de que va a ser ella la que va a realizar sus cuidados y que es a ell a la que tiene que acudir en caso de necesitarlo, para conseguir que enfermo sea bien recibido y la adaptación al nuevo medio sea menos con flictiva. La enfermera enseñará además al paciente la Unidad, sus com pañeros en los casos adecuados y las normativas existentes en el Centro
3) Después, en tercer lugar, la enfermera deberá elaborar un plan de cuida dos previa información obtenida a través de la historia clínica, órdene médicas, historia de enfermería y entrevista personal con el paciente, n olvidando realizar diferentes valoraciones para elaborar sus cuidados. Esta valoraciones las podemos resumir de la siguiente manera:
   a) Valoraremos el nivel de autonomía del paciente.
   b) Haremos una valoración, además, de las posibles alteraciones de la necesidades básicas como son las respiración, higiene, alimentación estado psicológico y relaciones sociales, reposo, movilización y eli minación.
4) En cuarto lugar, la enfermera ejecutará el plan de cuidados actuando co mo un miembro integrado del Equipo Sanitario, estableciendo una co rrecta comunicación con éste, el paciente y su familia. Deberá mantener además, una comunicación escrita y verbal con informes precisos y sig nificativos con las diferentes enfermeras de otros turnos que cuidan a es paciente.
5) En quinto lugar, reformará ese plan, dependiendo del tratamiento médi co y del estado y evolución del paciente, a medida que vayan pasando los días desde su ingreso.
6) En sexto lugar, tenemos que tener en cuenta que el paciente no deber irse del hospital, sin haber recibido la enseñanza de su autocuidado; e decir, sin haber recibido una educación sanitaria prestada por parte de equipo sanitario.
7) Por último, no habríamos conseguido nuestro objetivo totalmente, si no hiciéramos una evaluación de la calidad de los cuidados integrales para poder corregir en adelante los posibles errores y deficiencias del Sistema.

Queremos resaltar que en ciertos hospitales en los que la Enfermería Integral ya está puesta en marcha, mejora la calidad de los cuidados de enfermería, aumenta la satisfacción y desarrollo profesional así como la de los pacientes y la de sus familiares.

Y terminemos con una frase de Fauré, quien en 1966 ya afirmaba que: «Al lado de estos deberes de orden científico tenemos deberes morales, mayores aún: deberes de conciencia, deberes de rectitud y de sinceridad y los que son de todos los más nobles y los más sagrados, deberes hacia nuestros enfermos, hacia los que nos han confiado, hacia esta humanidad dolorosa que nos tiende sus brazos desfallecientes».

SEGUNDA COMUNICACION

LA ENFERMERIA HOSPITALARIA ANTE EL OBJETIVO «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000».

M.ª Concepción Martín
Loreto Gil
María Girbes
Isabel Vidaller

Enfermeras Adjuntas de Enfermería

Pilar Marín

Directora de Enfermería

José Antonio Gómez

Enfermero Asesor de Dirección de Enfermería

Hospital Central de la Cruz Roja
Madrid

LA ENFERMERIA HOSPITALARIA ANTE EI OBJETIVO «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000»

Cuando hablamos del objetivo «Salud para todos en el año 2000», lo prime ro que nos viene a la memoria es «Salud Pública», «Atención Primaria», es de cir, pensamos en un modelo sanitario del que excluimos casi automáticament los hospitales. Sin embargo, éstos seguirán existiendo y por ello nos pregunta mos cuál es el papel de la enfermera hospitalaria ante el objetivo «Salud par todos en el año 2000».

No nos cabe duda que la enfermera en el hospital tiene que hacer suyo e objetivo final de producir salud y, apoyada en sus funciones, asumir la responsa bilidad de mantener y restaurar la salud, prevenir las enfermedades y aliviar e sufrimiento. Asimismo, debe motivar e intensificar los conocimientos y aptitu des de las personas para adquirir y conservar su salud. Por otro lado, Enferme ría debe desarrollar mecanismos efectivos para asegurar la calidad de los cuida dos prestados.

Sin embargo, la consecución de este objetivo nos va a llevar tiempo. En gene ral, el personal sanitario en nuestro país no ha sido preparado fundamentalmen te para trabajar en hospitales con una mentalidad reparadora.

En Enfermería, para conseguir el cambio que supone este objetivo, objetiv que nos obliga una vez más y con una cierta urgencia, a explicar la naturalez de nuestro servicio a la sociedad, en Enfermería, habrá que empezar a planifica este cambio.

Una estrategia para planificar el cambio que nos lleve a la consecución de objetivo «Salud para todos en el año 2000» pasaría por los siguientes puntos:

1. Conocer el Modelo de Enfermería existente.
2. Definir el Modelo de Enfermería o «Marco Conceptual» con el que que remos trabajar.
3. Establecer estrategias hacia objetivos específicos y empezar a programa objetivos a corto, medio y largo plazo.

LA ENFERMERIA HOSPITALARIA ANTE E OBJETIVO «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000»

Cuando hablamos del objetivo «Salud para todos en el año 2000», lo prim ro que nos viene a la memoria es «Salud Pública», «Atención Primaria», es d cir, pensamos en un modelo sanitario del que excluimos casi automáticamen los hospitales. Sin embargo, éstos seguirán existiendo y por ello nos pregunt mos cuál es el papel de la enfermera hospitalaria ante el objetivo «Salud pa todos en el año 2000».

No nos cabe duda que la enfermera en el hospital tiene que hacer suyo objetivo final de producir salud y, apoyada en sus funciones, asumir la respons bilidad de mantener y restaurar la salud, prevenir las enfermedades y aliviar sufrimiento. Asimismo, debe motivar e intensificar los conocimientos y aptit des de las personas para adquirir y conservar su salud. Por otro lado, Enferm ría debe desarrollar mecanismos efectivos para asegurar la calidad de los cuid dos prestados.

Sin embargo, la consecución de este objetivo nos va a llevar tiempo. En gen ral, el personal sanitario en nuestro país no ha sido preparado fundamentalme te para trabajar en hospitales con una mentalidad reparadora.

En Enfermería, para conseguir el cambio que supone este objetivo, objeti que nos obliga una vez más y con una cierta urgencia, a explicar la naturale de nuestro servicio a la sociedad, en Enfermería, habrá que empezar a planific este cambio.

Una estrategia para planificar el cambio que nos lleve a la consecución d objetivo «Salud para todos en el año 2000» pasaría por los siguientes puntos

1. Conocer el Modelo de Enfermería existente.
2. Definir el Modelo de Enfermería o «Marco Conceptual» con el que qu remos trabajar.
3. Establecer estrategias hacia objetivos específicos y empezar a programa objetivos a corto, medio y largo plazo.

Si analizáramos los elementos del Modelo de Enfermería vigente en nuestros hospitales, veríamos que el objetivo por el que trabajan muchas enfermeras sería, en el mejor de los casos, la suma de dos tradiciones superpuestas: por un lado, la del servicio abnegado a los enfermos, y por otro, la de fiel colaboradora del médico. Por otra parte, el enfermo es considerado como una persona sin entidad propia, subsidiario de tratamiento médico, que llega al hospital para hacer lo que le manden y que se va a casa, muchas veces, sin saber qué le ha pasado y qué tiene que hacer. Y los enfermos pasan y la enfermera se queda como el ama de casa del hospital: nadie le reconoce su trabajo, de su buen hacer se benefician todos, pero su trabajo no es importante porque cualquiera lo podría hacer.

Este esquema que hemos sufrido y sufrimos, nos ha empezado a generar tanta tensión que nos está motivando a trabajar para cambiarlo.

En nuestro Hospital, si bien está sin definir el Modelo de Enfermería, desde hace varios años se está motivando y dirigiendo, a través de los programas de Formación Continuada, hacia un nuevo Modelo de Enfermería que recoja los objetivos del Programa «Salud para todos» y que en el contenido coincide con algunos elementos del modelo que define Virginia Henderson.

Pero hemos podido comprobar que esto, por sí solo, no produce el cambio.

Con el fin de conocer el Modelo de Enfermería existente en el Hospital, pasamos una encuesta a enfermeras y auxiliares en la que se les preguntaba su opinión acerca de cada uno de los elementos que componen el Modelo.

Todas las encuestadas tenían claro que el objetivo de enfermería es ayudar a mantener o restaurar la independencia del enfermo y familia y que el objeto de nuestra profesión es el hombre (individuo), considerado como un ser que tiene necesidades biológicas-psicológicas y sociales.

Sin embargo, respecto al origen de la intervención de enfermería, que definimos se basa en la ayuda al enfermo y familia en aquello que no saben, no pueden o no tienen voluntad para hacer, las respuestas fueron menos homogéneas. Por ejemplo, el 76 % de las encuestadas dice valorar las necesidades y problemas del enfermo, pero sin embargo, esto no se recoge en sus registros de enfermería. El 52 % responde que sólo habla a los enfermos y familia cuando éstos les preguntan, con lo cual, nos cuestionamos cómo podrían valorar las necesidades. Y un 50 % dice toma decisiones e informa al enfermo y familia sobre la vida que puede realizar al alta.

Respecto a la metodología, si bien hay un movimiento en el Hospital que está empezando a utilizar un método de trabajo más científico y se están empezando a definir normas y procedimientos de enfermería, sin embargo, la encuesta no refleja que se está utilizando un método común para toda la División.

En cuanto a la valoración de la consecución de objetivos y la investigación nada hay. Por tanto, ¿qué habíamos conseguido? Habíamos conseguido en un gran sector de la enfermería del Hospital una gran sensibilización para lo que

creemos son las responsabilidades de la enfermera. Sin embargo, no habíam definido los objetivos específicos hacia los que iban encaminados estos progı mas formativos: nos faltó todo un plan de gestión para comenzar a desarroll el Modelo de Enfermería, que a través del desarrollo de las funciones nos pern ta conseguir estos objetivos del Programa «Salud para todos».

Por ejemplo, esto nos sucedió con el objetio «Reparto de Enfermos». Sabı mos que en nuestro Hospital se trabajaba por tareas y queríamos modificar es sistema de trabajo.

Se definió el objetivo basándonos en la importancia de contemplar al ser h mano como un ser integral y de que la enfermera se hiciera responsable de to la asistencia al enfermo y familia. Pasado un año y medio no sabíamos cuál e el cambio producido. Pasamos una encuesta y descubrimos que todo el mun pensaba que tenía claro el concepto de Reparto de Enfermos que estaba impla tado en todas las Unidades. Sin embargo, no todas las enfermas y auxiliares c nocían el nombre de sus enfermos, ni los enfermos el de las enfermeras y auxili res que les cuidaban, ni sabrían valorar las necesidades alteradas de los enferm a su cargo y, por tanto, los cuidados prestados no sabríamos decir a qué corre pondían.

A partir de este momento, volvimos a retomar el tema definiendo claramen el objetivo a través de especificaciones concretas en cuanto a:

1. El conocimiento del nombre de los enfermos a su cargo por parte de l enfermeras y auxiliares, así como que los enfermos supieran el nomb de las enfermeras y auxiliares responsables de su cuidado.
2. La valoración de las necesidades y los cuidados de enfermería.
3. El conocimiento del diagnóstico médico y del proceso patológico de l enfermos asignados, así como del qué y para qué de la terapéutica méd ca de los mismos.
4. La rotación de los enfermos y de los equipos de auxiliar-enfermera.
5. La recomendación de que en la programación de los días libres no coi cidieran la enfermera y auxiliar del mismo equipo.

Por último, se definieron los niveles de consecución mínimos para un añ en cada uno de los bloques. Se dio a conocer a las Unidades, a través de las su pervisoras, pactando con ellas individualmente el nivel a conseguir en su Unida y fijando las fechas para hacer los controles necesarios. Por otra parte, se realiz el seguimiento de dicho objetivo a través de la estructura funcional de la Div sión, es decir, a través de las reuniones de grupo de supervisoras, de las visita que las adjuntas realizan a las Unidades y de las entrevistas que cada supervisoı tiene con su Adjunta de Area periódicamente.

Para finalizar y resumiendo lo dicho hasta aquí, las enfermeras hospitalaria tenemos mucho que hacer en la consecución de los objetivos del programa «Sa

lud para todos en el año 2000», pero no pensemos que porque cambiemos el nombre de las cosas con ello cambiará el sistema; es necesario que, partiendo de esos objetivos generales, empecemos a definir los objetivos específicos que nos permitan desarrollar el cambio y medir los resultados; es necesario que empecemos a planificar el futuro.

TERCERA COMUNICACION

LA OTRA REALIDAD DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA

Carmen Blasco Ordóñez
Caridad Albacete Carreira

Profesoras de Enfermería Fundamen
tal
E.U.E. Universidad de Córdoba

LA OTRA REALIDAD DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA

Quisiéramos aportar, por medio de nuestra comunicación, la inquietud y e periencia que, durante los años dedicados a la docencia de Enfermería, hem podido acumular para intentar contribuir con todo ello a que el lema del Co greso: «La Enfermería para el 2000: un reto, unas soluciones», sea en lo posib una realidad.

Para ello partiremos de lo que a nuestro entender es primordial para esa E fermería, tan próxima en el tiempo, pero tan lejana en la realidad a pesar de l deseos reiteradamente propuestos y marcados en diversos encuentros, congres y demás reuniones programadas desde hace algunos años, con este objetivo.

Estamos completamente de acuerdo, en que uno de los principales avanc sobre el reto que la Enfermería deberá de cumplir en el año 2000, tendría q partir de las escuelas, lugares o centros de formación de los futuros profesion les y es en ese lugar, donde deberán marcarse las nuevas directrices de la discipl na.

Esto, tenemos que reconocer, no ha sido así en algunas escuelas.

Sentimos profundamente que nuestra experiencia real, diste mucho del pla teamiento serio y necesario expuesto en la ponencia sobre las escuelas de Enfe mería, parece que estamos mostrando el revés de una moneda al exponer nuest presente y reiteramos la necesidad de una reestructuración como algo impresci dible para alcanzar ese reto de la Enfermería a tan corto plazo. Bien es cier que no todas precisan ese cambio, pues muchas lo realizaron cuando median el Real Decreto 2188/77 de 23 de julio, se produjo la integración en la Univers dad de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universit rias de Enfermería.

Parece increíble que transcurridos nueve años de promulgación, y si som sinceros, hayamos avanzado tan poco.

Vamos a centrar el problema de ese cambio de las escuelas en dos puntos d ferentes:

1. La estructuración de los estudios universitarios.
2. El profesorado de las mismas.

Quizás uno sea causa o efecto del otro, de cualquier forma y a nuestro modo de ver están íntimamente relacionados.

ESTRUCTURACION DE LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

La Enfermería universitaria se planteó la fundamentación científica de cómo debe ejercer su profesión, teniendo siempre como centro de gravedad en su actuación el hombre y sus necesidades, cómo se manifiestan en estado de salud o enfermedad y cómo se modifican en razón de factores permanentes o variables.

A este fin se debería encaminar todo el curriculum profesional en el momento actual.

Lo más importante era el cambio de énfasis en el enfoque de la enseñanza.

Tradicionalmente el contenido de los estudios de Enfermería y las prácticas de enseñanza se habían centrado en la enfermedad. El modelo para la formulación del curriculum era el modelo médico de asistir a las personas por medio del estudio de patologías médicas y patrones médicos de atención a los pacientes.

Las experiencias del aprendizaje de los alumnos se centraba en la patología. Tenía por tanto explicación la rotación de los alumnos por los diferentes servicios del hospital, con la finalidad de aprender las diferentes técnicas y procedimientos necesarios para las pruebas de diagnóstico y los tratamientos y la oportunidad de observar signos y síntomas relacionados con las diversas patologías.

En el cambio de concepto de atención y del papel más amplio de Enfermería produciría un cambio extraordinario en la educación. De una formación centrada en la enfermedad y el aprendizaje de técnicas, se giraba hacia el estudio del ser humano en su totalidad, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades, mantenimiento de una vida sana y fomento de la salud.

Con este enfoque se guiaría a los estudiantes hacia el estudio de patrones de vida, teniendo en cuenta los valores culturales relacionados con la salud y haciendo referencia a otros factores, sociales, políticos y económicos que afectan a la atención de la misma y por tanto de Enfermería. Es decir, el estudio del individuo y de la sociedad en que éste se desenvuelve.

Su desarrollo conceptual es diferenciado, por tanto, de otras disciplinas que tradicionalmente han influido sobre la Enfermería. Todos recordamos los textos clásicos de tradición en el curriculum que apenas dedicaban a conceptos una leve introducción, tratando por extenso el desarrollo de los procedimientos básicos (técnicas) enriquecidos con la descripción de las actitudes requeridas para

el cuidado integral del paciente. (Manual de Enfermeras, Sitges 1966, Oteo 62

Creo que todos estos conceptos, el desarrollo del famoso Real Decreto, a como cada uno de los diferentes artículos que lo componen y que de alguna m nera repercutirían en el momento de establecer los planes de estudios y de enf car los contenidos de las materias del curriculum son sobradamente conocid por todos, pero: ¿se ajustan los actuales planes de nuestras escuelas y el enfoq de gran número de materias y de las prácticas que realizan los alumnos al espí tu de esa ley? ¿No sucede en algunos casos que el enfoque de algunas materi y la elaboración de los planes se ha hecho en función de los conocimientos d profesorado que imparte la asignatura y no desde el punto de vista de Enferm ría?

La prueba es palpable y la tenemos muy reciente; en la convocatoria de pl zas a profesores titulares de Escuelas Universitarias de Enfermería hemos teni clara muestra de ellos, al describir diferentes asignaturas y «perfiles de las mi mas».

Conocemos personalmente, por otra parte, la imposibilidad de una coord nación entre teoría y práctica, a pesar de conocer la importancia y necesidad equilibrio e integración que debe existir entre ambas enseñanzas para lograr pr fesionales eficaces. Continuamos con la programación teórica por asignatur y alumnos de 2.º y 3.º de prácticas genéricas, sin objetivos específicos program dos pero con un horario de permanencia en el hospital que cumplir. Incongrue te pero real. El único instrumento de evaluación de las mismas, consiste en asistencia y cumplimiento de unas horas, no determinadas en relación al des rrollo práctico relacionado con la asignatura, sino con el curso que realizan l alumnos, es decir, 2.º ó 3.º

¿Es esto la Enfermería Universitaria?

Ya dijimos al principio que a lo mejor esto ocurre en una minoría de las E cuelas, pero está ocurriendo y debemos de afrontarlo y tratar de solucionarl aunque es muy posible que por el momento seamos incapaces de hacerlo, au que a través de tenaces esfuerzos y auténticas contiendas, consigamos poco a p co nuestro propósito, pero seamos reales, no siempre es posible alcanzar este o jetivo y mal podemos llegar a la Enfermería ambicionada para el año 2000 cua do faltando catorce años no hemos llegado a la mitad del camino. Siguiendo línea que conocemos, no se diferencia tanto de nuestras antiguas escuelas de Ay dantes Técnicos Sanitarios, se trata más bien de un cambio de nomenclatura, del producto final que de ellas sale.

No es de extrañar, por tanto, las contestaciones que los alumnos de prim curso, al comienzo de sus días de clase y refiriéndose a las preguntas que no malmente realizamos al comienzo y final del mismo, sobre:

1. ¿Qué entiende por enfermería?
2. ¿Por qué eligió esta carrera?

LA OTRA REALIDAD DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA

Quisiéramos aportar, por medio de nuestra comunicación, la inquietud y e periencia que, durante los años dedicados a la docencia de Enfermería, hem podido acumular para intentar contribuir con todo ello a que el lema del Co greso: «La Enfermería para el 2000: un reto, unas soluciones», sea en lo posib una realidad.

Para ello partiremos de lo que a nuestro entender es primordial para esa E fermería, tan próxima en el tiempo, pero tan lejana en la realidad a pesar de l deseos reiteradamente propuestos y marcados en diversos encuentros, congres y demás reuniones programadas desde hace algunos años, con este objetivo

Estamos completamente de acuerdo, en que uno de los principales avanc sobre el reto que la Enfermería deberá de cumplir en el año 2000, tendría q partir de las escuelas, lugares o centros de formación de los futuros profesion les y es en ese lugar, donde deberán marcarse las nuevas directrices de la discip na.

Esto, tenemos que reconocer, no ha sido así en algunas escuelas.

Sentimos profundamente que nuestra experiencia real, diste mucho del pla teamiento serio y necesario expuesto en la ponencia sobre las escuelas de Enfe mería, parece que estamos mostrando el revés de una moneda al exponer nuest presente y reiteramos la necesidad de una reestructuración como algo impresci dible para alcanzar ese reto de la Enfermería a tan corto plazo. Bien es cier que no todas precisan ese cambio, pues muchas lo realizaron cuando mediar el Real Decreto 2188/77 de 23 de julio, se produjo la integración en la Univer dad de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universit rias de Enfermería.

Parece increíble que transcurridos nueve años de promulgación, y si som sinceros, hayamos avanzado tan poco.

Vamos a centrar el problema de ese cambio de las escuelas en dos puntos d ferentes:

1. La estructuración de los estudios universitarios.
2. El profesorado de las mismas.

Quizás uno sea causa o efecto del otro, de cualquier forma y a nuestro modo de ver están íntimamente relacionados.

ESTRUCTURACION DE LOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

La Enfermería universitaria se planteó la fundamentación científica de cómo debe ejercer su profesión, teniendo siempre como centro de gravedad en su actuación el hombre y sus necesidades, cómo se manifiestan en estado de salud o enfermedad y cómo se modifican en razón de factores permanentes o variables.

A este fin se debería encaminar todo el curriculum profesional en el momento actual.

Lo más importante era el cambio de énfasis en el enfoque de la enseñanza.

Tradicionalmente el contenido de los estudios de Enfermería y las prácticas de enseñanza se habían centrado en la enfermedad. El modelo para la formulación del curriculum era el modelo médico de asistir a las personas por medio del estudio de patologías médicas y patrones médicos de atención a los pacientes.

Las experiencias del aprendizaje de los alumnos se centraba en la patología. Tenía por tanto explicación la rotación de los alumnos por los diferentes servicios del hospital, con la finalidad de aprender las diferentes técnicas y procedimientos necesarios para las pruebas de diagnóstico y los tratamientos y la oportunidad de observar signos y síntomas relacionados con las diversas patologías.

En el cambio de concepto de atención y del papel más amplio de Enfermería produciría un cambio extraordinario en la educación. De una formación centrada en la enfermedad y el aprendizaje de técnicas, se giraba hacia el estudio del ser humano en su totalidad, haciendo énfasis en la prevención de enfermedades, mantenimiento de una vida sana y fomento de la salud.

Con este enfoque se guiaría a los estudiantes hacia el estudio de patrones de vida, teniendo en cuenta los valores culturales relacionados con la salud y haciendo referencia a otros factores, sociales, políticos y económicos que afectan a la atención de la misma y por tanto de Enfermería. Es decir, el estudio del individuo y de la sociedad en que éste se desenvuelve.

Su desarrollo conceptual es diferenciado, por tanto, de otras disciplinas que tradicionalmente han influido sobre la Enfermería. Todos recordamos los textos clásicos de tradición en el curriculum que apenas dedicaban a conceptos una leve introducción, tratando por extenso el desarrollo de los procedimientos básicos (técnicas) enriquecidos con la descripción de las actitudes requeridas para

el cuidado integral del paciente. (Manual de Enfermeras, Sitges 1966, Oteo 62

Creo que todos estos conceptos, el desarrollo del famoso Real Decreto, a como cada uno de los diferentes artículos que lo componen y que de alguna ma nera repercutirían en el momento de establecer los planes de estudios y de enfo car los contenidos de las materias del curriculum son sobradamente conocido por todos, pero: ¿se ajustan los actuales planes de nuestras escuelas y el enfoqu de gran número de materias y de las prácticas que realizan los alumnos al espír tu de esa ley? ¿No sucede en algunos casos que el enfoque de algunas materia y la elaboración de los planes se ha hecho en función de los conocimientos d profesorado que imparte la asignatura y no desde el punto de vista de Enferme ría?

La prueba es palpable y la tenemos muy reciente; en la convocatoria de pla zas a profesores titulares de Escuelas Universitarias de Enfermería hemos tenid clara muestra de ellos, al describir diferentes asignaturas y «perfiles de las mis mas».

Conocemos personalmente, por otra parte, la imposibilidad de una coord nación entre teoría y práctica, a pesar de conocer la importancia y necesidad d equilibrio e integración que debe existir entre ambas enseñanzas para lograr pro fesionales eficaces. Continuamos con la programación teórica por asignatura y alumnos de 2.º y 3.º de prácticas genéricas, sin objetivos específicos programa dos pero con un horario de permanencia en el hospital que cumplir. Incongruen te pero real. El único instrumento de evaluación de las mismas, consiste en l asistencia y cumplimiento de unas horas, no determinadas en relación al desa rrollo práctico relacionado con la asignatura, sino con el curso que realizan lo alumnos, es decir, 2.º ó 3.º

¿Es esto la Enfermería Universitaria?

Ya dijimos al principio que a lo mejor esto ocurre en una minoría de las Es cuelas, pero está ocurriendo y debemos de afrontarlo y tratar de solucionarlo aunque es muy posible que por el momento seamos incapaces de hacerlo, aun que a través de tenaces esfuerzos y auténticas contiendas, consigamos poco a po co nuestro propósito, pero seamos reales, no siempre es posible alcanzar este ob jetivo y mal podemos llegar a la Enfermería ambicionada para el año 2000 cuan do faltando catorce años no hemos llegado a la mitad del camino. Siguiendo l línea que conocemos, no se diferencia tanto de nuestras antiguas escuelas de Ayu dantes Técnicos Sanitarios, se trata más bien de un cambio de nomenclatura, n del producto final que de ellas sale.

No es de extrañar, por tanto, las contestaciones que los alumnos de prime curso, al comienzo de sus días de clase y refiriéndose a las preguntas que no malmente realizamos al comienzo y final del mismo, sobre:

1. ¿Qué entiende por enfermería?
2. ¿Por qué eligió esta carrera?

tenga contestaciones en su mayor parte que tienden a reafirmar la idea que recibirán a lo largo de la misma y dan a conocer el pensamiento que se transmiten a través de otros estudiantes, profesionales e incluso la sociedad misma...

Citando dos de las más contestadas:

1. ¿Qué entiende por enfermería?
   a) Curar a los enfermos...
   b) Ayudar al médico en...
2. ¿Por qué eligió esta carrera?
   a) Porque es corta y tiene fácil salida.
   b) Es la que ofrece más posibilidades de trabajo.

¡Descorazonador pero real! Tenemos prueba de ello al realizarlo durante varios años.

Resulta un tanto anecdótica, aunque no exenta de cierto grado de tristeza, la contestación expuesta por un alumno, cuando al finalizar el curso, y repetir las mismas preguntas anteriores nos contestó como respuesta a la primera pregunta:

1. ¿Qué entiende por enfermería?
   a) «La voz que clama en el desierto...»

Puede tener tantas interpretaciones..., personalmente le dimos una. Había captado el concepto, pero le parecía de tan poco seguimiento y credibilidad que era preciso «algo» que moviese el pensamiento actual.

¿Tan utópica es la Enfermería que deseamos? Nos lo hemos preguntado en más de una ocasión y a veces casi nos convencimos de ello. Es difícil cambiar el pensamiento y encuadre de una profesión de tan arraigada tradición médica.

Si continuamos analizando tradiciones en Enfermería y, como consecuencia, problemas que plantean la conservación de las mismas, llegamos al segundo punto que planteábamos como causa o efecto en estrecha relación:

PROFESORADO DE LAS E.U.E.

No haciendo una larga descripción y remitiéndonos al repetido Real Decreto 2128 del 77 y más concretamente al apartado C del artículo 4.º, vemos se contemplaba de alguna forma, la continuidad de las funciones docentes del profesorado existente, al mismo tiempo que preveía la designación de otros profesores para impartir el desarrollo del nuevo plan de estudios.

Si hacemos un poco de memoria, recordaremos que en las antiguas escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios:

— el profesorado debía de estar constituido por médicos para enseñanzas teó ricas y enfermeras como instructoras de prácticas...

Por tanto, la continuidad podía sucederse sin ningún cambio fundamenta del profesorado, con la repercusión consiguiente al elaborar los planes de estu dio y enfocar el contenido o perfil de determinadas asignaturas.

La enseñanza teórica es un tema que durante mucho tiempo lo hemos dele gado en manos de otros profesionales, lo enfermeros docentes se limitaban a l formación en los centros asistenciales, creándose la figura del instructor o moni tor (a), elemento fundamental en el aprendizaje del alumno. Este paternalism excesivo a lo largo de la historia por parte del médico que asumió en su totalida la labor educativa de Enfermería, llega hasta nuestros días.

Debemos agradecer su colaboración, pues gracias a ello contamos con nues tra formación actual y, por otra parte, reconocemos la importancia de aporta conocimientos de otros profesionales en determinadas materias y también so mos conscientes de nuestras propias limitaciones. Pero hemos de decir que, posi blemente, los profesores enfermeros serán más capaces que otros profesionale de detectar necesidades y aplicar procedimientos apropiados, no por estar má dotados de conocimientos, sino porque están más identificados con las necesi dades de la profesión, con su «por qué» y su «para qué».

En algunas escuelas, en la actualidad, transcurridos varios años, hemos d reconocer seguimos con idénticas tradiciones a las anteriormente citadas y la fi gura del enfermero docente, monitor de prácticas, o responsable de las mismas continúa arraigada en ellas, eso sí, con el nombre de profesor encargado de cur so con nivel B, C, ó D, con especial dedicación al control y docencia de lo rela cionado con las prácticas hospitalarias. Transcribimos con esta frase de form literal, el anuncio aparecido en un periódico, convocando por la Universidad e el pasado mes de septiembre, una plaza de profesor contratado con el perfil an tes mencionado y pidiendo como requisito mínimo de titulación el de Diploma do para acceder a dichas plazas, idéntica convocatoria fue realizada en seis oca siones anteriores y bajo las mismas condiciones, con lo que los contratos de lo enfermeros, están todos realizados hacia el «control y docencia de lo relaciona do con las prácticas hospitalarias de forma genérica y haciéndolo extensivo todos los cursos».

Creemos se comprenderá con facilidad la dificultad y el problema de una for mación universitaria de la disciplina, por mucho énfasis que pongamos al expli car a los alumnos, los fundamentos de la profesión, sus aspectos específicos, s desarrollo, metodología y función, etc., en la Enfermería Fundamental de pri mer curso. Recordemos aquella contestación dada por un alumno... «la voz qu clama...».

No debemos creer que todo sigue adelante, el camino es muy difícil, a vece llegamos a pensar que casi imposible. La legislación actual sobre la provisió

de plazas de profesores titulares de Escuelas Universitarias, nos da una posiblidad de acceso, pero no con cierta dificultad, teniendo en cuenta los criterios de evaluación de los tribunales y no debemos olvidar el aún insuficiente número de enfermeros titulares que puedan ser miembros de los mismos.

En las pasadas pruebas de idoneidad y en aquellas escuelas que se dio oportunidad a los enfermeros a acudir a las mismas, los resultados fueron satisfactorios en un aproximadamente ochenta por ciento sobre el total de profesores presentados.

En los últimos concursos para el acceso a los cuerpos de profesorado numerario de Escuelas Universitarias, no conocimos datos generales sobre el resultado de los mismos, pero creo que particularmente todos sabemos de algunos casos determinados.

En la actualidad, tanto por los requisitos necesarios para poder concursar, como por la constitución de las comisiones que evalúan la prueba, presenta un problema legal el poder lograr una mayor integración de profesionales de la Enfermería en la docencia y no vemos por el momento en algunas escuelas vías de solución, máxime cuando esta situación se agrava con la salida de las Cátedras en algunas Escuelas Universitarias de Enfermería.

El profesorado que en la actualidad integra el campo docente de nuestras escuelas, salvo excepciones que nos hacen envidiar el camino recorrido, la realidad en la mayoría de éstas, es muy diferente y no nos es desconocido por algunos.

CONCLUSIONES

— La más inmediata sería la revisión y modificación de los planes de estudio que con su carácter experimental contribuyen al anacronismo de los mismos en razón de las diferentes escuelas, profesorado y, en definitiva, al desvío del objetivo fundamental de la Enfermería. Es necesario una unificación de criterios en la orientación del currículum, evitando la disparidad en la formación de los alumnos y como consecuencia en el ejercicio profesional.

— Solicitar un cauce legal para poder optar a cualquier puesto docente o de responsabilidad en las Escuelas Universitarias de Enfermería en igualdad de oportunidad; existiendo la actual situación legal, algunos puestos son incuestionables.

Si de verdad queremos una Enfermería que apoye el objetivo de Salud para el año 2000, hay que orientar y controlar su proceso formativo y eso, aunque está en el pensamiento de muchos, no está al alcance de todos.

CUARTA COMUNICACION

EXPERIENCIA DOCENTE CON ALUMNAS DE ENFERMERIA BASICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M. A. Margall
Y. Montes
E. Francés
M. A. Esteban
M. C. Asiain

Unidad de Cuidados Intensiv
Clínica Universitaria. Navarra

EXPERIENCIA DOCENTE CON ALUMNAS DE ENFERMERIA BASICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTRODUCCION

La enseñanza de la práctica clínica a las alumnas de Enfermería Básica, una función propia de Enfermería. En nuestra Unidad de Cuidados Intensiv (UCI), la atención a las alumnas la realizamos directamente las supervisoras enfermeras de la Unidad, quienes mantenemos contacto permanente con la E cuela de Enfermería. Esta labor exige bastante esfuerzo por parte de todo el pe sonal, ya que además de realizar la atención a los pacientes y participar con resto del equipo de la Unidad en temas generales, es necesario prestar una gra dedicación a la alumna, de la cual no se obtiene, de forma inmediata, grand compensaciones, ya que cuando la alumna es capaz de colaborar en algunos a pectos, tiene que abandonar la Unidad.

Por otro lado, esta actividad educativa hacia la alumna, repercute positiv mente en todas las enfermeras que la impartimos, dado que nos provoca u mayor exigencia en nuestra formación.

Con el ánimo de poder valorar el modo con que estamos llevando a ca esta labor educativa, hemos creído de interés la realización de este breve estudi a la vez que comprobamos los conocimientos teórico-prácticos que adquier nuestras alumnas.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se ha realizado sobre dos grupos de alumnas que hicieron sus prá ticas en la Unidad, durante el curso 1985/1986.

Los hemos clasificado en:

GRUPO I: Formado por 12 alumnas de 2.º curso cuyo período de estan fue de diciembre de 1985 a marzo de 1986.

GRUPO II: Incluye el período de abril a junio de 1986 y está formado por 13 alumnas de 3.er curso.

PLAN DE ATENCION A LAS ALUMNAS

El primer día que las alumnas llegan a la Unidad, tiene lugar una charla informativa con el fin de ayudarlas a situarse y explicarles cómo se van a desarrollar las prácticas. En esta primera toma de contacto, realizada por la persona encargada del seguimiento y evaluación de las alumnas, se tratan los siguientes puntos:

1. Explicación sobre el concepto de UCI y su dinámica en el centro. Organización del equipo asistencial e integración de la alumna en el mismo. Recuerdo de la importancia del secreto profesional.

2. Exposición de objetivos a conseguir:
   2.1. Atención integral al paciente crítico.
   2.2. Fundamentación de cuidados así como el aprender a determinar la prioridad de los mismos.
   2.3. Aplicación de cuidados específicos según la patología del enfermo, además de reforzar los cuidados básicos.
   2.4. Fomentar el trabajo en equipo.
   2.5. Ayudar a comprender los criterios éticos en situaciones límite.

3. Poner en conocimiento que durante todo el período de prácticas, van a estar asignadas a una enfermera graduada quien se encargará de explicar y fundamentar todos los cuidados aplicados a los pacientes. Por otro lado, de la dedicación de una persona para coordinar esta labor, quien a su vez realizará con ellas un número determinado de cuidados que consideramos imprescindibles.

4. Comunicación del programa de sesiones teórico-prácticas que semanalmente les van a ser impartidas por distintas enfermeras de la Unidad, a saber:
   4.1. Problema de la infección y su profilaxis en la UCI.
   4.2. Vías intravasculares y cuidados.
   4.3. Fluidoterapia y administración de fármacos especiales.
   4.4. Diálisis peritoneal.
   4.5. Drenajes torácicos, abdominales, etc.
   4.6. Fisioterapia respiratoria.

CLINICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA

Nombre: Curso: Período: Prácticas Cuidados Intensivos

SISTEMA RESPIRATORIO	Colaboración	Realización	SISTEMA CIRCULATORIO	Colaboración	Realización
Fisioterapia respiratoria			Toma directa de PA		
• pacientes con respiracion artificial			Control frecuencia central × monitorización		
• pacientes con respiración espontánea			Control de frecuencia central × auscultación		
Auscultación Pulmonar			Vigilancia de ECG		
Observación Rx Tórax			Ver balón de contrapulsación intra-aórtico		
Ventiloterapia. Aerosolterapia			Ver o colaborar en parada cardíaca		
Oxigenoterapia			Colaborar en punción yugular o subclavia		
• mascarilla a ≠ concentraciones			Vigilancia y control paciente con marcapaso		
• respirador controles			Prevención en problemas tromboembólicos:		
• ambú.manejo			• medias		
Aspiración de secreciones naso-oro faríngeas			• movilizaciones		
Aspiración de secreciones endotraqueales			Retirada cánula arterial		
Colaborar en aspiración de secreciones naso-orotraqueales			Preparar cubículo para recibir paciente de CEC		
Cuidados tubo endotraqueal			Cuidado de cateter venoso central		
Cuidados cánula de traqueotomía			Colaboración en punción cateter venoso central		
Colaboración en desintubación					
Colaboración en punción pleural					
Extracción sangre arterial para EAB: • cánula					

SISTEMA DIGESTIVO	Colaboración	Realización
Sonda nasogástrica: • colocación • cuidados • retirada Alimentación enteral: • por sonda nasogástrica Alimentación oral en enfermos traqueotomizados		
SISTEMA NERVIOSO		
Vigilancia conciencia • recuperación conciencia postanestesia Valoración del coma escala de Glasgow Pupilas Colaboración en punción lumbar Alineación corporal		
SISTEMA RENAL		
Sonda vesical • colocación • vigilancia y cuidados • retirada Diálisis Peritoneal Colaboración en biopsia renal Balance hídrico		

MEDICACION Y FLUIDOTERAPIA	Colaboración	Realización
Administración medicaciones especiales: • aminas vasopresoras • heparina Fluidoterapia Control Nutrición parenteral		
DRENAJES		
Cuidados y retirada • pleurales • torácicos • intracraneales • redones •otros		
CUIDADOS GENERALES		
Higiene general paciente Crítico Higiene orificios naturales Cambios posturales Muestra para bacteriología por toma directa Aislamiento estricto		
ATENCION PERSONAL		
Trato como persona • psicología • espiritual Atención familiares Atención al cadáver		

4.7. Respiración artificial. Cuidados de pacientes intubados y contr del respirador. Nociones sobre ventilación artificial.
4.8. Parada cardíaca.

5. Entrega e información de la ficha de evaluación de la unidad (diaposit va) para que desde el primer momento tengan conocimiento de todas l técnicas y cuidados que pueden realizar en la Unidad; de este modo, finalizar el período de prácticas pueden cumplimentarla adecuadamente

Finalmente, a estos dos grupos de estudio se les practicaron prueb objetivas sobre conocimientos básicos (anexo I) al incorporarse al serv cio, prueba que se repitió al finalizar las prácticas junto con otra prueb sobre conocimientos específicos (anexo II) adquiridos en la Unidad. E tas pruebas escritas, consistían en preguntas sobre aspectos muy concr tos de los cuidados de enfermería. Con las preguntas correctas, según nue tro criterio, elaboramos un baremo para facilitar la evaluación.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS OBJETIVAS

GRUPO I

La puntuación media obtenida en la primera prueba de conocimientos básicos fue de 15 puntos, sobre un total de 26 (57 %), modificándose a 18 puntos (70 %), en la segunda prueba.

Este mismo grupo, en la prueba realizada sobre conocimientos específicos, obtuvo una puntuación media de 20 puntos (82 %), sobre un total de 24.

GRUPO II

En la primera prueba sobre conocimientos básicos, se obtuvo una puntuación media de 18 puntos sobre un total de 26 (69 %). En la segunda prueba, esta puntuación fue de 19 puntos (72 %).

El resultado obtenido en la prueba específica fue de 19 puntos (79 %) sobre un total de 24.

DISCUSION

Al analizar los resultados obtenidos, no pretendemos dar un valor absoluto a los mismos, ya que en nuestra opinión, hemos de tener en cuenta la influencia que ha podido tener la inexperiencia en el modo de exponer las preguntas así como el baremo de evaluación aplicado a las mismas.

Es necesario constatar que ninguna de las personas evaluadas, fueron informadas formalmente de los errores que habían tenido en las pruebas objetivas iniciales, ya que de algún modo pretendíamos realizar el estudio en las condiciones habituales en las que se desarrolla la formación de las alumnas en la UCI.

En cuanto a los errores habidos en la prueba inicial de conocimientos básicos en ambos grupos, observamos que apenas se corrigen durante el período de estancia en la Universidad.

Sólo destacaremos que tres de las preguntas que contestaron erróneamente el 88 % de las alumnas de 2.º curso, lo corrigieron en su totalidad.

Estas preguntas hacían referencia a:

— Tipo de dieta oral a administrar a un enfermo sometido a gastrectomía total al día siguiente de la intervención.
— Actitud de enfermería ante un paciente con control horario de diuresis, que presentó oliguria en las dos últimas horas.
— Vía correcta para administración de cloruro potásico endovenoso.

Por otro lado pensamos que existe una falta de reflexión de las alumnas antes de dar las respuestas, así como dificultad para dar prioridad a los cuidados, por ejemplo: ante la pregunta: «Dentro de la fisioterapia respiratoria, ¿qué ejercicio es fundamental para la eliminación de secreciones?». Una contestación general fue gimnasia respiratoria, en lugar de apuntar «la tos» como respuesta correcta.

También nos ha llamado la atención la falta de interés o al menos de curiosidad por parte de las alumnas para conocer las respuestas correctas de las preguntas.

En cuanto a la prueba de conocimientos específicos, creemos que el aprovechamiento de las alumnas es muy bueno, ya que ambos grupos, además de demostrar los conocimientos y destrezas al lado del enfermo, objetivamente asumen el 80 % de los aspectos evaluados.

CONCLUSIONES

En vista de los resultados de las pruebas objetivas, nos permitimos concluir diciendo que:

1. El aprovechamiento de las alumnas de 2.º y 3.er curso en Cuidados Intensivos es similar.
2. La mayoría de cuidados específicos de la unidad son asumidos por las alumnas.
3. La utilidad de la objetivación de errores en los conocimientos básicos, indica aquellos aspectos sobre los que hay que orientar a las alumnas.
4. Este pequeño trabajo nos sugiere la realización de nuevos estudios sobre distintos aspectos de nuestro plan de atención a las alumnas.

REFERENCIAS

1. Clinical experience record. Victoria: Pitman Medical 1980.
2. Isaacs, D.: Objetivos en el proceso educativo. Documento elaborado por Departamento de Investigación del Instituto de Ciencias de la Educació Universidad de Navarra. Pamplona, 1978.
3. Robertson, C. M.: Clinical Teaching. Great Britain: Pitman Press, 1980.
4. Simancas, J. L.: Objetivos en la formación de enfermeras. Documento el borado por el Departamento de Investigación del Instituto de Ciencias (la Educación. Universidad de Navarra. Pamplona, 1981.
5. Molinos, C.: Algunas consideraciones acerca del sentido de las prácticas (enfermería. Documento elaborado por el Departamento de Investigación d Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Navarra. Pamplon 1981.

ANEXO I

Prueba de conocimientos básicos

1. Paciente intervenido de corazón, sangrando por los drenajes, durante 2 horas consecutivas, 150 c.c. cada hora. ¿Qué actitud tomarías?
2. Paciente con gastrectomía total. ¿Qué tipo de dieta oral le darías al día : guientes de la intervención?
3. Paciente con control horario de diuresis, las dos últimas horas orina 12 10 ml respectivamente. Actitud de enfermería.
4. Paciente con cifra de potasio (K^+ plasmático de 2,8 mEq. Hay indicaci médica de administrar 40 mEq de cloruro potásico (ClK^+) por vía end venosa.
   ¿Cómo lo administrarías?
   ¿Directo en la llave de tres vías?
   ¿En una solución de 500 ml?
   Vía: central, periférica.
5. Cita dos medios físicos para tratar la hipertermia y cuidados a tener (cuenta.
6. Cita dos cuidados esenciales para evitar las úlceras de decúbito.
7. Dentro de la fisioterapia respiratoria, ¿qué ejercicio es fundamental pa la eliminación de secreciones?
8. En qué posición colocarías a un paciente con dificultad respiratoria. ¿Q datos vigilarías?
9. Un vehículo de gérmenes para transmitir infecciones a los pacientes son l «manos del personal». Para evitarlo es necesario lavarse las manos.

¿En qué momento crees tú que hay que lavarse las manos?

10. ¿En qué posición colocarías a un enfermo que está vomitando?
11. Tenemos una indicación médica de administrar 50 mg (5000 U) de Heparina sódica endovenosa. Partimos de viales de Heparina al 1 % y al 5 %. ¿Cuántos centímetros pondrías de la del 1 %? ¿Y de la del 5 %?
12. Debemos administrar 2000 c.c. de Nutrición Parenteral en 24 horas. ¿Cuántos c.c. deben pasar a la hora? ¿Cuántas gotas al minuto? (1 c.c. = 20 gotas).

ANEXO II

Prueba de conocimientos específicos

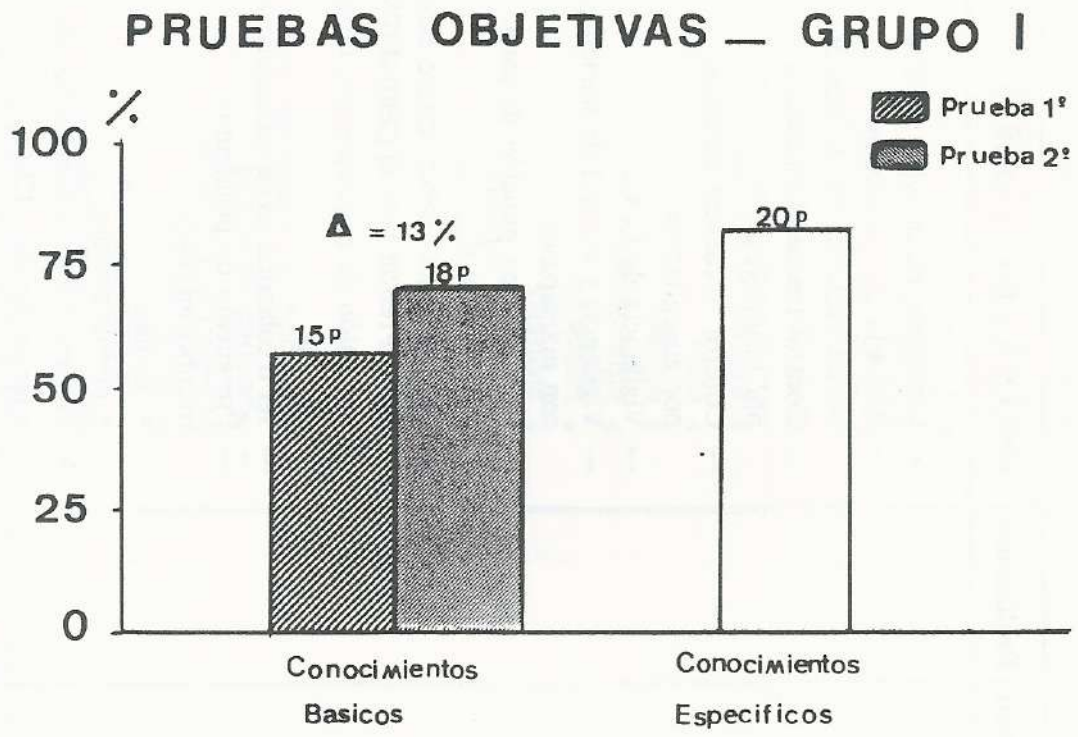
1. Drenaje pleural.
   ¿Por qué es necesario el sello de agua?
   ¿Si el tubo del paciente da aire, se puede clampar?
2. Enumera tres cuidados importantes en la técnica de aspiración endotraqueal.
3. ¿Cuál es el volumen respiratorio minuto en el adulto?
4. Ante una parada cardíaca enumera por orden de importancia los 3 primeros pasos a seguir además de avisar al médico.
5. ¿Durante cuánto tiempo es necesario hacer compresión tras la retirada de una cánula en arteria radial?
6. ¿Dónde debe estar situada la cánula o catéter para medir PVC?
7. Paciente encamado, di 2 cuidados a realizar para prevenir los problemas tromboembólicos.
8. En el momento de retirar la sonda nasogástrica, ¿qué cuidados son necesarios?:
   - La respiración debe ser:
     NORMAL PROFUNDA
   - La sonda debe estar:
     PINZADA NO PINZADA

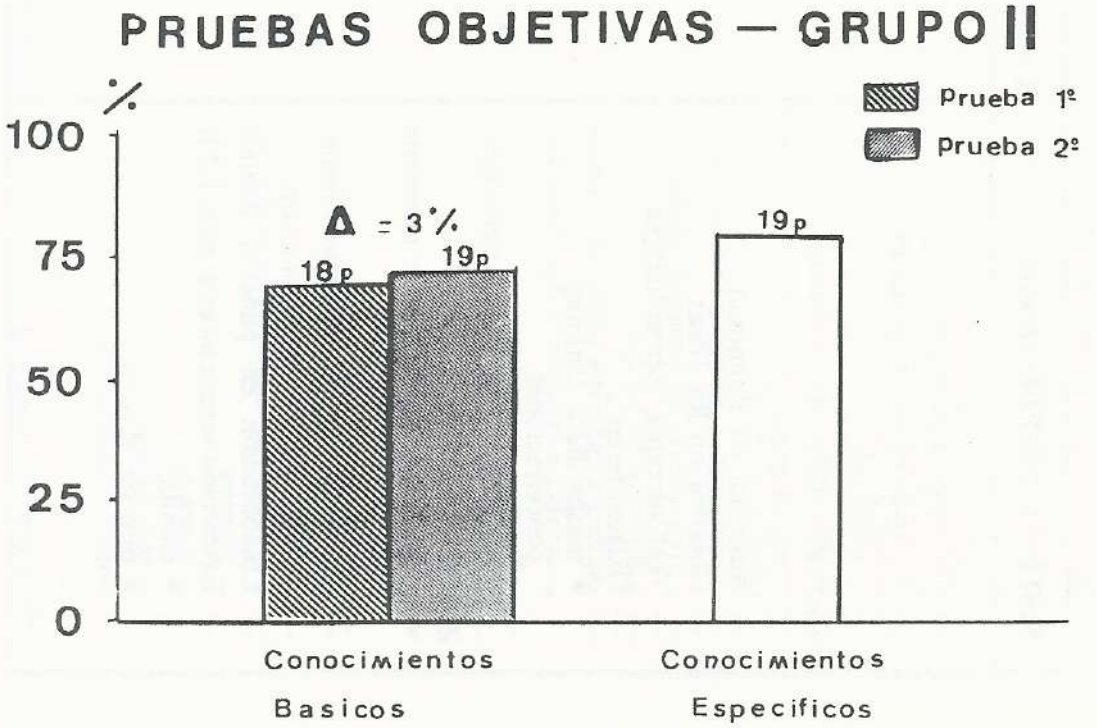
   Tacha lo que no proceda.
9. Vigilancia de pupilas:
   - En cuanto al tamaño y relación de una con la otra.
   - ¿A qué se refiere el reflejo fotomotor?:

10. Realiza el siguiente balance hídrico conociendo los siguientes datos:

Entradas		**Salidas**	
Fluidoterapia.....	2500	Diuresis.....	18
Oral.....	300	Drenajes.....	3
Sangre.....	700	Paciente con 70 kg, con respiraci artificial y temperatura de 37' 5 38 °C.	

11. Finalidad de los cambios posturales.





Nombre: Curso: Período: Prácticas Cuidados Intensivos

SISTEMA RESPIRATORIO	Colaboración	Realización	SISTEMA CIRCULATORIO	Colaboración	Realización
— Fisioterapia respiratoria: • pacientes con respiracion artificial; • pacientes con respiración espontánea. — Auscultación Pulmonar. — Observación Rx Tórax. — Ventiloterapia. Aerosolterapia. — Oxigenoterapia: • mascarilla a distintas concetraciones; • respirador vigilancia y controles; • ambú. Manejo. — Aspiración de secreciones naso-oro-faríngeas. — Cuidados cánula de traqueostomía. — Colaboración en desintubación. — Colaboración en punción pleural. — Extracción sangre arterial para EAB: • cánula; • punción directa.			— Colaborar en punción arterial. — Retirada cánula arterial. — Monitorización PA. Cuidados. — Control frecuencia cardíaca por monitorización. — Control frecuencia cardíaca por auscultación. — Vigilancia de ECG. — Vigilancia y control de pacientes con marcapasos. — Colaborar en punción de cateter venoso central. — Cuidados del cateter venoso central. — Toma Presión Venosa Central (PVC). — Ver balón de contrapulsión intra-aórtico. — Ver o colaborar en resucitación cardio- — Prevención de problemas tromboembólicos: • medias; • movilizaciones. — Preparar cubículo para recibir paciente intervenido bajo CEC.		

SISTEMA DIGESTIVO	Colaboración	Realización	MEDICACION Y FLUIDOTERAPIA	Colaboración	Realización
— Sonda nasogástrica: • colocación; • cuidados; • retirada — Alimentación enteral por sonda nasogástrica. — Alimentación oral en enfermos traqueostomizados.			Administración de medicación especial: • aminas vasopresoras; • heparina, etc. — Fluidoterapia. Control. — Nutrición parenteral. — Vigilancia de bombas de perfusión.		
SISTEMA NERVIOSO			**DRENAJES**		
— Vigilancia conciencia: • recuperar conciencia postanestesia. — Valoración del coma escala de Glasgow. — Vigilancia de pupilas. — Colaboración en punción lumbar. — Alineación corporal en paciente neurológico y otros.			— Cuidados y retirada: • pleurales; • torácicos; • intracraneales; • redones; • otros. — Vigilancia aspiradores.		
SISTEMA RENAL			**CUIDADOS GENERALES**		
— Sonda vesical: • colocación; • vigilancia y cuidados; • retirada — Diálisis Peritoneal. — Colaboración en biopsia renal. — Balance hídrico.			— Higiene general paciente crítico. — Higiene orificios naturales. — Prevención úlceras corneales. — Cambios posturales. — Recogida de muestra para bacteriología por toma directa. — Aislamiento estricto.		

ATENCION PERSONAL AL PACIENTE	Colaboración	Realización	ACTITUDES DE LA ALUMNA	Muy bien	Bien	Regular
— Trato como persona: • atención psicológica; • atención espiritual. — Atención familiares. — Atención al cadáver.			— Puntualidad. — Arreglo personal. — Capacidad observación. Iniciativa. — Responsabilidad. — Orden. — Relación en pacientes y familiares. — Integración con el equipo asistencial. — Otras. OBSERVACIONES EVALUACION			

QUINTA COMUNICACION

ENFERMERIA DOCENTE: UNA EXPERIENCIA CONCRETA

Concepción García Calama
Supervisora de la Unidad de Dern
tología.
Hospital Clínico. Salamanca

Mª Luisa Salinas
Manuela Díaz
Rosario Herrero
Estela Martínez
Purificación Bellido

Equipo de Enfermería.
Unidad Dermatología.
Hospital Clínico. Salamanca

ENFERMERIA DOCENTE: UNA EXPERIENCIA CONCRETA

INTRODUCCION

Esta comunicación se basa fundamentalmente, en una experiencia llevada a cabo en nuestra unidad, y que surgió de forma espontánea, generada por un sentimiento de frustración. Veníamos desempeñando una función que de ninguna manera era incentivada ni reconocida, pero que tampoco nos proporcionaba satisfacción profesional ni personal.

SITUACION ACTUAL DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA (Fig. 1)

Las prácticas de la Escuela de Enfermería se vienen realizando desde siempre en las distintas áreas del Hospital al arbitrio de la Supervisora y enfermeras, para quienes el único incentivo es el que proporcionan los alumnos como personal de apoyo en el trabajo de la unidad, y sin emplear otra metodología que la que cada una, individualmente, quiere o sabe aplicar.

No quiero extenderme aquí a entrar en detalles de los problemas que esto supone para todas las partes involucradas.

PUESTA EN MARCHA

Ante esta situación se nos ocurrió que podríamos hacer algo al respecto para mejorar la docencia dentro de nuestra unidad (Fig. 2).

Una vez fijados los objetivos, había que conseguir que todo el equipo los aceptara y colaborara en su consecución; hubo algunos problemas por la escasez de personal y fue necesario contar con la colaboración del médico de la unidad, responsable de la asignatura en la Escuela de Enfermería; conseguido esto, ha-

bíamos formado un equipo de trabajo sincronizado y con objetivos específicos.

Cada trimestre contábamos con grupos de seis alumnos de los tres cursos de la carrera y el tiempo de que podíamos disponer era muy limitado, por lo que fijamos una hora diaria y asignamos dos alumnos a cada enfermera, agrupándolos por cursos.

PROGRAMA DOCENTE PARA UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION (Fig. 3)
ORGANIZACION DEL TRABAJO (Fig. 4)

Tres grupos de trabajo en la unidad.

Una hora diaria por grupo, tres días a la semana.

Dos clases semanales (los de tercer curso) con el profesor médico.

Una hora semanal todo el grupo con la supervisora.

Podemos aportar muy pocos datos pues la experiencia es reciente y el número de alumnos que pasan por nuestra unidad es pequeño.

Con tan sólo 24 alumnos hemos conseguido ver cumplidos algunos de los objetivos marcados.

OBJETIVOS QUE SE LOGRARON

Para el alumnado:

Alcanzaron un nivel óptimo de conocimientos, el 90 %.

Un 10 % era de primer curso y no tenían base suficiente de conocimientos.

Encontraron positiva la iniciativa el 98 %.

Descubrieron el campo de la Dermatología el 100 %, y hay que resaltar que un 10 % manifestaron su deseo de trabajar en este área cuando terminaran sus estudios.

Para el equipo de Enfermería:

Planteó la necesidad de prepararse a fondo para afrontar el reto.

Mejoró las relaciones dentro del equipo.

Ayudó a la metodología en el trabajo.

No obstante, aunque la experiencia fue positiva, adolece de muchos fallos.

Es necesaria toda una coordinación no sólo de grupos, sino de todo el engranaje docente, y asistencial.

Deducimos que es urgente una reforma en profundidad.

Ateniéndonos a nuestra breve experiencia:

1.º No es posible realizar prácticas en primer curso de un área que se estudiará en tercero.

2.º El profesor responsable de la asignatura, debe ser asimismo responsable de las prácticas, contando con enfermeras docentes en las distintas unidades, que estarán preparadas y tituladas para ello.

ENSEÑANZA VOCACIONAL

Sí, pero no más que otras. Es hora ya de darle a cada cosa su significado.

Vocación sí, pero con una preparación, titulación y remuneración adecuadas.

Consideraciones al margen:

Las Escuelas tendrán que dejar de mendigar el derecho a las prácticas para sus alumnos a cambio del trabajo gratis de éstos.

Todos tenemos un compromiso inexcusable:

CONSEGUIR DE LA ADMINISTRACION UN PROGRAMA DOCENTE INTEGRAL POR Y PARA LA ENFERMERIA.

SITUACION ACTUAL DE LA ESCUELA ENFERMERIA

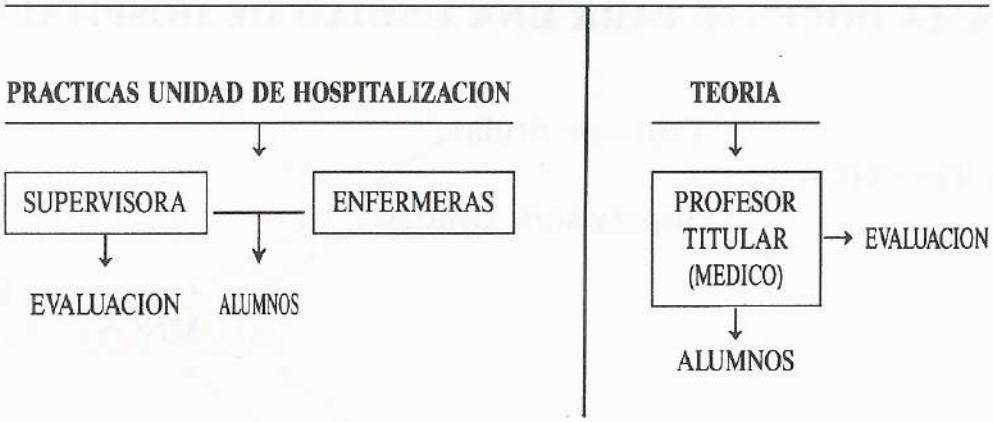


Fig. 1

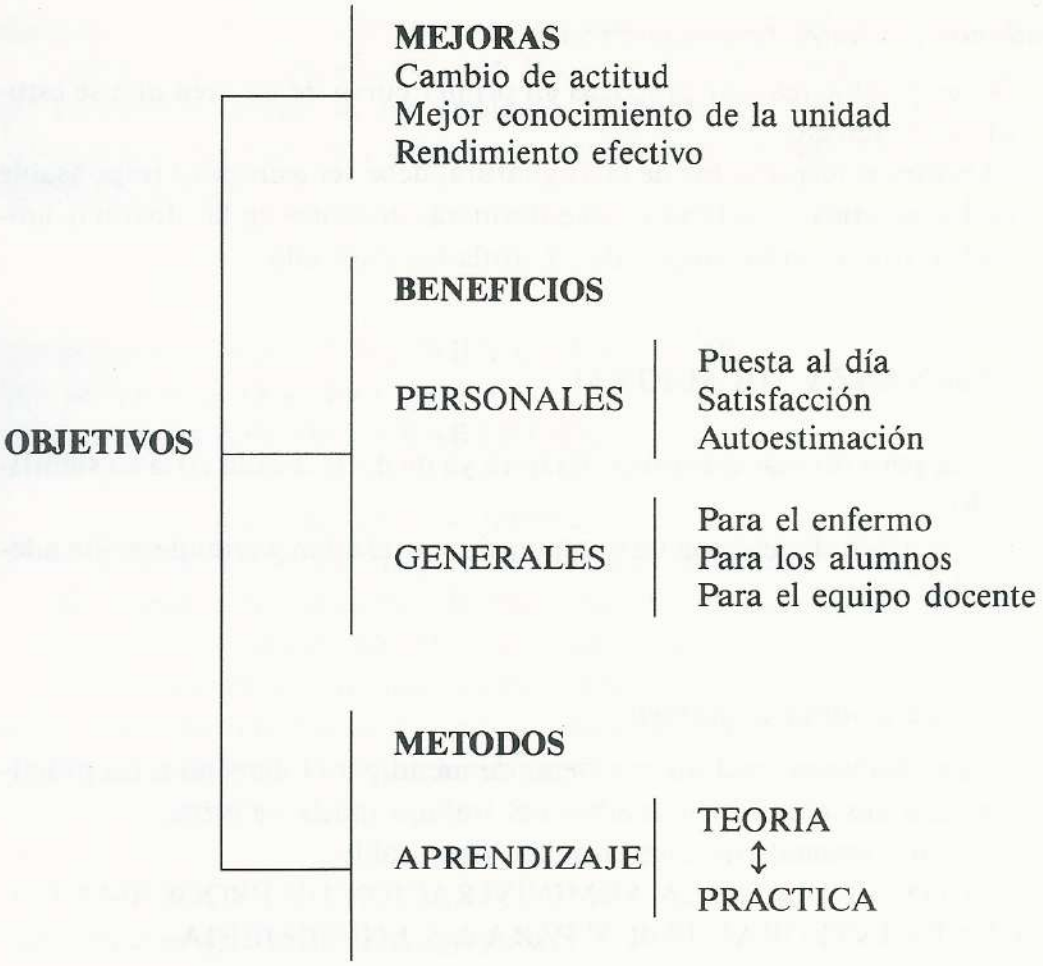


Fig. 2

PROGRAMA DOCENTE PARA UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION

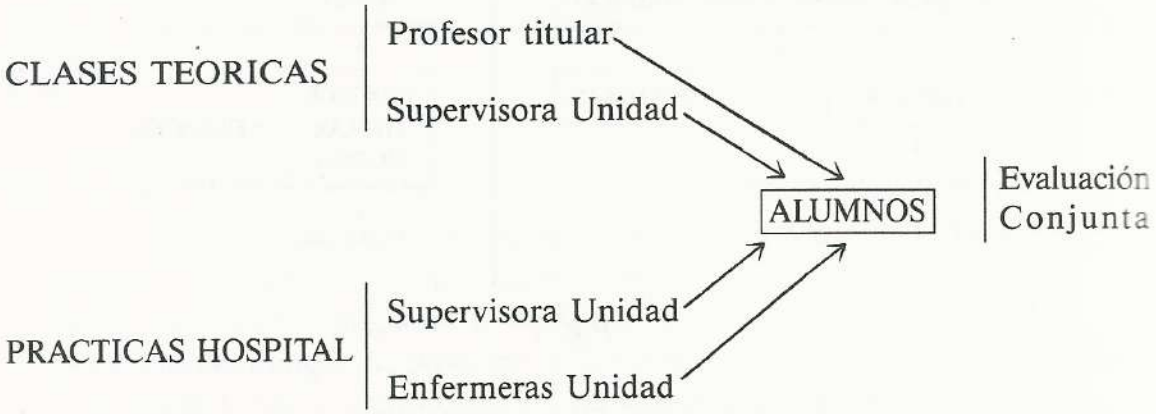


Fig. 3

ESQUEMA DE TRABAJO

GRUPO 1.er CURSO	CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERI INICIACION A LA DEMATOLOGIA CUIDADOS DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA
GRUPO 2.º CURSO	CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD INICIACION A LA DERMATOLOGIA CUIDADOS DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA
GRUPO 3.er CURSO	CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

SEXTA COMUNICACION

LA FIGURA DEL PROFESOR AYUDANTE EN LA AREAS DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA DEL INSALUD

Juana M.ª Hernández Conesa
Carmen I. Gómez García

Enfermeras Docentes. E. U. E.
«Virgen de la Arrixaca». Murci

LA FIGURA DEL PROFESOR AYUDANTE EN LA AREAS DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA DEL INSALUD

Al presentar esta experiencia realizada en nuestra Escuela en el Curso Acad mico 85/86, no hemos pretendido otra cosa sino contestar a las demandas rec bidas de profesionales de la Enfermería Docente que, teniendo conocimiento d la misma, han demostrado interés en conocer sus resultados. Asimismo hemo visto la conveniencia de aprovechar la plataforma de la A.E.E.D. en su reunió anual para su presentación, teniendo en cuenta la certeza de que de esta maner llegará al máximo de profesionales de la enseñanza.

Hemos de considerar que cuando se hable de educación se deberán conjuga las exigencias personales con su repercusión social, por esto es necesario pone en claro una serie de requisitos que nos lleven a unas metas y nos cierren el pas hacia caminos erróneos (1).

Por ello, los principios básicos que condicionan la orientación de toda Un dad Docente (2) serían en primer lugar el sistema educativo, el plan de estudio el medio social en que se inserte, el tipo de centro en el que está ubicado, a como el concepto que se tenga de la Universidad y la Enfermería.

Hemos de tener en cuenta que la Enseñanza de las Ciencias de la Salud, e un proceso complejo y cambiante dependiendo de los condicionamientos socia les y políticos y de las peculiaridades de los distintos países. No existe por l tanto un criterio uniforme respecto a cómo se debe enseñar a los futuros Enfe meros y personal sanitario en general.

En lo que se refiere al sistema educativo hemos de recordar que es una espe cie de superestructura en la cual estén inmersos los centros y por tanto las área Está basado en una u otra filosofía.

---

(1) Fernández Sarramona: La Educación. Edit. C.E.A.C. Barcelona, 1979 pág. 17.

El sistema educativo nos viene dado a los profesores, y en alguna medida condiciona la labor de las Unidades Docentes en cuanto que de él emanan normas sobre los integrantes, organización y funciones encomendadas. Algunas Escuelas de Enfermería hemos intentado esfuerzos innovadores en mayor o menor grado dependiendo de nuestras posibilidades para adaptar la enseñanza a las necesidades sociales y a los cambios producidos en la práctica de Enfermería.

Dentro de este contexto quedaría reflejada la experiencia llevada a cabo por nuestra Unidad Docente de incluir en ella la figura del profesor ayudante. Al igual que viene sucediendo en las distintas Areas de las Escuelas y Facultades de nuestro Distrito Universitario.

La labor de la Unidad Docente en las Escuelas de Enfermería está regulada de una forma general por los estatutos del Distrito Universitario a que pertenece; con las connotaciones especiales que conlleva a nivel formal, el tratarse de Escuelas adscritas pendientes de INSALUD. Sin que esto suponga una dificultad en la firme decisión de acercarnos al modelo académico vigente en la Universidad a la que pertenecemos.

Para ello, hemos considerado que las Unidades Docentes son órganos básicos encargados de desarrollar la investigación y las enseñanzas propias de su área o áreas de conocimientos. La integración interdisciplinaria no elimina, ni puede ni debe eliminar, los límites entre disciplina, pero puede franquearlos (3).

Tradicionalmente, la actividad docente se entiende como una actividad individual, hoy la actividad docente se entiende como una actividad cooperativa, por esta razón, el profesor no se ha de considerar como educador único sino propiamente miembro de un equipo de educadores.

En suma, Area y equipo docente, implican enseñanza cooperativa. La Unidad Docente es cooperación en una misma materia y equipo es cooperación en un mismo grupo de alumnos (4).

Sobre estas dos coordenadas: Unidad Docente (organización vertical de las distintas Unidades Docentes) y equipos (organización horizontal de los diferentes cursos), se asienta la organización de los centros que pretenden desarrollar una educación personalizada.

La programación en el Area debe realizarse en equipo de manera que los distintos miembros del mismo puedan tener una visión global de lo que se persigue en conjunto y escalonadamente en los diferentes niveles y cursos.

La programación debe ser un elemento de la Unidad Docente que permite integrarse y situarse en el conjunto del mismo a cualquier miembro que se incorpora a él. Si la programación es realmente seria, la actividad inicial y más provechosa de cualquier profesor (PROFESOR AYUDANTE) QUE SE INCORPORE POR PRIMERA VEZ AL AREA, ES EL ESTUDIO DETENIDO DE LA

---

(3) Serie de Informes Técnicos 547, pág. 27.

(4) García Hoz. 1970, págs. 70-71.

PROGRAMACION EXISTENTE. Como ya sabemos, la programación, no e un elemento estático, debe estar sujeta a revisión constante con intención de me jora, por otro lado, será también muy interesante que EL PROFESOR AYUDAN TE CONOZCA BIEN HACIA DONDE VAMOS Y QUE PRETENDEMOS CON LAS ASIGNATURAS, YA QUE CORRESPONDEN A LA UNIDAD DO CENTE, DE ESTE MODO PUEDEN COMPRENDER, EN MUCHAS OCA SIONES, EL POR QUE DEL ESTUDIO DE ALGUNOS ASPECTOS DE LA MATERIA QUE RESULTEN ARIDOS PRECISAMENTE PORQUE NO SE SABE PARA QUE SE ESTUDIA, Y QUE APLICACION PRACTICA PO SEEN, ASI COMO SUS POSIBILIDADES EN EL CAMPO DE LA INVESTI GACION.

Debe asimismo, RECONOCER QUE PARA EL PENSAMIENTO ANALI TICO LE SERA NECESARIO EL CONOCIMIENTO QUE ES DISCIPLINA RIO POR NATURALEZA.

LA FIJACION DE LOS OBJETIVOS ha de ser uno de los cometidos má importantes de todo el Area. En los últimos años el problema de la formulación adecuada de los objetivos para la enseñanza ha pasado a ocupar un LUGAR IM PORTANTE ENTRE LAS PREOCUPACIONES DE LOS ESPECIALISTAS INQUIETUD DE LA QUE SE HACE ECO EL PROFESOR AYUDANTE.

Podemos considerar que los objetivos generales de la Unidad Docente equi valen a los objetivos generales de la educación y aplicarlos a la Ciencia de la En fermería seleccionando aquellos que además estén de acuerdo con los principio básicos y grandes finalidades de la Ciencia enfermera.

Por otro lado, los objetivos terminales por niveles o etapas se desprenden d la fracción de los objetivos generales.

LAS FUNCIONES DEL PROFESOR AYUDANTE UNIVERSITARIO

Se extraen del documento estatutario universitario:

«EL INICIO NORMAL DE LA CARRERA DOCENTE ES LA AYUDAN TIA, POR ELLO LOS PROFESORES AYUDANTES SERAN CONSIDERA DOS PROFESORES EN FORMACION Y SU PRINCIPAL OBLIGACION SE RA LA DE COMPLETAR SU FORMACION PEDAGOGICA Y CIENTI FICA».

Así FORMA PARTE DEL PROCESO EDUCATIVO DEL PROFESOR AYUDANTE LA EVALUACION, ya que es ampliamente conocido que el pro ceso de evaluación determina decisivamente el aprendizaje. Hemos intentado va rias formas de evaluación para estimular y situar al profesor ayudante adaptan do al final una forma variada que nos permite explorar ampliamente la adquisi ción de conocimientos, en lo que se refiere a revisiones bibliográficas, actualiza ción bibliográfica, elaboración y confección de artículos, manejo interpretación

y aplicación de fórmulas, estadísticas, elaboración de registros y recogidas de datos, asistencia a reuniones científicas, etc.

Así como otras actividades, clases prácticas, manejo de técnicas de grupo, preparación de pruebas-objetivas, manejo de medios audiovisuales, participación en el proceso de evaluación, etc.

De esta manera, EL PERFIL DEL PROFESOR AYUDANTE en la Escuela de Enfermería quedaría marcado así: alumno en posesión de un título de Especialista que reúna los requisitos impuestos por la dirección de la Escuela teniendo en cuenta que la duración del acuerdo será de dos cursos académicos como máximo y teniendo un estricto carácter honorífico, la dedicación deberá ser la que se ajuste al calendario académico del curso vigente.

Como conclusión de esta experiencia llevada a cabo durante el curso académico 85/86 en la Unidad Docente de Salud Pública Areas de Salud Pública y Enfermería Materno-Infantil, encontramos que con la figura del profesor ayudante HEMOS ABIERTO UNA VIA, AL ESTUDIANTE QUE CONCLUYENDO LOS AÑOS BASICOS DE CARRERA PUEDE OPTAR POR INICIARSE EN EL CAMINO UNIVERSITARIO DE LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACION.

De otro lado, las Areas donde la experiencia se ha llevado a cabo han visto INCREMENTADO EL NUMERO DE INVESTIGACIONES DENTRO DE LAS LINEAS CIENTIFICAS ESTABLECIDAS, PREVIAMENTE, POR EL PROFESORADO.

Asimismo, la figura del profesor ayudante HA SERVIDO DE PROYECCION PARA LOS ALUMNOS DEL PRIMER CICLO (CICLO BASICO) EN LO QUE A SU FUTURO RESPECTA.

Por último, LA IDENTIFICACION CON EL RESTO DE LAS FIGURAS HOMONIMAS EN LAS DISTINTAS ESCUELAS Y FACULTADES DE NUESTRO DISTRITO UNIVERSITARIO ha contribuido a intercambiar experiencias tanto culturales como científicas DEJANDO CONSTANCIA EFECTIVA DE NUESTRA PRESENCIA EN EL CAMPUS EN TODOS LOS ORDENES.

Y para concluir, hemos de considerar la experiencia como altamente beneficiosa para la enfermería, inculcando de una manera práctica la necesidad de llevar a cabo dentro de las escuelas actividades que reflejen que el término Universidad no puede ser un mero adorno, en nuestra titulación, sino una forma distinta de hacer y entender la profesión.

---

(5) Estatutos Universidad de Murcia.

BIBLIOGRAFIA

— BRUNER, S. 1963: The process of education. Nueva York, Vintage Book
— DEWEY, J. 1916: Democracy and education. An introduction to the phil sophy of education. Nueva York, Macmillan.
— ESTATUTOS DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA. Edt. Universidad, Mı cia, 1985.
— GARCIA HOZ, V. 1970: Educación Personalizada Instituto de Pedagogía c C.S.I.C. Madrid.
— O.M.S.: Series de Informes Técnicos, 547.
— SOLER GALVE, E. 1980: El Departamento de Ciencias Sociales. Edt. An ya 12, Madrid.
— UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID: Madrid Guía Académica Ec lerner, 1982.

SEPTIMA COMUNICACION

COMENTARIOS A LOS SISTEMAS DIDACTICO EN GRUPOS REDUCIDOS

Pedro Martín Villamor
Esther Torres Andrés
Mercedes Rafael Santamar

Escuela de Enfermería.
Universidad de Valladolid

COMENTARIOS A LOS SISTEMAS DIDACTICOS EN GRUPOS REDUCIDOS

INTRODUCCION

Todos estamos de acuerdo en que el proceso educativo es algo más que facil tar la consecución de unos objetivos cognoscitivos. Sabemos que existen otr tipos de conductas que es necesario cambiar, inseparables de toda formació Nunca cuestionamos que, ante todo, antes incluso que los conocimientos, es n cesario inculcar actitudes: Estimular en el estudiante la necesidad de aprende fomentar hábitos de aprendizaje que supongan trabajo autodirigido, trabajo e equipo, interés por la investigación...

Si partimos de esta base, si aceptamos como algo cierto las líneas preceder tes, podemos mirar en el espejo de los resultados que estamos obteniendo de nue tra docencia: El espejo nos muestra —ojalá haya alguien que los pueda negar– un rostro ruborizado por la vergüenza; todos nuestros esfuerzos no han satisf cho sino una pequeña parte de nuestras pretensiones:

El alumno sigue estudiando para aprobar, para obtener un diploma.

El alumno, con frecuencia, detesta algunas asignaturas y en otras no encuer tra motivos para aprender.

El alumno termina su carrera y le cuesta coger un libro, una revista... ¿Dónd están los hábitos de investigación y estudios? ¿Tiene asumido el trabajo en equ po?

LOS ALUMNOS EVALUAN SU FORMACION

Veamos aspectos de una encuesta realizada a estudiantes de tercer curso d Enfermería de la Escuela de Valladolid. En esta encuesta se interroga, entre otro sobre los siguientes aspectos.

1. Cree usted, que, en general,

1. SE ESTUDIA PARA APRENDER..... 31,25 %
   SE ESTUDIA PARA APROBAR..... 56,25 %

2. Las enseñanzas recibidas:

	SI	NO
HAN SIDO UNA FUENTE DE INFORMACION	80 %	15,5 %
HAN MOTIVADO UN APRENDIZAJE ACTIVO	87,5%	8,75%
HAN FOMENTADO LA CAPACIDAD DE ANALISIS Y RESOLUCION DE PROBLEMAS.	57,5%	33,75%
HAN FACILITADO HABILIDADES PSICOMOTORAS.....	75 %	12,5 %
HAN FOMENTADO LA FORMACION INTEGRAL.....	65 %	25 %

3. Considera apropiados los métodos utilizados en la transmisión de conocimientos:

	SI	NO
TEORICOS.....	52,5%	33,7%
PRACTICOS.....	75 %	25 %

Comentarios:

Falta de pertinencia..... 26 %
Falta práctica y sobra teoría..... 12,5%
Falta trabajos de campo y en grupos pequeños..... 10 %
Clases comentadas y diálogo..... 4 %
Más enfermeros(as) docentes..... 4 %

4. La utilización de medios pedagógicos auxiliares, es, desde su punto de vista:

SUFICIENTE..... 30 %
INSUFICIENTE..... 62,5%

Comentarios:

El material es infrautilizado..... 46,5%

Son comentarios que, con franqueza, no nos sorprenden. Y es que trabajamos poco. Con frecuencia tomamos la formación de un estudiante como la rutina que, año tras año, hay que sufrir con el menor esfuerzo posible, esperando que llegue junio, septiembre... y otra promoción.

No conocemos a nuestros alumnos. Estamos acostumbrados a verles como un grupo compacto en el que necesariamente hay listos y torpes, unos que aprue-

ban y otros que suspenden. Se nos ha olvidado todo aquello que nos cuentar que nos contamos unos a otros en los talleres pedagógicos: que cada estudiant es una persona con características propias, todo un mundo individual con su rit mo particular de aprendizaje, con mayor o menor capacidad de asimilación.

Se nos ha olvidado que frente a los métodos gregarios, o a su lado, com se prefiera, existen técnicas más específicas, aplicables individualmente o en gru pos reducidos.

Esta pequeña disertación no tiene otro objeto que romper una lanza en favo de los sistemas didácticos en pequeños grupos, que, con frecuencia, tenemos tris temente apartados en las páginas de la «Guía Pedagógica». Son conceptos co nocidos y sobran las definiciones, pero recalquemos las ventajas que este tip de trabajo ofrece y comentemos algunas particularidades de su aplicación en nues tras Escuelas.

UTILIDAD DE LA ENSEÑANZA EN GRUPOS REDUCIDOS

1. *Sobre el aprendizaje general:*

   AUMENTA LA MOTIVACION.
   PERMITE SER SUJETO ACTIVO DEL APRENDIZAJE.
   PERMITE EL RITMO INDIVIDUAL DE APRENDIZAJE SISTEMATICO Y AUTODIRIGIDO.
   ESTIMULA EL USO DE BIBLIOGRAFIA.

2. *Sobre los conocimientos:*

   AUMENTA EL APROVECHAMIENTO.
   PERMITE INTEGRAR TEORIA Y PRACTICA.
   FACILITA LA REVISION.

3. *Sobre las actitudes:*

   CAMBIA LA ACTITUD DE RIVALIDAD POR LA DE COOPERACION.
   ESTIMULA EL TRABAJO EN GRUPOS.
   PERMITE Y FOMENTA LOS CONTACTOS PERSONALES ENTRE PROFESORES Y ALUMNOS.

4. *Otras ventajas:*

   BRINDA OPORTUNIDADES DE ESTUDIO SUPLEMENTARIO DE TEMAS NO PREVISTOS.
   PERMITE DESCUBRIR MATERIAS O AREAS QUE:
   — OCUPAN INJUSTIFICADAMENTE UN LUGAR EN EL PLAN DE ESTUDIOS.

— EL ALUMNO IDENTIFICA COMO IMPORTANTES Y NO FIGURAN EN LOS PROGRAMAS CON LA DEBIDA EXTENSION.

PERMITE ENSAYOS DE DOCENCIA A ALUMNOS DE CURSOS SUPERIORES (colaboradores) O DEL MISMO CURSO (monitores).

PREVIENE EL DETERIORO DE LA INSTRUCCION PROPIO DE LA MASIFICACION.

AMORTIZA EL COSTOSO MATERIAL DIDACTICO.

APLICACION DE LOS SISTEMAS DE TRABAJO EN PEQUEÑOS GRUPOS EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA

Por otro lado podemos enumerar los principales problemas generales para su aplicación en nuestros centros.

— Inmovilismo de algunos profesores, anclados en los métodos clásicos de enseñanza.
— Oposición de sectores del alumnado, desconfiados ante técnicas innovadoras.
— Gran complejidad de horarios.
— Reestructuración de las instalaciones: seminarios, laboratorios. Desembolso económico inicial.

La aplicación de los sistemas didácticos en grupos pequeños no tiene porque resultar difícil en ninguna de las asignaturas que configuran el curriculum de Enfermería. Podemos describir el trabajo que realizamos en nuestra Escuela, en una disciplina aparentemente tan poco idónea para este tipo de métodos como es Anatomía e Histología.

El esquema que seguimos en los Talleres de Ciencias Morofológicas es el siguiente:

— Distribución de los alumnos en grupos de 12-15 personas.
— Entrega a cada alumno del grupo de un guión en el que figuran cuestiones y problemas relativos a una parte determinada de la materia explicada en las lecciones magistrales.
— Discusión por mesas (4-5 componentes) y elaboración conjunta de conclusiones y respuestas.
— Si procede, discusión plenaria y explicación aclaratoria del profesor.

En el transcurso del trabajo, el alumno, dispone de amplia bibliografía, e quemas, maquetas, piezas naturales... que pueden utilizar a su conveniencia pa cubrir los objetivos fijados:

El grado de aceptación de este sistema de trabajo es muy alto, como lue veremos, y también eficaz. Su aplicación a otras asignaturas del currículum, p dría suscitar aspectos muy interesantes: Planteamientos de problemas clínicc realización de Historias de Enfermería, protocolos de actuación del D. E., plar ficación de Programas de Salud, etc., de utilidad mucho más evidente que l problemas morfológicos.

Hemos realizado, también, una encuesta a los alumnos de primer curso, finalizar el estudio morfológico. He aquí los resultados obtenidos:

ENCUESTA PEDAGOGICA A ALUMNOS DE PRIMER CURSO RELATIVA A LA ENSEÑANZA DE CIENCIAS MORFOLOGICAS

1. *Opinión sobre las explicaciones teóricas:*
   EXCESIVAS 51,85 % ADECUADAS 48,15 % CORTAS 0 %

2. *Opinión sobre el trabajo de taller:*
   EXCESIVO 0 % ADECUADO 76 % CORTO 24 %

3. *Utilidad de los guiones programados:*
   UTILES ..... 90,7 % POCO UTILES ..... 5 %

4. *Material didáctico:*
   SUFICIENTE ..... 27,7 % INSUFICIENTE ..... 66,6 %

5. *Otros aspectos del trabajo de taller:*

   — Comprensión de la asignatura:
   TODO LO VISTO 40,7 % BASTANTE DE LO VISTO 59,3 %
   POCO ..... 0 %

   — Motivación para el estudio:
   POSITIVA 79,6 % NO ME HA MOTIVADO ESPECIALMENT
   ..... 18,5 %

OCTAVA COMUNICACION

ALGUNAS CONSIDERACIONES AL FUTURO DE PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA

Mercedes Rafael Santamar
Pedro Martín Villamor
Esther Torres Andrés

Escuela de Enfermería.
Universidad de Valladolid

ALGUNAS CONSIDERACIONES AL FUTURO DE PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA

En el Boletín Oficial del Estado de 26 de noviembre de 1977, se publicar las directrices generales para la elaboración de los Planes de Estudios de las E cuelas Universitarias de Enfermería.

No vamos a realizar aquí un estudio de dichas directrices puesto que son todos conocidas y además, el Ministerio de Educación y Ciencia, está en vi de elaborar unas nuevas directrices para la posterior modificación de los plar de Estudios de nuestras Escuelas.

Y es, precisamente, sobre esta futura reestructuración de Planes de Estudi sobre la que nos hacemos las siguientes preguntas:

1.º ¿Qué garantías tenemos de conseguir una unificación de Planes de Est dios para todas las Escuelas de Enfermería?

2.º ¿No se estará ahora sembrando con alguno de los perfiles de las plaz ya convocadas en el área de conocimiento de Enfermería un verdade caos para el futuro?

Si nos paramos a analizar los distintos Planes de Estudios nos encontram con hechos insólitos. A título de ejemplo nos llama la atención, cómo en alg nos Planes de Estudio se contempla que una asignatura está desdoblada en d asignaturas independientes, ocupándose una de la enseñanza teórica y otra la práctica con programas y profesores distintos, como si la enseñanza en nu tra carrera, no exigiera el aprendizaje teórico-práctico como un todo indivisib Nadie aceptaría que en la Licenciatura de Medicina, se explicara en una asigr tura la Pediatría y en otra las prácticas de Pediatría. Si esto nos parece inacep ble, ¿cómo lo toleramos en nuestras Escuelas?

En los análisis de los curricula de Enfermería, nos ha llamado también atención, la aparición en alguno de ellos, de asignaturas que, siendo importan y aún imprescindibles para la formación de los profesionales de la Medicina, son en absoluto pertinentes para la formación de nuestros alumnos.

Estas situaciones tan singulares, y otras más que podríamos mencionar, deben a que los Planes de Estudios se elaboraron no de acuerdo con las direct ces generales marcadas por el Ministerio, sino con arreglo al profesor de turn que en ese momento había que «colocar» con su correspondiente asignatur

De esta manera nos encontramos en algunas ocasiones a un enfermero/a, q a veces ni siquiera es un profesor, sino la «monitora», impartiendo unas prác cas de una asignatura cuyo contenido nada tiene que ver con esas prácticas. ¿Cuá tas veces lo que se explica a nuestros alumnos, nada tiene que ver con su pos rior ejercicio profesional?

Estos problemas que hemos expuesto a título de ejemplo nos sirven para ju tificar nuestras inquietudes sobre el futuro. Si el profesorado contratado y p lo tanto no estable, ha planteado problemas relacionados con la elaboración los Planes de Estudios actualmente vigentes, qué no pasará en aquellas Escuel cuyo profesorado, por desgracia estable, ha accedido concursando a unas plaz cuyos perfiles, en nuestra opinión nada tienen que ver con Enfermería a lo sur constituyen exclusivamente determinadas áreas de una asignatura. Mucho n tememos que los Planes de Estudios no se ajusten a las futuras directrices o q independientemente de la denominación de la asignatura, los contenidos ser acordes con las actividades a realizar por el profesor que concursó a la plaz

Entedemos que un Profesor Titular, ha de ser capaz de impartir una deter nada asignatura del Currículum de Enfermería, pero no exclusivamente un ár de esa asignatura, o lo que es más grave, parcelas correspondientes a otras áre de conocimiento.

Hemos revisado los perfiles de las plazas convocadas en el área de cono miento de Enfermería a lo largo del año 85 y 86, encontrando algunos dign de mencionar aquí para justificar lo anteriormente expuesto:

B.O.E. 28/5/86

Actividades a realizar: Docencia teórico-práctica en «Ciencias Morfológica para explicar «Citología, Embriología General e Histología General» e inves gar en «Técnicas Histoquímicas, Inmunohistoquímicas y Morfométricas».

B.O.E. 27/11/85 (Cátedra)

Actividades a realizar: Impartir docencia en Anatomía Humana y Técni Anatómica e investigación en ellas, Ecoanatomía experimental y Morfoquinesi

B.O.E. 10/12/85

Actividades a realizar: Las inherentes a la enseñanza de Anatomía Patoló
ca General dentro de la disciplina de Ciencias Morfológicas

B.O.E. 29/7/85

Actividades a realizar: Anatomía con Embriología, Citología y Genética e la E.U.E.

Entendemos que estos perfiles debieran resumirse a docencia e investigació en Ciencias Morfológicas; el resto no es otra cosa que el perfil de un concret candidato a la plaza o especificaciones de áreas muy concretas y por ello mu sospechosas.

B.O.E. 10/12/85

Actividades a realizar: Impartir docencia teórico-práctica de Bioquímica, a como desarrollar investigación en Bioquímica, Neuro-endocrinológica.

No creemos que este tipo de investigación sea el más acorde con el ejercici del profesional de Enfermería, sino, más bien, el trabajo científico realizado y por el aspirante (y posiblemente el tema de su tesina o tesis doctoral).

B.O.E. 28/5/86

Actividades a realizar: Explicar la asignatura de «Enfermería Maternal» la especialidad de «Salud Maternal» y la tarea investigadora en elementos de tra za en gestaciones normales y patológicas: «Oxitocina y función memoria y ca dioespirográfica neonatal».

Sobre este perfil, excepto la sorpresa de descubrir una especialidad nueva (Sa lud Maternal) sólo podremos decir que la plaza fue convocada con nombre dos apellidos, por y para alguien que no sabe qué es Enfermería.

B.O.E. 27/1/86

Actividades a realizar: Docencia e investigación en enfermedades de Tran misión Sexual en Ginecología y Obstetricia. Desarrollo del programa de Obste tricia y Ginecología.

El programa de Obstetricia y Ginecología correspondería al área de conoc miento de Obstetricia y Ginecología y no al de Enfermería y en cualquier cas nos preguntamos si la docencia e investigación en enfermedades de Transmisió Sexual es especialmente importante a la hora de desarrollar el programa de En fermería Materno Infantil como para especificarlo y además con carácter prefe rente.

B.O.E. 22/7/85

Actividades a realizar: Realizar docencia de Salud Pública en las Escuelas Un versitarias de Enfermería, así como estudio de las enfermedades transmisible y crónicas.

Nos gustaría saber qué idea tienen de la Enfermería de Salud Pública quie

nes hayan elaborado este perfil, pues quizás piensen que en el resto de las Escuelas no se estudian las enfermedades transmisibles y crónicas dentro del programa de la asignatura y creen necesario especificarlo.

B.O.E. 5/5/86

Actividades a realizar: Docencia teórico-práctica de Terapéutica, Farmaco-Epidemiológica y Educación Sanitaria sobre el uso de medicamentos.

Ocurre lo mismo que en la mayoría de los anteriormente expuestos; creemos que independientemente de dónde ese posible candidato haya desarrollado su anterior labor investigadora, el perfil deberá ajustarse al Plan de Estudios vigente en aquella Escuela.

Si hasta aquí hemos comentado alguno de los perfiles claramente favorables al licenciado en Medicina, a su especialidad y a sus trabajos científicos, a continuación vamos a comentar una serie de perfiles, favorecedores de aquellas enfermeras relegadas en sus Escuelas a la mera enseñanza práctica.

B.O.E. 6/6/86

Actividades a realizar: Docencia teórico-práctica de Enfermería General, control y distribución de alumnos en prácticas hospitalarias y extrahospitalarias.

B.O.E. 24/7/85

Actividades a realizar: Docencia práctica de Ciencias de la Conducta.

B.O.E. 24/7/85

Actividades a realizar: Docencia teórico-práctica de Enfermería Fundamental y cuidados básicos de Enfermería, incluyendo la tutoría de prácticas hospitalarias en la E.U.E.

B.O.E. 24/7/85

Actividades a realizar: Docencia en Enfermería Médico-Quirúrgica, Enfermería de Urgencia y asistencia extrahospitalaria en la Escuela Universitaria de Enfermería.

Entendemos perfectamente los motivos que han originado estos perfiles, pero creemos que esto tampoco es serio y nos ponemos a la misma altura que aquellos que defienden sus especialidades y sus trabajos científicos, construyendo perfiles a su imagen y semejanza.

¿Desde cuándo, el control y distribución de alumnos en un Hospital puede formar parte de un perfil docente, o se puede ser Profesor Titular solamente de unas prácticas, o poner como requisito para una Plaza de Enfermería Funda-

larias que bien pueden ser de otra asignatura, o por último, mezclar la Enferm ría Médico-Quirúrgica y Enfermería de Urgencia, no ya con la Tutoría de Práct cas sino con la asistencia extrahospitalaria?

Ya es hora de que nosotras asumamos la docencia teórico-práctica de nue tros alumnos, sin trabas ni requisitos absurdos.

Para terminar queremos decir que así están las cosas en lo que se refiere las Escuelas Estatales y teniendo en cuenta que por Ley, las Escuelas adscrit han de tener necesariamente el Plan de Estudios de la Universidad, ley que h no se cumple pero que es imprescindible hacer cumplir, es muy importante q nosotros hagamos todo lo posible para evitar que la futura reestructuración los Planes de Estudio, termine transformando nuestras Escuelas en una caóti Torre de Babel, aún peor que la actual.

NOVENA COMUNICACION

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DEL DISTRITO DE GRANADA

M.ª Dolores Villar García
Nieves Pecete Donaire
M.ª Carmen Navarro Jiménez
Sacramento Espitares Martín
M.ª José Aguilar Cordero

Profesoras de la E.U.E.
Universidad de Granada

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DEL DISTRITO DE GRANADA

Cuando en 1977 se integraron en la Universidad las antiguas Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, convirtiéndose en Escuelas Universitarias de Enfermería, el Ministerio de Educación y Ciencia promulgó una orden de acuerdo con la Comisión Gestora por la que daban las directrices generales para la elaboración de los Planes de Estudios.

Dicha orden dejaba autonomía a cada Universidad para elaborar sus particulares Planes de Estudios de Enfermería. Sin embargo cada Universidad debía mantener unos criterios generales, tales como:

1) Los Planes de Estudio se estructurarán en tres años.
2) Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimientos:
   — Ciencias Básicas.
   — Ciencias Médicas.
   — Ciencias de la Enfermería.
   — Ciencias de la Conducta.
   — Salud Pública.
3) El número total de horas de las enseñanzas se fijará en un mínimo de 4.600, debiendo dedicarse a la formación práctica al menos el 50 % del total.
4) Las asignaturas obligatorias señaladas por las Universidades para la totalidad de los cursos que componen el Plan de Estudios no deberá sobrepasar el número de 16.
5) Las asignaturas optativas que podrán proponer las Universidades no serán más de cuatro, entre las que tendrá que incluirse necesariamente una asignatura denominada «Etica Profesional». De manera que no rebase el número de 20 asignaturas el total de las incluidas por ambos conceptos (obligatorias y optativas) en el Plan de Estudios.

Basándonos en el punto cuarto de la Orden Ministerial de 31 de octubre de 1977, por la que se dictan directrices sobre el número máximo de asignaturas que podrán tener los tres años de Diplomatura de Enfermería, hemos efectuado un estudio comparativo de todas las Escuelas de Enfermería del distrito universitario de Granada. Habiendo elegido para su exposición los Planes de Estudios de las tres Escuelas que los tienen publicados en el Boletín Oficial del Estado: Almería, Jaén y Granada, por considerarlos suficientemente significativos.

Asimismo, hemos hecho una constatación con otras Escuelas de Andalucía por su proximidad geográfica y pertenencia a la misma comunidad autónoma, reafirmándonos en el criterio de que los actuales Planes de Estudios están hipertrofiados y no se atienen a las directrices anteriormente mencionadas.

Pasamos a analizar los Planes de Estudios de las Escuelas de Enfermería de Almería, Jaén y Granada, donde podemos observar las siguientes diferencias:

PRIMER CURSO

Directrices Generales.....	4 asignaturas obligatorias
Almería.....	10 asignaturas obligatorias
Jaén.....	10 asignaturas obligatorias
Granada.....	9 asignaturas obligatorias

SEGUNDO CURSO

Directrices Generales.....	5 asignaturas obligatorias
Almería.....	9 asignaturas obligatorias
Jaén.....	10 asignaturas obligatorias
Granada.....	9 asignaturas obligatorias

TERCER CURSO

Directrices Generales.....	6 asignaturas obligatorias
Almería.....	8 asignaturas obligatorias
Jaén.....	9 asignaturas obligatorias
Granada.....	9 asignaturas obligatorias

CONCLUSIONES

1) Los Planes de Estudios no se ajustan a las directrices generales dictadas p el Ministerio de Educación y Ciencia.
2) Los alumnos están absolutamente sobrecargados de asignaturas y materi de estudios.
3) Algunas de las materias y sus contenidos creemos que no se ajustan a l fundamentos que han de recibir los futuros profesionales.
4) Los Planes de Estudios que actualmente se imparten no van en consonanc con las actuales políticas sanitarias del país y más concretamente de And lucía.
5) Los contenidos de las materias que se imparten siguen más los patrones M dicos que de Enfermería, habiéndose podido constatar que en algunas E cuelas son los contenidos de Ayudante Técnico Sanitario con ligeras modif caciones, los que continúan impartiéndose.
6) Por último queremos manifestar que el estudio que exponemos se ha hech basándonos en lo publicado en el B.O.E., teniendo la constancia de que exi ten Escuelas en las que sus programa reales se ajustan menos aún a las nec sidades del futuro profesional de Enfermería.

ASIGNATURAS DEL CURSO 1.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Biofísica y Bioquímica
2. Enfermería Fundamental
3. Anatomía y Fisiología
4. Ciencias de la Conducta I (Psicología general y evolutiva)

Granada (B.O.E. 23/VII/79

2. Biofísica y Bioquímica
2. Anatomía
3. Fisiología
4. Histología y Bases Hispatoló gicas
5. Enfermería Básica y Ciencia Auxiliares
6. Patología General
7. Salud Pública en Medicina Co munitaria
8. Microbiología
9. Psicología General y Evolutiva

ASIGNATURAS DEL CURSO 1.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Biofísica y Bioquímica
2. Enfermería Fundamental
3. Anatomía y Fisiología
4. Ciencias de la Conducta I (Psicología general y evolutiva)

Jaén (B.O.E. 23/VII/79)

1. Biofísica y Bioquímica
2. Anatomía Humana
3. Fisiología
4. Genética y Embriología
5. Citología e Histología
6. Psicología General y Evolutiva
7. Enfermería Básica y Ciencias Auxiliares
8. Patología General
9. Estadística y Microbiología
10. Salud Pública (Medicina Comunitaria)

ASIGNATURAS DEL CURSO 2.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Farmacología Clínica y Dietética
2. Enfermería Médico-Quirúrgica I
3. Ciencias de la Conducta II
4. Salud Pública I
5. Enfermería Materno-Infantil

Almería (B.O.E. 17/X/79)

1. Farmacología Básica
2. Dietética y Nutrición
3. Enfermería Médica I
4. Enfermería Quirúrgica I
5. Enfermería Maternal
6. Enfermería Infantil
7. Aspectos Psico-sociológicos del Enfermo y la Enfermedad
8. Epidemiología y Profilaxis de las Enfermedades Transmisibles
9. Sociología Médica y Medicina Social y Constructiva

ASIGNATURAS DEL CURSO 2.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/79)

1. Farmacología Clínica y Dietética
2. Enfermería Médico-Quirúrgica I
3. Ciencias de la Conducta II
4. Salud Pública I
5. Enfermería Matero-Infantil

Granada (23/VII/79)

1. Farmacología Básica
2. Dietética y Nutrición
3. Enfermería Médica I
4. Enfermería Quirúrgica I
5. Enfermería Maternal
6. Enfermería Infantil
7. Aspecos Psico-Sociológicos de Enfermo y la Enfermedad
8. Epidemiología y Profilaxis d las Enfermedades Transmisible
9. Sociología Médica y Medicin Social y Constructiva

ASIGNATURAS DEL CURSO 2.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Farmacología Clínica y Dietética
2. Enfermería Médico-Quirúrgica I
3. Ciencias de la Conducta II
4. Salud Pública I
5. Enfermería Materno-Infantil

Jaén (B.O.E. 23/VII/79)

1. Farmacología Básica
2. Nutrición y Dietética
3. Enfermería Médica
4. Enfermería Quirúrgica
5. Aspectos Psico-Sociológicos del Enfermo y la Enfermedad
6. Higiene Individual y Colectiva
7. Estudios del Medio
8. Educación Sexual
9. Enfermería Maternal
10. Enfermería Infantil

ASIGNATURAS DEL CURSO 3.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Farmacología Clínica y Terapéutica Física
2. Enfermería Médico-Quirúrgica II
3. Ciencias de la Conducta III
4. Salud Pública II
5. Enfermería Psiquiátrica
6. Enfermería Geriátrica

Almería (B.O.E. 17/X/79)

1. Farmacología Clínica
2. Radiología y Fisioterapia
3. Enfermería Médica II
4. Enfermería Quirúrgica II
5. Psiquiatría y Psicología en Equipo
6. Enfermería Psiquiátrica
7. Enfermería Geriátrica
8. Educación, Planificación y Organización Sanitaria

ASIGNATURAS DEL CURSO 3.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Farmacología Clínica y Terapéutica Física
2. Enfermería Médico-Quirúrgica II
3. Ciencias de la Conducta III
4. Salud Pública II
5. Enfermería Psiquiátrica
6. Enfermería Geriátrica

Granada (B.O.E. 23/VII/79)

1. Farmacología Clínica
2. Radiología y Fisioterapia
3. Psiquiatría y Psicología en Equipo
4. Enfermería Psiquiátrica
5. Enfermería Médica II
6. Enfermería Quirúrgica II
7. Especialidades
8. Enfermería Geriátrica
9. Educación, Planificación y Organización Sanitaria

ASIGNATURAS DEL CURSO 3.º

D. Generales (B.O.E. 26/XI/77)

1. Farmacología Clínica y Terapéutica Física
2. Enfermería Médico-Quirúrgica II
3. Ciencias de la Conducta III
4. Salud Pública II
5. Enfermería Psiquiátrica
6. Enfermería Geriátrica

Jaén (23/VII/79)

1. Farmacología Clínica
2. Terapéutica Física
3. Rehabilitación y Ortopedia
4. Enfermería Médica y Geriátri
5. Enfermería Quirúrgica
6. Especialidades
7. Psicología del Trabajo e Equipo
8. Enfermería Psiquiátrica
9. Educación, Planificación y O ganización Sanitaria

BIBLIOGRAFIA

— Orden Ministerial de 31 de octubre de 1977.
B.O.E. de 26 de noviembre de 1977.
— Orden Ministerial de 30 de mayo de 1977.
B.O.E. de 26 de noviembre de 1977.
— Orden Ministerial de 20 de septiembre de 1979.
B.O.E. de 17 de octubre de 1979.
— L.R.U. Ministerio de Educación y Ciencia, 1983.
— Proyecto de reforma de Enfermería Universitaria. Ministerio de Educaci y Ciencia.

DECIMA COMUNICACION

PROGRAMA PILOTO PARA LA INTEGRACION DE LA BIOQUIMICA-BIOFISICA; ANATOMIA Y FISIOLOGIA EN LA E.U.E DE ZARAGOZA

J. F. León Puy
M. Blasco Solana
A. Monzón Fernández
A. Lample Lacasa
M. D. Azua Blanco
S. García Soler

Profesores de la E.U.E.
Universidad de Zaragoz

PROGRAMA PILOTO PARA LA INTEGRACION DE LA BIOQUIMICA-BIOFISICA; ANATOMIA Y FISIOLOGIA EN LA E.U.E. DE ZARAGOZA

INTRODUCCION

Uno de los inconvenientes mayores que tienen los planes de estudios a base de asignaturas es el que conducen a un aislamiento progresivo de los diversos departamentos y a la fragmentación de la enseñanza en áreas independientes o escasamente relacionadas entre sí; lo que se traduce en una «compartimentización» de los conocimientos en la mente del estudiante. Con frecuencia se producen repeticiones inútiles a veces contradictorias de la información científica; mientras que en otros casos por contrario, aparecen notables lagunas en sus conocimientos (1).

Es por estos inconvenientes por lo que nos hemos planteado la necesidad de relacionar o integrar las materias anteriormente citadas con el fin de que el estudio correlativo de un determinado sistema en las diferentes áreas sirva al estudiante para una mejor comprensión de la estructura macroscópica, microscópica, molecular y funcional del hombre «sano», lo que es un fin de la Enfermería como componente de un equipo donde entre sus competencias está la del mantenimiento de la salud.

En el campo de la enseñanza y la educación profesional, la integración es la coordinación de diferentes actividades de enseñanza al objeto de conseguir un funcionamiento armónico del proceso educativo para una formación más eficaz del personal (2).

El espíritu que debe animar a docentes y estudiantes es la mejora del nivel de salud de las poblaciones de donde proceden.

De este ideal deben derivar los objetivos educativos de los centros universitarios de las Ciencias de la Salud. Estos objetivos compartidos por el conjunto de estudiantes y docentes, serán más fáciles de alcanzar si las diferentes activida-

des de enseñanza funcionan armónicamente, de aquí nació la idea de enseñanza integrada.

La Anatomía, Fisiología, Bioquímica y Biofísica se encuentran englobadas en el primer curso del curriculum de Diplomado en Enfermería (3) por lo que se puede establecer entre ellas una «correlación horizontal».

La OMS preconiza que es necesaria la colaboración entre diversos departamentos encargados de materias cuyos temas coinciden total o parcialmente, por ejemplo, las tratadas en la presente comunicación, esto permitirá que surjan nuevas ideas y que se lleven a cabo interesantes experiencias pedagógicas.

Varios son los métodos de lograr la coordinación de la enseñanza entre las Ciencias Fisiológicas y las Ciencias Morfológicas.

— Un sistema de enseñanza en bloque o conectada explicando de forma sucesiva un tema específico de las distintas disciplinas.
— La segunda forma es la enseñanza en paralelo, cronológicamente haciendo coincidir la explicación de un mismo sistema orgánico desde distintas asignaturas básicas.
— El tercer sistema de coordinación que fue recomendado por el instituto Karolinska, es la denominada enseñanza integrada, en el que se establecen dos únicos departamentos, el de Ciencias Morfológicas y el de Ciencias Fisiológicas.

Basándonos en estos apartados y en el plan de estudios de la WERSTEN RESERVE (1) de las materias básicas: morfológicas y fisiológicas en el cual los contenidos de las ciencias básicas fueron reagrupados por aparatos o sistemas y para cada uno de éstos se impartían de manera conjunta y como constituyendo una sola asignatura los conocimientos anatómicos, histológicos, bioquímicos y fisiológicos, con ligeras modificaciones para adaptarlos a las características del curriculum de Enfermería, y siguiendo el esquema horario que rige actualmente en nuestra escuela planteamos el siguiente programa piloto de integración de los conocimientos de las materias anteriormente citadas.

Horario en vigor en la E.U.E. de Zaragoza durante el curso 86-87:

— Anatomía ..... 3 horas semanales
— Fisiología ..... 3 horas semanales
— Bioquímica y Biofísica ..... 2 horas semanales

PROGRAMA PILOTO PARA LA INTEGRACION DE LA BIOQUIMICA-BIOFISICA, ANATOMIA Y FISIOLOGIA EN LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE ZARAGOZA

CRONOGRAMA

BIOQUIMICA-BIOFISICA	ANATOMIA	FISIOLOGIA	DURACION GLOBAL (HORAS)
Introducción	Introducción	1	
Bioqu. Descriptiva			16
Enzimología			6
	Citología		8
	Tejidos		3
	Embriología		5
		Celula. Agua y Liqu. Biológicos Sistemas Tampon	15
Metab. Intermediario			2
Metab. Glúcidos			5
	Locomotor		14
		Músculo y Nervio	5
Metab. Lípidos			5
	Circulatorio		8
Metab. Proteínas			4
		Cardiocirculatorio	9
	Digestivo		9
Bioqu. Genética			4
		Digestivo	11
	Respiratorio		5
Bioqu. Hormonal			5
		Respiratorio	5
	Urogenital		9
		Sist. Renal	8
	Endocrino		4
Biofísica			8
		Endrocrino	8
	S. Nervioso y Estesiología		14
		S. Nervioso	12

El cronograma anterior queda estructurado en relación al siguiente desarrollo.

DESARROLLO DEL CRONOGRAMA

HORA	BIOQUIMICA-BIOFISICA	ANATOMIA	FISIOLOGIA
1	Introducción	Introducción	
2			Introducción
3	Bioqu. Descriptiva	Citología	
4	,,	,,	
5	,,	,,	
6	,,	—	
7	,,	,,	
8	,,	,,	
9	,,	,,	
10	,,	—	
11	,,	,,	
12	,,	,,	
13	,,	Tejidos	
14	—	—	F. Celular
15	,,	,,	,,
16	—	,,	,,
17	,,	Embriología	—
18	—	—	,,
19	,,	,,	,,
20	—	,,	,,
21	,,	,,	—
22	—	—	Agua y Liq. Biológicos
23	,,	,,	,,
24	—	Locomotor	,,
25	Enzimología	,,	—
26	—	—	,,
27	,,	,,	Sist. Tampón y pH
28	—	,,	,,
29	—	—	,,
30	,,	,,	,,
31	—	,,	,,
32	,,	,,	
33	Enzimología	—	
34	,,	Locomotor	
35	Met. Intermediario	,,	
36	,,	,,	

DESARROLLO DEL CRONOGRAMA *(Continuación)*

HORA	BIOQUIMICA-BIOFISICA	ANATOMIA	FISIOLOGIA
37	Metab. Glúcidos	”	
38	”	—	
39	”	”	
40	”	”	
41	”	”	
42	—	—	Músculo y Nervio
43	Metab. Lípidos	Circulatorio	”
44	—	”	”
45	”	”	—
46	—	—	”
47	”	”	”
48	”	”	
49	”	—	
50	Metab. Proteínas	”	
51	”	”	
52	”	”	
53	—	—	Cardiocirculatorio
54	”	Digestivo	”
55	—	”	”
56	Bioqu. Genética	”	—
57	—	—	”
58	”	”	”
59	—	”	”
60	”	”	—
61	—	—	”
62	”	”	”
63	—	”	”
64	Bioqu. Hormonal	”	—
65	—	—	Digestivo
66	”	”	”
67	—	Respiratorio	”
68	”	”	—
69	—	—	”
70	”	”	”
71	—	Respiratorio	Digestivo
72	Bioqu. Hormonal	”	—
73	—	—	”
74		Urogenital	”
75		”	”

DESARROLLO DEL CRONOGRAMA *(Continuación)*

HORA	BIOQUIMICA-BIOFISICA	ANATOMIA	FISIOLOGIA
76		,,	,,
77		—	,,
78		,,	Respiratorio
79		,,	,,
80		,,	,,
81		—	,,
82		,,	,,
83		,,	S. Renal
84		,,	,,
85		—	,,
86		Endocrino	,,
87		,,	,,
88		,,	,,
89		—	,,
90		,,	,,
91	Biofísica	S. Nervioso	—
92	—	—	Endocrino
93	,,	,,	,,
94	—	,,	,,
95	,,	,,	—
96	—	—	,,
97	,,	,,	,,
98	—	,,	,,
99	,,	,,	—
100	—	—	,,
101	,,	,,	,,
102	—	,,	S. Nervioso
103	,,	,,	—
104	—	—	,,
105	,,	,,	,,
106		,,	,,
107		,,	,,
108		—	,,
109		S. Nervioso	S. Nervioso
110			,,
111			,,
112			,,
113			,,
114			,,

BIBLIOGRAFIA

1. CARRERAS, J.: Formación médica integrada. Jano, 17-28, noviembre 1985. Vol. XXIX, n.º 665, H, págs. 1544-1552.
2. GUILBERT, J. J.: Guía pedagógica para el personal de salud. OMS, 1981.
3. B.O.E. 26 de noviembre de 1977, págs. 25987-25989.

DECIMOPRIMERA COMUNICACION

IMPORTANCIA DE LA DOCENCIA EN LA ATENCION PRIMARIA

Sacramento Espigares Martín
M.ª Carmen Navarro Jiménez
Nieves Pecete Donaire
M.ª Dolores Villar García

Profesoras de la E.U.E.
Universidad de Granada

IMPORTANCIA DE LA DOCENCIA EN LA ATENCION PRIMARIA

INTRODUCCION

Reunido el Comité de la Oficina Regional para Europa de la Organizació Mundial de la Salud, decidió elaborar y aprobar una serie de objetivos que debe rán alcanzar paulatinamente antes de finalizar el presente siglo, con los cuale se pretende obtener un mínimo de progreso para mejorar la salud de los paíse europeos y resolver los problemas relacionados con la misma, de acuerdo co lo establecido en la Conferencia de Alma-Ata para conseguir el objetivo genera de «Salud para todos en el año 2000», formulado en dicha conferencia y ratif cado por la mayoría de los países.

Para la elaboración del presente trabajo hemos considerado conveniente cen trarnos en un solo objetivo de los 38 marcados. En este caso hemos elegido e número 28 que desde nuestra perspectiva de docentes creemos urgente su conse cución. Dicho objetivo dice lo siguiente:

«Para 1990, el sistema de asistencia primaria de todos los Estados Miembro debe ofrecer servicios amplios de promoción de la salud, curativos, de rehabil tación y de soporte para satisfacer las necesidades de salud de la población, pre tando especial atención a individuos y a grupos de alto riesgo, a los vulnerable y a los mal asistidos.»

Y aclara la oficina Europea: «Esto se podría conseguir mediante el establec miento de políticas claras en todos los Estados Miembros, que describan el tota alcance de servicios que la asistencia primaria debe ofrecer, basado en el princ pio de que la mayoría de los servicios asistenciales, preventivos, de diagnóstic y terapéuticos se pueden ofrecer fuera del hospital y de otros establecimiento institucionales, mediante la modificación de los programas educacionales bás cos y continuados del personal sanitario para asegurar su ayuda activa a este can bio, mediante la revisión de los sistemas de planificación e incentivos para as gurar el apoyo de los mismos a esta política».

NECESIDAD DE CAMBIO

Consideramos, que para alcanzar el objetivo mencionado en la fecha prevista, es necesario modificar considerablemente algunos aspectos fundamentales de nuestro sistema de enseñanza, introduciendo las variantes necesarias tanto a nivel teórico como práctico, permitiendo que la formación recibida por nuestros alumnos se adecue a las necesidades actuales de la sociedad en materia de salud en el año 2000.

Basándonos en el objetivo citado y en las indicaciones que para su consecución nos ofrece la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, se ha realizado una encuesta a enfermeros y enfermeras que han cursado sus estudios en la Universidad de Granada. Con dicha encuesta se pretendía obtener una serie de datos objetivos que nos indicaran la preparación recibida tanto para el medio intra como para el extrahospitalario.

La encuesta abarcó el 36 % de los profesionales que finalizaron sus estudios en los tres últimos cursos académicos. Los datos obtenidos más relevantes fueron los siguientes:

— El 88 % de los encuestados prefieren prestar sus servicios en el Hospital.
— El 92 % se encuentran más capacitados para ejercer su profesión en el medio intrahospitalario.
— El 72 % contestaron que encuentran deficiencias en la enseñanza práctica extrahospitalaria.
— Un 68 % considera que no ha recibido los conocimientos suficientes para ejercer su profesión en la comunidad.

Nos encontramos, pues, con unos datos muy significativos. Los profesionales de Enfermería de nuestra escuela no salen preparados para su actuación en el medio extrahospitalario según la orientación que en la actualidad se pretende, con lo que difícilmente podremos conseguir el objetivo número 28, anteriormente mencionado, si el personal docente no rectifica sus objetivos y programas.

Creemos que es muy importante y urgente el estudio y reestructuración de los objetivos de los programas, para detectar sus deficiencias, haciendo las correcciones necesarias tanto en la teoría como en la práctica de las diferentes disciplinas, ajustándose a las necesidades reales del momento, de forma que haya una coherencia entre la enseñanza impartida y el medio en que prioritariamente han de desenvolverse los futuros profesionales de la Enfermería.

Coincidimos con las directrices marcadas por la Organización Mundial de la Salud en poder ofrecer a la población, a los individuos y grupos de alto riesgo la mejor asistencia posible en la propia comunidad y fuera del ambiente hospitalario.

Estamos convencidas de que en la obtención de los cambios necesarios no

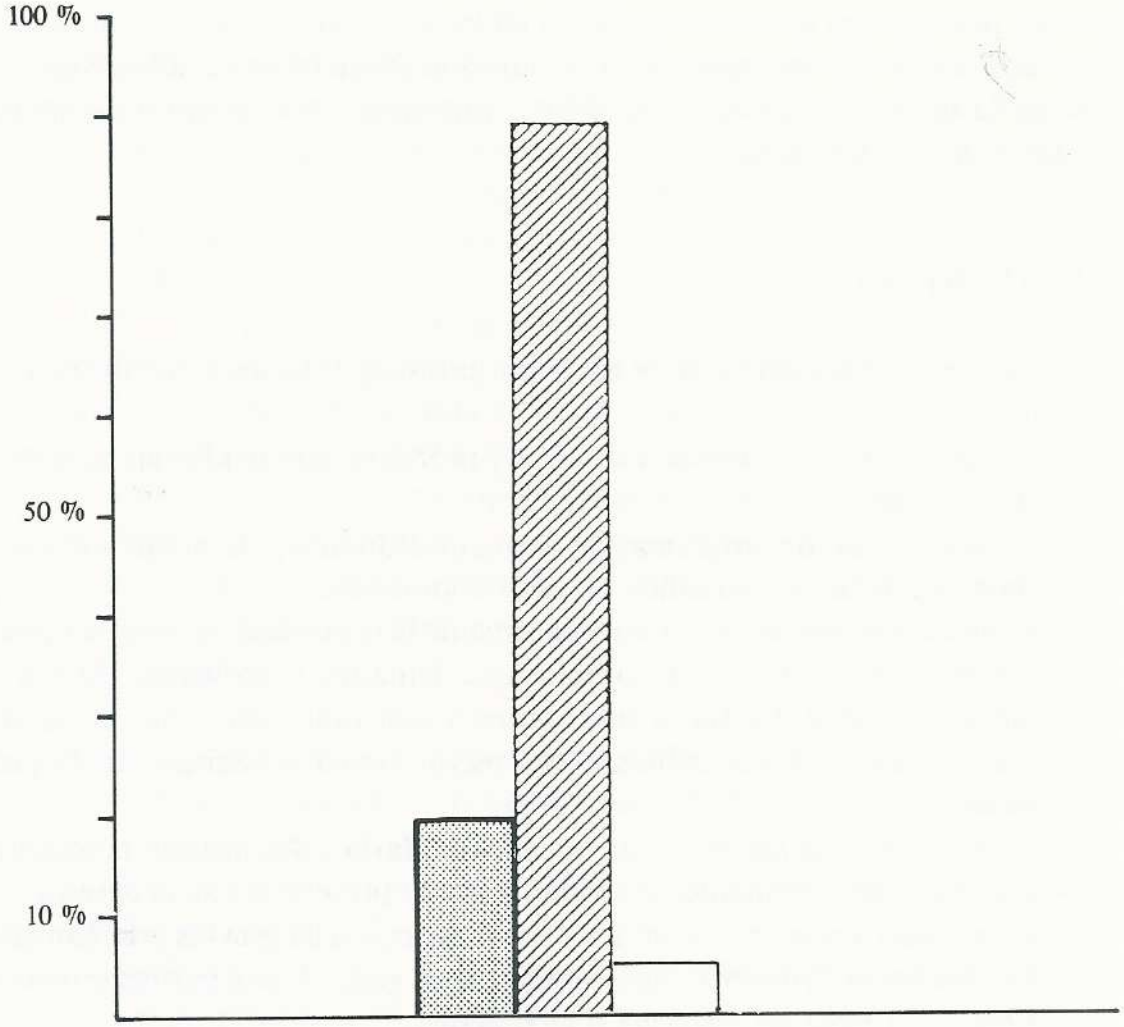
es suficiente sólo la modificación de los contenidos, sino analizar otra serie aspectos que inciden de forma negativa en la consecución de los objetivos pr vistos, con los cuales conseguiríamos el enfoque adecuado y no sólo en una lín como es la modificación de los estudios, sino también el cambio de actitud por parte de los docentes.

CONCLUSIONES

Por tanto consideramos que se ha de hacer hincapié en los siguientes punto

— Revisión de los contenidos teóricos y prácticos impartidos en las distint disciplinas.
— Conocimiento de programas de Atención Primaria y desarrollo de los mi mos según las necesidades de cada comunidad.
— Concienciación de los docentes acerca de la necesidad de cambiar nuest actitud adaptándose a los cambios que demanda la sociedad. Esto se co sigue mediante el estudio sistemático y constante, así como la puesta día en todo lo que se refiera a una mejor atención sanitaria de la pobl ción.
— Potenciación de las prácticas extrahospitalarias, destacando la importa cia que tiene el fomento de la salud para la prevención de la enfermedad
— Formando a nuestros alumnos en la convicción de que las enseñanzas s bre Atención Primaria y Salud Pública, en general, son perfectamente fa tibles a la hora de llevarlas a la práctica.

Para finalizar queremos dejar constancia de nuestra coincidencia con el D Maller cuando dice que no se podrá alcanzar el objetivo de «Salud para tod en el año 2000» sin la colaboración de Enfermería.

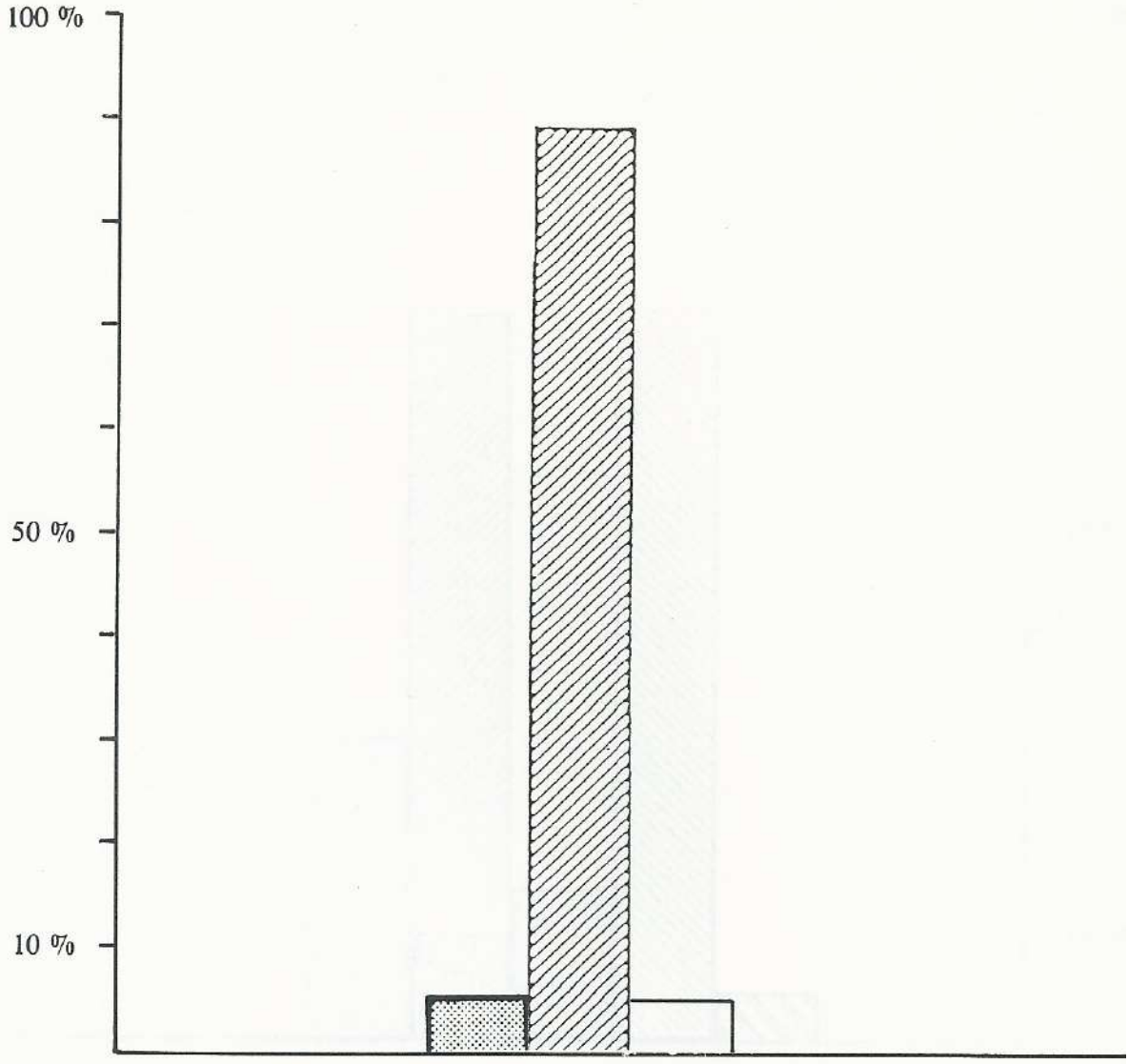


Pregunta: ¿Con qué medio se encuentra más identificado?

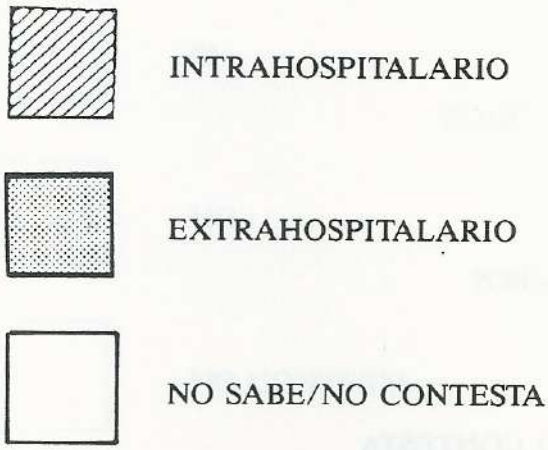
INTRAHOSPITALARIO

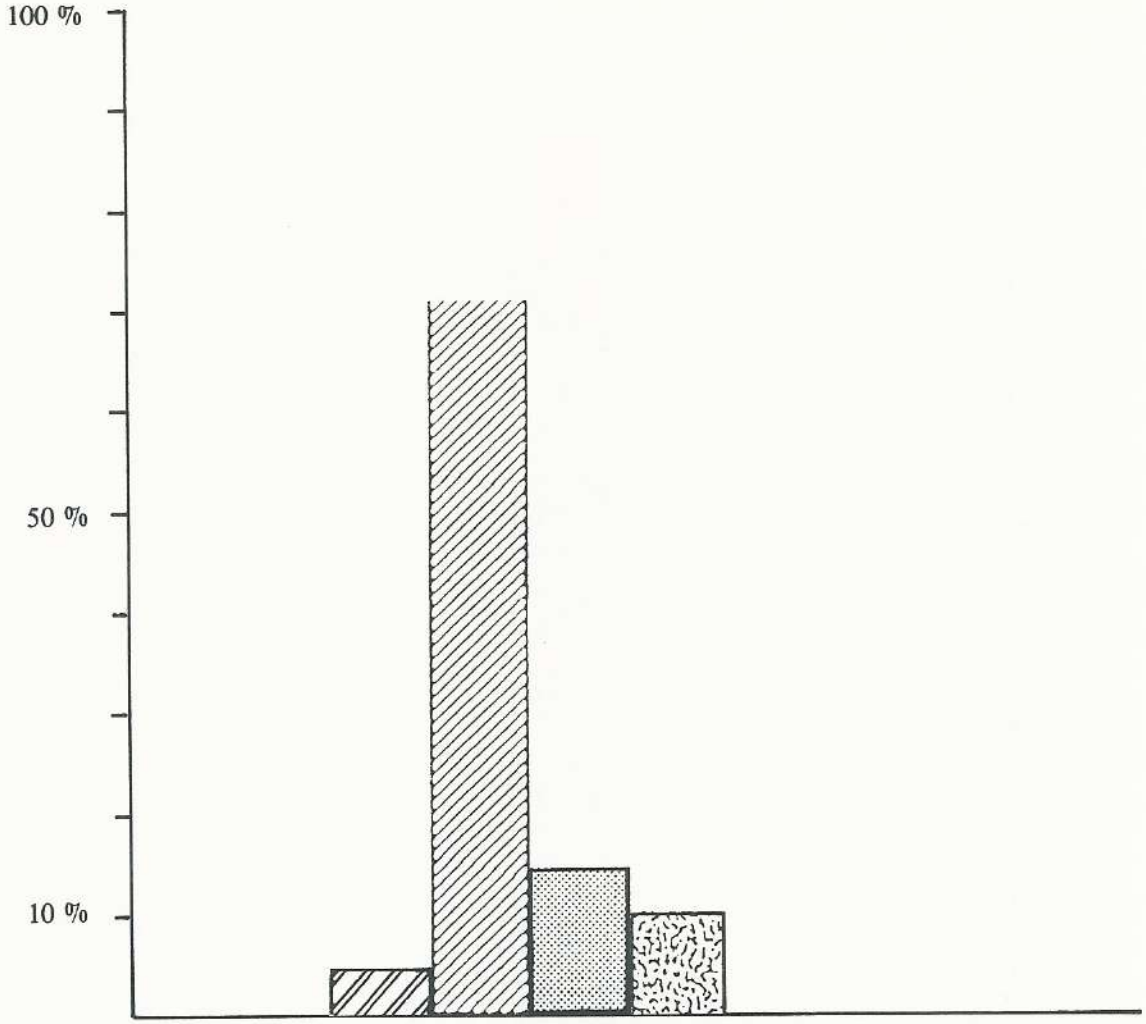
EXTRAHOSPITALARIO

NO SABE/NO CONTESTA



Pregunta: ¿En qué medio se encuentra más capacitado para desempeñar la Enfermería?





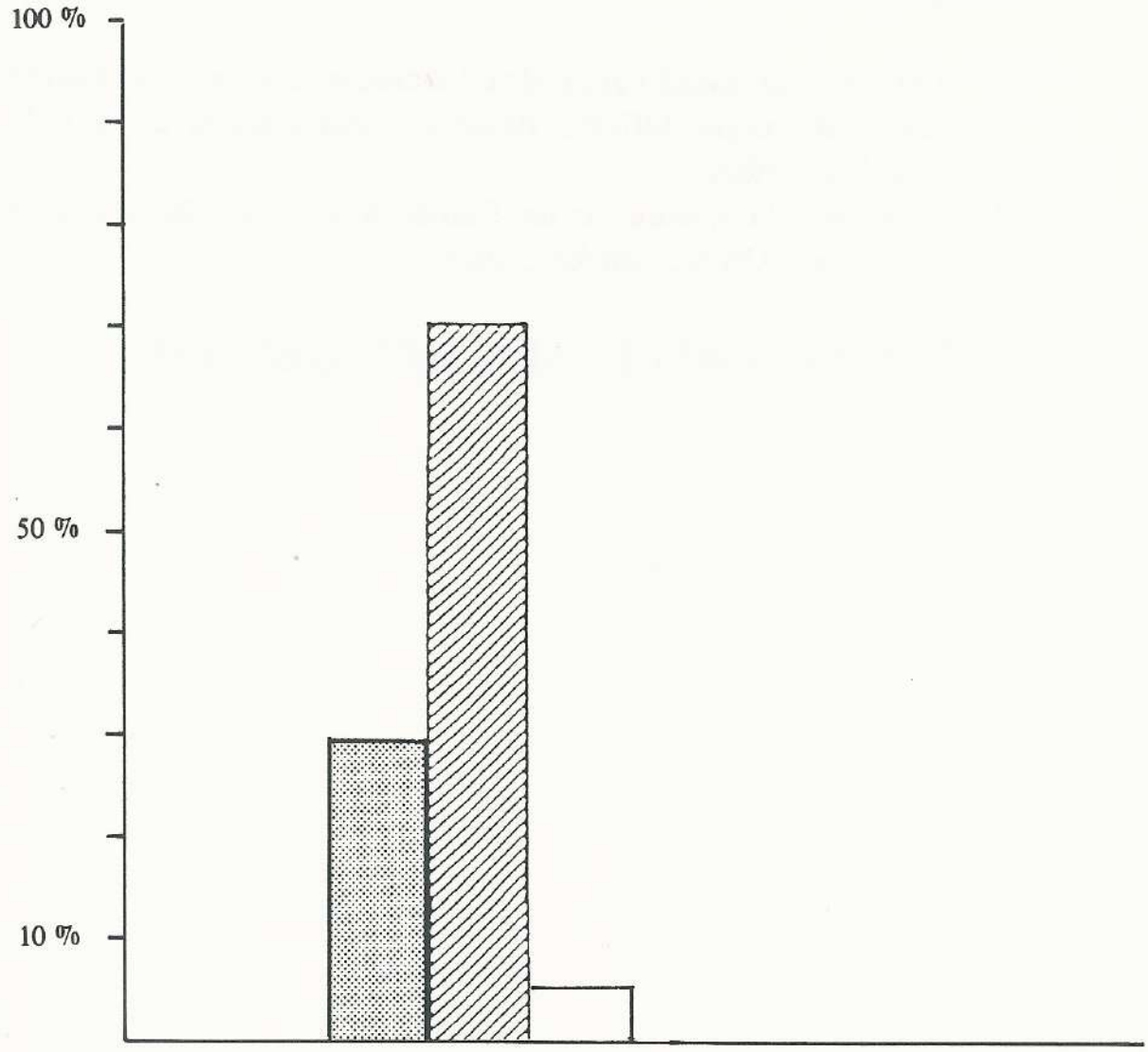
Pregunta: ¿En qué nivel considera deficiente su preparación para desempeñar la Enfermería extrahospitalaria?

PRACTICO

TEORICO

AMBOS

NO CONTESTA



Pregunta: ¿Cree que los conocimientos adquiridos durante los estudios de E fermería la capacitan plenamente para la asistencia en la comu dad?

SI

NO

NO CONTESTA

BIBLIOGRAFIA

1. Objetivos de Salud para todos. Consecuencias para las Enfermeras y Matronas. Oficina Regional para Europa de la O.M.S. A.E.E.D., 1986.
2. Guía para la revisión de los Planes de Estudios Básicos de Enfermería. O.M.S., Ginebra, 1985.

DECIMOSEGUNDA COMUNICACION

Milagrosa Olmedo Alguacil
Profesora de la E.U.E. de Ceu

No cabe duda de que estamos viviendo un momento histórico en nuestra profesión, y que debemos tomar conciencia de los aspectos positivos de nuestra realidad presente, para poder dar a las Escuelas de Enfermería una nueva reestructuración. Para realizar esto, nos podríamos preguntar: ¿qué es la acción? El significado efectivo de esta palabra es HACER. Esta implica un presente activo. Mas la acción es el resultado de las peculiaridades del conocimiento, la experiencia, las ideas, las fórmulas del ayer, que se han establecido, y con arreglo a las cuales estamos; pero lo que está claro es que no podemos vivir en el presente bajo la sombra del pasado. Y es lo que debemos intentar en las futuras Escuelas de Enfermería, dar un enfoque nuevo, pero no sólo nuevo hospitalario.

Este nuevo enfoque se podría conseguir si en los tres cursos de los que actualmente consta nuestra carrera, creáramos una nueva asignatura en la cual se reunieran todas las técnicas que se aprenden en las diversas materias. De este modo daríamos un enfoque multidisciplinario de nuestra profesión.

Un ejemplo concreto de todo lo expuesto anteriormente lo podríamos seguir de cerca desde el primer curso, si en la asignatura de Enfermería Básica se intenta que el alumno estudie necesidades de la persona sana o enferma; en los cursos siguientes esta nueva asignatura englobaría todas las materias prácticas impartidas, así conseguiríamos que el alumno viera una conjunción de problemas y no divididos por asignaturas; es decir, que tuviera una acción directa sobre lo que estudia y comprendiera que las necesidades se pueden compartir.

De este modo el alumno podría «compartir» conocimientos de quirúrgica con los de médica, al mismo tiempo que vería más clara la necesidad que tiene el D.U.E. de conocer más cerca las técnicas de rayos y laboratorio; es decir, sería una unión de factores que induciría al alumno a dar un nuevo enfoque a nuestra profesión.

Sería muy importante que en esta nueva asignatura el alumno participara de manera directa con casos conocidos por él de cerca, y que remitiera, para el estudio, la historia de enfermería y si hubiera, en su caso, el Proceso de Atención en Enfermería; de este modo al alumno se le enseñaría de forma directa, valores englobados de muchas asignaturas, y se podría dar una nueva proyección a nuestra profesión.

Si se consiguiera esto, el alumno antes de terminar la carrera, tendría más claro qué es lo que quiere, y dentro de la profesión a qué rama se quiere dedicar, pues con los estudios que se realizan en clase, las funciones de Enfermería quedarían mucho más y mejor explicadas.

DECIMOTERCERA COMUNICACION

PROBLEMATICA DE LA PUESTA EN MARCHA DE LAS ESPECIALIDADES DE UNA ESCUELA ESTATAL

Sofía Lerma Merino
M.ª Teresa Cabrera Santiago
Virtudes Niño Martín

Escuela de Enfermería

PROBLEMATICA DE LA PUESTA EN MARCHA DE LAS ESPECIALIDADES DE UNA ESCUELA ESTATAL

Nosotros los docentes creemos que somos el colectivo que más inquietudes tiene sobre las nuevas especialidades y sobre todo de la puesta en marcha de éstas, quizás porque no lo vemos como caso particular de una u otra especialidad, sino como transmisores que querríamos ser de todas ellas.

Tenemos de continuo esta inquietud, pero cada año al comienzo del curso es un ir y venir constante de alumnos preguntando por una especialidad u otra en concreto, que renuevan nuestro interés por ellas.

Ante esta demanda de los alumnos y con la posibilidad de expresarnos en estas jornadas, queremos exponer la gran problemática, que creemos nos vamos a encontrar ante las nuevas especialidades y su puesta en marcha.

Os invitamos a ver como ejemplo, los problemas concretos con que se enfrentaría nuestra Escuela si en este momento ya pudiéramos comenzar con las nuevas especialidades.

Somos consciente que algunos de estos problemas serán específicos y particulares nuestros, pero también pensamos que otros serán comunes para algunas Escuelas.

Desde aquí quisiéramos empezar a solucionarlos entre todos, en la medida en que cada uno pueda hacerlo, a ser posible antes de encontrarnos realmente ante ellos.

Desde la década de los sesenta en nuestra Escuela se vienen impartiendo especialidades, éstas, como ya es sabido, estaban adscritas a los respectivos Departamentos de la Facultad de Medicina; por diversos motivos han ido desapareciendo hasta llegar a la situación actual en que sólo se está impartiendo la especialidad de Psiquiatría.

La Especialidad de Rehabilitación desapareció con la aprobación del Decreto de creación de la carrera de Fisioterapia.

La Especialidad de Matrona dejó de impartirse por cesar la asistencia de partos en el Hospital Clínico Universitario.

Por motivos idénticos desaparece la de Pediatría.

La Especialidad de Análisis Clínicos y la de Radiología, desaparecen a la espera del Proyecto de Real Decreto de las nuevas especialidades.

Exponemos primero la *problemática común* a varias especialidades:

Tras un estudio detallado de las distintas especialidades que se contemplan en los últimos anteproyectos elaborados por el Ministerio de Educación y Ciencia, nos encontramos con un primer problema referido a las características del *Profesor* idóneo para impartir algunas de las especialidades, como puede ser la titulación que se le va a exigir, tipo de contrato y dedicación, así como el número adecuado para cada especialidad.

Otra cuestión planteada es la referida al número de *alumnos* que podrán cursar cada especialidad. En el anteproyecto elaborado por el Ministerio de Educación y Ciencia se contempla como requisito imprescindible atender a la demanda de la sociedad en materia de especialistas en Enfermería, así como su revisión, siempre que se considere necesario.

Sin embargo, nosotros nos planteamos serias duras relacionadas con este punto, puesto que la experiencia nos hace tener un determinado grado de escepticismo (recordemos cómo en el Decreto de integración de las Escuelas de A.T.S. en las Escuelas de Diplomados en Enfermería, igualmente fueron planteados por el Ministerio normativas que nunca se hicieron realidad).

Ante esta duda se nos plantea la posibilidad de tener que decidir el número de alumnos por especialidad, desde la Escuela directamente, y nos preguntamos si el número correcto ¿estará en función del número de profesores, del espacio vital, del lugar o lugares a realizar las prácticas?, o por el contrario, está en función de la demanda de los propios alumnos o de las necesidades de la sociedad del momento.

En cuanto al *espacio* real de que dispone nuestra Escuela, es seguro insuficiente para albergar a los alumnos de las nuevas especialidades. Tendría que hacerse una redistribución, aumentando el número de aulas, salas de reuniones, bibioteca, etc.

Y por último, dentro de la problemática común, nos preguntamos dónde van a poder realizar las prácticas los alumnos de las especialidades, si actualmente ya tenemos problemas para acoplar el número de alumnos que realizan las correspondientes a la formación básica.

Ahora queremos mencionar algunos problemas más específicos, como:

En cuanto a la especialidad de *Geriatría* (especialidad no olvidemos muy demandada por la sociedad), ¿dónde podrían realizar prácticas nuestros alumnos? y ¿qué especialista se la impartiría?

Referente a la especialidad de *Salud Pública,* nos enfrentamos con la circunstancia de que en nuestra ciudad apenas hay centros donde se realicen actividades de atención primaria y, en definitiva, donde se pudieran realizar prácticas de Salud Pública, añadiendo que aún no tenemos conciertos con los Centros donde

se inician en esta andadura, por lo que ya tenemos dificultad desde este momen to, con las prácticas de la formación básica.

Para terminar en este recorrido tan pesimista, o tan real, tocaremos unas e pecialidades como son la de *Matronas y Enfermería Pediátrica,* que nos pone ante un problema muy debatido en nuestra ciudad, como es el hecho de que exi tiendo un Hospital Materno Infantil terminado desde 1982, y totalmente equ pado, no se le esté dando su uso, sino sirviendo para impartir docencia de dive sas ramas universitarias, como Medicina y Filosofía y Letras. No queremos en trar aquí en ese debate, ni somos quién para poder hacer nada sobre este tem pero lo mencionaremos porque a consecuencia de esto tampoco podrían los alum nos de estas especialidades realizar prácticas adecuadas, ya que en este moment tenemos problemas incluso para las asignaturas del currículum básico.

Como conclusión, diremos que la puesta en marcha de las nuevas especial dades es como un sueño que todos los profesionales de Enfermería pretendemo que se haga realidad, que después de tanta espera y consiguiendo que tantos pro blemas dejen de serlo, éstas tengan un sentido en nuestra profesión en la socie dad actual, así como que las nuevas especialidades sean algo muy distinto a la antiguas especialidades de A.T.S.

PRESENTE Y FUTURO DE LA FORMACION CONTINUADA

1. PREAMBULO:

— Tema muy complejo.

— Admite múltiples enfoques, tanto en las preguntas como en las respuestas.

— Discusiones teóricas y prácticas.

— Frente a un mundo cambiante, en transformaciones aceleradas que exige:

- ser conocido;
- adaptarse a él;
- actualizarse constantemente;
- respuestas creativas, individuales y colectivas.

— Ruptura con el concepto tradicional de que la escuela era únicamente para niños y para jóvenes.

— Ruptura con la Universidad, Escuelas Universitarias, como definitivas en la Formación de una persona.

Transformación de la Ideología.

2. PRESENTACION GLOBAL DEL TEMA:

— Desde una doble perspectiva:

• PLANTEAMIENTO-TEORICO:

— A partir de la *fundamentación* y *sistematización* de los conceptos de VIDA y de EDUCACION.

— Tanto desde una óptica individual como desde una óptica social o política. Es decir, que según los particulares puntos de vista de cada uno (individuo o grupo social), el tema de la EDUCACION PERMANENTE presentará preguntas y respuestas distintas.

• PLANTEAMIENTO-PRACTICO:

— A partir de la *justificación* concreta que se dé a las respuestas de este tema,

— y a partir del *compromiso* con que se quiera llevar a buen término esas respuestas, siempre desde las perspectivas del individuo y de la sociedad. Es decir, **por qué, para qué** y **cómo** se ponen los recursos disponibles, económicos, pedagógicos, ..., al servicio de la EDUCACION PERMANENTE.

3. DEFINICION DE EDUCACION PERMANENTE:

• NO ES:

— educación exclusiva para la tercera edad;
— rectificación del período escolar anterior;
— escolarización indefinida;
— un plus de escolarización;
— formación técnica y profesional continua;
— una dependencia o pasividad permanente de un alumno a los docentes;
— establecer ni estandarizar un plan de educación;
— aplicar unos cuidados en todas las situaciones, ni adoptar indefinidamente unos criterios, incluso en las mismas instituciones: Escuelas Universitarias de Enfermería, Centros Hospitalarios, Centros de Salud, etc.

• SI ES:

— una *continuidad* en la acción EDUCATIVA, y por consiguiente HUMANA, que afecta a los ENSEÑANTES y a los ALUMNOS, a TODOS los individuos de un pueblo, para que TODOS descubran y realicen PERMANENTEMENTE sus posibilidades CREADORAS;
— afecta, por consiguiente, a *todos* los estamentos de una colectividad, y no sólo al grupo social universitario;

— se identifica con el ritmo vital de cada uno y de cada sociedad. Es decir, se identifica con el MODO de SER y de QUERER SER de cada uno. De ahí que haya que empezar por preguntarse cada uno si quiere EDUCARSE, si le interesa seguir actualizándose creativamente o prefiere permanecer satisfecho con lo que es y con lo que sabe, con lo que da de sí mismo y con lo que recibe, y si no aspira a sentirse más creativo en su mundo, y más capaz de transformar todas sus experiencias vitales en expresiones educativas y todas sus experiencias educativas en formas de vida;
— una actividad dinámica que de manera cambiante se adaptará a las necesidades, modificándose cuando éstas se satisfagan o se varíen.

4. DESARROLLO: METODOLOGIA Y APLICACION A LA REALIDAD

— Es preciso una *actitud crítica,* de insatisfacción ante lo que se hace y ante cómo se educa. Sentir la necesidad del cambio y hacerle posible.
— Es preciso una actitud de *visión global* de los problemas del mundo contemporáneo y futuro.
— Es preciso una reflexión *interdisciplinar* respecto a los programas que se imparten en la Universidad, y en concreto en las Escuelas Universitarias de Enfermería y respecto a la necesidad de actualizarnos «en relación unos con otros», y no de compartimientos estancos.
— Es preciso una concepción *progresista* del mundo futuro de modo que se enseñe AHORA para definir este futuro, antes de que llegue.
— Es preciso una *motivación* presente, mientras se enseña y se educa, para que siempre se experimente la necesidad de ser educado.
— Es preciso valorar el esfuerzo de *innovación* futura en los márgenes de la *utopía creadora* y al margen de la quimera.
— Es preciso una *sensibilidad* que aúne lo técnico de la educación estrictamente considerada como enseñanza y las exigencias vitales.
— Es preciso dejar *abierto* el período de cualquier escolarización actual, para no cerrarse nunca.
— Es preciso aprovechar las posibilidades, por ejemplo de la televisión, para programar elementos educativos permanentes creativos.
— Es preciso la determinación de objetivos para que faciliten una adecuada programación dirigida a las actividades de Enfermería. Tanto asistenciales como docentes.
— Es preciso promover el desarrollo de conocimientos, habilidades prácticas y actitudes.
— Es preciso dar más efectividad a la práctica de la Profesión, a través de un aprendizaje planificado.

5. CONCLUSIONES:

— Hay que buscar soluciones *plurales* puesto que el reto de la educación continuada requiere una mayor diversidad de programas del que atiende los procesos normales de escolarización: Universidad-Escuelas Universitarias de Enfermería.

— Hay que preguntarse qué puede, *en concreto,* realizar la Asociación Española de Enfermeras Docentes, para ofrecer a la sociedad autonómica española, frente a la realidad futura de sus enfermeras/os. También hay que preguntar qué pueden ofrecer las Escuelas Universitarias de Enfermería a sus ex-alumnos y alumnos ante esta misma realidad. Puesto que el reto social, total, de la educación permanente vendrá constituido por la suma de los esfuerzos cualificados de las Instituciones y de los individuos.

— El problema de la educación continuada es un problema técnico y humano, individual y social, pero que tendrá que partir, en sus soluciones concretas, de los individuos específicamente comprometidos en su ámbito, profesionales de Enfermería en su contexto de la Sanidad.

— Revisión de los programas *actuales de estudios* y su proyección inmediata, futura, en este mundo cambiante.

— Actualización de los profesionales de la enseñanza de la Enfermería para crear esa conciencia, necesidad y exigencia de la Educación permanente.

DECIMOQUINTA COMUNICACION

EDUCACION PERMANENTE

M. P. García Caro
A. Muñoz Vinuesa
M. J. Aguilar Cordero

Profesores de la E.U.E.
Universidad de Granada

EDUCACION PERMANENTE

INTRODUCCION

El concepto de Formación Continuada hace referencia a una forma de enseñanza de carácter complementario y ocasional, cuyo objetivo es reciclar, actualizar, promocionar y perfeccionar la enseñanza tradicional de los profesionales, y que surge como una necesidad de ampliar conocimientos después de ejercer su actividad durante un tiempo, debido a la constante renovación científica y tecnológica.

En los últimos años hemos asistido a un auge de lo que anteriormente hemos denominado Formación Continuada (F. C.), con la proliferación de cursillos y derivados que, salvando lo salvable, el más somero análisis nos permite afirmar que no responden a la necesidad de saber o aprender algo nuevo, pero que sí lo hacen a la imperiosa necesidad de engrosar un baremo personal para alcanzar un puesto fijo de trabajo, además de responder evidentemente a los rendimientos económicos de organizadores.

En estas circunstancias es ilógico buscar en el contenido de estos cursillos, la menor planificación o respuesta a las necesidades intelectuales de los individuos que los realizan, e incluso nos atrevemos a preguntar: ¿aportan realmente algo nuevo? Sinceramente creemos que no, es más, estamos convencidos de que se repiten una y otra vez las mismas cuestiones, eso sí, de maneras diferentes, pero no se abre el campo a nuevas inquietudes, problemas o saberes auténticamente necesarios.

Hemos pasado pues de la necesidad de saber, a la necesidad de coleccionar diplomas y certificados, fomentando esta afición las propias instituciones que, a través de sus baremos, se empeñan en correlacionar un alto número de certificados y diplomas de asistencia a eventos de este tipo con un mayor grado de calidad y profesionalidad de los diplomados.

Vista la deformación a la que ha llegado la F. C., proponemos otra forma de fomentar y canalizar estas inquietudes intelectuales, a la que denominaremos Educación Permanente (E. P.), no porque tengamos el capricho de cambiarle el

nombre, sino porque lo que nos interesa es incidir, acentuar, destacar lo «Permanente» de la educación a lo largo de nuestra vida profesional.

Entendemos que la E. P. es algo más que la suma de una parte tradicional y otra complementaria. Es un sistema educativo completo que comienza en la edad cero y termina con el fin de las responsabilidades del individuo, y cuyo objetivo fundamental es, como dice el arectos Jean Capelle: «Formar hombres capaces de responder durante toda su vida a necesidades en constante evolución».

Lo importante, entonces, es enseñar aparte de los conocimientos básicos que se requieran en cada caso, a aprender dónde y cómo informarse, cómo escoger, tratar e integrar esa información, en definitiva enseñar una metodología científica de trabajo, que nos posibilite la adquisición y manejo de nuevos saberes, sobre los que no podemos hacer previsiones, permitiéndonos además mantener una curiosidad siempre despierta.

Insistimos, pues, más que en la posesión de muchos conocimientos, en la capacidad para tratar y trabajar sobre los conocimientos adquiridos y los que están por adquirir.

OBJETIVOS

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a considerar que los objetivos a alcanzar por la E. P. deben ser los siguientes:

1. Fomentar el desarrollo del espíritu crítico, del sentido de convivencia y trabajo en equipo y de la misión de servicio que posee la formación universitaria, así como, transmitir diariamente una formación humana y cultural, es decir, una formación integral, una formación universitaria.
2. Conseguir un clima de constante renovación y creación en las distintas disciplinas, así como despertar curiosidad por el estudio y la investigación.
3. Facilitar por todos los medios posibles la participación del alumno y pre y post-diplomado en su propio proceso educativo.
4. Enseñar a seleccionar e interrelacionar aquellos conceptos fundamentales, de manera que el alumno, el post-diplomado y el propio profesor, vean en cada paciente, en cada caso clínico un problema, una interrogante, que él con los conocimientos y destrezas que ya posee y con los que tenga que adquirir, ha de tratar de resolver.
5. Facilitar el acceso a las fuentes de información y al manejo de libros y bibliografía, animando al alumno, al post-diplomado y al profesor a que se adentren en otros campos del saber, cuando su directriz de trabajo así lo aconseje, para de esta manera, no convertirse en prácticos ignorantes de la razón de cuanto ordenan y ejecutan, fomentando al mismo tiempo su capacidad de expresión oral y escrita con una terminología técnica.

METODOLOGIA

Llegados a este punto consideramos necesario especificar algunos aspectos básicos para la consecución de lo anteriormente expuesto.

La primera cuestión a plantear es, pues, los medios con los que contamos para alcanzar los objetivos antes descritos, y para hacerlo racionalmente comenzamos por el principio, los Planes de Estudios de Enfermería. Conocemos la existencia de la Ponencia sobre la Reforma de las Enseñanzas Universitarias y los distintos grupos de trabajo que revisan y estudian el documento presentado por el Ministerio de Educación y aunque no podemos decir lo mismo de los contenidos concretos sobre los que se está trabajando —sería de desear que nos llegara más información— sí esperamos que respondan a las expectativas que nosotros planteamos.

Por otra parte el artículo 8 de la Ley de Reforma Universitaria en sus apartados uno y tres dice: «Los departamentos son los órganos básicos encargados de organizar y desarrollar la investigación y las enseñanzas propias de su área de conocimiento... Asimismo, corresponde a los departamentos la articulación y coordinación de las enseñanzas y de las actividades investigadoras de las Universidades.»

Por tanto la Universidad en su proyección de servicio a la sociedad no puede reducir su actuación al ámbito de la formación del currículum de la diplomatura de Enfermería, sino que tiene que estar abierta a las necesidades e interrogantes planteadas por aquellos que una vez alcanzada su titulación se encuentran desarrollando sus funciones en cualquiera de sus campos. Tal y como queda expresado en el apartado tres del citado artículo los departamentos deben articular y coordinar la enseñanza y la investigación llevadas a cabo dentro del marco de las ciencias de la Enfermería e incluyendo los niveles pre y post-diplomado.

Otro medio a tener en cuenta, cómo no, son las propias Escuelas de Enfermería en tanto que unifican a varios departamentos relacionados con el plan de estudios de la diplomatura, en este sentido se posibilitan las relaciones entre materias de diversos departamentos, enriqueciendo y ampliando de esta manera la formación científica y técnica de los alumnos de los post-diplomados y del profesor universitario.

Por último no podemos olvidarnos de un medio que día a día cobra nueva importancia, que luchan por conseguir una mayor calidad asistencial y una adecuada formación para sus profesionales, nos referimos a las Direcciones de Enfermería de las diferentes instituciones sanitarias. Creemos que son el medio indispensable para la canalización de las inquietudes intelectuales de los profesionales y por ello constituyen un órgano básico para la conexión y utilización adecuada de los medios antes citados y de cuantos otros puedan existir.

No es nuestra intención plantear en esta comunicación el uso que debe hacerse de estos medios, así como tampoco la forma de llevar a cabo y desarrollar

este planteamiento. Existen muchos y variados métodos que pueden ser utilizados. No creemos que existan unos mejores que otros, sino que su elección ha de estar mediatizada por la materia a cuestionar y sobre todo y lo más importante saber utilizarlos y adecuarlos a la finalidad que han de cumplir.

CONCLUSIONES

1. El conjunto de saberes que se le ofrecen al alumno, al diplomado, etc., no lo han de entender como la necesidad de atiborrar su mente con un sinnúmero de datos, sino que ha de despertar ante ellos unos actitud reflexiva, una actitud crítica.
2. Hemos de rechazar la actitud de querer aprenderlo todo y ante la avalancha de conocimientos y avances en el mundo científico, hemos de desarrollar la actitud del saber, es algo así, como esa idea de la Filosofía Esotérica que afirma que lo que se trasmite son los conocimientos, sin embargo, el saber es personal e intransferible, es esa actitud crítica y reflexiva constante, más acorde desde luego con nuestra misión de profesores del tercio final del siglo XX.
3. Estamos convencidos de que, para lograr una base científica, para que los conocimientos de Enfermería sean realmente sólidos, para contribuir a la construcción del Marco Conceptual y del Cuerpo Doctrinal de las ciencias de la Enfermería es fundamental poseer una formación completa y suficiente en otras disciplinas y guiar a nuestros alumnos en su acceso a las fuentes bibliográficas para que no se pierdan en el marasmo de información actual. Si aspiramos, como así es, a que el investigador, el profesor, el diplomado y el propio alumno de Enfermería, ocupe un nivel destacado en la sociedad, sobre la que proyecte su influencia, es necesario que además de su saber científico, traten todos ellos de incrementar su acerbo cultural, histórico y filosófico.
4. El objetivo de esta comunicación no es otro que el abrir este planteamiento al debate de todos Vds. para crear corrientes de opinión e intercambio de experiencias, dudas y problemas que su desarrollo pueda ocasionar. Tampoco deben entenderse nuestras afirmaciones con un cariz más o menos dogmático, suponen nuestro pensamiento en orden a potenciar el desarrollo de las ciencias de la Enfermería, conseguir que la Educación Permanente no sea una entelequia, en síntesis, a mejorar la atención y cuidados de los pacientes que se nos confían.

BIBLIOGRAFIA

— CAPELLE, J.: Tendencias y perspectivas de la reforma de las Ens ñanzas superiores con vistas a la educación permanente. *Revista* (*Educación,* n.º 227-228. 1973, págs. 20-54.

— CASTREJON, J.; y GUTIERREZ, O. F.: *Educación Permanente - Principios y experiencias.* Fondo de Cultura Económica, México, 197

— DAVE, R. H.: *Fundamentos de la educación permanente.* Instituto (la Unesco para la Educación. Santillana. Madrid, 1979.

— D'HAINAUT, L.; et al.: *Programa de estudios y educación perm nente.* Unesco, París, 1980.

— LEGRAND, P.: *Introduction à l'éducation permanente.* Unesco, P rís, 1970.

— LYNCH, J.: *La educación permanente y la preparación del person docente.* Instituto de la Unesco para la Educación, Hamburgo, 1977

— PARKYN, G. W.: *Vers un modèle conceptuel d'éducation permane te.* Unesco, París, 1973.

DECIMOSEXTA COMUNICACION

LA FORMACION CONTINUADA; FUTURO DE LA ENFERMERIA

Josefina Cárcel Gómez
Belén Negueruela Ceballos
M. Paz Peláez Ventura
Diplomadas en Enfermería

LA FORMACION CONTINUADA; FUTURO DE LA ENFERMERIA

INTRODUCCION

Consideramos el concepto de enfermería como un proceso dinámico, a través del cual, se proporcionan cuidados a los individuos, familias o grupos de la comunidad primariamente en torno a las circunstancias y situaciones que emergen de problemas relacionados con la salud. De ello se deduce, que al ser un proceso cambiante, según las necesidades del individuo y de la sociedad, hay que elevar y mantener el nivel de conocimientos de los profesionales de la enfermería. Esta es la fuerza que nos empuja a mantener una formación continuada durante toda nuestra vida profesional.

¿QUE ES LA FORMACION CONTINUADA?

Proceso por el cual todo profesional, sea cual sea el trabajo que ejerza, renueva y actualiza sus conocimientos de acuerdo con la evolución de la sociedad. Esto aplicado a enfermería, según sus funciones, supone:

1. *Asistencia:* en este marco, se eleva el nivel de los cuidados prestados al paciente, ya que:

— Se mejoran las técnicas.
— Se amplían conocimientos.
— Se modifican los planteamientos en la aplicación de las ciencias de la conducta.

2. *En la Administración:* se consigue la introducción de nuevos métodos y la mejora de los ya existentes, con el fin de proporcionar una asistencia sanitaria eficiente y evaluar los resultados obtenidos en el trabajo realizado.

3. *En la Investigación:* estimula al profesional en el desarrollo de nuevas teorías que permitan el avance de la enfermería.

4. *En el campo docente:* se enfoca a:

a) Futuros profesionales de enfermería.
b) Los profesionales.

a) Futuros profesionales: ya que la formación continuada ha de ser dinámica, progresista y cambiante, es necesario, ayudar al estudiante a desarrollar el hábito de indagar, de forma que adquieran nuevos conocimientos y nuevas habilidades. Para lograr estos objetivos, el personal docente debe poseer creatividad, impulsar y promover inquietudes, desechar conceptos y técnicas no válidas e incorporar conocimientos útiles según las necesidades de la sociedad.

b) Los profesionales: para que nuestra profesión no se quede «anquilosada» y cerrada a nuevas tendencias, hay que aprender a aceptar el pluralismo, valorar continuamente el trabajo y buscar nuevos objetivos que logren metas comunes.

Por lo tanto, cabe mencionar, la actitud positiva que provoca el estudiante de enfermería en el profesional, motivando en él nuevos deseos de indagar para que conjuntamente contribuyamos a hacer de la enfermería una profesión progresista.

REALIDAD

La situación actual en relación con la formación continuada, muestra una enfermería, por un lado, con una falta de motivación por renovar sus conocimientos y adquirir otros nuevos. Esto se ve claramente, cuando la participación en cursillos está formada en su mayoría por profesionales en paro. Cabría destacar, también, que la mayoría de los profesionales adquieren libros primordialmente de orientación técnica, olvidándose de los aspectos filosóficos de la enfermería (teorías de enfermería, objetivos, psicología...).

Otro problema que se plantea es la escasez de cursos que se imparten y el hecho de que estén orientados, principalmente, por personal médico y dirigidos al diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades; olvidándose de que deben estar dirigidos hacia las necesidades del paciente y la planificación de sus cuidados.

Otro punto a destacar, es la diferencia que existe entre el contenido de los programas de formación y lo que es la realidad de la práctica de enfermería, esto conlleva a crear la desmoralización y apatía entre los profesionales.

CONCLUSIONES

- La formación continuada debe de estar enfocada tanto en aspectos clínicos en el hospital y comunidad, como en educación, administración e investigación.
- Debe facilitar acceso a programas de formación continuada de forma que se adquiera un conocimiento más amplio y profundo de la disciplina de enfermería.
- Despertar en los futuros profesionales el hábito de indagar.
- Enfermería debe aprender a aceptar el pluralismo, lo que contribuye a que la formación continuada sea dinámica, progresista y cambiante.
- Los programas de educación de enfermería deben ser dirigidos por enfermeras cualificadas de forma que se consigan los objetivos deseados. «¿Si no sabes lo que es enfermería, cómo puedes enseñar a alguien a ser enfermera?».

Con todo ello, consideramos que hay algo que debería darse por supuesto, y es el hecho de que la formación continuada debe de ser gratuita y estar fomentada o promocionada por la propia institución en la que estamos integrados; teniendo en cuenta que toda empresa cualificada y que se precie como tal, fomenta la formación continuada de sus trabajadores a todos los niveles; en este caso en beneficio de la salud.

BIBLIOGRAFIA

- Revista de Enfermería «ROL», números 65, 66, 70, 70, 10, 13, 17, 18.
- «ENFERMERIA COMO PROFESION». Imogene M. KING.
- «¿HACIA DONDE VA LA ENFERMERIA?». E. ADAMS.

DECIMOSEPTIMA COMUNICACION

REFLEXIONES SOBRE FORMACION CONTINUADA

María Girbés Fontana

Adjunta de Docencia
Hospital Central de la Cruz Roja

REFLEXIONES SOBRE FORMACION CONTINUADA

INTRODUCCION

Durante años, cada vez que nos hemos puesto hablar de Formación Continuada, terminábamos reclamando de las Instituciones la solución a una serie de problemas.

Ya en el año 1983, en un documento sobre «Formación Continuada de Enfermería» del Ministerio de Sanidad en el que participamos algunas Formaciones Continuadas entonces existentes, se decía:

> «Enfermería necesita con cierta urgencia que los responsables de la política sanitaria del país, reconozcan la necesidad de una Formación Continuada para todo su personal y que esto se traduzca en el reconocimiento de su departamentalización, con la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, con fines a que la Formación pueda llegar a todos.»

Recientemente se ha publicado en el B.O.E. (marzo 1985), los organigramas de las Direcciones de Enfermería, donde Formación Continuada no aparece reflejada, si bien, en la práctica las pueden establecer. Esta falta de reconocimiento oficial hace que año tras año nos sigamos encontrando con las dificultades de no contar con un presupuesto para la financiación de nuestros programas.

Cada Centro busca y encuentra soluciones dependiendo del ingenio, el arte o las facilidades que se le presente.

En el presente trabajo no pretendemos insistir en esta línea. El propósito es poner en alto unas reflexiones que desde hace tiempo nos venimos haciendo.

REFLEXIONES

Voy a comenzar mis reflexiones desde el concepto más amplio de qué es Formación Continuada.

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud, lo definía en 1975 como:

> «El proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente que se inicia al término de la formación básica y que está destinado a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo frente a la evolución científico-técnica, a las necesidades sociales y a los intereses y aspiraciones del individuo por lograr desarrollo personal.»

Me vais a permitir que me detenga en esta parte de la definición: «destinado a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo», puesto que, prácticamente, ése es nuestro objetivo.

Si buscamos en el diccionario la palabra *capacitación* nos encontramos con: «acción y efecto de capacitar» y *capacitar:* «hacer a uno apto, idóneo, hábil para cualquier cosa». Y así, a simple vista, sin hacer grandes análisis del tema parece que desde las Formaciones Continuadas sí estamos intentando habilitar y hacer idóneo al personal de enfermería. Si seguimos leyendo la definición encontramos: «frente a la evolución científico-técnica, las necesidades sociales y las aspiraciones del individuo para lograr desarrollo personal».

Y es en este punto donde me surgen numerosas dudas que quiero compartir con vosotros.

¿Realmente entendemos todos los profesionales lo mismo cuando decimos «evolución científico-técnica en Enfermería»? ¿Conocemos las necesidades que la sociedad demanda de nosotros? ¿Las aspiraciones profesionales del individuo para lograr desarrollo profesional, son las mismas para todo el colectivo de Enfermería?

Porque estoy de acuerdo con Rosa María Alberdi, cuando dice: «estamos en un período de confusión respecto a lo que queremos ser como profesión».

«Constituimos», dice, «un numerosísimo grupo profesional con muy diversas expectativas y opiniones respecto a lo que deben ser nuestras funciones, responsabilidades e incluso campos de actuación». Y sigue diciendo: «esa diversidad proviene fundamentalmente de distintos enfoques y contenidos de los estudios que hemos cursado: muchos fuimos formados para tener como eje de nuestro trabajo al médico, otros, más afortunados se prepararon para estructurar su actividad alrededor del cuidado de las personas y por fin otros también numerosos, nunca tuvieron un modelo que seguir durante sus estudios».

Con las Formaciones Continuadas ha podido y puede estar repitiendo el proceso; de ser así, podíamos encontrarnos en la actualidad con Centros en los que se estén realizando muchas actividades formativas, pero sin un modelo hacia donde dirigirlas. Otros, podrían y digo podrían, porque carezco de información documentada, estar orientando su acción formativa hacia el aprendizaje de habilidades y conocimientos que ayudaran a perpetuar una concepción de la Enfer-

mería como de ayudante del médico. Centrar el eje de Enfermería en el individuo sano o enfermo y en la familia, ha sido y sigue siendo para otras muchas Formaciones Continuadas el objetivo de sus acciones formativas. Nosotros nos encontramos, en estos momentos entre estas últimas, pero no siempre fue así.

Durante el primer año, en Formación Continuada, con grande orientación y escasa ayuda, pensamos que el único medio para detectar las necesidades formativas del personal era pasándole un cuestionario para que indicaran los temas y especialidades, que consideraban de interés. El programa se confeccionó en base a ello.

Los resultados confirmaron una intuición inicial, de que aquellas actividades iban a mantener y consolidar un modelo en el que habíamos sido formados, es decir, un modelo de «ayudantes de otros profesionales», pero sin un cuerpo propio de conocimientos.

Entramos en un período de reflexión donde nos cuestionamos el papel de la Formación Continuada. ¿Tenía que plegarse a las demandas formativas del personal o, por el contrario, tomar éstas como un mero punto de referencia, para inducir al personal, de una manera consciente hacia las necesidades objetivas del cambio?

No fue fácil superar el rechazo, por nuestra parte, a un «rol» dirigente, por cuanto podíamos incurrir en una forma de actuación que tanto personal como profesionalmente habíamos combatido.

Pero la opción era clara e inevitable.

De acuerdo con ello programamos la Formación Continuada para la consecución de los siguientes objetivos:

1.º Sensibilizar al personal de Enfermería, en la necesidad del cambio.
2.º Definir y perfilar la nueva concepción de Enfermería.
3.º Someter a crítica el esquema organizativo y funcional de nuestro trabajo.
4.º Proporcionar los conocimientos y habilidades que exigían la efectividad de esa nueva concepción.

A medida que se iban cumpliendo estos objetivos, nos dimos cuenta, cómo su aplicación dependía de la capacidad de iniciativa del personal reciclado, que, además, en su intento de aplicar las propuestas que se le formulaban desde la docencia, se encontraban solos frente a la inercia de lo establecido. Las consecuencias no podían ser más que frustración, inoperancia y, en el mejor de los casos, retoques parciales y aislados.

Esto nos hizo plantearnos una nueva cuestión: ¿Formación Continuada, tenía que limitarse a la sensibilización y adiestramiento del personal? ¿Estaba entre sus competencias la aplicación y seguimiento de las actividades formativas?

Entendimos que Formación Continuada, no podía ni debía sobrepasar la fun-

ción estrictamente docente, es decir, detectar las necesidades formativas e impartir los programas en consonancia con las mismas.

Pero ello, no implicaba que renunciábamos a que aquélla fuera un instrumento de cambio y de transformación de la realidad.

De nuevo, ¿cómo conseguirlo?

La respuesta la hemos encontrado en la *gestión,* ya que ésta nos proporcionó:

A) Una estructura organizativa de intercomunicación entre la Dirección y el personal de Enfermería, en la que la supervisión se convirtió en un elemento clave.

B) Un sistema de diagnóstico de problemas que trae consigo el paso de la teoría a la práctica.

C) Y unas técnicas de seguimiento y control de los objetivos.

La experiencia acumulada durante este tiempo de desarrollo de la gestión nos permite corraborar lo que ya es para nosotros una cuestión de principio: para que la Formación Continuada transcienda la mera función de transmisión de conocimientos y se convierta en verdadero agente de transformación, es necesario la mutua implicación entre Gestión y Docencia, a nivel de organización y de objetivos.

Para terminar, una última reflexión: ¿tiene algún sentido el trabajo aislado de unos centros respecto a otros? ¿Es válido que los responsables de las Direcciones de Enfermería de los Centros dictaminen el proceso a seguir individual y aisladamente?

Lógicamente, no. De lo contrario tengamos claro que estamos construyendo diferentes formas de entender y dirigir nuestro quehacer profesional, con el grave riesgo de que al fin sólo hayamos conseguido aumentar la confusión.

El interés de que exista una sola propuesta de Enfermería en España y que ésta responda a las necesidades que la sociedad demanda de nosotros, es una necesidad ampliamente sentida; pensamos, como dice el poeta León Felipe, «no es lo importante llegar solo, ni pronto, sino llegar con todos y a tiempo».

La construcción de esa propuesta está en nuestras manos. Salgamos de nuestras burbujas por cómodas y atractivas que sean y sentémonos a construir una Enfermería para España.

BIBLIOGRAFIA

— FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA. Documento del Ministerio de Sanidad (1983).

— LA ENFERMERIA Y LA PALABRA. Rosa M.ª Alberdi Castell (1986).

— FORMACION CONTINUADA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO. María Girbés Fontana (1983).

DECIMO OCTAVA COMUNICACION

LA FORMACION Y ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR DE CLINICA

C. Ortega Mediavilla
J. L. Viaña Caballero
J. Franch Valverde
A. A. Soto Loza

Escuela de Enfermería
Universidad de Valladolid

LA FORMACION Y ACTIVIDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR DE CLINICA

1. INTRODUCCION

La situación actual por la que está atravesando el Auxiliar de Clínica debi al acceso a los puestos de trabajo con diferentes titulaciones e incluso sin ning na titulación, junto con el nuevo sistema experimental de suprimir la F.P.I., n hacen pensar en un futuro incierto cuando hablamos de su formación, y es resulta evidente que, como profesionales de la Enfermería nos atañe de mane directa, ya que de sus éxitos o fracasos en su trabajos vamos a ser —estam siendo ya— los responsables inmediatos.

Estamos de acuerdo con las afirmaciones que hace Virginia NOVEL sob la dificultad de considerar a los Auxiliares de Clínica como miembros de un equi de Salud debido a que una gran mayoría de ellos carecen —también a nuest juicio—, de una formación adecuada para el trabajo que han de desempeñar u vez concluidos sus estudios; esto, junto con la falta de definición y titulaci académica unificada hace que, incluso la propia denominación de «PROFESI NAL», con todas las connotaciones que esta palabra lleva consigo, también podamos poner en duda.

Así las cosas, nos planteamos la posibilidad de realizar una encuesta dirigi a los Auxiliares de Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid c el fin de que fueran los propios auxiliares quienes nos dijeran cómo ven ell todos los problemas expuestos anteriormente, con ello tendríamos un criterio e terno de validación a nuestras hipótesis sobre la formación y definición de l tareas profesionales del Auxiliar de Clínica.

El material y método empleados, así como los resultados obtenidos y las co clusiones, los exponemos a continuación.

2. MATERIAL Y METODO

Como primer paso de un futuro trabajo, y por razones de premura de tie

po, hemos enviado la encuesta únicamente a la tercera parte de los 320 Auxiliares de Clínica del H.C.U. En realidad se utilizó como criterio de selección muestral un turno de trabajo, pasando la encuesta en esta primera fase, a los Auxiliares de Clínica del turno de mañana.

De las 106 encuestas enviadas recibimos 78, lo que es indicativo de un alto grado de participación si tenemos presente que el índice de participación normal en cualquier consulta de este tipo oscila entre el 34 % y el 41 % en los casos más satisfactorios. Se valoraron las contestaciones y se hizo un estudio estadístico en porcentajes de los resultados obtenidos.

Los distintos parámetros objeto de nuestro estudio y análisis estadístico, han sido los siguientes:

A) Datos epidemiológicos:
- Sexo.
- Edad.
- Estado Civil.

B) Datos relativos a la situación de cada uno de los encuestados: Donde pretendíamos recoger fundamentalmente los estudios realizados, las tareas que desempeñaban y la opinión que su profesión les merecía así como su visión actual y futura de la misma.

3. RESULTADOS

Exponemos a continuación de manera abreviada cada una de preguntas de la encuesta así como los porcentajes más significativos de cada una de ellas, adjuntando la encuesta en su totalidad para consulta de aquellos que lo deseen.

1. Sexo:
   - Mujeres ..... 88 %
2. Edad:
   - De 20 a 30 años ..... 56 %
   - De 30 a 40 años ..... 33 %
3. Estado civil:
   - Casados ..... 58,6 %
   - Solteros ..... 38,6 %
4. Estudios realizados:
   - Medios ..... 49,3 %
   - F.P.I. ..... 42,6 %
   - Superiores ..... 17,3 %
5. Lugar donde obtuvo la titulación:
   - Escuelas Oficiales u homologadas ..... 46 %

- Pruebas de Madurez del M.E.C. 14,6

6. Duración de los estudios:
   - De 18 a 2 años 40
7. Realizaron prácticas durante sus estudios 58
8. El lugar donde realizaron sus prácticas:
   - Hospital general 38,6
   - Clínicas privadas 26,6
9. El tiempo de dedicación Día/prácticas:
   - De 4 a 5 horas 32
10. Duración meses/prácticas:
    - De 12 a 24 meses 35,8
11. Comenzó a trabajar:
    - Con titulación 58
12. De los que comenzaron a trabajar sin titulación lo hicieron:
    - Con baremos de la propia institución 16
    - Con experiencia laboral, en la propia institución 10,6
13. Consideran que su formación fue buena para el trabajo que desempeñan en la actualidad 66,6
14. Consideran que los cursos de reciclaje que realizan son suficientes para su formación actual:
    - No 30,6
    - Sí 24
15. Dentro de las tareas que desempeñan como más habituales en su trabajo, destacan:
    - Limpieza y aseo del paciente ..... 94,6 %
    - Limpieza y conservación del material ..... 49,3 %
    - Control de alimentos (reparto comidas, dietas, etc.) ..... 40 %

    Ya en menor porcentaje...
    - Comunicación con el enfermo.
    - Recogida de muestras.
    - Atención timbres.
    - Limpieza de habitaciones.
16. Entre las tareas que NO realizan y creen que deben de realizar, señalan:
    - Mayor colaboración Enfermero/a ..... 12 %
    - Mayor contacto con el enfermo ..... 12 %
17. Referente a las tareas que realizan y creen que NO debieran realizar, contestan:
    - Limpieza de mobiliario en general ..... 53,3 %

    En menor porcentaje...
    - Labores administrativas.
    - Contaje de ropa sucia.

- Estar pendientes de las visitas.

18. Consideran adecuado el nombre de Auxiliar de Clínica ..... 58,6 %
    No adecuado ..... 24 %
19. Dentro del grupo que consideran su denominación No adecuada proponen:
    - Auxiliar de Enfermería ..... 32 %
    - Auxiliar Sanitario ..... 22,6 %
20. Como integrantes del equipo de Salud opinan que:
    - Deben depender de los Enfermeros/as ..... 45,3 %
    - No deben depender 42,6
21. Creen que deben ser un elemento más y autónomo del equipo de Salud el ..... 41,3 %
22. De este 41,3 %, opinan que:
    - Deben de tener una representación propia dentro del organigrama de la institución ..... 28 %
    - Deben colaborar con el Enfermero/a 13,3

23 Destacan como objetivos más fundamentales para su formación teórica:
    - Cursos de reciclaje ..... 36 %
    - Tener más conocimientos de Patología Médica ..... 21,3 %
    - Mayores conocimientos de Psicología ..... 10,6 %
24. En cuanto a los objetivos que proponen para su formación práctica, destacan:
    - Prácticas en otros servicios ..... 38 %
    - Conocimientos prácticos de Psicología ..... 13,4 %
25. Consideran que los estudios de su profesión han de estar unificados...:
    - Sí ..... 73,3 %
26. Opinan que de su docencia han de encargarse:
    - Enfermero/a ..... 52 %
    - Auxiliar de Clínica ..... 42,6 %
27. Eligen como lugar idóneo para impartir sus enseñanzas tanto teóricas como prácticas:
    - Un centro de F. P. ..... 54 %
28. Refieren que sus estudios han de ser:
    - Tanto teóricos como prácticos ..... 52 %
    - Más prácticos que teóricos el ..... 29,3 %
29. Finalizada la encuesta consideran de utilidad el añadir:
    - Conseguir un Sindicato y colegio profesional que sea independiente.
    - Mayor consideración por parte del personal de mayor titulación.
    - Delimitación clara de las funciones que han de desempeñar.
    - Trabajo en equipo.

- Que se les dé facilidad para la asistencia a congresos, cursillos, etc., p parte de la Dirección de Enfermería.
- La apertura de una Escuela de F.P. 2.º en el mismo centro de trabajc

4. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Lo más reseñable a nuestro juicio de los resultados obtenidos tanto desde punto de vista de su significación como en sus aspectos cualitativos, son los s guientes:

- El predominio del sexo femenino sobre el masculino.
- La población joven de los Auxiliares de Clínica, lo que hace apremian que sus estudios deban ser lo más pertinentes posibles en cuanto a objet vos y definición de la profesión con el fin de que el futuro profesional sep exactamente QUIEN ES, QUE TAREAS DEBE DE DESEMPEÑAR, QUE SE ESPERA DE EL, dado que una gran parte de los que van a acc der a los futuros puestos de trabajo lo harán por muchos años...
- En cuanto al porcentaje que obtenemos en estudios Medios, pensamos qu quizá no esté bien explicitado en la encuesta. Para nosotros los estudic medios serían aquellos que hubieran llegado a la obtención del título c bachiller superior o COU; nos consta que el porcentaje de Auxiliares c Clínica con estudios primarios, se puede acercar al 45 %.
- Nos resulta también significativo, el hecho de que un 66,6 % opinen qu su formación adquirida es válida para realizar sus tareas y sin embargo cree que saben poco o nada de Ciencias de la Conducta o Psicología para ayu dar a los pacientes.
- Es de tener en cuenta la opinión que tienen acerca de quién se debe enca gar de su docencia, ya que el 52 % elige al Enfermero/a para tal fin frent al 42 % que prefiere al propio Auxiliar de Clínica.
- Aun cuando en el momento actual, no se perfila, una clara identidad prc fesional que les haga reivindicar una actividad autónoma dentro del equ po de Salud como se infiere de la existencia de un 54,7 % de los encuesta dos que no responden a la pregunta N.º 21, es llamativo que, entre las re puestas obtenidas, el 94 % responden afirmativamente a la exigencia de se un elemento más y autónomo del equipo de Salud.
- Sugieren que tanto sus estudios teóricos, como prácticos, se realicen en un misma institución sanitaria, lo que a nuestro juicio, se contradice —de a guna manera—, con el deseo de efectuar sus estudios en una Escuela d F. P.

5. CONCLUSIONES

Para finalizar, consideramos que estamos en condiciones de poder afirma que:

- En la actualidad la mayoría de los Auxiliares de Clínica poseen estudio de F. P. o primarios, y que estos estudios los han realizado en el transcurs máximo de dos años.
- Que durante su período de formación, la mayoría han realizado práctica durante un tiempo de 4 a 5 horas diarias en una institución sanitaria y po un período que oscila entre 7 y 24 meses.
- Casi todos ellos han comenzado a trabajar a través de las puntuacione obtenidas por los baremos que establece la propia institución donde va a prestar sus servicios, o bien, han accedido al puesto de trabajo desde dentr de la propia institución donde estaban prestando sus servicios con otro statu (celadores, pinches de cocina, personal de limpieza...).
- Creen que su formación actual es buena.
- Que están satisfechos en general con la denominación actual de «Auxili res de Clínica», y en el caso de tener que optar por otro tipo de denomin ción eligirían la de «Auxiliar de Enfermería».
- Que prefieren al Enfermero/a en primer lugar como profesional encarg do de su docencia.
- Que como lugar idóneo para impartir su docencia prefieren una Escue de F. P.
- Que piensan que sus estudios han de ser tanto teóricos como prácticos, s que prevalezcan unos sobre otros.
- Que piensan que, no se les tiene la consideración debida por parte de l Enfermeros/as, así como por el personal facultativo.
- Que no tienen perfectamente delimitadas las tareas que han de desemp ñar.
- Que desean tener más colaboración dentro de lo que pudiéramos llam «el Equipo de Salud».

2. Edad:

De 20 a 30 años..... ☐
De 31 a 40 años..... ☐
De 41 a 50 años..... ☐
De 51 a 60 años..... ☐
Más de 60 años..... ☐

3. Estado Civil:

S. ☐ C. ☐ V. ☐ R. ☐ SEP. ☐ DIV. ☐

4. ¿Qué estudios ha realizado?

Primarios..... ☐
F. P. 1.º..... ☐
Medios..... ☐
Superiores..... ☐

5. ¿Dónde obtuvo su titulación?

Escuelas oficiales u Homologadas..... ☐
Pruebas de madurez convocadas por el M. E. C..... ☐
Cursos del P. P. O..... ☐
Escuela Universitaria..... ☐
Facultad o E. T. S..... ☐

6. ¿Cuánto tiempo duraron sus estudios teóricos?

De 1 a 6 meses..... ☐
De 7 meses a 12 meses..... ☐
De 13 meses a 18 meses..... ☐
De 18 meses a 2 años..... ☐

7. ¿Realizó durante sus estudios de «Auxiliar de Clínica» prácticas?

Sí ☐ No ☐

8. En el caso de contestar sí, por favor, díganos: ¿Dónde las realizó?

Hospital general..... ☐
Clínica privada..... ☐
Ambulatorio de la S. S..... ☐
Centros de Salud..... ☐
Otros..... ☐

9. ¿Qué tiempo diario dedicaba a sus prácticas?

De 2 a 3 horas..... ☐
De 4 a 5 horas..... ☐
De 6 a 7 horas..... ☐
Más de 7 horas..... ☐

10. ¿Durante cuánto tiempo!

De 1 a 3 meses..... ☐
De 4 a 6 meses..... ☐
De 7 a 12 meses..... ☐
De 13 a 18 meses..... ☐
De 19 a 24 meses..... ☐
Más de 24 meses..... ☐

11. ¿Comenzó a trabajar como «Auxiliar de Clínica» con:

Titulación académica..... ☐
Sin titulación académica..... ☐

12. Si ha comenzado a trabajar sin titulación académica, ¿cuál de los siguientes supuestos considera el suyo?

Personal que a través de las puntuaciones obtenidas, según baremos de la S. S., han accedido a ocupar puestos de trabajo como «Auxiliares de Clínica»..... ☐

Personal sin ninguna titulación, pero con experiencia laboral en las propias instituciones sanitarias..... ☐

Personal con diplomas conseguidos a través de academias no homologadas por el M. E. C. y por tanto sin ninguna validez académica..... ☐

Otros..... ☐

13. ¿Considera Ud. que su formación adquirida le dio habilidades, conocimientos, así como aptitudes suficientes para realizar las tareas que tienen encomendadas como «Auxiliar de Clínica»?

Sí ☐ No ☐

14. ¿Considera Ud. que los conocimientos adquiridos a través de los cursos de reciclaje son suficientes para su formación actual?

Sí ☐ No ☐

15. ¿Qué tareas desempeña como más habituales en su trabajo?

_____

_____

_____

16. Señale otras que no realiza y cree que debiera realizar.

_____

_____

_____

17. Señale otras que realiza y cree que no son propias de su profesión.

_____

_____

_____

18. ¿Considera Ud. adecuado el nombre de «AUXILIAR DE CLINICA»?

Sí ☐ No ☐

19. En caso de contestar NO, ¿cuál propondría Ud.?

_____

20. ¿Cree Ud. que como integrante del equipo de Salud debe depender de los Diplomados en Enfermería?

Sí ☐ No ☐

21. En el caso de contestar NO, ¿cree Ud. que debe depender de los Diplomados en Enfermería?

Sí ☐ No ☐

22. En el caso de contestar sí, ¿podría decirnos en qué condiciones?

_____

_____

23. ¿Qué objetivos propondría Ud. como fundamentales para su formación teórica?

_____

_____

24. ¿Qué objetivos propondría Ud. como más fundamentales para su formación práctica?

_____

_____

25. ¿Considera Ud. que los estudios de su profesión han de estar unificados?

Sí ☐ No ☐

26. En un futuro próximo, ¿quién cree Ud. que se debiera encargar de impartir la docencia relativa a su profesión?

Personal médico ..... ☐
Personal D. U. E. ..... ☐
Auxiliares de clínica ..... ☐
Otros ..... ☐

27. ¿Cuál cree que a su juicio debiera ser el lugar idóneo para impartir las enseñanzas tanto teóricas como prácticas de su profesión?

Un centro de F. P. ..... ☐
Una Escuela Universitaria ..... ☐
Una Facultad ..... ☐
Otros centros ..... ☐

28. Considera Ud. que sus estudios, o los estudios de su profesión han de ser:

Más teóricos que prácticos ..... ☐
Más prácticos que teóricos ..... ☐
Ambos por igual ..... ☐

29. Por favor, si desea añadir algo que no hayamos preguntado y considera útil, escríbanoslo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____