Acerca de su significado social, se sabe que el estrés favorece del 50 a 80 por 100 de todas las enfermedades y que facilita el envejecimiento, el insomnio, la hipertensión y muy especialmente, las enfermedades coronarias. Influye también negativamente, en el estado de ánimo y el comportamiento, lo que altera la capacidad de evaluar y distinguir objetivamente las situaciones y afrontarlas con serenidad.

Finalmente, no está claro lo que quiere decir, ni tan sólo para los anglosajones que han inventado el término, pero en lo que sí hay unanimidad es en que *el estrés, es algo malo.*

¿COMO AFECTA EL ESTRES A LA MUJER?

Nuestro conocimiento del estrés en la mujer es insuficiente «en teoría», porque la casi totalidad de estudios en el tema, han estado centrados en los hombres y sus actividades. En *la práctica,* dudamos que algunas de las presentes «no la sufra en su propia carne», por lo que huelga caer en reiteraciones conocidas e intentaremos centrarnos al máximo, en peculiaridades y sugerencias operativas.

Las mujeres en la actualidad, padecen indiscriminadamente, los riesgos y tensiones nombrados en el apartado anterior, a modo de generalidades «sin sexo», acerca del significado social del estrés. Además las mujeres experimentan muchas *formas* de estrés que les son totalmente *propias:*

— *Derivados de su fisiología:* desarrollo de los senos, menstruación, embarazo y menopausia.
— Derivados de los *cambios de vida:* matrimonio, maternidad, boom del divorcio en una época de recesión económica, el pasar los 40 años en una cultura que venera la juventud y la belleza, la viudez y la reorganización de la vida cuando los hijos son mayores.
— *Psíquicos:* que a menudo siente la mujer soltera de vida supuestamente divertida, «que fue educada a la antigua»; el ama de casa a la que se presiona para que salga del hogar y se realice; la mujer que trabaja y se la presiona para que vuelva al hogar a fin de no perder a su familia; y a la eterna experta en inseguridad.
— *Ocultos* que perturban, angustian y agotan: el machismo, el sexismo sutil que practican tanto los hombres como las demás mujeres, el ser anfitriona, el hacer de chofer y el hablar con niños de dos años.
— De las *crisis vitales,* que caen principalmente sobre los hombros de la mujer: la atención a los padres enfermos o moribundos, el cuidado de un hijo disminuido, el asegurar que la vida continúe...

Por si ello fuera poco —y teniendo en cuenta que nuestro tiempo ahora,

sólo permite una aproximación esquemática del tema— las mujeres, han de enfrentarse continuamente a aceptar:

1) Mensajes contradictorios de la sociedad.
2) Que su trabajo nunca se acabe.
3) El sexismo universal más sutil y más evidente.

Trataremos de desarrollar estos puntos:

1) *Mensajes contradictorios de la sociedad*

Por lo general, se espera de las mujeres:
— Que sean sexys, pero no sexuales.
— Que tengan un hijo, pero que sigan siendo infantiles.
— Que sean asertivas, pero no agresivas.
— Que trabajen, pero que no abandonen su casa.
— Que pidan colaboración doméstica a los maridos, pero que ya lo tengan todo hecho.
— Que sean perfectas, pero que no se cansen.
— Que administren bien a la familia, pero que ahorren bastante.
— Que funcionen las 24 horas «prestas a todo requerimiento», pero que estén «monísimas».

Etcétera.

2) *Que su trabajo nunca se acabe*

La mujer en un día realiza las funciones de muchísimos trabajadores: barrendero, enfermera, asistenta, psiquiatra, artista de «strip-tease», adivina, cocinera, etc. Una mujer debe responder a todo tipo de demanda de trabajos, como hemos dejado entrever en el apartado anterior.

«Cuando se trabaja fuera de casa, el trabajo es algo que uno hace, pero el trabajo del ama de casa y madre, no es algo que ella hace, es algo que ella es»... Si se admitiese que la familia se mantiene a costa de las mujeres y se cuantificara el intento, las consecuencias políticas y sociales, así como el coste económico, serían considerables. Por el momento, al sistema patriarcal le resulta provechoso seguir «preservando la familia»... (son palabras de Sheila ROWBOTHAM).

Se dice que la mujer que permanece en casa no trabaja. El trabajo doméstico, incluyendo el cuidado de los niños, constituye una gran cantidad de producción socialmente necesaria. Sin embargo, en una sociedad basada en la producción de mercancías, normalmente no está considerado como «trabajo real», puesto que no se rige por las leyes del comercio y del mercado.

Juliet MITCHELL, señala que «en Suecia, se ha calculado que las mujeres invierten 2.340 millones de horas al año en el trabajo doméstico, mientras

que en la industria se han invertido 1.290 millones de hora. Por otro lado, el Chase Manhattan Bank, ha cifrado el trabajo total de la mujer, en un promedio de 99,6 horas a la semana... pero, la naturaleza peculiar de la opresión de la mujer, ha impedido especialmente, que se advirtiera esta circunstancia.

El hecho de trabajar fuera del hogar, ayuda a las mujeres a aliviar los problemas del presupuesto familiar pero también contribuye al estrés. Las mujeres no cambian el trabajo de la casa por el trabajo fuera de ella, sino que «*añaden*» unas obligaciones externas a sus obligaciones domésticas y familiares.

A menudo, las madres que trabajan se angustian porque piensan que quizá estén robando a sus familiares el tiempo que deberían dedicarles, e intentan compensarles por ello. Y esto hace que la madre que trabaja fuera del hogar se sienta aún más cansada, con necesidad de tiempo para sí misma e incluso abrumada por la sensación de culpa.

La otra alternativa «también crea estrés». Es decir, una madre que decide quedarse en casa, corre el riesgo de sentir que no está haciendo nada para ayudar a su marido en el esfuerzo económico necesario en nuestros días. Además, su sensación de dependencia, se ve aumentada incluso cuando hace todo lo posible por ahorrar. Parece que las madres de los años ochenta se sienten estresadas y culpables, tanto si trabajan fuera del hogar, como si no lo hacen.

Naturalmente, las madres divorciadas, solteras y viudas suelen tener muy poca libertad de elección en cuanto a trabajar o no.

Está clarísimo que dado que las mujeres no necesitan experiencia ni examen de ingreso, ni títulos previos, ni cursos, ni certificados para convertirse en madres, se considera a menudo que este rol tiene poco prestigio y distinción.

Comparemos nuestra cultura occidental con la de Nueva Guinea, por ejemplo, donde la antropóloga Margaret MEAD, descubrió que los hombres valoran y envidian tanto la maternidad que celebran ceremonias en las que fingen dar a luz. De manera similar, los nómadas Kung del desierto de Kalahari han considerado, durante más de mil años, el cuidado de los niños como una actividad conjunta de hombres y mujeres.

Pero lamentablemente, en nuestra cultura occidental vemos las cosas de manera diferente. Es cierto que la mujer ya no tiene que hacer el pan en casa, pero, por no aburriros, y porque os lo sabéis de sobras, hemos preferido omitir la lista de tareas domésticas que ¡aún tiene por hacer!

3) *El sexismo universal más sutil y más evidente*

Vamos viendo hasta ahora, que los orígenes del temor al éxito que sienten las mujeres, no constituyen ningún misterio. Otras causas son propias

de cada persona, pero como indicamos arriba, la que analizamos ahora, el sexismo, es universal y nos afecta a todas de la misma manera.

El sexismo se presenta bajo muchas formas; a veces se percibe claramente, y en todas las restantes, persiste enmascarado lo más estratégicamente posible. Enumeremos algunas situaciones:

— Comentario humillantes que presentan a las mujeres como objetos sexuales.
— Chistes vulgares encaminados a avergonzar a las mujeres y a colocarlas en una posición tal que se convierten en aguafiestas si protestan, y se sienten humilladas si no lo hacen.
— La condescendencia por parte de los hombres, sea cual sea su posición relativa en el lugar de trabajo; la intimidación que presentan ciertos tonos de voz.
— El abuso del «poder laboral» por parte de algunos hombres que hacen insinuaciones y propuestas sexuales a las mujeres que carecen de seguridad en el empleo o de protección sindical.
— La discriminación laboral, que da lugar a dos tipos de estrés: el estrés de reunir pruebas y buscar reparación por la vía legal y el estrés de decidir si se sigue o no este camino.
— Las expresiones de dominación/agresión, que pueden disminuirnos el sentido de nuestra propia valía.

Existe una relación directa entre el sexismo y el estrés femenino. Cuando desciende nuestra sensación de controlar las cosas, aumenta nuestra sensación de estrés, y el centro mismo del sexismo, es la disminución del control de las mujeres sobre su propia vida. Nos parece que tenemos poca capacidad de modificar nuestro destino laboral. La exposición al sexismo favorece el estrés, y la lucha contra el sexismo lo aumenta también. Es una situación sin salida, que nosotras nos resistimos a aceptar, puesto que creemos poder incidir en nuestro debido reconocimiento como personas y consecuentemente, en la transformación o abolición de los tópicos y leyes sociales que nos discriminan. De estos aspectos, trataremos más ampliamente en los apartados sucesivos de nuestro estudio.

¿POR QUE LE AFECTA ASI?

En todas las sociedades hombres y mujeres realizan funciones diferentes. Cada sociedad decide qué funciones son competencia de los varones y serán consideradas actividades masculinas y cuáles corresponden a las mujeres, convirtiéndose en funciones femeninas. La educación y la socialización nos encauzan para tal fin y la misma sociedad establece normas y controles para que no se produzcan desviaciones.

A la organización social que deriva de la existencia de la división sexual del trabajo, se la denomina sistema de género social. Esta organización se refiere pues, a los procesos que hacen que seamos o nos sintamos diferentes y determina las áreas sociales que nos pertenecen a un sexo o al otro.

Analizamos a continuación, los mecanismos del sistema de género y de qué modo delimitan las posibilidades de las mujeres. Describiremos dos niveles diferentes de fenómenos:

1) Descripción de las características biológicas de los dos sexos que originan diferencias reales entre ambos.
2) Análisis de si estas diferencias físicas originan las diferencias sociales, o si, por el contrario, estas últimas nada tienen que ver con la biología.

Para que los humanos se puedan reproducir, debe haber dos individuos claramente diferenciados: el macho y la hembra, que a su vez generan espermatozoides y óvulo procedentes de testículos y ovarios respectivamente, órganos complementarios y diferentes.

Para el desarrollo de los seres humanos, la relación con el medio ambiente, la sociedad y la cultura, es crucial. Nuestra conformación genética permite, por tanto, esta capacidad de adaptación.

Las características secundarias físicas (pelo, tamaño pecho, fuerza, etc.), no son duales y las diferencias se pueden describir en términos de un continuo. Lo mismo se puede decir de los rasgos psicológicos (feminidad, masculinidad), a veces un sexo posee más de unos que de otros y viceversa.

Cada sociedad tiene su propuesta de modelos para los sexos que pueden varias a través del tiempo y mujeres y varones buscan parecerse a ellos.

La gran variedad de modelos conocidos en el tiempo, indica que no se basan en ningún determinismo biológico y su origen se encuentra en definiciones sociales que rigen a través del tiempo y se transmiten de generación en generación, a través de la educación y la socialización. Por lo tanto, *se debe distinguir entre el sexo biológico que es dicotómico (hembras y machos) y el sexo social,* o sea los atributos que la sociedad adjudica a cada sexo, cuyo origen no es biológico. El género social no tiene por qué ser dicotómico: podría generar muchos modelos individuales.

Para que el sexo biológico se convierta en género social, las sociedades han desarrollado instituciones y mecanismos denominados sistema social de género, que garantizan que las personas se adecúen a los estereotipos vigentes. Es difícil saber cuál fue el origen de este sistema, aunque parece ser que estuvo relacionado con la reproducción humana, puesto que el apareamiento sólo se produce en los períodos que la mujer es fértil, y los primitivos pudieron buscar la complementariedad psicológica y social para preservar la especie.

Así pues, el sistema de género convierte a la dicotomía biológica en dicotomía social, sobre la base de que las mujeres eran las que procreaban y parían. Con ello, la maternidad biológica se convirtió en maternidad social.

El problema es que las mujeres sólo son necesarias en la gestación, maternidad y lactancia, pues las demás tareas pueden ser realizadas por varones y su presencia no es imprescindible. Consecuentemente, una forma de garantizar que asuman también el cuidado posterior de la especie, es con la creación de modelos de feminidad en los que la maternidad se convierta en el principal —cuando no el único— rol femenino.

Las relaciones de género se expresan, además, en todas las instituciones y organizaciones del Estado, y su base principal, en este caso, es la familia. Lo que allí sucede se proyecta a todos los ámbitos de la vida social. La familia ha evolucionado a través de los tiempos, según requerimientos (económicos, sociales, culturales), de la propia sociedad.

En la actualidad, el modelo dicotómico de masculinidad y feminidad está en crisis porque no existe ningún determinismo biológico que impida a uno de los dos sexos el cuidado de los hijos. Sólo son necesarias actitudes y aptitudes que todos los seres humanos poseen. Aun así, la promulgación del rol femenino como doméstico, no ha impedido que las mujeres dupliquen su jornada fuera del hogar y la familia, pero que los hombres asuman su paternidad, ¡esto ha sucedido poquísimas veces!

Ahora bien, como apuntábamos antes, no sólo a las personas les repercute el sistema de género social, sino que también afecta a las instituciones y organizaciones,motivo por el cual, a las mujeres de las delimita o excluye de la participación política y otras estructuras de poder y del Estado. Por un lado al obligarlas a ser responsables del trabajo doméstico, se les deja menos tiempo disponible y, por otro, la socialización en la psicología femenina, les genera inseguridades que las hace sentirse menos aptas y competitivas para adquirir puestos de responsabilidad, por lo que las excepciones no son Ministros de Defensa, ni de Hacienda, sino «Diputadas de Servicios Sociales», por citar un ejemplo.

Por tanto, mientras perdure esta división sexual del trabajo, la mayoría de mujeres tendrán problemas y desventajas comparativas con los varones para su participación en tareas políticas y puestos de poder. Por ello es necesario que la política se humanice y asuma los valores altruistas femeninos y permita que ambos sexos compatibilicen el trabajo doméstico, pero la actual división sexual del trabajo, es una barrera para que las mujeres se puedan incorporar y si no es así, seguirán sin intervenir en su propia evolución ¡parece un callejón sin salida!

ALTERNATIVAS:

• Para incidir en el entorno

Hemos revisado como la dicotomía entre hombres y mujeres es únicamente biológica y el resto de características son catalogadas como «diferencias» para privilegiar a los varones.

Ahora bien, la sociedad moderna es patriarcal porque existen mecanismos de poder que impiden que exista igualdad de «hecho», no sólo de derecho, entre los dos sexos. Aún más, la situación se agudiza al enfrentarnos con sistemas democráticos que ponen en contradicción sus propios principios: la asimetría de derechos y de poder entre sus gobernados, según el sexo que el individuo posea.

Por tanto, parece que *la única posibilidad de resolver tal contradicción, es que tanto las mujeres como la política se enfrenten con ella.*

Las mujeres deben participar, a pesar de las dificultades para cambiar las cosas y retomamos las palabras de Judith ASTELARRA, cuando dice «las mujeres podemos».

• **Para ayudarte a ti misma**

El objetivo del tratamiento del estrés en la mujer es triple:

1.º) Se trata de aumentar la sensación de control. Cuando mayor sea la sensación de control, menor será el estrés.
2.º) Consiste en favorecer la valoración realista de la situación estresante. Nos ayudará a determinar las situaciones que deben ser afrontadas mediante la acción y cuales mediante la aceptación.
3.º) Es mejorar la capacidad de resolución de problemas y las técnicas para afrontar situaciones. (Lo ideal sería que el proceso de control del estrés, generase información sobre las propias fuerzas y debilidades, sobre las propias capacidades y posibilidades).

En definitiva, cada encuentro con el síndrome del estrés en la mujer, debería dejar a ésta mejor preparada »ara hacer frente cuando volviera a aparecer.

Recuerda siempre, que tienes derecho a intentar reducir el estrés de tu vida. Date permiso a tí misma para tomar el control de tu vida, para dejar de culpabilizarte, para preocuparte menos por lo que «deberías» haber hecho y no has podido, recuerda —«no has podido»—.

ahora, atiende bien a estos razonamientos:

1. Separa el pasado del presente.
2. Acéptate tal como eres.
3. Rompe el hábito de vivir culpabilizada.
4. Aprende a decir que no.

5. Date los permisos tu misma.
6. Conviértete en tu mejor amiga.
7. Ten recursos.
8. Sé tu propia experta en catarsis.
9. Sé tu propia experta en relajación.
10. Crea buenas predisposiciones.
11. Disfruta de tu sexualidad.
12. Céntrate en ti misma.
13. Determina tu estrés.
14. Anticípate al estrés de las Navidades.
15. Busca el dominio de ti misma, no los cambios rápidos.
16. Vive aquí y ahora.
17. Practica, practica, practica.
18. Aplica a la vez medidas inmediatas y medidas a largo plazo.
19. Ríete, ríete, ríete.

CONCLUSIONES

Hemos elaborado las siguientes, salvo vuestra mejor opinión:

1) La mayor parte de las causas relacionadas con el estrés de la mujer, tienen su génesis en el Sistema de Género Social, basado en la División Sexual del Trabajo, que ocasiona el sexismo.

2) La División sexual del trabajo genera dos estereotipos sociales diferentes, la «feminidad» para las mujeres y la «masculinidad» para los hombres. Sin embargo, únicamente las características reproductoras son dicotómicas, no hallándose ningún determinismo para que existan otras diferencias, salvo las propias individualidades.

3) El sistema de género social antes dicho, estructura además, las funciones para sexo biológico, configurando una sociedad patriarcal que beneficia a los varones en perjuicio de las mujeres.

   En esta división de funciones, le corresponde la esfera pública al hombre y la doméstica a la mujer, delimitándola de las estructuras de poder y excluyéndole o reduciéndole su participación de lo que es «su vida» y «su sociedad». La educación y la socialización se procura de hacernos integrar a este sistema y de perpetuarlo.

4) Las mujeres debemos estar lúcidas y activas ante el sistema, hasta que la política se humanice y «lo doméstico deje de tener sexo» y se compatibilice entre personas afectadas. Recordemos que las luchas feministas —con errores y aciertos— han favorecido siempre el avance en pro de la mujer.

5. Date los permisos tu misma.
6. Conviértete en tu mejor amiga.
7. Ten recursos.
8. Sé tu propia experta en catarsis.
9. Sé tu propia experta en relajación.
10. Crea buenas predisposiciones.
11. Disfruta de tu sexualidad.
12. Céntrate en ti misma.
13. Determina tu estrés.
14. Anticípate al estrés de las Navidades.
15. Busca el dominio de ti misma, no los cambios rápidos.
16. Vive aquí y ahora.
17. Practica, practica, practica.
18. Aplica a la vez medidas inmediatas y medidas a largo plazo.
19. Ríete, ríete, ríete.

CONCLUSIONES

Hemos elaborado las siguientes, salvo vuestra mejor opinión:

1) La mayor parte de las causas relacionadas con el estrés de la mujer, tienen su génesis en el Sistema de Género Social, basado en la División Sexual del Trabajo, que ocasiona el sexismo.

2) La División sexual del trabajo genera dos estereotipos sociales diferentes, la «feminidad» para las mujeres y la «masculinidad» para los hombres. Sin embargo, únicamente las características reproductoras son dicotómicas, no hallándose ningún determinismo para que existan otras diferencias, salvo las propias individualidades.

3) El sistema de género social antes dicho, estructura además, las funciones para sexo biológico, configurando una sociedad patriarcal que beneficia a los varones en perjuicio de las mujeres.

   En esta división de funciones, le corresponde la esfera pública al hombre y la doméstica a la mujer, delimitándola de las estructuras de poder y excluyéndole o reduciéndole su participación de lo que es «su vida» y «su sociedad». La educación y la socialización se procura de hacernos integrar a este sistema y de perpetuarlo.

4) Las mujeres debemos estar lúcidas y activas ante el sistema, hasta que la política se humanice y «lo doméstico deje de tener sexo» y se compatibilice entre personas afectadas. Recordemos que las luchas feministas —con errores y aciertos— han favorecido siempre el avance en pro de la mujer.

5) Finalmente a cada una que me escucha;
   — Intenta hacer el siguiente cambio: deja de valorarte y juzgarte y pasa a describirte y aceptarte a ti misma.

BIBLIOGRAFIA

ASTELARRA, Judith: *Las mujeres podemos: otra visión política.* Ed. Icaria. Barcelona, 1986.

BEECH, H.R. y otros: *Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental.* Ed. Alhambra. Madrid, 1986.

GIRDANO, Daniel y col.: *Controlling stress and tension.* A Holistic Approach Ed. Prentice Hall. U.S.A., 1986.

KIRSTA, Alix: *Superar el estrés.* Ed. Integral. Barcelona, 1988.

LAZARUS, Richard y FOLKMAN, Susan: *Estrés y procesos cognitivos.* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1986.

McKEITH, Nancy y otras: *Manual de la salud de la mujer.* Ed. LaSal. Barcelona, 1983.

MATTHEW McKAY y otros: *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés:* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1986.

MORENO, Amparo: *El arquetipo viril protagonista de la Historia.* Ed. LaSal. Barcelona, 1987.

ROWBOTHAN, Sheila: *Mundo de hombre, conciencia de mujer.* Ed. Debate. Madrid, 1977.

SAEZ BUENAVENTURA, Carmen: *Sobre mujer y Salud Mental.* Ed. LaSal. Barcelona, 1988.

TROCH, Achim: *El estrés y la personalidad.* Ed. Herder. Barcelona, 1982.

VALDES, Manuel; DE FLORES, Tomás: *Psicobiología del estrés.* Ed. Martínez Roca. Barcelona, 1986.

WITKIN-LANOIL, Georgia: *El estrés de la mujer.* Ed. Grijalbo. Barcelona, 1985.

ZIMBARDO, Philip G.: *Psicología y vida.* Ed. Trillas. México, 1984.

SEXTA COMUNICACION

TRABAJO Y SALUD EN PACIENTES CON UN DIAGNOSTICO DE CANCER

Joan Casanova de la Torre
Profesor colaborador.
E.U.E. «Príncipes de España».
L'Hospitalet de Llobregat.

TRABAJO Y SALUD EN PACIENTES CON UN DIAGNOSTICO DE CANCER

En las interacciones del estrés psicosocial del cáncer con el mundo laboral, en general, se presta escasa atención en evaluar las consecuencias negativas que existen entre el trabajo y la integridad del paciente.

El papel de la enfermería, en este campo, consistiría en proporcionar las medidas necesarias para indagar y desviar estas consecuencias que tanta influencia van a tener en el pronóstico de la enfermedad y en la salud en general.

1. EL TRABAJO COMO FUENTE DE SALUD

¡Trabajo es vida! Afirmaciones como esta se oyen día a día en todas partes. Incluso en situaciones límite en donde se plantea la dicotomía entre puestos de trabajo y salud comunitaria, la tendencia se decanta a favor del mantenimiento de la ocupación laboral. Un ejemplo ilustrativo es el que ocurrió en una ciudad de Canadá donde existía una factoría contaminante y que suponía un riesgo de cáncer para la población, ante este hecho las autoridades se plantearon cerrarla, pero el pueblo se opuso y se optó por realizar un referéndum. De tal consulta se evidenció la preferencia de mantener abierta la factoría aun con el riesgo que conllevaba. El argumento esgrimido por las gentes era el siguiente: «Sin puestos de trabajo no hay esperanza, y sin esperanza, no hay nada.»

De este hecho se observa, una fuerte atracción hacia el trabajo y al mismo tiempo un deseo de no experimentar los sentimientos que acom-

pañan a la pérdida del mismo, como pueden ser impotencia, depresión y amenaza a la autoestima frente al fracaso para cumplir las expectativas sociales.

En numerosas ocasiones puede no gustar el trabajo, pero sí quererlo, ya que supone una excelente oportunidad de encontrarse a si mismo, de encontrarse con su propia realidad.

Desde épocas remotas el trabajo ha sido esencial para la supervivencia del hombre.

Como actividad instrumental y alternante cumple dos propósitos:

1. Obtener los medios de subsistencia.
2. Alterar la planificación de ciertos factores ambientales, con el fin de incrementar la calidad de vida.

En la sociedad occidental el puesto de trabajo centra la vida del adulto. La autoimagen y la posición del individuo en la comunidad se han basado en la forma de ocupación laboral. Por lo tanto, a través del trabajo, nos definimos a nosotros mismos e inferimos la posición de la persona en la comunidad y su situación como adulto independiente y responsable.

Parece claro, pues, el considerarlo como elemento único para establecer el sentido del propio valor de uno, lo que es un ingrediente vital para el adecuado funcionamiento social. Tareas que serán compartidas por la familia en cumplimiento de sus respectivos roles sociales.

Considerando al trabajo como el principal medio de unión del individuo con la realidad, se convierte en una herramienta para poder enfrentarse con el estrés psicosocial relacionado con el cáncer.

2. EL TRABAJO COMO FUENTE DE ESTRES

Se entiende por trabajo toda actividad humana encaminada a la transformación de un objeto, con el fin de lograr un producto determinado. En esta actividad o proceso de trabajo se establecen unas relaciones de colaboración y ayuda con otros individuos. El sujeto, elemento de este proceso, enferma y con el tiempo se reintegra a lo que era su actividad profesional.

Si la enfermedad es duradera, se escapa del control y amenaza a la vida, las respuestas que se observan con más frecuencia son de cólera o depresión por el dolor y la dependencia creada, pero si la situación no se considera amenazante y es controlable por los cuidados, elevando así el nivel de salud, se produce un reequilibrio con la situación, pudiendo reinsertarse a su ocupación laboral.

En el proceso de enfermar el sujeto se enfrenta a una serie de condicionamientos psicosociales que se pueden considerar como fuentes de estrés; los miedos existentes ante el mismo, culturalmente transmitidos, la sensación de ejercer poco control sobre su proceso o desarrollo y otras actitudes que la presencia e historia de la enfermedad puedan evocar a los demás.

En el caso del cáncer, el enfrentamiento se produce a dos conjuntos de estresores: los inherentes al diagnóstico y tratamiento en sí, y los que percibe el sujeto que han aparecido inevitablemente en el sector del trabajo, en su vida y de su vida como un todo. ¿Si él no puede conservar el dominio sobre sí mismo, cómo puede controlar lo que le rodea? Al reincorporarse al trabajo ¿cómo le recibirán los demás? ¿Será como cuando volvía de vacaciones? ¿Será capaz de realizar su función? ¿Será capaz de dirigir sus asuntos, su trabajo, su economía, demostrar que es un sujeto independiente y que merece el respeto de los otros? Entramos de nuevo en la adecuación social del adulto que trata de cumplir con las expectativas sociales y que corresponden a la independencia económica y psicológica, a trabajar y ganarse la vida y al gozar de buena salud razonablemente mantenida.

De una revisión de historias de pacientes que habían sido diagnosticados de cáncer y se habían reintegrado a su trabajo, de nuevo se observan unas fuentes de estrés comunes:

1. Si su actitud anterior al diagnóstico referente a personas con cáncer era de rechazo, podía predecir con facilidad los acontecimientos con los que se podía encontrar, pero si la respuesta por parte de sus compañeros era diferente, se producía una desconfianza, o bien aparecían sentimientos de culpa al no haber actuado correctamente en su día ante otros casos.

2. Problemas de relación debidos a la aprensión que sentían al reintegrarse al trabajo. La misma desconfianza hacia los compañeros conllevaría a establecer unos mecanismos de resolución que se pueden describir como:

— Aislamiento, tanto laboral como social.
— Desplazamiento, dedicación al trabajo, recanalizando así si ansiedad.
— Negación de la enfermedad.
— Proyección de su desdicha y su miedo a otros, manifestando hostilidad, irritabilidad entre otras conductas defensivas.

Se aprecian, por ahora dos situaciones discriminatorias, las derivadas de la concepción social de la enfermedad y las derivadas de los problemas relacionales.

3. Ausencia de recursos por parte de la sociedad de cómo tratar a las personas con diagnóstico de cáncer, pudiéndose atribuir a un gran número de factores, entre los que podríamos citar el miedo, la turbación y sentimientos de compasión, que hacen adoptar una actitud muy «solícita». Frente a lo cual el sujeto reacciona con cólera, impaciencia, irritabilidad, llanto, etc., que no es más que una respuesta al recordatorio de que su independencia y suficiencia están cuestionados. Esta misma carencia de recursos hace incrementar la preocupación de las personas que le rodean.

4. La propia naturaleza del trabajo. Hasta que encuentra una correcta ubicación.

5. Intentos de encontrar una tarea diferente o un nuevo empleo.

Vemos pues, que los estresores psicosociales más los provocados inicialmente por el diagnóstico y tratamiento, pueden exacerbarse por el estrés real o percibido en el trabajo.

Identificada la fuente de estrés, se ponen en marcha unas estrategias de afrontamiento que dependen fundamentalmente de:

- Dotación intelectual.
- Factores de personalidad.
- Habilidades de resolución de problemas.
- Hábitos de enfrentamiento al comienzo de la enfermedad.
- Fuerza de los impulsos básicos.
- Fuerza del ego.
- Apoyos familiares y sociales.

3. SALUD, CANCER Y TRABAJO

El trabajo representa una medida social que debe apoyar a la salud, aunque a veces no existe una relación entre las evidencias manifiestas. Así, mientras que el trabajo es observable, la salud puede ser más aparente que real.

De las preocupaciones manifestadas por los pacientes con un diagnóstico de cáncer que se plantearon su reinserción al trabajo, podemos señalar:

— El aspecto económico.
— La aprehensión sobre sus posibilidades físicas e intelectuales, para ejercer responsabilidades.
— La consideración del trabajo como el lugar donde estaban sus amigos.
— La opinión de los compañeros sobre el cáncer. (Sobre mi cáncer, decía el planteamiento).

Los pacientes que tendieron a pasarlo mejor en el trabajo, fueron los que no expresaron el papel de enfermo y sin negar en ningún momento ni de ninguna manera la naturaleza del diagnóstico o el tratamiento, se presentaron a sí mismos como «bien y capaces», lo que denota que la adopción de actitudes activas frente a la enfermedad se presenta como uno de los mejores factores pronósticos de salud, y que se puede observar mediante el desarrollo del propio trabajo.

4. CAMPOS DE ACTUACION QUE DEBE CUBRIR LA ENFERMERIA

1. Educación sanitaria de base, escolar.
2. Educación, asistencia y orientación al paciente.
3. Educación y orientación a la familia.
4. Educación y formación profesional.
5. Elaboración de programas de asesoramiento laboral.
6. Investigación de la experiencia y asesoramiento en la formulación de la política social.

La educación sanitaria de base estaría encaminada a romper la asociación cognitiva de cáncer con invalidez y muerte, así como erradicar la estigmatización social que sufre el paciente.

Las actuaciones frente al paciente estarían orientadas hacia el establecimiento o mejora de las estrategias de afrontamientos a la enfermedad, y manejo de las contingencias con el fin de conseguir adecuación social y salud (estado óptimo de salud en cada situación).

La orientación a la familia persigue el refuerzo asistencial y la cobertura afectiva correcta, ambas necesarias en el manejo de las situaciones.

La formación de profesionales a menudo no recoge esta problemática, que implicaría un doble objetivo; uno sería dotar o incrementar el repertorio de conductas a adoptar frente a un paciente con cáncer, ya que en general la actuación profesional está encaminada hacia la tarea, no hacia la persona, y esto es debido a la carencia de recursos en cómo llevar esta relación interpersonal; el otro objetivo sería el control de los propios sentimientos de impotencia, preocupación, depresión, etc.

Los programas de asesoramiento laboral pasarían por la información al grupo receptor del sujeto sobre la enfermedad y la situación real, despe-

jando «fantasmas» y aprensiones. Interesa el asesoramiento de los superiores para la adecuación de la labor a sus posibilidades físicas e intelectuales, y si es preciso la modificación de los elementos físicos que puedan entorpecer el total desarrollo laboral.

La investigación sistemática de la experiencia en el trabajo después del diagnóstico del cáncer podría ser ilustrativa del problema e instructiva en el área de formulación de la política social.

BIBLIOGRAFIA

BAYES, R.: *Psicología oncológica.* Martínez Roca. Barcelona, 1985.

CASANOVA, J.: *Identificación de los factores pronósticos psico(pato)lógicos en pacientes oncológicos.* Tesis doctoral en preparación.

COOPER, C.L.: *Psychosocial Stress and Cancer.* Buletin of the British Psychological Society, 35, 456-459. 1982.

COOPER, C.L.; & MARSHALL, J.: *Occupational Sources of Stress. A Review of the literatura Relating to Coronary Heat Disease and Mental Ill Healt.* Journal of Occopational Pyshology, 49, 11-28. 1976.

FIELDMAN, F.L.: *Work and Cancer Health Histories: Work Expectations and Experiences of Recovered Blue Collar Workers.* American Cancer Society. California División, San Francisco, 1978.

FELDMAN, F.L.: *Work and Cancer Health Histories: Work espectations and Experiences of Youth With Cancer Histories.* American Cancer Society. San Francisco, 1980.

FREUD, S.: *Civilitation and Its Discontents.* Hogarth. London, 1930.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN: *Estrés y procesos cognitivos.* Martínez Roca. Barcelona, 1982.

SELYE, H.: *The Stress of Life.* McGraw-Hill. New York, 1956.

SELYE, H.: *Stress Without Distress.* Lippincott. New York, 1974.

TORO, J.: *Estrés y enfermedad* en C. Ballús ed. Herder. Barcelona, 1979.

VALDES, M.: DE FLORES, T.: *Psicobiología del estrés.* Martínez Roca. Barcelona, 1985.

VICENT, T.; DE VITA y otros: *Cáncer. Principios y práctica de oncología.* (I). Salvat. Barcelona, 1984.

SEPTIMA COMUNICACION

SALUD LABORAL Y ENFERMERIA

Rosario Campoy
Fátima Herrera Ramos
Manuel Marín López
Antonio Rivas Campos

SALUD LABORAL Y ENFERMERIA

Hablar de la salud de los trabajadores equivale, en cierto sentido y con anterioridad, a hablar de las condiciones de salud de la población. Esta equivalencia, es posible de establecer si entendemos «EL TRABAJO» como aquella actividad que transformó al mono en hombre y a sus primitivas agrupaciones en la sociedad. Lo que nos lleva a interpretar «el trabajo» como la condición básica y fundamental de toda la vida humana.

Surge así un gran interrogante, ¿cuál es el límite entre la salud del trabajador y la salud de la población?, o lo que es lo mismo, ¿dónde comienza una y termina la otra? No obstante, el hecho mismo de distinguir la salud de los trabajadores como tema específico de estudio supone reconocer la existencia de un vínculo entre el trabajo y la salud/enfermedad. Las interpretaciones que del carácter de esta relación se hagan, van a depender de los referentes teóricos que se utilicen.

Otro aspecto importante a señalar, son los diferentes orígenes disciplinarios que tiene la salud laboral. Este hecho, influye en el tipo de problemas que se eligen y en los planteamientos teórico-metodológicos empleados. Aparece así, distintas corrientes de interpretación en este campo.

DIFERENTES CORRIENTES DE INTERPRETACION DE LA RELACION SALUD/TRABAJO

La medicina ocupacional, en cuanto disciplina reconoce como su objeto de estudio las enfermedades originadas en el trabajo, o los factores de riesgo presentes en los sitios de trabajo.

Los planteamientos teórico-metodológicos que orientan estas investiga-

ciones, se inscriben dentro de la relación causal, es decir, factor de riesgo X, produce la enfermedad Y.

Existen trabajos dentro de esta disciplina, en los que se incluye un análisis del contexto económico-político, que condiciona las formas específicas bajo las cuales se presentan estos problemas en los países en cuestión y de las fuerzas que se oponen a su solución. Habría que decir que este análisis es externo a la cuestión de la salud propiamente hablando. No existe interrogante ni propuesta teórica respecto del proceso salud/enfermedad como tal, sino centralmente hay una denuncia del ocultismo de un conocimiento existente y su manipulación con fines de ganancias.

Esta manera de plantear los problemas revela una concepción instrumentalista del conocimiento médico, para ella la cuestión importante no es el contenido de este saber, sino para que fines se utiliza y quien lo controla.

Un elemento imnovador importante de algunos de estos estudios, es el uso de la experiencia o «subjetividad» obrera, entendida como el aprendizaje de cada trabajador y del grupo obrero, a cerca de las soluciones que el trabajo les plantea diariamente.

La epidemiología crítica o medicina social, ésta es una corriente de pensamiento surgida originalmente como contestación crítica al pensamiento de Salud Pública dominante.

Sus rasgos distintivos desde el punto de vista teórico, es la propuesta de convertir a las ciencias sociales en un elemento explicativo central del campo sanitario, siendo el materialismo histórico la herramienta de trabajo de esta corriente.

La investigación en la salud del trabajador, proviene principalmente de sus epidemiólogos. Imprimiéndole características distintas, a las de la medicina ocupacional, así la determinación y el carácter del proceso Salud/Enfermedad colectivo, les lleva al estudio de la relación Salud/Trabajo y no un objeto de estudio preestablecido, como en el caso de la medicina ocupacional. Estos estudios, se caracterizan por la conjugación de elementos de búsqueda, de verificación de propuestas teórico-metodológicas y de elementos de exploración e interpretación de realidades concretas.

MODELO OBRERO ITALIANO

Un planteamiento alternativo, a la hora de abordar el campo de salud laboral, e inspirando en la corriente de la epidemiología crítica o medicina social, es el Modelo Obrero Italiano, (en adelante M.O.I.). Entendiendo que es un conjunto de conocimientos que pretende generar conciencia y plantear como la salud está interrelacionada con las condiciones de trabajo, convirtiendo al trabajador en sujeto de su propio trabajo y no en un objeto pasivo del proceso de producción.

Desde el punto de vista teórico, los elementos más importantes del M.O.I. son:

— Parte para su estudio del materialismo histórico y dialéctico.
— Pretende dar una visión más amplia de lo que es el proceso Salud/Enfermedad.
— Incorpora en su cuerpo de conocimientos elementos «nuevos», siendo su categoría explicativa central el Proceso de Producción, en el que serán determinantes, el Proceso de Valorización y el Proceso de Trabajo, teniendo como elementos esenciales:

- Objeto de trabajo
- Medios de producción
- Actividad propia del trabajador
- Formas de organización y división del trabajo

Los principios utilizados para estudiar el trabajo y sus elementos son:

— Socialización del conocimiento, es decir, que se dé un verdadero intercambio de conocimientos entre los obreros de las distintas ramas y los profesionales de la salud. Ser necesario para ello, crear un lenguaje común entre trabajadores y técnicos de la salud, que permita la búsqueda y desarrollo de soluciones a los problemas detectados.
— Participación organizada de los trabajadores, es decir, «el no delegar a nadie», el control sobre su proceso de Salud/Enfermedad.
— Jerarquización de los problemas.

Todo ello genera información y conocimientos para los trabajadores y la toma de acuerdos colectivos.

La operacionalización de este modelo se puede realizar a través de los siguientes pasos metodológicos:

— Encuestas colectivas, cuyo objetivo es la sistematización de los conocimientos de los grupos homogéneos, ordenados en función de los elementos simples del proceso de trabajo, y la incorporación de cinco grupos de riesgo para los trabajadores: Ambiente físico, Contaminantes, Esfuerzo físico, Carga mental del trabajo y Seguridad.
— Mapa de riesgo, consiste en la representación gráfica que sintetiza los elementos recogidos en la encuesta colectiva expresando la experiencia de los trabajadores sobre su área y jerarquizar los principales problemas. En él se incluye un esquema de cómo fluye el proceso en cada área, los instrumentos de trabajo, el número y la ubicación de los trabajadores, los riesgos generales, los específicos y la magnitud de tales riesgos, los principales daños a la salud y como se asocian con los riesgos, y las medidas de prevención existentes. Todo

ello permite un análisis y seguimiento periódico de los riesgos, mediante la implantación de sistemas de vigilancia. Y por último evaluan la eficacia de las intervenciones preventivas.

— Los examenes médicos periódicos, son datos generados por los médicos de la empresa y el soporte de datos de los accidentes. Todos estos datos deben ser validados por los trabajadores, en los puntos anteriores (encuestas y mapas de riesgo), ya que las empresas tienden a ocultar la magnitud de los problemas planteados y enfermedades profesionales.

EL QUEHACER DE LAS ENFERMERAS/OS EN SALUD LABORAL

Son varias las razones que nos llevan a plantear la importancia que este campo tiene para la enfermera/o en los momentos actuales.

Por un lado, la falta de reconocimiento sobre los problemas de salud del trabajador (situación que se constata desde las propias organizaciones obreras), convierten a este campo en uno de los más importantes en materia de investigación y acción sanitaria. Por otro, es que se nos muestra como un tema privilegiado para la construcción de un nuevo modelo de entender y analizar la Salud/Enfermedad colectiva.

Así mismo, los principios bajo los que deben estudiarse las categorías centrales del M.O.I., permiten rescatar otra categoría de análisis utilizada por algunas teóricas de la enfermería «EL AUTOCUIDADO». Entendido éste, no como concepto de individualización, sino como proceso que permita la recuperación de la doble existencia del hombre (objetiva y subjetiva).

Por último, quisieramos señalar, que las perspectivas de las investigaciones en el campo de la enfermería, deberían estar orientadas hacia un compromiso más firme con la realidad y el uso de una metodología, que como la que se expone muy brevemente en esta comunicación analice e integre los distintos procesos en el campo de la salud y en la sociedad, como parte de un todo.

BIBLIOGRAFIA

CARCOBA, A.: *Metodología y análisis sindical*. Ed. I.N.S.G., Madrid, 1986.

ENGELS, F.: *El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre*. 3.ª ed. Ed. Quinto sol, México, 1985.

KOSIK, K.: *Dialéctica de lo concreto*. Ed. Enlace Grijalbo, México, 1967.

LAURELL, AC; NORIEGA, M.: *La salud obrera en Sicartsa*. (En prensa.)

MARIN, J. C.: *La silla en la cabeza*. Ed. Nueva América.

DUARTE NUMES, E.: *Ciencias sociales y salud en América Latína, tendencias y perspectivas*. Ed. O.P.S.- CIESU, Montevideo, 1986.

OCTAVA COMUNICACION

PROYECTO DOCENTE SOBRE LA CREACION DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA LABORAL

C. Boada Apilluelo
E. Boada Apilluelo
S. García Soler
M. P. Morlana Malón
E. Tobajas Asensio
J. A. Tobajas Asensio

Escuela Universitaria de Enfermería
y Fisioterapia de Zaragoza

PROYECTO DOCENTE SOBRE LA CREACION DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA LABORAL

1. EVOLUCION DE LOS ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA EN ESPAÑA

La formación posbásica y la creación de especialidades de Enfermería surgen de la necesidad que tiene la sociedad, y los profesionales de la disciplina, de dar respuesta a los avances tecnológicos y científicos, teniendo en cuenta las siguientes características:

a) Que tal especialidad constituya un cuerpo de doctrina unitario y autónomo. Esto suele coincidir con la aparición de textos.

b) Que existan, de hecho, profesionales que se dediquen al ejercicio de esa especialidad.

c) Que la sociedad reconozca expresamente tal especialidad, en sus instalaciones asistenciales (hospitales, centros de salud, industrias...), actos científicos (congresos, sociedades, publicaciones), expresiones docentes, formativas y legislación oficial.

El origen legal de la especialización en Enfermería, hay que reconocerlo con la creación de la carrera de Ayudantes Técnicos Sanitarios, en la que se establecieron las siguientes especialidades:

ESPECIALIZACIONES DE A.T.S.

1. Con reconocimientos Académicos:

MATRONA (Decreto 18 Enero 1.957). Habilita asistencia a partos normales y auxiliar al médico.

ASISTENCIA OBSTETRICA (Decreto 446/1 1963 de 28 de Febrero). Habilita asistencia a partos normales y auxiliar al médico.

FISIOTERAPIA (Decreto 26 de Julio de 1.957). Habilita para realizar servicios auxiliares de Fisioterapia y recuperación bajo dirección médica.

PODOLOGO (Decreto 727/1962 de 26 de Marzo). Establece «plena autonomía para recibir directamente a los pacientes».

A.T.S. CON ESPECIALIDAD EN RADIOLOGIA Y ELECTROLOGIA (Decreto 1153/1961 de 22 Junio). Habilita para ejercer en los servicios propios de la especialidad bajo dirección médica.

PEDIATRIA Y PUERICULTURA (Decreto 3524/1964 de 22 de Octubre). Habilita para ejercer en los servicios propios de la especialidad bajo dirección médica.

NEUROLOGIA (Decreto 3192/1970 de 22 Octubre). Habilita para ejercer actividades auxiliares y de colaboración con el médico en el campo de la especialidad.

A.T.S. CON ESPECIALIDAD PSIQUIATRICA (Decreto 3193/1970 de 22 de Octubre). Habilita para ejercer la profesión relativa al tratamiento de la especialidad.

ANALISIS CLINICOS (Decreto 203/1971 de 28 de Enero). Habilita para ejercer actividad auxiliar bajo la dependencia de médicos especialistas en Análisis Clínicos.

UROLOGIA Y NEFROLOGIA (Decreto 2233/1975 de 24 de Julio). Habilita para ejercer los servicios auxiliares de Urología y Nefrología bajo dirección médica.

2. Sin reconocimiento Académico:

A.T.S. DE EMPRESA (O.M. del Ministerio de Trabajo 21 de Noviembre de 1959). Aprueba el Reglamento de los Servicios de Médico de Empresa.

ENFERMERA PUERICULTORA (O.M. Ministerio Gobernación 4 Noviembre de 1969). No especifica funciones. Sin validez, dado que existe la especialidad de Pediatría y Puericultura.

INSTRUCTORAS SANITARIAS. Escuela de Instructoras Sanitarias.

SUPERVISORES MONITORES Y JEFES DE ENFERMERIA (Ley 37/1962 de 21 de Julio). Escuela de Gerencia Hospitalaria.

1.1. Situación actual de las especialidades de Enfermería en España:

La incorporación de los estudios de Enfermería a la Universidad, el ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, el desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria, y las recomendaciones del Congreso Internacional de Enfermeras, han hecho que las asociaciones profesionales y académicas relacionadas con la Enfermería, sugirieran al Ministerio de Educación y Ciencia, la elaboración de un Proyecto sobre Especialidades de Enfermería, que se vió plasmado en el R.D. 992/1987.

Este R.D. establece las bases, requisitos y número de especialidades, así como la creación del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, faltando actualmente por desarrollar y poner en práctica las recomendaciones de esta normativa.

A los efectos previstos, se crean las siguientes Especialidades de Enfermería:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería de Salud Comunitaria
- Enfermería de Cuidados Especiales
- Enfermería Geriátrica
- Gerencia y Administración de Enfermería

2. JUSTIFICACION DE LA CREACION DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA LABORAL

El origen de la especialidad de Enfermería Laboral, hay que reconocerlo con la creación de la especialidad de A.T.S. de Empresa, según la O.M. del Ministerio de trabajo de 21-11-59, y del B.O.E. de 14-6-65.

En el referido Decreto 992/1987, no se recoge la especialización en Enfermería Laboral. Si partimos de la base de que una especialidad en Enfermería debe cumplir los requisitos descritos en el Apartado 1 (que tal especialidad constituya un cuerpo de doctrina unitario y autónomo, que existan profesionales que se dediquen al ejercicio de tal especialidad, y que la sociedad la recnozca), pensamos que la Enfermería Laboral, cumple todos los postulados al respecto.

Por todo lo anteriormente expuesto, creemos totalmente justificado la creación de la Especialidad de Enfermería Laboral.

Es por ello que proponemos un programa docente de especialización en Enfermería Laboral, con el objetivo de concienciar a los profesionales de Enfermería, autoridades académicas y sanitarias.

3. PROGRAMA DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA LABORAL:

3.1. Propósito:

La Enfermería Laboral es una especialidad de Enfermería que tiene como propósito el estudio de la influencia del factor trabajo sobre el trabajador y sociedad, con el objeto de aplicar las medidas necesarias para conseguir un estado óptimo de salud.

3.2. Campos de Actuación de la Enfermería Laboral:

a) *En el campo de la industria*:

El enfermo laboral debe ser capaz de aplicar el método de trabajo de Enfermería (P.A.E.), dirigido fundamentalmente a:

- Aplicar las adecuadas medidas de seguridad en el trabajo.
- Aplicar las adecuadas medidas de higiene industrial.
- Aplicar las medidas necesarias para conseguir una adaptación del trabajador al medio-ambiente laboral, evitando así los riesgos.

b) **Fuera de las industrias:**

El enfermero laboral debe ser capaz de:

- Asumir el papel de lider en el campo de la salud laboral, promoviendo que las instituciones públicas y privadas adopten las medidas necesarias de apoyo hacia los trabajadores.
- Conseguir que los posibles daños tóxicos, provinientes de las industrias no repercutan sobre la sociedad en general.

3.3. Objetivos Generales:

La Especialidad de Enfermería Laboral, tiene propuestos los siguientes Objetivos Generales:

— Integrar al profesional de Enfermería, dentro del equipo multidisciplinario que presta sus servicios en el campo de la salud laboral.
— Ejecutar las técnicas de laboratorio más comúnmente usadas en el medio laboral.
— Realizar las técnicas de diagnóstico, para la prevención secundaria, usadas en las instalaciones sanitarias laborales.
— Aplicar las normas de seguridad en el trabajo, según la legislación vigente, para evitar los accidentes y enfermedades profesionales, colaborando, para conseguirlo, con los técnicos de seguridad.
— Interpretar la Legislación Empresarial y Laboral, para un mejor conocimiento de la Empresa como generadora de bienes y servicios.

— Colaborar con los fisioterapeútas en la rehabilitación y Readaptación del enfermo con patología de origen laboral.
— Actuar en primera instancia, ante los accidentes ocurridos en el medio laboral.
— Detallar suficientemente los riesgos de tipo tóxico en el medio laboral, y aplicar las medidas de higiene que dicta la Legislación en este aspecto.
— Mejorar los rendimientos profesionales, mediante la aplicación de la Ergonomía, para conseguir una buena adaptación del trabajador al medio laboral, evitando el riesgo de accidente y/o enfermedad profesional.
— Aplicar la metodología de la Educación sanitaria en el medio laboral.
— Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) ante las afecciones más frecuentes de origen laboral: neurológicas, por agentes físicos, respiratorias, infecciosas, cutáneas, aparato locomotor, oculares, psíquicas y sociales.

3.4. Programación de los estudios de Especialización en Enfermería Laboral:

Dadas las características de los estudios de especialización en Enfermería Laboral, hemos establecido el siguiente esquema:

— SALUD PUBLICA LABORAL
— ATENCION DE ENFERMERIA ANTE LAS AFECCIONES DE ORIGEN LABORAL
— TOXICOLOGIA LABORAL
— SEGURIDAD EN EL TRABAJO
— PSICO-SOCIOLOGIA DEL TRABAJO
— ERGONOMIA

Este esquema se desarrolla de acuerdo con los siguientes contenidos:

3.4.1. *Contenidos de Salud Pública Laboral*:

— Epidemiología Laboral
— Metodología de la Educación Sanitaria
— Higiene Laboral
— Aplicación de la estadística informática al medio laboral

3.4.2. *Contenidos de Atención de Enfermería ante las afecciones de origen laboral*:

— Procesos traumatológicos más frecuentes
— Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral
— Rehabilitación y Readaptación laboral

— Plan de Emergencia ante situaciones de catástrofe
— Enfermedades profesionales más frecuentes

3.4.3. *Contenidos de Toxicología Laboral*:

— Conceptos en Toxicología General
— Métodos diagnósticos usados en Toxicología Laboral
— Esquema general del tratamiento de las intoxicaciones de origen laboral
— Estudio de los principales tóxicos industriales y agrícolas

3.4.4. *Contenidos de Legislación y Organización Laboral*:

— El trabajo como hecho social y como objeto de aplicación por el Derecho.
— Normas que regulan el trabajo a nivel nacional e internacional. Instituciones.
— Legislación en materia de Seguridad e Higiene en el trabajo.
— Organización Administrativa y Legal del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y de las Comunidades Autónomas. Competencias.
— Introducción a los conocimientos empresariales.

3.4.5. *Contenidos de Seguridad en el Trabajo*:

— Concepto de Accidente y Seguridad en el trabajo.
— Organización de la Seguridad.
— Causas de accidentes y formas de actuación.
— Tecnicas de Seguridad.
— Notificación de accidentes.
— Incidentes estadísticos en seguridad.
— Investigación de accidentes.
— Inspección de Seguridad.
— Normas de Seguridad.
— Protecciones Personales.
— Condiciones estructurales y ambientales de los centros de trabajo.
— Riesgo de máquinas y herramientas manuales.
— Riesgos de la electricidad y de los agentes físicos.
— Incendios.
— Manutenciones. Riesgos y su corrección.

3.4.6. *Contenidos de Psico-Sociología del Trabajo*:

— El coste del trabajo para el hombre.
— Concepto de los factores psico-sociales del trabajo:
  • Medio ambiente laboral.
  • Factores intrínsecos del empleo.

- Organización del horario de trabajo.
- Modalidades de la gestión y del funcionamiento de la empresa.
- Cambios tecnológicos.

— Consecuencia de los factores psico-sociales del trabajo:

- Biológicos
- Psicológicos
- Las reacciones del comportamiento
- Los problemas persistentes de salud

3.4.7. *Contenidos de Ergonomía*:

— Introducción a la Ergonomía
— Diseño del lugar de trabajo
— Diseño de los equipamientos industriales
— Ergonomía ambiental: iluminación y color, vibraciones, temperatura y humedad.
— Tareas de ocupación manual.
— Ergonomía temporal: fatiga y estrés.
— Antropometría.
— Ergonomía de los operadores de ordenadores informáticos.

Una vez establecido el proyecto docente de la Especialidad de Enfermería Laboral, es necesario llevar a la práctica el mismo, para lo cual la Ley establece que lo debe realizar las unidades docentes acreditadas a tal efecto, por lo que, a continuación, pasamos a describirlas.

4. REQUISITOS DE LAS UNIDADES DOCENTES DE ENFERMERIA LABORAL:

4.1. Infraestructura

La unidad docente deber disponer de aulas, salas de reuniones, seminarios, despacho de profesores, medios audiovisuales, material didáctico y biblioteca.

Estos requisitos, pensamos que lo cumplen la mayoría de los Departamentos de Enfermería de las Escuelas Universitarias de nuestro país.

4.2. Profesorado

Los responsables de la Especialidad deben ser los profesores del Area de Conocimiento de Enfermería, de las asignaturas de la Diplomatura afines al curriculum de las Unidades Temáticas que componen el programa

de especialización en Enfermería Laboral, contratando a profesores asociados en alguna parcela del conocimiento que quedara sin cubrir.

4.3. Unidades de Formación Específica Práctica

La Unidad Docente de Enfermería laboral, deber contar con los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el programa completo de formación práctica, y que son: Empresas que colaborarán a través de la contratación de los profesores asociados de Enfermería que prestan sus servicios profesionales en las mismas.

5. DISCUSION. CONCLUSIONES:

Para Alberdi (1986), la evolución de los sistemas de atención a la salud en los últimos decenios debida a los cambios socio-económicos, a los avances tecnológicos, a la aparición de nuevas patologías y, en definitiva, a la transformación de los propios conceptos de salud y enfermedad, ha creado la necesidad de una adecuada orientación y formación de los profesionales de la salud.

De entre el variado grupo de profesionales que están implicados de una forma u otra en la prestación de atención sanitaria, compete a los enfermeros asumir un papel fundamental dentro del Equipo de Salud.

En el campo de la Enfermería Laboral, la labor que desempeña el enfermero desde el punto de vista de sus funciones y formación, se basa más en la tradición de las cosas «ben hechas», por parte de los profesionales de la Enfermería que prestan sus servicios en el medio laboral, más que propiamente de una regulación legal actualizada, ya que únicamente las referencias hay que buscarlas en la O.M. del Ministerio de Trabajo, de 21-11-59 y B.O.E. del 14-6-65, donde se sientan las bases para la obtención del título de A.T.S. de Empresa, pero no se especifican las funciones a desarrollar.

Si hoy día est universalmente aceptado la importancia del factor trabajo y del medio ambiente laboral sobre la salud del trabajador y sociedad en general, es necesario dotar a la Enfermería Laboral de un proyecto docente que llene de contenido las funciones que tiene que cumplir el enfermero en el campo de la salud laboral.

Faltando todavía por desarrollar el Decreto sobre las Especialidades en Enfermería, proponemos la creación de la Enfermería de Salud Laboral, y si ello no fuera posible por imperativos legales, incluir la parcela de Enfermería Laboral como área específica diferenciada dentro de la Especialidad de Salud Comunitaria.

BIBLIOGRAFIA

ALBERDI R. M.; ARROYO, M. D. y MOMPART, M. P. (1981): *Conceptos de Enfermería*, U.N.E.D., Madrid.

ALBERDI, R. M. (1986): *Seminario sobre especialidades de Enfermería. Especialidad de Salud Pública.* A.E.E.D., Barcelona.

ALBESA, A. (1988): *Dret del treball i seguretat social.* Institut d'estudis de la salut, Barcelona.

CARCAVALLO, R. V. y PLENCOVICH, A. R. (1982): *Ecología y Salud Humana*, Ed. Intermédica, Buenos Aires.

FERNANDEZ, C. (1987): *Seguretat del treball*, Institut déstudis de la salut, Barcelona.

OSBORNE, A. J. (1982): *Ergonomics at work*, John Willey & Sons, New York.

QUER-BROSSA, S. (1983): *Toxicología Industrial*, Salval Eds., Barcelona.

SAN MARTIN, H. (1981): *Salud y Enfermedad.* Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.

TINKHAM, C. W. y WOORIES, E. F. (1981): *Enfermería Social*, Ed. Limusa, México.

TOBAJAS, J. A. (1987): *Memoria proyecto docente del área de conocimiento de Enfermería*, Universidad de Zaragoza.

NOVENA COMUNICACION

ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD, UN RETO PARA LA ENFERMERIA

Aurelia Arenas López
María Cardera Rodríguez
Sacramento Espigarés Martín
Juan Pérez Gómez

Universidad de Granada
Departamento de Enfermería

ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD, UN RETO PARA LA ENFERMERIA

INTRODUCCION

Al conocido término «explosión demográfica» o crecimiento acelerado de la población con los medios y bienes de subsistencia se puede oponer el de «Involución demográfica», cuando la natalidad desciende tanto, que se sitúa en las tasas inferiores a la de 2,1 hijos por mujer, cifra fijada por los demógrafos para garantizar la renovación de las generaciones en un país avanzado.

Si nacen menos niños y la vida se prolonga por efecto de las mejoras sanitarias y del nivel de vida, se produce un envejecimiento de la población.

En una situación de estas características, al trabajador se le exige una rentabilidad mayor, sustrayéndole del salario una cantidad que va creciendo conforme aumentan las clases pasivas.

De todo lo expuesto podemos sacar dos conclusiones:

1.º) Que hay que promocionar la natalidad.
2°) Dar una asistencia integral al anciano.

1.º) PROMOCION DE LA NATALIDAD

Cuando se tiene como finalidad prioritaria el objetivo económico, aumentar el bienestar, mediante el disfrute y consumo de bienes materiales, se entiende que haya quienes caigan en la trampa suicida y argumenten en términos de reducir la población, cortando por los dos extremos, los niños y los viejos. Pero parece más inhumano, incómodo y preocupante quitar

de enmedio a un viejo puesto que más o menos todos esperamos llegar a esa edad, ya que tenemos apego a la vida. Así que la fórmula de eutanasia, salvo en caso de decisión personal del interesado, parece tener menos éxito que la del control de la natalidad, vía anticonceptivos, esterilizaciones y abortos.

En un número del *Time* del pasado mes de agosto, aparece un informe titulado «¿Dónde se han ido los niños?» en el que se dan datos espeluznantes sobre la drástica caída de la natalidad en nuestro Continente, que se convierte a pasos agigantados en un país de viejos, en el que se extingue, no una especie animal sino el mismísimo ser humano de Occidente.

— *Síntesis del citado informe:*

«En el año 2000 la población rusa habrá disminuido en un 50%. En Alemania Occidental hay 10.000 puestos de Ingenieros vacíos. En Inglaterra los hombres de estado tiemblan porque en 1995 habrá un millón de ingleses menos que hoy, entre 16 y 19 años.

En la mayoría de los países de Europa alrededor del año 2000, la proporción de jubilados ser del 74% es decir, 26 personas jóvenes mantendrán a 74 de más de 65 años. Como consecuencia se anuncian quiebras en todos los sistemas de Sanidad y Seguridad Social.

¿Cuál es la razón de esa epidemia antinatalista?, se preguntan los autores del estudio, bastante aterrados frente a la realidad que se contempla ¿qué está causando esa rápida extinción del ser humano europeo?

Pero más que unos hechos o unas cifras —terminaba el artículo— hay que estudiar la causa más profunda de lo que ocurre en Europa, que radica en la mentalidad materialista que se ha implantado en Occidente. Eso es lo que lleva a tanta gente a preferir cualquier cosa a un hijo y una familia.

Nos parece que es muy importante y urgente convocar a Pensadores y Estadistas para dar con fórmulas eficaces que lleguen a compensar esa marea antinatalista, cargada del peor materialismo que amenaza tan seriamente a Europa.

Nuestro País que mantenía una tasa algo superior a la media europea hasta 1975 se une a partir de esta fecha al movimiento descendente, con un ritmo cada vez más acelerado.

En 1980 nacieron en España 566.000 niños; es decir hubo el 15,15 nacimientos por cada 1000 habitantes. En 1982 fueron 510.000 que dan el 13,44 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

La media de hijos por mujer en 1981 fue de 1,99; inferior por tanto, al índice de reposición de las generaciones.

Una tasa de natalidad del 13,81 por mil, que el Instituto Nacional de Estadística previó para 1995 se alcanzaba ya en 1.982. Es fácil suponer que esta acusada tendencia al descenso ha seguido aumentando.

Las cifras indicadas no hacen más que confirmarnos a la idea de que España se acerca vertiginosamente a la Europa más permisiva en el comportamiento, que disocia el sexo de la procreación. Con el agravante de que, lejos de coadyuvar al bienestar material, lo que está provocando respecto al año 2000 es justamente lo contrario.

Creemos que existen una crisis de valores tal, que hace que vayamos a una búsqueda generalizada del individualismo hedonista (no complicarse la vida con los compromisos y deberes inherentes a la paternidad).

El vacío demográfico hacia el que caminamos será no sólo efecto sino justamente la causa del deterioro económico de nuestro país en particular y de todas aquellas naciones que experimentan el proceso de «Innovación demográfica».

2.º) DAR LA ATENCION INTEGRAL AL ANCIANO

Biner y Bourtiere definen al envejecimiento como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Bourtiere enfoca el problema del crecimiento humano desde un esquema útil y didáctico, que facilita de alguna manera la comprensión de un tema que a los no familiarizados con la investigación básica gerontológica, resulta difícil seguir.

El mencionado esquema separa los siguientes aspectos:

— Envejecimiento celular y molecular.
— Envejecimiento de la matriz intercelular.
— Envejecimiento del sistema de control.
— Envejecimiento de los órganos afectores.
— Dependencia parcial o total así como física o mental.

Es peligroso desvirtuar por exceso o por defecto la relación entre lo médico y lo social.

La asistencia geriátrica está basada en el conjunto de acciones médicas y sociales con un objetivo común, que es *la atención integral del anciano.*

El doctor Hoshino, de Osaka coincidía:

«El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud de las personas mayores es relativamente débil comparado al de las medidas sociales o económicas» y añadía «Alguna de ellas —como la de mantener en su domicilio a la persona mayor— muestran su eficacia, siempre que sean mantenidas por una real voluntad política, única posibilidad de acabar con los ghetos en los que hace décadas los países desarrollados tienden a aparcar a su población mayor».

El Dr. Mahler, director de la O.M.S. dijo:

«Sería tragicómico, que justo los países desarrollados empiezan a descubrir que sus mayores representan, además de todo un capital humano, por su experiencia y posibilidades, los países en desarrollo imitaran las actitudes terapéuticas de la Geriatría Occidental de los años 60 y renunciaran a su propia tradición, que afortunadamente todavía reserva a los viejos un puesto de honor».

Entre otras cosas los viejos podrían ser un reservorio de sentido común frente al sarampión científico que asola al mundo.

Los gobernantes tienden a pensar más en los problemas que les causan los ancianos, que en la situación que éstos deben soportar.

Aunque con frecuencia se alude a la falta de afecto de los hijos y su desagradecimiento para con los padres, ello no es cierto en términos generales, lo que ocurre es que el pequeño porcentaje de casos en que esto sucede tiende a generalizarse. Es el poder público el que se ha abstenido en España de un modo casi total de resolver el problema de la asistencia a los ancianos en sus domicilios ofreciendo únicamente y con escasez fórmulas de institucionalización.

Estos centros es justo decirlo, han sido mantenidos y creados durante muchos años por instituciones religiosas, las cuales, del mejor modo posible, según sus posibilidades han cubierto el abandono público del problema.

Actualmente se puede comprobar como en vísperas de vacaciones, hijos, yernos y otros pasan por centros (hospitales, residencias, etc.) a depositar a sus viejos, con cualquier excusa, a fin de partir tranquilos al sitio de veraneo.

CONCLUSIONES AL PRIMER PUNTO

— Mientras se siga fomentando como necesidad prioritaria «la satisfación individual» en lugar de la solidaridad hacia los demás miembros de la familia y como consecuencia de la sociedad, el aumento del índice de natalidad encuentra un obstáculo insalvable.

— Falta de un compromiso personal que lleva a preferir un hijo antes que unas necesidades creadas, superfluas e innecesarias.

— Opinamos que el índice de natalidad no debe estar condicionado a las necesidades del gobierno, como si de un plan quinquenal de producción se tratara, sino que debe asentarse en la base de los derechos humanos permanentes. Para esto es necesario, que la persona tenga una formación adecuada capaz de decidir libremente a pesar de las coacciones externas siempre presentes.

— Enfermería tiene un gran reto a nivel colectivo, siempre que se encuentren métodos eficaces en los que tendrían que intervenir: políticos, científicos, humanistas, etc... para hacer un estudio adecuado y exhaustivo que llegue a dar con fórmulas que acaben con esta marea antinatalista.

— También debe hacer una mejor distribución de la riqueza tanto humana como de recursos.

CONCLUSIONES AL SEGUNDO PUNTO

— El análisis de los problemas que padecen los viejos, pone a las claras que la organización social no encuentra con ellos ni con sus necesidades y aunque las piezas fundamentales en el funcionamiento del sistema no parece que pueda cambiar a medio plazo, los «logros parche» que puedan ir obteniéndose han de ser debidos, por un lado a la concienciación cuidada sobre estos problemas y por otro a la firmeza de los propios ancianos en sus reivindicaciones.

— Abogamos por la integración del anciano en la familia formando parte en todas las facetas que conforma la vida familiar, de forma que se siente útil desarrollando todas sus facultades, de modo que no se sienta desplazado dentro de ese núcleo.

— No todas las personas mayores aún teniendo disminuidas sus actividades físicas, tienen mermadas sus capacidades intelectuales, por lo tanto es imprescindible, aprovechar estas facultades.

— Comprendemos que no siempre los ancianos pertenecen a un núcleo familiar del que pueda recibir y aportar su experiencia, por lo tanto se debe hacer todo lo posible, para que en estos casos existan centros donde estas personas puedan incardinarse. Pero dichos centros deben ser de un número limitado de miembros que conserven en gran medida un ambiente familiar y dentro del núcleo poblacional del que proceden.

— La existencia de estos centros no excluye el que se creen centros Geriátricos en los que se traten y rehabiliten a los enfermos crónicos.

DECIMA COMUNICACION

ENFERMERIA: ¿PODRA OFRECER SALUD A LA SOCIEDAD?

Concepción Brun Sandiumenge
Profesora de Enfermería Fundamental de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Navarra. Pamplona.

ENFERMERIA: ¿PODRA OFRECER SALUD A LA SOCIEDAD?

INTRODUCCION

Hace exactamente once años *Doris Krebs* —enfermera asesora del Consejo Internacional de Enfermería— pronunciaba una conferencia dentro del II Curso para Directivos y Docentes que, con el título monográfico *Enfermería y Universidad,* se realizaba en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra, de donde provengo. La conferencia de Doris Krebs tenía por título: *Panorámica Internacional de Enfermería.*

Hay una correlación estrecha entre aquel momento y el actual. Doris Krebs centraba su exposición en tres factores generales: *sociedad, salud y enfermería.* Después, se cuestionaba «algunos cambios en enfermería en Europa» y, finalmente, se hacía unas «consideraciones acerca de la educación de enfermería en España».

El paralelismo no puede ser más exacto, once años después, en los mismos días —1, 2 y 3 de diciembre—, se abordan los mismos temas, mediando los mismos problemas. Pero hay algo radicalmente distinto, hace once años la Enfermería española se abría a la esperanza, hoy —al menos en este momento— la Enfermería española se abre aún a la incertidumbre.

Hace once años, el *R.D. 2.128 de 23 de julio (BOE 22.8.77)* había elevado los estudios a un Primer Ciclo Universitario, y la *O.M. de 31 de octubre de 1977 (BOE 26.11.77)* dictaba directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Merece recordarse que la citada O.M. en su artículo 1. apartado 3, decía así:

«El número total de hoas de las enseñanzas se fija en un mínimo de 4.600 debiendo dedicarse a la formación práctica, al menos, el cincuenta por ciento del total. La enseñanza teórica, la formación práctica, los conocimientos técnicos y el adiestramiento clínico deben estar coordinados e integrados».

En estos días —más exactamente el 25 de octubre pasado—, el Consejo de Universidades dictaminó acerca de las Directrices del Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería, dentro de la Reforma de Planes de Estudios iniciada a partir de la *Ley Orgánica de Reforma Universitaria, 11/1983 de 25 de agosto (BOE 1.9.83).* Las Directrices aprobadas por el Consejo de Universidades contemplan un total de 2.700 horas o, lo que es lo mismo, 270 créditos (1 crédito = 10 horas), además de otras e importantes anomalías.

Presentar una Comunicación en unas Sesiones de Trabajo que se celebran cuando la Enfermería aún está en la punta del volcán, obliga a no pasar por alto la problemática actual, porque cualquier otra cosa que se quisiese decir quedaría descalificada según el curso que tomasen los acontecimientos de este momento. Todos deseamos tener la certeza de que esto acabe bien porque, de lo contrario, el retroceso afectaría no sólo a la *Enfermería,* sino también a la *salud* y a la *sociedad.*

La situación actual de incertidumbre esperanzada nos puede ayudar a reflexionar en torno a la *Enfermería* e indirectamente, sobre *salud y sociedad.* Sería interesante poder analizar extensamente cada uno de estos factores, pero aún haciendo sólo un breve examen al primero de ellos, podremos ver cómo hemos aprovechado algunos de los recursos que, durante hace once años, hemos tenido en nuestras manos.

AÑO 1977

De unas Escuelas de A.T.S., dependientes de las Facultades de Medicina, *pasamos a ser Escuelas Universitarias de Enfermería.* Desde antes de la transformación, pero ya previendo la necesidad de ir preparando al profesorado, iniciativas de todo tipo se habían puesto en marcha. Digna de encomio es la que se celebraba en las mismas fechas en que tuvo lugar la transformación: el *Curso de Técnicas Directivas,* llevado a cabo por el Instituto Nacional de Ciencias de la Educación, celebrado entre los días 4 al 28 de julio de 1977 en Madrid, patrocinado por la Sección de Enfermeras del Consejo Nacional. Quienes lo cursábamos recordamos con detalles todas las etapas previas al R.D. de 23 de julio, que marcaba definitivamente nuestra inserción en la Universidad. Con ese R.D. cambiaba el nombre de las Escuelas, algunas dejarían de existir, pero la mayoría se transformaron, aunque personas y locales eran los mismos. Las que no se transformaron, dejaron de funcionar cuando concluyeron la impartición del plan de A.T.S.

AÑO 1978

Los planes de estudio se fueron adecuando paulatinamente a los nuevos planteamientos. Otras actividades se pusieron en marcha, algunas son continuación de las anteriores, como el *Curso de Organización y Dirección Pedagógica de Escuelas de Enfermería,* del Instituto de Ciencias de la Educación en colaboración con el Grupo de Asistencia Pedagógica (GAP), celebrado en Madrid en julio de 1978, también puesto en marcha por iniciativa de la Sección de Enfermeras del Consejo Nacional.

Se comenzó a hablar de los nombramientos de «*maestros de taller*».

Nació una revista de Enfermería: *ROL,* su primer número, julio de 1978, contiene un sugestivo artículo escrito por Roser Tey: ¿A dónde va nuestra Enfermería? Hoy el título podría modificarse: ¿Qué será de nuestra Enfermería?

AÑO 1979

Iniciativas como la creación de *AEED* que —remontando sus raíces a la etapa de la Segunda Comisión Nacional de Estudios, año 1977— celebra sus *Primeras Sesiones* en abril de 1979, con el título monográfico: Formación de Profesorado. Niveles de Enfermería. Estructuración de los Centros de Formación de Enfermería.

AÑO 1980

El *ICE de la Universidad de Navarra* imparte el Programa A.23 «La Docencia en las Escuelas Universitarias de Enfermería» al que asisten, en sucesivas ediciones, un número elevado de docentes.

AÑO 1981

Como los mismos profesores que impartían las enseñanzas a los Diplomados, eran —académicamente hablando— «menos» que los alumnos, para ponerse a «su nivel» tuvieron que cursar y aprobar el *Curso de Nivelación de Conocimientos.* Unos cuantos —todos los docentes enfermeras/os— fueron profesores tutores y alumnos tutorizados, simultáneamente.

AEED celebró las Segundas Sesiones de Trabajo, bajo el título: La formación post-básica en Enfermería.

DESDE 1982...

A medida que pasaba el tiempo, asignaturas y profesores «crecían» al unísono. Algunas Escuelas contaban ya con nombramientos de *Profesores*

Agregados, con la excepcionalidad de no ser —en el caso de enfermeras/os— ni Licenciados ni Doctores, sólo Diplomados.

De pronto llegó la gran solución: la Orden de 7 de febrero de 1984 por la que se convocaron y establecieron las condiciones de realización de las *pruebas de idoneidad* previstas en la Ley Orgánica de Reforma Universitaria, para el acceso a las categorías de Profesor titular de Universidad y de Profesor titular de Escuela Universitaria. A partir de ahí, las Escuelas Universitarias comenzaron a ser «pieza deseada». Unos obtuvieron la plaza por idoneidad, otros por concurso oposición.

Fue aumentando el número de profesores que no eran enfermeras/os; los *cargos de máxima responsabilidad* y representatividad fueron siendo asumidos —en la mayoría de los casos— por personas ajenas a la profesión, aunque muchas veces con un enorme deseo de hacerlo eficazmente.

Comenzaron a convocarse *plazas de Catedráticos* de Escuelas Universitarias a las que en ningún caso pudieron acceder las enfermeras por no poseer el grado de Doctor. Por la misma razón, no pueden tener «plena capacidad investigadora», según regula la L.R.U.

¿Qué ocurrirá en el *ámbito colegial?* Quienes representaban corporativamente la profesión, defendían a ultranza *las funciones* de Enfermería sin pararse a pensar —ni querer escuchar— que una profesión universitaria no precisa delimitar su «marco de funciones» porque eso puede suponer tenderse su propia trampa.

Desde algunos ángulos se comenzó a pedir insistentemente el *Segundo Ciclo de Enfermería;* lo que se deseaba era sensibilizar a Directores de Escuelas, a Rectores de Universidad, pero sólo se conseguía parcialmente al faltar el apoyo y la infraestructura económica que sí poseía y posee la organización colegial, pero en ésta la visión lineal hacia algunos temas parecía oscurecer la capacidad de previsión de otros problemas más importantes, aunque aparentemente menos urgentes, dándose una enorme lentitud en la apertura hacia inquietudes académicas e intelectuales.

De pronto llegó el gran momento: la *Ley de Reforma Universitaria* establecía las pautas para incorporar a España al mundo de la ciencia moderna. Uno de los objetivos era *adaptar el sistema de enseñanza superior a los requerimientos derivados de diversas directivas de la C.E.E.* El Consejo de Universidades clasificó a las profesiones según grupos afines. La Enfermería quedó asignada al Grupo IX, no teniendo grandes cambios a aportar pues la enfermería ya venía sujetándose a la Directiva 77/453 de la C.E.E. desde el año 1977. La euforia —y con razón— iba en aumento, el Subgrupo IX planteó la necesidad del II Ciclo que fue aceptado por el resto del Grupo IX. Numerosas propuestas alternativas siguieron dando la mayoría a la propuesta del *Grupo IX...* Pero todo acabó el 25 de octubre: 270 créditos, áreas de múltiples disciplinas, etc. etc. Y por supuesto: un solo ciclo. Desaliento, rechazo, repulsa... Por fin, el día 21 de noviembre un nuevo im-

pulso a la esperanza, después de ser asumidas por el Ministerio de educación y Ciencia la mayoría de las modificaciones propuestas por el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería, en las que tuvo un papel importante la AEED.

A la espera del texto definitivo de Real Decreto y con la esperanza de lograr lo que es justo y equitativo para la profesión de Enfermería, cabe hacer un análisis conclusivo del breve relato histórico anterior; ser realistas en ese análisis puede ayudarnos a enderezar el rumbo para situaciones futuras.

ANALISIS

En estos once años ¿qué nos ha pasado? ¿cómo hemos empleado nuestros recursos humanos y materiales? Algunas contestaciones:

1. A pesar de contar con una *infraestructura colegial obligatoria* que puede llegar a mover al año más de *500 millones* (500.000.000 de pesetas) —no hay organización colegial más potente, en cuanto a número—, hemos podido comprobar una escasa visión de futuro. Muchos de los problemas actuales se veían venir desde hace muchos años. Desde el plano intelectual y académico era mucho lo que se podía y debía haber hecho.

2. Teniendo una amplia base de profesionales expertos en diversas áreas (hospitalización, radiología, laboratorio, etc.), desde algún amplio sector se gastaron energías para *«guillotinar» las áreas más técnicas* de nuestro trabajo profesional, brindando en bandeja la entrada de otros técnicos, pero de la rama profesional, transformándonos indirectamente —a los ojos de algunos— en otros «técnicos», pero en nuestro caso del cuidado. Fraccionar, regalar parte de contenidos antes de haber consumado la construcción total de nuestro edificio intelectual, supone recortar nuestro campo de acción. Quizá lo que debíamos haber hecho era mantener la totalidad de contenidos para tener mayor fuerza no sólo en cuanto a unidad profesional, sino para forzar la apertura de cauces educativos más extensos, hacia especializaciones, unas con carga más técnica y otras con acento mayor en la parte humanista, porque una y otra no se excluyen, se complementan. La coherencia interna y la cohesión entre los profesionales era la mejor muestra de fuerza ante los poderes públicos. Tanto las especializaciones, como un segundo ciclo, pasaban a ser una consecuencia directa de las necesidades de mejorar una profesión. Ahora, iniciada la fragmentación desde una formación profesional, cabe que quienes desconocen qué es la enfermería le concedan sólo ese reconocimiento de algo más de 1.000 horas teóricas, como así ha sido por parte del Consejo de Universidades.

3. Partiendo de que, en relación al total, son pocas las enfermeras/os dedicadas a la docencia, quizá teníamos que haber mostrado desde el pri-

mer momento una *mayor unidad;* especialmente en todo lo referido a acceder a plazas de Titulares a través de las pruebas de idoneidad y posteriormente de las oposiciones. No se trata de bajar el listón de la enfermería que tiene que estar muy alto, se trata de facilitar, para evitar trabas, obstáculos, que a veces pueden ser fruto de simple carencia de afinidad, que nunca es tal cuando llega a conocerse a la gente, y las ideas que inspiran a cada uno.

4. Contando con que muchos de los cambios de la enfermería vienen, inicialmente, de la mano de los docentes, sería de desear un mayor entendimiento entre éstos y el personal asistencial, evitando todo tipo de dicotomías que desvaloricen al contrario, como si sólo uno pudiese estar en posesión de la verdad. Sólo la *aceptación y el intercambio mutuo* podrán hacernos fuertes como profesión.

ALGUNAS SOLUCIONES

Con la mirada hacia el futuro ¿qué podemos hacer?

Se ha logrado un compás de espera y una propuesta alternativa a la presentada como informe por el Consejo de Universidades, pero el problema aún no está zanjado definitivamente. La pregunta sigue en pie. ¿Qué será de nuestra Enfermería? ¿Podrá ofrecer salud a la Sociedad?

El éxito de gestión del Consejo General de Enfermería y de AEED de estos últimos días, es digno de todo encomio, la seguridad de ser portavoces de *todos* los profesionales ha sido aplastante, sin embargo todos somos conscientes de que conviene mantenerse despiertos, se ha ganado una batalla pero aún no ha concluido «la guerra».

Despiertos en:

1. Seguir poniendo todos los medios para lograr que el Gobierno redacte el Real Decreto según lo solicitado por el Grupo IX, refrendado por la mayoría de propuestas alternativas y apoyado unánimemente por el Consejo General, Directores de Escuelas, y AEED.

2. No emplear medidas de presión que puedan ocasionar un notable deterioro de la profesión. Pero seguir comunicando a todos los medios (TV, radio, prensa, etc.) lo que piensan los profesionales de enfermería y el porqué de su disconformidad. El eco en la TV, ha sido hasta ahora prácticamente nulo, escaso en la radio e insuficiente en la prensa.

3. Buscar el apoyo del ICN. De Organismos Internacionales como la OMS. De asesoras de Enfermería europeas, pero no residentes en España sino representantes de otros países, que muestren la importancia de la enfermería española para el resto de Europa.

4. Mostrar al Gobierno español cómo la enfermería de nuestro país está en condiciones de ser modelo para el resto de Europa, no sólo por el

nivel académico universitario —envidia de la enfermería europea—, sino por la alta preparación profesional. Hacerle ver que reducir el curriculum básico a más de la mitad, la situará por debajo de cualquier país europeo. Esa falta de calidad, consecuencia de la reducción de contenidos, resultará inadecuada para una enseñanza que se imparte en un primer ciclo universitario.

5. Recordar al Gobierno español que, uno de los objetivos de la L.R.U. es: «adaptar el sistema de enseñanza superior a los requerimientos derivados de diversas directivas de la C.E.E.» y, en este caso, la C.E.E. ya había marcado unas líneas directrices que la enfermería española se había adelantado a seguir, con una enorme visión de futuro, desde 1977. Retroceder, no parece lo más adecuado para la política de progreso actual.

6. Mostrar al Gobierno cómo el aplicar excepciones a la L.R.U., en cuanto al número de créditos por año, sólo podría ser rechazado por el colectivo profesional afectado. Si en este caso *ese* colectivo profesional es el que reclama esa ampliación, mejor dicho, es el que unánimemente ha aceptado ese número de horas ya desde hace once años, parece más adecuado mantener ese criterio mediante un acertado acto de jurisprudencia. Precisamente, la excepción justifica la regla. Y en este caso, lo contrario podría ser una actuación «contra-fuero», o «contra derechos adquiridos». Además de que la normativa de la C.E.E. es de rango internacional y la L.R.U. es de ámbito nacional.

7. Sugerir al Consejo de Universidades que al igual que en el art. 35 aprt. 1. se indica que «podrá determinar las áreas de conocimientos específicas de las Escuelas Universitarias *en las que sea suficiente el título de Diplomado»,* se contemple una formulación similar respecto al *período lectivo,* que en el caso de la enfermería debería sobrepasar los nueve meses.

8. Mostrar al Gobierno español la importancia de la investigación y la docencia para el progreso de una profesión, de la que depende el nivel de salud de la población española. Y la investigación y docencia sólo se lograrán correctamente manteniendo el curriculum actual con ciclo terminal, pero abriendo la carrera hacia un segundo ciclo.

9. Exponer al Gobierno Español que una posible apertura hacia un segundo ciclo no debe originar preocupación por posibles avalanchas de candidatos, ni por convalidaciones masivas. Un segundo ciclo debe tener el grado de dificultad propio de una Licenciatura, y la extensión horaria suficientemente alta, como para que sólo lo cursen quienes puedan cubrir esos requisitos. Además la Licenciatura no tiene por que modificar los puestos de trabajo que, en principio, una inmensa mayoría están perfectamente bien cubiertos con una enfermería básica.

10. Utilizar los medios económicos de los que dispone la Organización Colegial para sensibilizar a la opinión pública, a través de alguna campaña televisiva, anuncios, etc., donde pueda verse el fracaso de la medicina —y en

consecuencia de la atención de salud— si la enfermería no avanza al unísono.

11. Seguir trabajando intensamente y bien con la certeza de que este tratamiento injusto, hacia una profesión que sirve a la SALUD y a la SOCIEDAD, no puede prosperar.

12. Mantener la unidad de todos los profesionales, con una coherencia interna de respeto a opiniones diversas, que se manifieste en las actitudes exteriores. Se trata de tener unidad en lo esencial.

13. Reflexionar sobre lo mucho que durante estos once años se ha realizado en la Enfermería, y saber rectificar los errorer, que siempre los hay, sabiendo que «rectificar es de sabios».

CONCLUSION

Acabaré con palabras de Doris Krebs pronunciadas hoy hace once años y referidas a la educación de Enfermería en España, mantienen toda su vigencia y autoridad:

> «No es fortuito que se hable de Escuelas de *Enfermería* y no de *Enfermeras.* Significa el reconocimiento que para ejercer como enfermera es necesario dominar un cuerpo de conocimientos llamado Enfermería. Es ahí donde veo lo trascendental de la integración a la Universidad y de ahí se desprende la importancia de ofrecer un plan de estudios que traduzca este conceptgo al formar a las futuras enfermeras. Estas futuras enfermeras deben quedar capacitadas para *contribuir con algo propio, único, a la atención de salud de los españoles* (...). Este cambio de orientación (...) requiere de un *estudio permanente y profundo, requiere de mentes abiertas y flexibles, requiere de personal docente seguro de sí mismo* para que pueda no sólo aceptar el cambio sino impulsarlo con gran imaginación y, porqué no decirlo, también de audacia».

Por mi parte concluir con el agradecimiento, pienso que de todos los profesionales, hacia quienes con imaginación y audacia han sabido impulsar el cambio, no sólo en la última etapa sino a lo largo de todos los once años transcurridos.

Y la petición y el deseo hacia todos, pero especialmente a quienes ostentan cargos corporativos, docentes y/o asistenciales (Presidentes, Directores, etc.) de que nadie olvidemos nuestra condición de servidores de una profesión, de la que no debemos servirnos nunca para intereses personales sino «servirla», para lograr que la Enfermería sí pueda ofrecer Salud a la Sociedad.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

Documentos de Enfermería. Enfermería y Universidad. Diciembre, 1977. Ed. EUNSA. Pamplona, 1979.

UNDECIMA COMUNICACION

EVOLUCION DE LA LEGISLACION EN LA ENFERMERIA DE EMPRESA

Ramón Camaño Puig
Andrés Cuesta Zambrana
Amparo Benavent Garcés
Profesores E. U. Enfermería del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia.

Montse Pérez Carmona
Pilar López Soriano
M.ª Carmen Campayo López
Rubén Ferrer Legua
Alumnos E. U. Enfermería de la Universidad de Valencia

EVOLUCION DE LA LEGISLACION EN LA ENFERMERIA DE EMPRESA

La realización de este trabajo pretende obtener una visión evolutiva de los Servicios Médicos de Empresa en España, y dentro de ellos exclusivamente lo referido a la enfermería. Todo esto visto desde la perspectiva de la legislación, tanto la derogada como la vigente, planteándonos al final, si ésta responde a las necesidades actuales o no.

Inicialmente obtuvimos datos en empresas situadas en nuestro entorno. Las cuales nos facilitaron la legislación vigente y aquellos reglamentos que la complementan. Completamos esta recogida de información con la búsqueda del resto de datos en los archivos de la Biblioteca Municipal de Valencia, en la Biblioteca de la Universidad Literaria, y dependencias del Ministerio de Trabajo, Gabinete de Seguridad e Higiene de la Empresa.

A partir de los datos obtenidos inicialmente fuimos profundizando en el tiempo de manera retrospectiva analizando las legislaciones y obteniendo datos acerca de otras que afectaban y modificaban las legislaciones primeramente obtenidas.

Comentamos a lo largo de este trabajo solamente aquellos aspectos que afectan tanto en su evolución como actualmente a la figura de la enfermería. El conjunto de las legislaciones obtenidas las adjuntamos al final del presente trabajo como bibliografía consultada.

Comenzaremos por hacer un análisis de contenidos referidos exclusivamente a enfermería de empresa y a otros que consideramos importantes para su comprensión evolutiva.

La última referencia legislativa, en materia de salud laboral, que encontramos remontándonos en el tiempo, es la Ley de Accidentes de Trabajo,

de 4 de julio de 1932, la cual no hace ninguna mención del personal de enfermería.

La siguiente referencia corresponde al reglamento que desarrolla la ley anteriormente mencionada.

Posteriormente no hay una nueva mención de aspectos sanitarios en el terreno laboral hasta la:

Orden 1 de Enero de 1955.

Por la que se aprueban las condiciones de trabajo de las enfermeras y personal sanitario no titulado, que intervengan en la asistencia de los obreros accidentados en el trabajo.

Art. 2.º El ingreso de las enfermeras y demás personal auxiliar sanitario será resuelto libremente por la dirección de la entidad.

Art. 3.º El personal a que se refieren las presentes normas es el siguiente:

1.º Enfermeras.

2.º Personal auxiliar sanitario no titulado:

a) Ayudante sanitario
b) Técnico de laboratorio
c) Técnico de radiología.

De todos los artículos de esta orden y de éstos en especial se desprende la existencia de personal de enfermería y de otros en los Servicios Médicos de Empresa. Hace la distinción de personal titulado y no titulado.

No podemos hablar en este marco de las condiciones que debían de reunir las empresas para la contratación de este personal, ni de los requisitos que debían cumplir las enfermeras o el resto del personal sanitario, para ser contratadas por las empresas.

Vemos que en esta orden se tratan solamente los aspectos remunerativos del personal de enfermería y auxiliar, por lo que nos hace pensar que este personal debía de estar amparado en un marco legislativo posterior a nuestra guerra civil, aunque no ha sido posible encontrarlo por la desaparición de las fuentes de investigación en las instituciones que visitamos para ello.

Decreto 21 de Agosto de 1956:

Por el que se organizan los Servicio Médicos de Empresa.

Se especifican las condiciones que deben de reunir las empresas para organizar los Servicios Médicos de Empresa y las funciones que estos deben cumplir. No especificando los requisitos de admisión de ningún tipo de profesionales.

Orden 22 de Diciembre de 1956:

Por la que se aprueba el reglamento de los Servicios Médicos de Empresa.

La aprobación de este reglamento supone una ampliación del decreto de fecha 21 de Agosto de 1956. En él se especifican los requisitos que deben reunir los médicos para el trabajo en las empresas.

Aunque no hace alusión directa al personal de enfermería ni a otro personal. Podemos entender por las alusiones que se realizan en el Art. 47 y Art. 51 que éste debía de existir aunque no hemos encontrado legislación que así lo diga.

Art. 47; En ausencia del médico del seguro encargado de la asistencia, el de empresa es responsable de la primera cura o prestación de auxilio al obrero accidentado o inesperadamente enfermo durante su trabajo. Para esto organizará el servicio de modo que pueda ser suplida su actuación por el personal auxiliar sanitario de que se disponga, según la jornada de trabajo de la empresa.

Art. 51; De acuerdo con el técnico de seguridad, el médico de empresa seleccionará y preparará los obreros precisos para la práctica de auxilios de la mayor urgencia como aquellos que requieren los electrocutados, ahogados, intoxicados por súbitos desprendimientos de gases o vapores o víctimas de explosiones o incendios, etc.

Decreto 10 de Junio de 1959:

Reorganiza Servicios Médicos de Empresa. Deroga el decreto de 21 de Agosto de 1956 y la Orden de 21 de Diciembre de 1956.

Constituye una nueva redacción de las órdenes y reglamentos anteriores, no introduciendo modificaciones importantes. Sólo merece destacar;

Art. 2. Las empresas con plantilla superior a mil trabajadores organizarán obligatoriamente los Servicios Médicos de Empresa con el personal médico y auxiliar sanitario que reglamentariamente se determine en consideración a las características y condiciones de su trabajo y de la organización del mismo, etc.

Art. 3. Las empresas de plantilla superior a cien trabajadores e inferior a mil deberán constituir en plazo de un año agrupaciones para el establecimiento de servicios médicos de empresa, con los fines y funciones establecidos en el artículo primero, etc.

Este artículado hace mención a la existencia de personal de enfermería y auxiliar, pero a lo largo de todo el decreto no se desarrolla ningún punto

relativo a estos componentes del Servicio Médico de Empresa, lo cual nos impide conocer cuáles son las condiciones de acceso al puesto de trabajo así como las condiciones que debían reunir las empresas para su dotación. Lo que nos hace suponer que todas las condiciones eran de libre designación por parte de la empresa.

En este decreto a su vez se amplían las funciones médicas pero no plantean en absoluto las funciones de enfermería, lo que nos puede indicar que las consideraban contempladas dentro de las funciones médicas, y por lo tanto a este personal, como personal dependiente del médico.

Orden 21 de Noviembre de 1959:

Servicios Médicos de Empresa. Reglamento.

Este reglamento viene a contemplar y desarrollar la orden de 10 de Junio de 1959.

Aparece por primera vez en este reglamento la figura del Ayudante Técnico Sanitario.

Art. 3. La condición de médico de empresa, de Ayudante Técnico Sanitario de Empresa y de Enfermera de empresa se reconocerá a los profesionales facultativos o auxiliares en posesión del correspondiente Diploma de aptitud expedido por la escuela nacional de medicina del trabajo.

Art. 5. Todas las empresas con plantilla superior a mil trabajadores, están obligadas a organizar los Servicios Médicos de Empresa, con el personal médico y auxiliar sanitario que se determine en este reglamento, en proporción a la población trabajadora respectiva.

Art. 23. Los servicios de una sola empresa dispondrán, cuando menos, de un Practicante o Ayudante Técnico Sanitario, masculino o femenino, por cada mil o fracción de mil productores, incrementándose si fuera preciso por la organización del trabajo en el número suficiente para garantizar la asistencia de urgencia en cualquier momento.

En estos artículos se determina la necesidad de que haya personal de enfermería en unas determinadas empresas que cumplan unos requisitos específicos.

En los posteriores artículos en lo que se refiere a personal de enfermería, encontramos que están descritos los cursos de formación y obtención de titulaciones, así como las normas de designación de los puestos de trabajo.

Se establecen en otros artículos unas mínimas normas éticas:

Art. 42. El personal de los Servicios Médicos de Empresa queda obligado por el secreto profesional a no revelar ninguno de los datos conocidos

en el cumplimiento de las misiones que le son confiadas, exceptuándose los relacionados con la salud del personal o con los riesgos hallados, siempre que de ello se derive un bien individual o social evidente.

Este contexto no lo consideramos procedente para la promulgación de códigos éticos profesionales.

Se expone a su vez alguna de las tareas de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, en el art. 53, párrafo 3, siendo esta la primera alusión que se hace a un determinado trabajo, como competencia propia de los profesionales de enfermería.

Art. 53. Para la atención de los enfermos ambulatorios los médicos de las empresas autorizadas señalarán una hora más al día fuera de la jornada ordinaria de trabajo, al comenzar o terminar la misma los medicamentos inyectables recetados por el médico de empresa o por el médico de familia del seguro obligatorio de enfermedad serán aplicados por los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa en régimen similar.

Art. 54. (párrafo 2) Al efecto el médico de empresa organizará el servicio de modo que pueda ser suplida su actuación por el personal auxiliar sanitario de que disponga, según el régimen de trabajo de la empresa, debiendo acudir a ella cuando sea necesario, aun fuera de su horario normal.

Este artículo no tiene desperdicio, pues siempre ha habido planteamiento por parte de los médicos de que su función es única e irreemplazable, no comprendemos como se les pudo meter este gol.

A continuación pasamos a llamar la atención, en este mismo Reglamento, sobre los aspectos crematísticos, nos encontramos en el Art. 89 aspectos relacionados con la remuneración de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y Enfermeras, cuya redacción quedó establecida como sigue:

Art. 89. Los médicos de Empresa percibirán como remuneración mínima la correspondiente a los Técnicos Titulados superiores de las empresas en que presten sus servicios, correspondiendo a los Ayudantes Técnicos Sanitarios, masculinos y femeninos, la de los Técnicos Auxiliares o Ayudantes Técnicos, y disfrutando ambos grupos de titulados de todos los beneficios concedidos a este personal por las reglamentaciones de trabajo vigente y las costumbres establecidas.

Las enfermeras de empresa percibirán, al menos, el 70 por 100 de las remuneraciones correspondientes a los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

No comprendemos esta situación en la que a las enfermeras se les paga el 70 por 100 de la nómina de los A.T.S., pues su título fue convalidado en estos momentos a todos los efectos por los de A.T.S. quedando con las mismas obligaciones que estos últimos.

A partir de aquí no encontramos ninguna nueva legislación que haga referencia a la enfermería y personal auxiliar, encontrando sin embargo algunas rectificaciones de artículos del reglamento del 21 de noviembre de 1959, destacando:

Orden 28 de Marzo de 1962:

Servicios Médicos de Empresa. Nueva redacción al Art. 53 de su Reglamento.

Art. 1.º El Art. 53 de la Orden de 21 de noviembre de 1959 quedará redactado como sigue:

Art. 53:
II. De las condiciones establecidas para las empresas.
Apartado c) La atención de los obreros por los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa para la aplicación de inyectables recetados por los médicos del seguro obligatorio de enfermedad o los médicos de empresa, así como la práctica de curas de afecciones no debidas a accidentes de trabajo, serán reguladas de modo que los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa puedan realizar debidamente sus funciones.
Apartado d) Se convendrá mediante acuerdo con el personal sanitario, las remuneraciones complementarias que han de recibir por esta actividad.

Se realiza una ampliación de las tareas de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, permaneciendo invariables todos los demás aspectos.

Para cubrir el déficit legislativo, el Ministerio de Trabajo redacta unas circulares para su aplicación en las empresas basadas en el Decreto 1.036/1959 de 10 de Junio y 21 de Noviembre de 1959. Recogemos como primer ejemplo la publicada en el mes de Julio de 1964. Por el que se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa.

CIRCULAR DE ORIENTACIONES TECNICAS DE CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO POR LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA Y PERSONAL SANITARIO DE LOS MISMOS.

Esta circular expone las funciones reglamentarias de los Servicios Médicos de Empresa especificando los horarios de trabajo y el cumplimiento de jornadas laborales en función del número de productores de la empresa, pasando a hablar sobre las remuneraciones que deben percibir todos los componentes de dicho servicio.

En el desglose que se realiza de las funciones, encontramos sólo tareas a cumplir por los Servicios Médicos de Empresa.

Cinco años más tarde, concretamente en octubre de 1969 encontramos otra publicación:

NORMAS Y MODELOS DE APLICACION Y USO POR LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA.

A destacar: el establecimiento de las normas para la provisión de las plazas de personal sanitario vacantes en los Servicios Médicos de Empresa, así como la elección de personal sanitario y modalidad de propuestas de nombramiento. Realizando un desarrollo pormenorizado de los puntos del reglamento en el que se basan. A su vez da normas para el desarrollo de un Reglamento de régimen interno en las empresas.

Posteriormente aparece:

LAS FUNCIONES DE LOS AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE EMPRESA.

Edita e imprime el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Colección Jurídica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Realizadas por el Dr. D. Mario Huerta Huerta, Inspector Médico de la Organización de los Servicios Médicos de Empresa. Nueva reproducción.

En este documento deja patente que hasta la fecha no se habían regulado las funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Considerando esta ausencia de regulación como un acierto del legislador, el cual había «concebido los Servicios Médicos de Empresa formando una unidad indivisible, y estimando que la distribución de funciones entre Médico y Ayudante Técnico Sanitario, es una cuestión de orden interno que debe fijarse en cada servicio según sus peculiares circunstancias».

Comentar que desde el momento de la emisión por las Cortes y su votación mediante Referéndum de la Constitución Española por el Pueblo, el ensayo literario que realiza el autor de este proyecto queda sin sentido al ser su emisión posterior a este evento, ya que la Constitución sanciona en su art. 36, la necesidad de una Ley para regular las funciones de todo profesional.

Este documento contiene múltiples aspectos que serían merecedores de nuestro comentario, pero sólo vamos a exponer un cuadro contenido en él, que podría servir de orientación sobre todo lo que aquí se expone, no necesitando más explicaciones.

FUNCIONES DEL MEDICO Y A.T.S. DE EMPRESA

ESQUEMA - BASE

MEDICO DE EMPRESA	AYUDANTE TECNICO SANITARIO
Lo general	Lo particular
Lo abstracto	Lo concreto
Lo difícil	Lo fácil
Lo complejo	Lo simple
Interpretación de los hechos	Los hechos en sí
La síntesis	El análisis
El futuro - preveer	El presente = ver
Valorar datos	Recoger datos
Deductivo	Intuitivo
Pensamiento	Acción
Directivo	Ejecutivo

No volviendose a emitir ningún otro documento en relación con los Servicios Médicos de Empresa.

CONCLUSIONES

Tras la revisión de los datos recogidos verificamos la no existencia de relación entre la enfermería de empresa desde el punto de vista legislativo y la evolución que estos profesionales han sufrido desde su aparición en la empresa.

No hay paralelismo entre el profesional de enfermería y la figura de A.T.S. que aparece descrita en el reglamento. Aunque se han hecho esfuerzos a través de las Circulares de Orientaciones Técnicas para intentar amoldar la figura teórica anteriormente existente a la realidad profesional actual. Estos esfuerzos a través de las circulares pensamos que más que clarificar han contribuido a la confusión entre los profesionales.

Queda demostrado la necesidad de un nuevo marco legal, en el que se recoja la realidad existente con una perspectiva progresista, pero esto es necesario hacerlo lo más rápidamente posible para adaptarlo a esa realidad, considerando el desfase existente, contando con la participación de profesionales de todos los ámbitos de la enfermería, y no de otros.

BIBLIOGRAFIA

Decreto 12 de Octubre 1932. Ministerio de Trabajo y Previsión. Legislación de accidentes de trabajo en la industria.

Decreto 2 de Febrero 1933. Reglamento de la Ley de accidentes de trabajo de la industria.

Orden 1 de Enero 1955. Se aprueban las condiciones de trabajo de las enfermeras y personal auxiliar sanitario, no titulado que intervengan en la asistencia de obreros accidentados en el trabajo.

Decreto 21 de Agosto 1956. Se reorganizan los Servicios Médicos de Empresa.

Orden 22 de Diciembre 1956. Se aprueba el reglamento de los Servicios Médicos de Empresa.

Orden 21 de Noviembre 1959. Servicios Médicos de Empresa. Reglamento.

Orden 9 de Diciembre 1959. Servicios Médicos de Empresa. Rectifica erratas de la orden 21 de Noviembre 1959.

Decreto 10 de Junio 1959. N.º 1.036/1959. Reorganiza Servicios Médicos de Empresa.

Orden 28 de Marzo 1962. Servicios Médicos de Empresa. Nueva redacción al artículo 53 de su Reglamento.

Orden 15 de Diciembre 1962. Servicios Médicos de Empresa. Modifica artículo 20 de su reglamento.

Formulario de parte de accidentes.

Circular de orientaciones técnicas de cumplimiento obligatorio por los Servicios Médicos de Empresa y personal sanitario de los mismos. Funciones reglamentarias, horarios de trabajo y remuneraciones. Madrid, Julio 1964.

Las funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios de Empresa. Madrid, Abril 1967, nueva reproducción, Mayo 1985.

Normas y modelos de aplicación y uso por los Servicios Médicos de Empresa. Madrid, Octubre 1969.

Funciones de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Abril 1969, nueva reproducción en 1985.

Decreto de 27 de Junio 1952. Unificación de los planes de estudio de practicantes, enfermeras y matronas.

DUODECIMA COMUNICACIÓN

¡EL USUARIO OPINA!

Estudio estadístico sobre la calidad de atención de enfermería en un servicio de Consultas Externas

M.ª Nieves Fernández-Crehuet Navajas
M.ª Carmen Corral Rubio
M.ª del Mar Fernández-Crehuet Navajas
Rosa M.ª Fernández-Crehuet Navajas
Justa Lafuente Lorca
Diplomadas en Enfermería
GRANADA

¡EL USUARIO OPINA!

Introducción.

Según la OMS hay que considerar tres conceptos que deben condicionar la puesta en marcha de un sistema de atención sanitaria. Estos son:

«1.— *Demanda:* Comportamiento mediante el cual un individuo o una comunidad busca remedio a sus necesidades de salud (...).

2.— *Necesidades:* Se trata de la estimación, realizada por los profesionales en salud; según el estado de los conocimientos científicos, de los recursos disponibles, de los efectivos y la cantidad de prestaciones necesarias, para asegurar un nivel óptimo en los cuidados de salud.

3.— *Oferta:* Es la respuesta adecuada en razón a los recursos disponibles (optimización de recursos)».

Siguiendo a D. OREM ; «la enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración de modo continuo para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos».

Hoy en día la demanda, por parte del individuo o comunidad no se ciñe únicamente al ámbito biológico y de cuidados de su enfermedad; sino que cada vez más se acentúa la necesidad (sin olvidar lo anterior) de recibir un trato más humano, más personalizado, que considere también la

esfera psicológica, moral y social del individuo o grupo. Y que conlleve la enseñanza y la aceptación de hábitos más sanos por parte de los mismos, que sean capaces de proteger y fomentar su nivel de salud.

Como enfermeras, somos conscientes del esfuerzo que a diario realizamos para dar una atención individual y a la vez integral de nuestro cliente.

Pero, poniéndonos en lugar del otro, del paciente; nos parece que aún estamos lejos de prestar esa atención que el usuario nos demanda y que todos deseamos ofertar.

Material y métodos.

Este estudio se realizó mediante una encuesta, confeccionada por nosotros (ANEXO I), y que consta en cuatro partes:

1.— Identificación del entrevistado: recoge una serie de factores personales o sociales como estado civil, edad, sexo, nivel cultural, si vive en el medio rural o urbano, o si es la primera visita, sucesiva o revisión (considerando en este grupo a aquellos que han estado hospitalizados y una vez dados de alta deben venir por las consultas externas para su seguimiento).

2.— A continuación se realizan una serie de preguntas que pretenden detectar los posibles problemas derivados de la organización hospitalaria.

3.— El apartado tercero valora el grado de información al usuario.

4.— Por último, el grupo que hemos denominado «humanización» nos identifica si la prestación de nuestros cuidados son personalizados e integrales. Así como el reconocimiento social de la enfermería.

La encuesta se ha pasado a 300 enfermos, elegidos al azar, que asistían al servicio de consultas externas del Centro de Rehabilitación y Traumatología de la Ciudad Sanitaria «Virgen de las Nieves» de Granada.

Este servicio consta de diez consultas repartidas en las siguientes especialidades: seis de traumatología, una de cirugía maxilo-facial, una de cirugía plástica, una de neurología y una de neurocirugía.

De esta manera nuestro estudio tiene una doble aplicación. Primero describir la población que demanda el servicio que oferta nuestras consultas externas; caracterizando con detalle la población en cuanto a edad, sexo, y demás variables que después veremos. Esta primera orientación, que para nosotros no fue la fundamental tiene un gran interés a la hora de adecuar la necesidad, la demanda y la oferta, como preconizan las actuales líneas directrices para APS .

La segunda aplicación, que fue la que motivó el diseño de este trabajo, como profesionales de la enfermería es el reconocimiento del papel que

que ésta desempeña en la sociedad, así como la valoración, por parte del cliente, de la calidad de los cuidados prestados.

El estudio se ha realizado durante el trimestre marzo-mayo de 1988. De lunes a viernes, desde las 11 a las 13 h., ya que son las de mayor afluencia de pacientes.

Una vez realizadas dichas encuestas, confeccionamos un protocolo (ANEXO 2) para poder introducir las respuestas en un ordenador tipo OLIVETTI M-24 disco duro para su tratamiento estadístico y epidemiológico por el programa S.P.S.S. del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga (Prof. J. Fernández-Crehuet).

Como ya hemos comentado, la muestra fue de 300 pacientes: 159 varones (53 %) y 141 hembras (47 %). De los cuales el 48,7 % eran solteros, el 47,7 % eran casados y el 3,7 % viudos. El 51 % viven en el medio rural y el 49 % en el urbano.

Asistían por primera vez a nuestro servicio el 36,3 %, en consulta sucesiva el 30 % y de revisión (que asisten a consulta tras un período de hospitalización) el 33,7 %.

- < 20 años..... 29,6 %
- 21-22 años..... 34,6 %
- 41-60 años..... 24,7 %
- > 61 años..... 11,0 %

Con respecto al nivel socio-cultural, hemos agrupado a los profesionales en seis categorías; cuyos porcentajes en nuestro estudio han resultado ser los siguientes:

1. Agricultura, pesca y ganadería..... 10,3 %
2. Comercio, transportes, servicios públicos, construcción. 27,3 %
3. Profesionales con estudios técnicos de grado medio..... 3,7 %
4. Profesionales con estudios de grado superior..... 0,7 %
5. Estudiantes y amas de casa..... 52,7 %
6. Parados sin profesión definida y pensionistas..... 5,3 %

Resultados.

Los resultados obtenidos los valoraremos en dos aspectos:

I.— Estudio Descriptivo.
II.— Estudio Analítico.

I.— ESTUDIO DESCRIPTIVO

Los porcentajes obtenidos en nuestro estudio han sido los siguientes:

A.— Estructura hospitalaria.

Cuestión	*Frecuencia*	*Porcentaje*
1. Tiempo de espera.		
• < 1 hora.	100	33,3 %
• una hora.	85	28,3 %
• dos horas o más.	115	38,3 %
2. Causa del retraso.		
• Consideran que *no han esperado* para entrar.	97	32,3 %
• Consideran que *han esperado.* La causa ha sido:	203	67,6 %
• hay muchos pacientes delante.	125	61,5 %
• no comienza la consulta.	28	13,8 %
• no encuentra la historia.	6	2,9 %
• no han recibido las pruebas.	9	4,4 %
• no llama la enfermera.	8	3,9 %
• no lo sé.	18	8,8 %
• otras causas.	9	4,4 %
3. ¿La consulta le ha parecido bonita?		
• Sí.	222	74,0 %
• No.	68	22,7 %
• No sabe.	10	3,3 %
4. ¿La enfermera le ha inspirado confianza?		
• Sí.	209	69,7 %
• No.	38	12,7 %
• No sabe.	53	17,7 %
5. ¿Ha necesitado otras pruebas que le han obligado a venir al hospital con demasiada frecuencia?		
• Sí.	123	41,0 %
• No.	164	54,7 %
• No pruebas.	13	4,3 %

6. ¿Cree que los servicios están bien coordinados?		
• Sí.	129	43,0 %
• No.	123	41,0 %
• No sabe.	48	16,0 %

B.— Información.

Cuestión	*Frecuencia*	*Porcentaje*
1. ¿Ha encontrado problemas para encontrar la consulta?		
• Sí.	53	17,7 %
• No.	247	82,3 %
2. ¿Se le informó sobre		
• la enfermedad?		
• Sí.	186	62,0 %
• No.	114	38,0 %
• los cuidados que requiere?		
• Sí.	203	67,7 %
• No.	97	32,3 %
• las instalaciones hospitalarias?		
• Sí.	40	13,3 %
• No.	260	86,7 %
• la estructura de la Seguridad Social?		
• Sí.	13	4,3 %
• No.	287	95,7 %
3. ¿Ha comprendido las explicaciones?		
• Sí.	246	82,0 %
• No.	54	18,0 %
4. Información sobre exploraciones complementarias.		
• Sí.	216	72,0 %
• No.	70	23,3 %
• No precisan.	14	4,7 %
5. ¿Tiene miedo a la realización de las mismas?		
• Sí.	63	21,0 %
• No.	223	74,3 %
• No precisan.	14	4,7 %

C.— Humanización

Cuestión	*Frecuencia*	*Porcentaje*
1. ¿Piensa que la enfermera se interesa por usted?		
• Sí.	198	66,0 %
• No.	97	32,3 %
• No sabe.	5	1,7 %
2. ¿Ha demostrado comprensión y consideración?		
• Sí.	176	58,7 %
• No.	110	36,7 %
• No sabe.	14	4,7 %
3. ¿Se ha parado a escucharle?		
• Sí.	166	55,3 %
• No.	130	43,3 %
• No sabe/no contesta.	4	1,3 %
4. ¿Qué cualidad destacaría?		
• No destacan cualidad.	91	30,3 %
• Destacan cualidad.	209	69,6 %
Estas son:		
• Habilidad técnica.	36	17,2 %
• Interés personal.	72	34,4 %
• Información	59	28,2 %
• Coordinación de citas.	42	20 %
5. ¿Piensa que la enfermera podría hacer más?		
• Sí.	63	21,0 %
• No.	176	58,0 %
• No sabe.	61	20,3 %

II.— ESTUDIO ANALITICO

En la segunda parte de nuestro trabajo, hemos cruzado las distintas variables contempladas en el Estudio Descriptivo para identificar las posibles significaciones estadísticas. De esta forma podemos profundizar con detalle, en cómo la población dependiendo de su edad, sexo, nivel cultural, etc.; tiene conceptos diferentes para evaluar la bondad de nuestra oferta sanitaria.

Según el programa estadístico SPSS, fueron cruzadas todas las variables frente a todas; pero, por problemas obvios de espacio, nos vamos a limitar a comentar aquellos cruces que han resultado significativos o los que, sin serlo, puedan merecer algún comentario.

Así, podemos afirmar:

1.— Los pacientes que deben esperar una hora o más para entrar a consulta, piensan que los servicios sanitarios no están bien coordinados.

2.— El tiempo de espera superior a una hora provoca un sentimiento de desconfianza e indiferencia por parte del usuario hacia la enfermera. Así mismo, no se evidencian cambios de actitud dependiendo del número de visitas al hospital.

3.— Nos preguntábamos si el ser varón o hembra influiría a la hora de valorar la calidad de nuestra oferta.

A este respecto, podemos afirmar que ninguno de los cruces realizados han sido significativos.

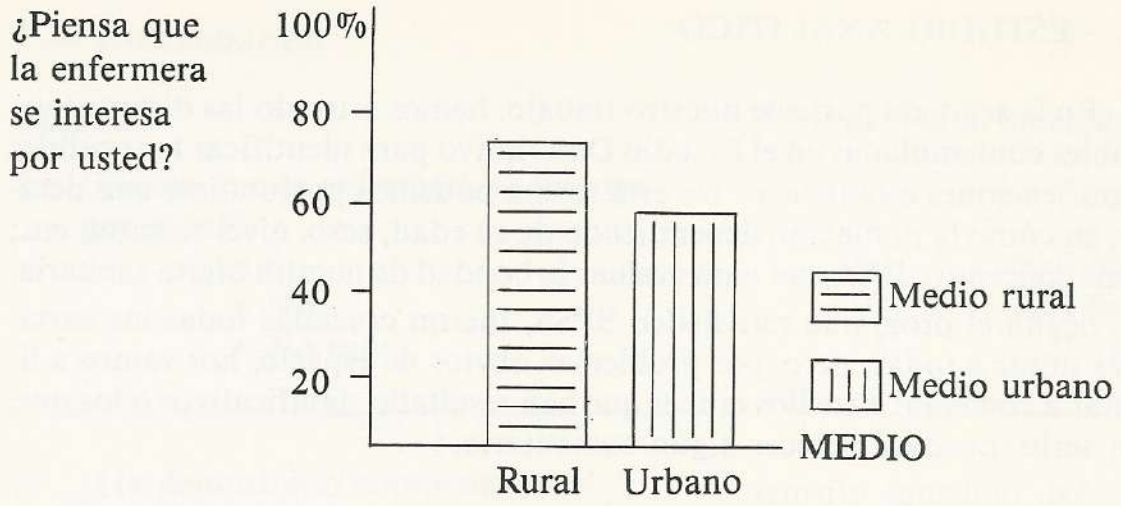
Por tanto, la calificación de trato humano o personalizado no está en relación con el sexo.

4.— Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar el concepto que tienen los pacientes provenientes del medio rural o urbano, sobre la calidad humana de los servicios. Teniendo la población rural una opinión más positiva a la hora de calificar nuestra asistencia ($p = 0{,}0087$) (Gráfica 1).

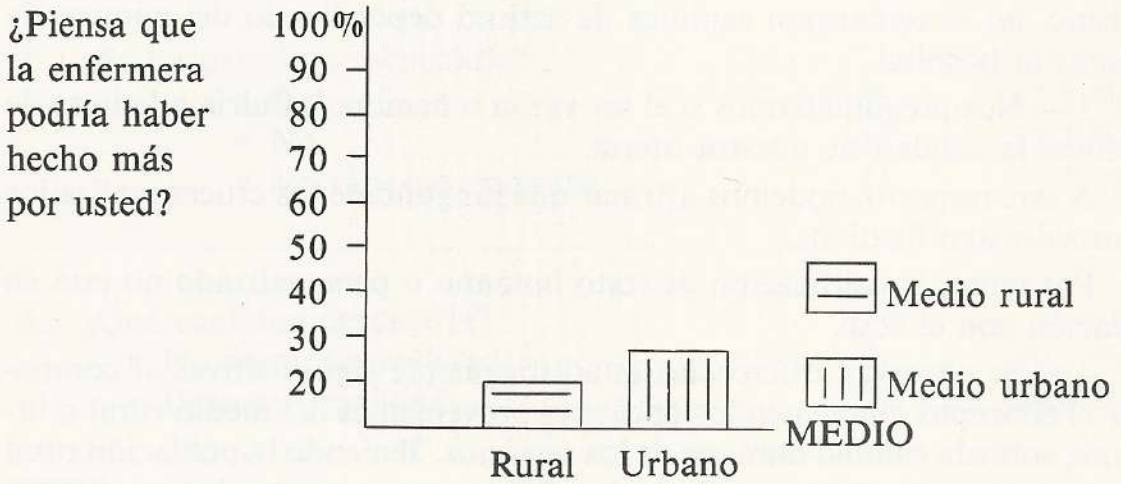
En cuanto a si la enfermera se ha parado a escucharle, informarle, orientarle y si considera que la enfermera podría haber hecho algo más, se igualan los criterios (Gráfica 2).

5.— Los pacientes que vienen en visita sucesiva piensan, en su mayoría, que los distintos servicios no están bien coordinados. Siendo más favorable el criterio en los que vienen a revisión (los que han estado hospitalizados y son seguidos en nuestro servicio).

6.— Nos preguntábamos si la valoración, por parte del cliente, de nuestra oferta en el cuidado del aspecto psico-social del mismo se vería influenciado por el número de viaitas que realiza al hospital. Hemos observado que los que vienen a revisión (es decir, han estado hospitalizados) opinan mayoritariamente que la enfermera se interesa por ellos.



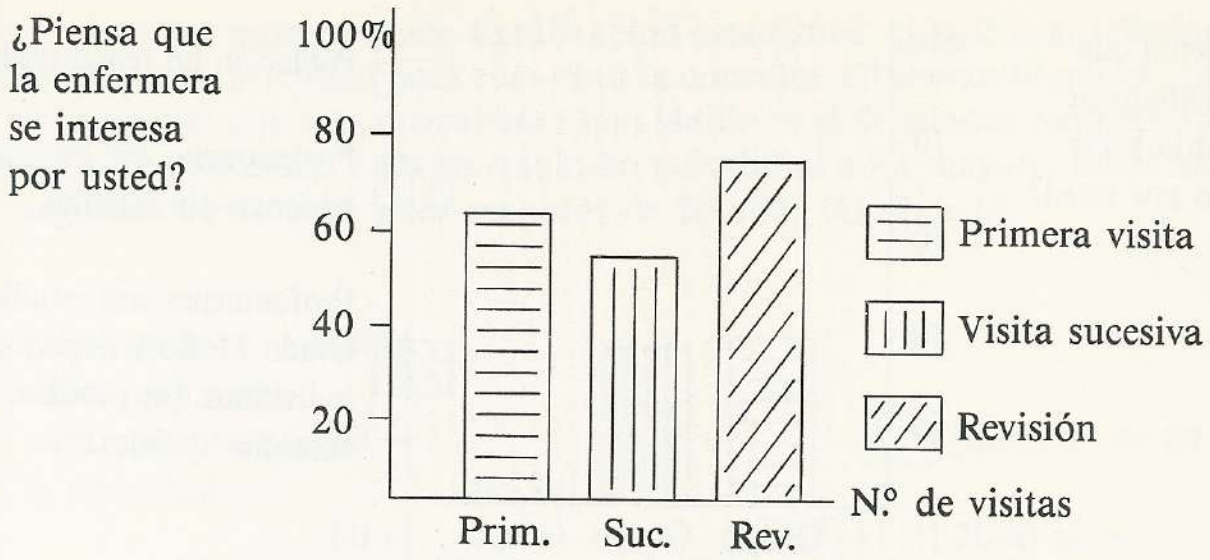
Gráfica 1. Se representa el porcentaje de respuestas afirmativas.



Gráfica 2. Se representa el porcentaje de respuestas afirmativas.

Mientras que los que asisten en visita sucesiva afirman todo lo contrario (Gráfica 3).

En el resto de las cuestiones referentes a este punto no hemos detectado diferencias estadísticas significativas.



Gráfica 3. Se representa el porcentaje de respuestas afirmativas.

7.— Al reagrupar la muestra según su profesión en las siguientes categorías:

A — Población no remuneradas (amas de casa y estudiantes).

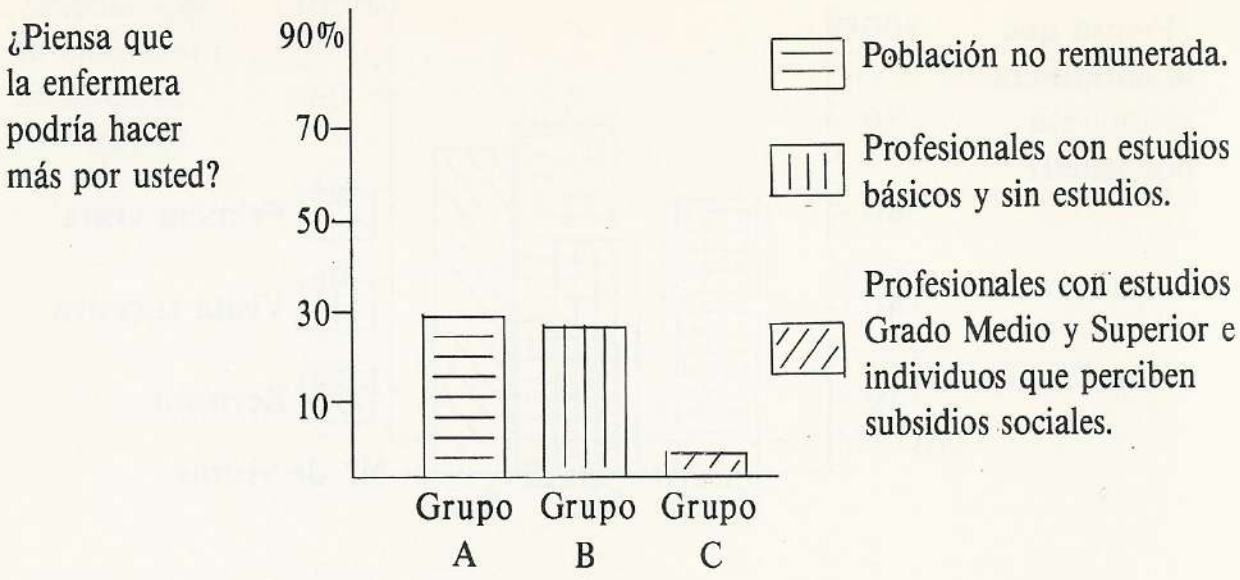
B — Profesionales con estudios básicos y sin estudios (comercio, transportes, servicios públicos, construcción, agricultura, pesca, ganadería).

C — Profesionales con estudios técnicos de grado medio y estudios de grado superior; e individuos que perciben subsidios sociales (parados sin profesión definida y pensionistas) observamos una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en la valoración que estos grupos hacen de las funciones de enfermería.

Así, podemos afirmar, que la población con un trabajo no remunerado (grupo A) piensa, mayoritariamente, que la enfermera podría haber hecho más por ellos.

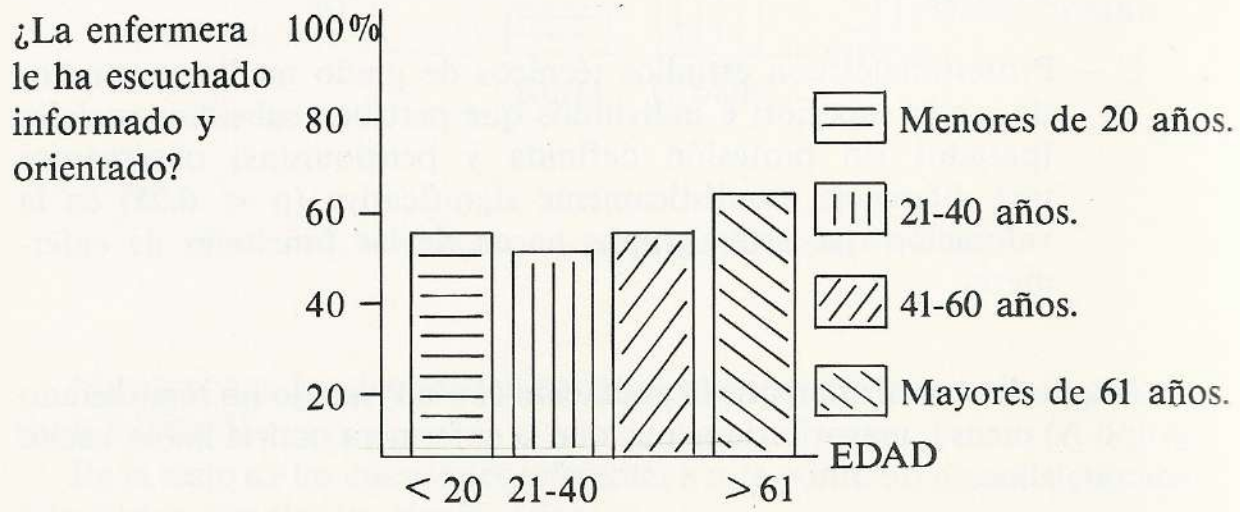
Esta diferencia es más evidente con respecto al grupo C (Gráfica 4).

8.— Al agrupar la muestra en intervalos de edad, se ha evidenciado una diversidad de criterio sobre si la enfermera se ha parado para escucharle ($p < 0.025$).



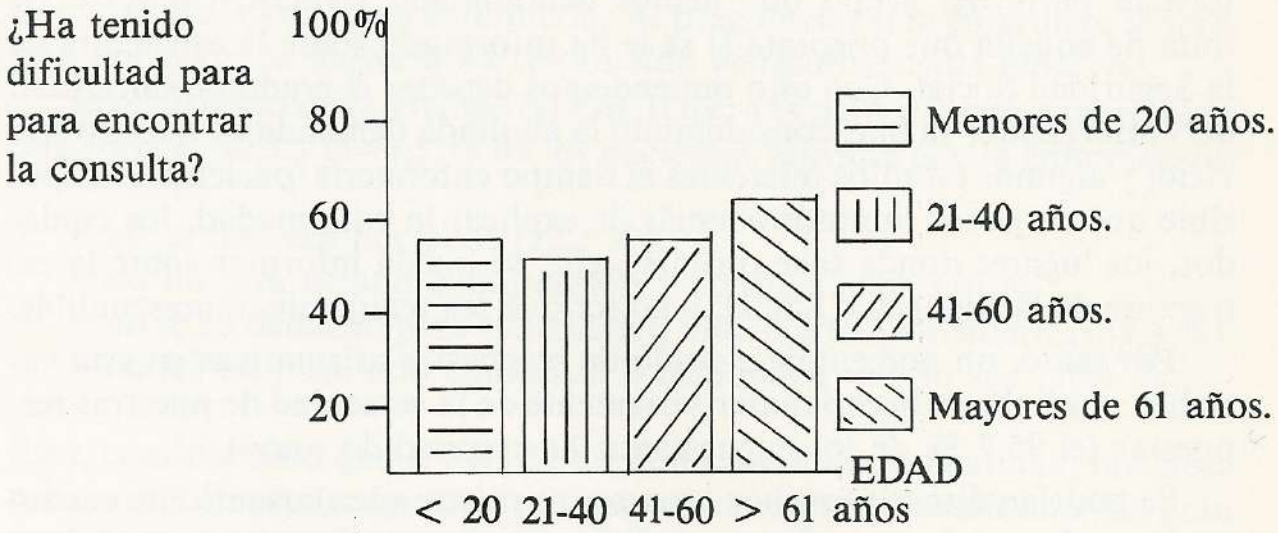
Gráfica 4. Se presenta el porcentaje de respuestas afirmativas.

De tal forma que los mayores de 61 años opinan que no mostramos prisa al atenderles. Mientras que el grupo de 21 a 40 años piensan que el tiempo que dedicamos a informarles, escucharles y orientarles es insuficiente (Gráfica 5).



Gráfica 5. Se representan los porcentajes de respuestas afirmativas.

9.— Así mismo, existe significación estadística < 0.025) al relacionar la edad y la dificultad para encontrar la consulta. Observando que el grupo de personas que más dificultades han tenido es el de edades comprendidas entre 21 y 40 años. Y les ha resultado más difícil a los mayores de 61 años, seguidos de 41 a 60 y los menores de 20 años (Gráfica 6).



Gráfica 6. Se presenta el porcentaje de respuestas afirmativas.

Discusión

Hemos encontrado algún trabajo referente a la calidad de la actuación de enfermería a nivel técnico (4); pero en el aspecto de atención psíquico emocional sólo encontramos teorías (5) (6) (7); ninguna publicación que ofreciera parámetros concretos sobre los que basarnos.

Era evidente que el cliente tendría que darnos su opinión. Para evitar respuestas vagas, y demasiado dispersas, pensamos que lo mejor era confeccionar una encuesta que recogiera la mayor variedad de respuestas posibles y que, a la vez, nos permitiera agrupar las diversas opiniones para aplicar el tratamiento estadístico.

Nos hemos documentado sobre las funciones de enfermería desde el punto de vista de los distintos modelos teóricos (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14). Haciendo especial hincapié en las actividades propias de enfermería para atender el aspecto psico-social del individuo. De esta forma hemos teorizado

sobre un modelo «ideal» de enfermería, que hemos intentado describir en una cuarentena de preguntas. Después de agruparlas y seleccionarlas, la encuesta quedó como se refleja en el Anexo 1.

Atendiendo a los datos obtenidos en nuestro estudio, nos gustaría señalar algunos aspectos que nos parecen bastante interesantes.

Ante todo queremos llamar la atención sobre una de las cuestiones que forman parte del grupo que hemos denominado INFORMACION. Se trata de aquella que pregunta si se le ha informado sobre la estructura de la Seguridad Social. Con esto pretendemos detectar el grado de sinceridad del entrevistado; ya que, considerando la abultada demanda de nuestro servicio; y algunos estudios referentes al tiempo enfermería/paciente es imposible que en pocos minutos además de explicar la enfermedad, los cuidados, los lugares donde sabe dirigirse, etc., se pueda informar sobre la estructura de la Seguridad Social; a no ser que sea realmente imprescindible.

Por tanto, un porcentaje elevado de respuestas afirmativas en esta variable, nos hubiera hecho dudar seriamente de la veracidad de nuestras respuestas (el 95,7 % de los encuestados ha respondido «no»).

Se podrían discutir muchos aspectos positivos que el usuario ha encontrado en el servicio que ofertamos. Pero nuestro interés no se centra en recrearnos en todo aquello que ya sabemos qur funciona bien; sino en detectar lo que va un poco peor y sugerir nuevas líneas de actuación para mejorar la calidad de nuestra asistencia.

Como no se trata de ser «negativistas», el primer aspecto que subrayaríamos en nuestro estudio sería el haber comprobado que la mayoría de los usuarios opinan que el ambiente físico, es decir, la consulta en sí, es bonita y acogedora. Esta afirmación no nos sorprende, ya que el hospital es de una construcción relativamente moderna; está bien iluminado (en algunas consultas con luz eléctrica) y el personal que trabaja en cada consulta se esmera en cuidar esos pequeños detalles que hacen confortable la funcionalidad imprescindible de este servicio.

En el estudio descriptivo observamos que la mayoría de los usuarios consideran que han esperado porque había muchos pacientes delante. La masificación es un problema real y nos parece que su causa estriba en la descompensación evidente entre oferta y demanda, tanto a nivel de recursos técnicos como humanos.

Esta espera prolongada (superior a una hora) provoca stress, desconfianza e indiferencia hacia la enfermera y hace dudar de la correcta coordinación de los distintos servicios hospitalarios.

Hemos comprobado que estas actitudes se acentúan en los enfermos que vienen en visita sucesiva (el 41,1 % de este colectivo piensa que la enfermera no se interesa por ellos). Mientras que el criterio es más favorable entre los que vienen por primera vez y los de revisión.

Pensamos que esto se debe a que los que asisten por primera vez, entran en primer lugar, y por tanto no deben esperar para hacer la consulta.

Por otra parte, los que acuden a revisión es posible que se hayan «acostumbrado» a esta situación, o lo que nos parece más lógico: el haber estado hospitalizados les ha permitido conocer mejor nuestra asistencia, se ha tenido un trato más personal y esto les hace obviar o al menos disculpar todas las deficiencias, no sólo a nivel personal, sino también a nivel de gestión y administración de enfermería. Al preguntales si la enfermera se interesa por ellos, la mayoría ha respondido afirmativamente (76,2 %).

En el aspecto de la HUMANIZACION, nos parece interesante resaltar que entre el 30,3 y el 43,3 % de los pacientes afirman que la enfermera/o:

- no se interesa por ellos (32,3 %).
- no ha demostrado comprensión y consideración (36,7).
- no se ha detenido para escucharles, informarles y orientarles (43,3 %).
- no les ha inspirado confianza o responden «no lo sé» (30,4 %).

Esto, considerando que el 30,3 % no destacan ninguna cualidad, nos hace pensar que el trato enfermera/paciente se ha reducido al mínimo. En gran medida se puede achacar a la masificación que sufren nuestras consultas. Pero, pensamos, que no debemos escudarnos en esta realidad para eludir nuestra responsabilidad en el cuidado integral del individuo.

Ha sido sorpresa comprobar que la responsabilidad no remunerada (estudiantes y amas de casa) es más exigente con el trabajo de la enfermera. Ya que el 24,6 % ha afirmado que podría haber hecho más por ellos. En este sentido, nos llama particularmente la atención comprobar que a pesar de todos los problemas detectados, el 58,7 % de los enfermos piensan que la enfermera no podía hacer nada más.

Nos hemos planteado si nuestra actuación profesional es realmente tan positiva; y nos parece que la situación es bien distinta.

No dudamos de que el personal trabaja lo mejor que puede y sabe. Pero creemos que en general, el usuario desconoce el papel que la enfermera debe desempeñar en estos servicios. Y, con cierta frecuencia, al realizar las encuestas, hemos oído respuestas que nos han sorprendido enormemente y, a la vez, nos han dejado cierta tristeza, como por ejemplo: «no, no puede hacer nada más, ha rellenado muy bien los papeles» o, «a estado muy pendiente de lo que el médico pudiera necesitar; aunque conmigo no ha hablado directamente».

Con respecto a la INFORMACION, nos parece que aun siendo aceptable se debe mejorar. Ya que ésta, junto a la prisa y por tanto a falta de escucha y orientación, son las dificultades comunes a todos los usuarios de nuestro servicio sin existir diferencias estadísticas significativas atendiendo a su sexo, número de visitas al hospital o tiempo de espera.

Sólo ha existido diversidad de criterio atendiendo a los distintos grupos de edad; siendo éste más favorable en los mayores de 61 años y más negativo en el grupo de 21 a 40 años.

En nuestro estudio el 17 % de los pacientes han tenido problemas para encontrar la consulta. Este porcentaje nos parece incluso bajo, teniendo en cuenta que cuando hicimos este estudio, en nuestro servicio no existía ningún directorio que informara al respecto, y el número de las consultas no es correlativo, sino que parece que se ha asignado al azar.

Curiosamente, al preguntar sobre la dificultad para encontrar la consulta, los que han tenido menos problemas han sido los mayores de 61 años, seguidos del grupo de 41 a 60. Nos parece que esto puede indicar una cierta deferencia hacia estas personas mayores. Quizás con ellas nos resulte más fácil dar un trato humano, detenernos un nuestras explicaciones, asegurarnos que llegarán al lugar donde deben dirigirse, etc.

Conclusiones

Considerando los resultados obtenidos en nuestro estudio, subrayaríamos las siguientes conclusiones:

1.— Hemos comprobado que la masificación, la falta de escucha, información y orientación son las dificultades comunes a todos los usuarios de nuestro servicio. Pensamos que esto se subsanaría:

- Adecuando la oferta a la demanda. Es importante valorar las necesidades de la comunidad en materia de prestaciones sanitarias; tanto a nivel asistencial como preventivo.
- Educar a la población para que usen correctamente los niveles primario, secundario y terciario de atención sanitaria.
- Realizar un sistema de citación previa eficaz, y coordinación de citas.
- No mostrar prisa, ser capaces de interesarnos por cada persona que tratamos. Es decir, tener presente que no nos relacionamos con una patología más, sino con una persona que en ese momento vive o ha vivido una disminución tangible de su estado de salud.

2.— En nuestro servicio se hace necesario prestar unos cuidados integrales no sólo a la tercera edad, sino a toda la población. Para esto hay que conocer al paciente y fomentar la relación con el mismo. Esto siempre ha caracterizado a nuestra profesión.

3.— Debemos considerar a cada paciente como un sujeto susceptible de educar sanitariamente; o al menos informarle en este sentido. Nuestro

objetivo debería ser que saliera de la consulta habiendo aprendido, o al menos conocido, algún aspecto concreto para su autocuidado (higiene de la boca, nutrición, vacunación...). Lo que nos exige estar correctamente formados en materia sanitaria. Por esto nos parece imprescindible colaborar estrechamente con el Departamento de Formación Continuada.

4.— El reconocimiento social de los profesionales de enfermería viene indicado por nuestra actuación en lo físico y biológico, así como en las tareas delegadas del médico, Debemos ofrecer unos cuidados de calidad que modifiquen a nivel social la imagen tradicional de la enfermera.

5.— Pensamos que habría que reorientar la labor administrativa y de gestión del personal de enfermería. Tomando conciencia de su papel de liderazgo en la reforma que supone la nueva imagen que deseamos ofrecer.

Creemos que haciendo realidad los puntos que hemos señalado en estas conclusiones, contribuiremos en buena parte, a ofertar a la sociedad y a cada individuo en particular, la calidad de atención de enfermería que hoy nos demanda. Teniendo como fundamento de nuestra actuación:

- la importancia de prestar unis cuidados individualizados e integrales que aseguren el mantenimiento y la promoción de la salud.
- la necesidad de actuar dentro de un marco conceptual para unificar criterios y aunar esfuerzos en nuestra labor de información, educación y fomento de la salud.
- hacer realidad la idea de trabajar dentro de un equipo interdisciplinario. Es decir, trabajar en coordinación con los niveles primario y secundario. Así como con los distintos profesionales de la salud.

ANEXOS

ANEXO I

Fecha: ___|___|___ Hora: ___|___ Sexo: [H] [M] E. Civil: S|C|V|D|__

Edad: _____ Profesión: _____ Medio: rural ☐

urbano ☐

Visita: Primera ☐

Sucesiva ☐

Revisión ☐

I.— ESTRUCTURA HOSPITALARIA

1.— ¿Cuánto tiempo lleva esperando para entrar en la consulta?

- 1 hora ☐
- 2 horas ☐
- más de 2 horas ☐

2.— ¿por qué?

- Hay muchos pacientes delante ☐
- No ha comenzado la consulta ☐
- No encuentra mi historia ☐
- No se han recibido mis pruebas ☐
- La enfermera no me llama ☐
- No lo sé ☐

3.— ¿La consulta donde ha llegado le parece confortable y acogedora?

☐ Sí

☐ No

4.— ¿Los conocimientos de la enfermera que le ha atendido le han inspirado confianza?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo sé

5.— ¿Le ha enviado a otros profesionales como asistente social, servicio de información, etc., cuando ella no le ha podido resolver su problema?

☐ Sí
☐ No

6.— ¿Ha necesitado Rx, analítica u otras exploraciones, que le han obligado ha hacer múltiples visitas al hoispital, con pérdida de tiempo, transporte, etc.?

☐ Sí
☐ No

7.— ¿Considera que todos los servicios a los que se le ha enviado están bien coordinados?

☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

II.— INFORMACION

1.— ¿Ha tenido algún problema para encontrar la consulta?

☐ Sí ☐ No

2.— Se le ha informado individualmente sobre:

- su enfermedad: ☐ Sí ☐ No
- cuidados que requiere: ☐ Sí ☐ No
- instalaciones hospitalarias: ☐ Sí ☐ No
- estructura de la S.S.: ☐ Sí ☐ No

3.— ¿Se ha entereado de las explicaciones que le han dado, ha comprendido el vocabulario?

☐ Sí ☐ No

Si le han hecho exploraciones complementarias, contestará a las siguientes preguntas:

4.— ¿Se le ha informado bien de los servicios a los que tiene que dirigirse?

☐ Sí ☐ No

5.— ¿Ha sentido miedo en la realización de pruebas como Rx, análisis, etc.

☐ Sí ☐ No

III.— HUMANIZACION

1.— ¿Cree que la enfermera se interesa por usted al atenderle?

☐ Sí ☐ No

2.— ¿Cree que en su trabajo ha demostrado comprensión y consideración hacia usted?

☐ Sí ☐ No

3.— La enfermera, ¿se ha parado para escucharle, informarle, orientarle?

☐ Sí ☐ No

4.— ¿Qué cualidad de enfermería le ha parecido mejor?

- Habilidad técnica ☐
- Interés personal ☐
- Me ha informado de forma clara y correcta ☐
- Ha coordinado las citas de los distintos servicios a los que tengo que asistir, ahorrándome viajes innecesarios y pérdida de tiempo ☐

5.— ¿Piensa que la enfermera podría haber hecho algo más por usted?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

ANEXO 2

Variable	*Etiqueta*
X01	Día (dos dígitos).
X02	Mes (dos dígitos).
X03	Año (dos dígitos).
X04	Consulta (dos dígitos).
X05	Sexo: 1 — Varón (hombre).
	2 — hembra (mujer).
X06	Estado civil:
	1 — Soltero.
	2 — Casado.
	3 — Viudo.
	4 — Divorciado.
	5 — Religioso.
X07	Profesión: (nivel socio-cultural).
	1 — Agricultura, pesca, ganadería.
	2 — Comercio, transportes, construcción.
	3 — Estudios técnicos grado medio.
	4 — Profesionales de estudios de grado superior.
	5 — Estudiantes y amas de casa.
	6 — Parados (sin profesión definida).
X08	Edad (dos dígitos).
X09	Medio: 1 — Rural.
	2 — Urbano.
X10	Visita: 1 — Primera.
	2 — Sucesiva.
	3 — Revisión.
X11	Tiempo de espera:
	1 — Menos de una hora.
	2 — Una hora.
	3 — Dos horas.
	4 — Más de dos horas.
X12	Causa: 1 — Hay muchos pacientes delante.
	2 — No ha comenzado la consulta.
	3 — No encuentran mi historia.
	4 — No han recibido mis pruebas.
	5 — La enfermera no me llama.
	6 — No lo sé.
	7 — Otras causas.

Variable	*Etiqueta*
X13	Calidad de la conculta: 1 — Sí 2 — No 3 — No lo sé
X14	Tiene usted confianza: 1 — Sí 2 — No No lo sé
X15	Ha necesitado otras pruebas: 1 — Sí 2 — No 3 — No pruebas complementarias
X16	Hay buena coordinación de los servicios: 1 — Sí 2 — No 3 — No lo sé
X17	Problemas para encontrar la consulta: 1 — Sí 2 — No
X18	Se le informó sobre su enfermedad: 1 — Sí 2 — No
X19	Sobre los cuidados que requiere: 1 — Sí 2 — No
X20	Sobre las instalaciones hospitalarias: 1 — Sí 2 — No
X21	Sobre la estructura de la S. S. 1 — Sí 2 — No
X22	Ha comprendido las explicaciones: 1 — Sí 2 — No
X23	Le han informado bien de los servicios a los que tiene que dirigirse para exploraciones complememtarias: 1 — Sí 2 — No 3 — No expl. complementarias.

Variable	*Etiqueta*
X24	Ha tenido miedo en la realización de las mismas: 1 — Sí 2 — No 3 — No expl. complementarias
X25	Cree que la enfermera se interesa por usted: 1 — Sí 2 — No 3 — No sabe / no contesta
X26	En el trabajo han demostrado comprensión y consideración: 1 — Sí 2 — No 3 — No sé
X27	La enfermera se ha parado para escucharle: 1 — Sí 2 — No 3 — No sabe / no contesta
X28	Qué cualidad destacaría: 1 — Ni siquiera he hablado con ella 2 — Habilidad técnica 3 — Interés personal 4 — Información 5 — Coordinación de citas 6 — Nada de lo anterior
X29	Piensa que la enfermera podría haber hecho algo más: 1 — Sí 2 — No 3 — No sé

BIBLIOGRAFIA

(1) GOMEZ LOPEZ, L. I. y col.: Niveles de atención primaria: atención primaria de salud. En *Medicina Preventiva y Salud Pública* Piedrola Gil y col. 8.ª edición. Salvat editores, S. A. 1988. 1087-1099.

(2) DOROTHEA E. OREM: «La enfermería como servicio humano». En *Normas prácticas de enfermería.* Editorial Pirámide, S. A. 1983.19.

(3) OMS: Necesidades del personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria. Serie de informes técnicos, n.º 717. Ginebra 1985.

(4) CUESTA BENJUMEA, C.; BETANCOR MARTINEZ, M.: «Reforma de la enfermería en atención primaria». I Jornadas Nacionales de enfermería Ministerio de Sanidad y Consumo / Instituto Nacional de la Salud.

(5) FONT, A.; IBAÑEZ, R. y col.: «Consultas externas de una Residencias». Revista de enfermería Rol. Año VI, n.º 62, octubre 1983.

(6) PADILLA SEGURA, I.; DOMINGUEZ FERNANDEZ, J.: «Enfermería y calidad de tratamiento». Jano, Medicina y Humanidades. Vol. XXXII, n.º 771, 117-23, abril 1987.

(7) PEÑAS MALDONADO, M.; RODRIGUEZ VILCHEZ, E.: «Valoración de los cuidados de enfermería». Temas de enfermería, n.º 2, Granada, año 1982.

(8) DU GAS, B. W.: «Papel de la enfermera en los cuidados de salud: salud y enfermedad». En *Tratado de Enfermería práctica.* Tercera edición. Nueva editorial Interamericana, 1979, 7-21.

(9) «Los derechos de los pacientes en España». Agenda Rol de Enfermería. 1986.

(10) DU GAS, B. W.: «Papel de la enfermera en los cuidados de salud: percepción de salud y enfermedad». En Tratado de Enfermería práctica. Tercera edición. Nueva editorial Interamericana, 1979, 23-31.

(11) DU GAS, B. W.: «Papel de la enfermera en los cuidados de salud: Práctica de la enfermería. Parte I». En *Tratado de Enfermería práctica.* Tercera edición. Nueva editorial Interamericana, 1979, 73-87.

(12) BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S.: «La enfermería en el mundo actual: conceptos y ejecución». En *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica.* Vol. I. Editorial Interamericana. Méjico 1987. Cuarta edición, 3-19.

(13) ROSETTE POLETTI: Cuidados de enfermería: tendencias y conceptos actuales. Ediciones Rol, S. A. Barcelona 1980.

(14) HEBDERSON, V.: Principios básicos de los cuidados de enfermería. Publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras. S. Karger, 1971

DECIMOTERCERA COMUNICACION

ENFERMERIA Y LA MUERTE

Puri Gironés
María Dolores Soler
Amparo Morillas
Enfermeras Asistenciales
Sección de Hematología Clínica
Hospital La Fe

ENFERMERIA Y LA MUERTE

INTRODUCCION

Durante la práctica de nuestro ejercicio profesional, las enfermeras nos encontramos con frecuencia en situaciones en las que el individuo libra una batalla entre sus sentimientos y sus miedos ante acontecimientos desconocidos que amenazan su seguridad. Desde el momento del diagnóstico y a lo largo de toda la enfermedad, atravesará diversas etapas de gravedad que le van alertando acerca de la probabilidad de la muerte como una realidad factible.

El enfrentarse con la muerte es vivido por cada persona de manera distinta. Es de esperar que su comportamiento responda a la conducta mantenida a lo largo de su vida ante situaciones de crisis y al contexto socio cultural del individuo. Todas estas circunstancias específicas de cada cual conforman la propia visión de la muerte. Existe sin embargo un denominador común a todos los moribundos: el sufrimiento por el que atraviesan y la demanda de ayuda.

Esta demanda se manifiesta de muy diversas formas, bien sea verbalizándola, con comportamientos de rechazo, de introspección, etc. Esto exigirá de enfermería respuestas adecuadas a la gravedad del problema implicando una necesidad de formación en cuidados críticos, conocimientos y habilidades en temas como la comunicación, el consejo, la ética, que le serán de gran utilidad frente al tema de la muerte.

Desde hace más de 10 años trabajo en una Unidad de Hematología Clínica. Por tanto, con mucha frecuencia me enfrento a situaciones de muerte inminente con todo lo que ello supone para el individuo y su familia. Este proceso se vive en condiciones penosas también para enfermería, generan-

do sentimientos de frustración y fracaso porque la ayuda prestada no parece la suficiente.

Así pues, tratando de buscar una guía para aumentar nuestra eficacia en el soporte del paciente moribundo nos planteamos el presente trabajo con el siguiente objetivo:

RECOGER DATOS ACERCA DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA FRENTE A LA MUERTE, CAPACES DE INTRODUCIR MODIFICACIONES A NUESTRA PRACTICA.

MATERIAL Y METODOS

En anteriores ocasiones hemos hecho varios intentos de realizar un estudio de manera prospectiva, encontrando numerosas dificultades. En primer lugar porque enfermería no se plantea siquiera el tema en sus discusiones de trabajo. Ni siquiera lo asume como obligación profesional. En segundo lugar, por la barrera de comunicación en torno al tema de la muerte cercana entre los profesionales y el propio enfermo.

Hasta ahora sólo hemos conseguido acercarnos de manera retorspectiva interrogando a los familiares que estuvieron acompañándole. La primera dificultad fue cómo ponernos en contacto con ellos de una manera respetuosa para que no se sintieran en ningún momento invadidos en su intimidad. Para ello utilizamos una encuesta anónima que les fue enviada a su domicilio por correo, en la que se les interrogaba fundamentalmente sobre cómo valoraron la actuación de enfermería ante la muerte de su familiar.

Dichas encuestas se enviaron acompañadas de una carta de presentación y sobre y sello para facilitarles que nos la remitieran con mayor fluidez.

Se incluyeron en el estudio 114 pacientes, todos ellos afectos de leucemia aguda, que fallecieron en nuestro Servicio durante los años 86 y 87.

El número de encuestas NO contestadas fue 71 (62,2%). Devueltas por cambio de domicilio, 4 (3,5%). Número de encuestas contestadas 39 (34,2%).

De las 39 encuestas, 24 pertenecían a enfermos varones y 15 a mujeres. Con una media de edad de 42 años (rango 11 - 71).

Planteamos la encuesta de manera que respondiera a los siguientes problemas del individuo frente a la muerte:

INFORMACION - AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA
ACEPTACION DE LA MUERTE - CUIDADOS FISICOS
SOPORTE PSICOLOGICO - SOPORTE SOCIAL.

Para cada uno de estos problemas nos marcamos los siguientes OBJETIVOS:

INFORMACION: Saber si existe y si se produce demanda.

AFRONTAMIENTO DEL PROBLEMA: Saber si se aborda el tema, y quien lo aborda.

ACEPTACION DE LA MUERTE: Saber si existe o no aceptación por parte del enfermo y de la familia.

CUIDADOS FISICOS: Valorar cómo fueron los cuidados de enfermería.

SOPORTE PSICOLOGICO: Conocer si se ofrece y si se demanda el soporte al enfermo y a la familia.

SOPORTE SOCIAL: Cconocer si se ofrece y si se demanda.

RESULTADOS

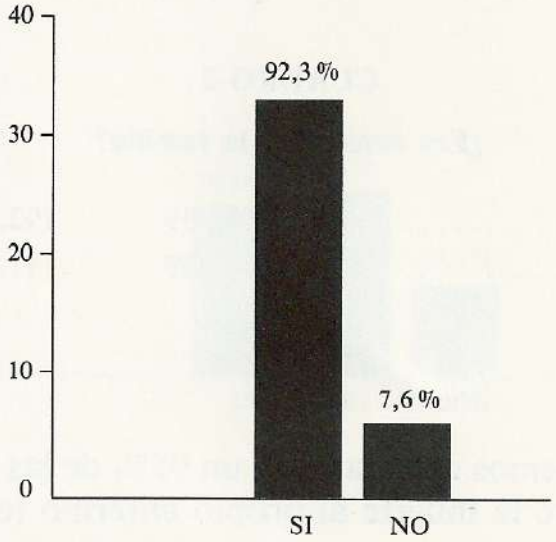
De la valoración de la encuesta obtuvimos los siguientes datos:

Información

Nos encontramos con que la familia se considera bien informada en su mayoría (92,3%). Sin embargo esta información no se da de manera sistematizada por parte de enfermería (figura 1) (cuadro 1).

FIGURA 1

¿Se consideró en todo momento bien informado?



CUADRO 1

¿Se consideró en todo momento bien informado?

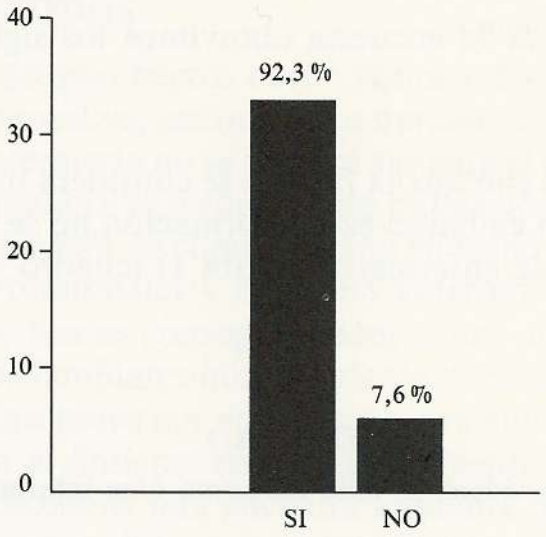
SI.....	36/39	(92,3 %)
NO.....	3/39	(7,6 %)

Sólo una de las encuestas explicitaba la necesidad de más información veraz y actualizada.

La familia era consciente del desenlace inminente en un 92% (fig. 2 bis) (cuadro 2).

FIGURA 2 bis

¿Era consciente la familia?



CUADRO 2

¿Era consciente la familia?

SI.....	36/39	(92,3 %)
NO.....	3/39	(7,6 %)

Por otra parte, hemos detectado en un 95% de las encuestas una falta de información sobre la muerte al propio enfermo (cuadros 3 y 4).

CUADRO 3

¿Era el enfermo consciente de su muerte inminente?

SI.....	15/39	(38,4 %)
NO.....	16/39	(41 %)
PROBL.	8/39	(20,5 %)

CUADRO 4

¿Por qué?

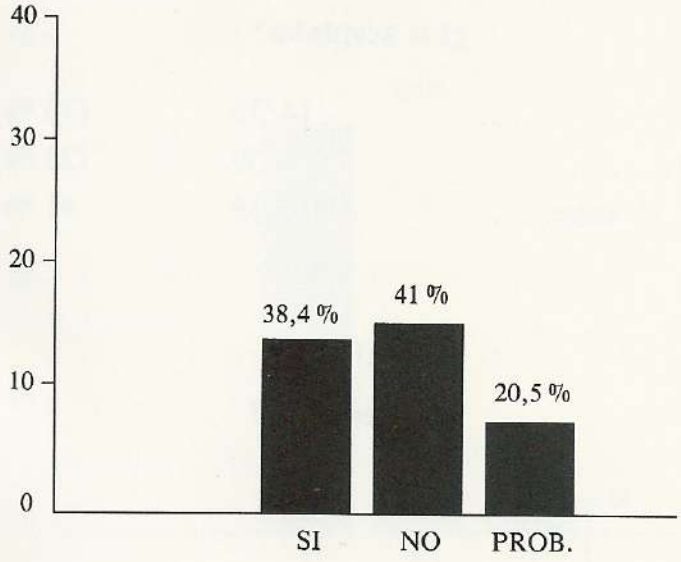
Intuición.....	7/39	(17,9 %)
Informado.....	2/39	(5,1 %)
No informado..	7/39	(17,9 %)

Afrontación del problema

De las respuestas proporcionadas por la familia se deduce que nadie planteó el tema de la muerte claramente. Nadie, ni el propio enfermo, ni su familia ni la enfermera (fig. 2).

FIGURA 2

¿Era el enfermo consciente de su muerte inminente?



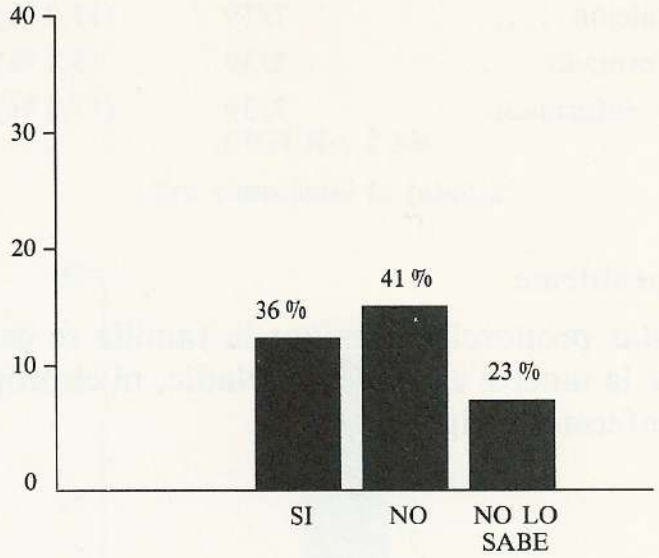
Aceptación de la muerte

Los familiares han respondido de manera afirmativa a que «el paciente aceptaba la muerte» en un 36%. Negativamente 23%. Sin embargo, un alto porcentaje (41%) no lo sabe porque nunca lo planteó (fig. 3) (cuadro 5).

La aceptación de la muerte por parte del familiar se dio en un 56,4% (fig. 4) (cuadro 6).

FIGURA 3

¿Lo aceptaba?



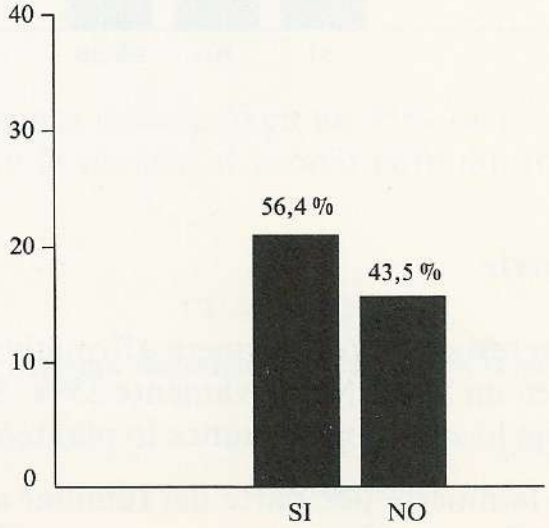
CUADRO 5

¿Lo aceptaba?

SI.....	14/39	(36 %)
NO.....	9/39	(23 %)
No lo sabe.....	16/39	41 %)

FIGURA 4

¿Lo aceptaba?



CUADRO 6

¿Lo aceptaba?

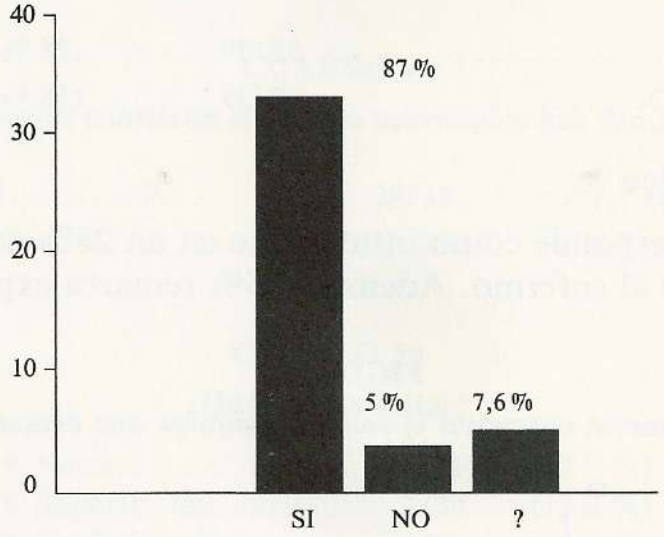
SI.....	22/39	(56,4 %)
NO.....	17/39	(43,5 %)

Cuidados físicos

34 encuestas (87%) consideran que las enfermeras estuvieron suficientemente al lado del enfermo. Hay que señalar que sólo un 10% subraya la escasez de personal. Sin embargo un 18% considera que la demanda física del enfermo no fue cubierta (figs. 5 y 5 bis) (cuadros 7 y 8).

FIGURA 5

¿Cree que las enfermeras estuvieron suficiente tiempo al lado del enfermo?



CUADRO 7

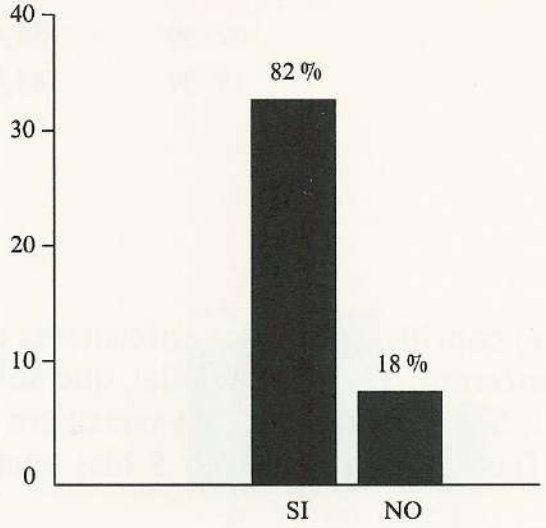
¿Cree que las enfermeras estuvieron suficiente tiempo al lado del enfermo?

SI.....	34/39	(87 %)
NO.....	2/39	(5 %)
Duda.....	3/39	(7,7 %)

* De éstos, 4 acusan falta de personal (10 %)

FIGURA 5 Bis

¿Crees que las enfermeras cubrieron las necesidades físicas que el enfermo demandaba?



CUADRO 8

¿Cree que las enfermeras cubrieron las necesidades físicas que el enfermo demandaba?

SI.....	32/39	(28 %)
NO.....	7/39	(18 %)

Soporte psicológico

La encuesta responde como insuficiente en un 28% en el caso del soporte (figs. 6 y 7) al enfermo. Además el 5% remarca explícitamente esta

FIGURA 6

¿Cree que las enfermeras cubrieron el soporte psíquico que demandaba el enfermo?

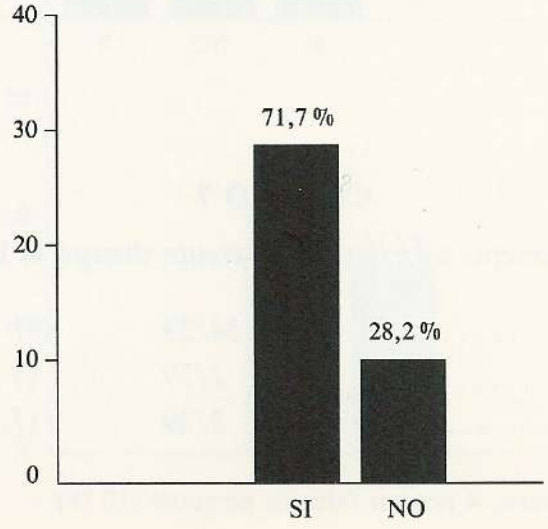
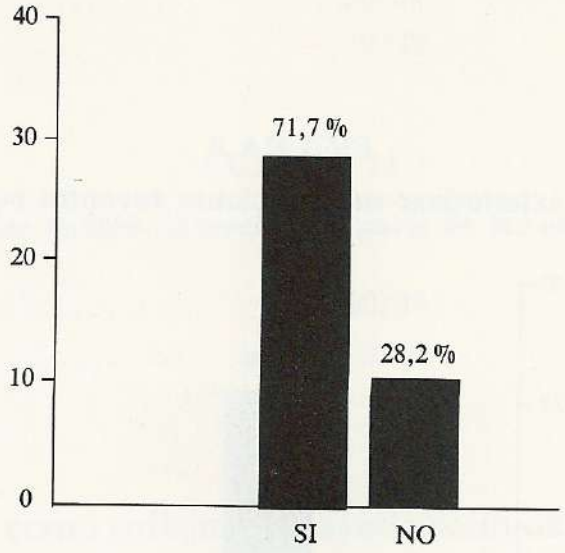


FIGURA 7

¿Cree que las enfermeras cubrieron el soporte espiritual que el enfermo demandaba?



carencia de soporte y la falta de respeto a la intimidad (cuadros 9, 10 y 10 bis).

CUADRO 9

¿Cree que las enfermeras cubrieron el soporte psicológico que demandaba el enfermo?

SI.....	28/38	(71,7 %)
NO.....	11/39	(28,2 %)

CUADRO 10

¿Qué echó a faltar?

• Nada.....	26/39	(67 %)
• Soporte familiar	5/39	(12,8 %)
• Cuidados físicos	3/39	(7,6 %)
• Sop. enfer.	2/39	(5,1 %)
• Falta intimidad.	2/39	(5,1 %)
• Información....	1/39	(2,5 %)

CUADRO 10 Bis

¿Cree que las enfermeras cubrieron el soporte espiritual que el enfermo demandaba?

SI.....	28/39	(71,7 %)
NO	11/39	(28,2 %)

En lo que se refiere a la familia un 77% se consideró bien acompañada por enfermería durante el proceso (figs. 8 y 9) (cuadros 11 y 12).

FIGURA 8

¿Cuando necesitó exteriorizar sus emociones encontró con quien hacerlo?

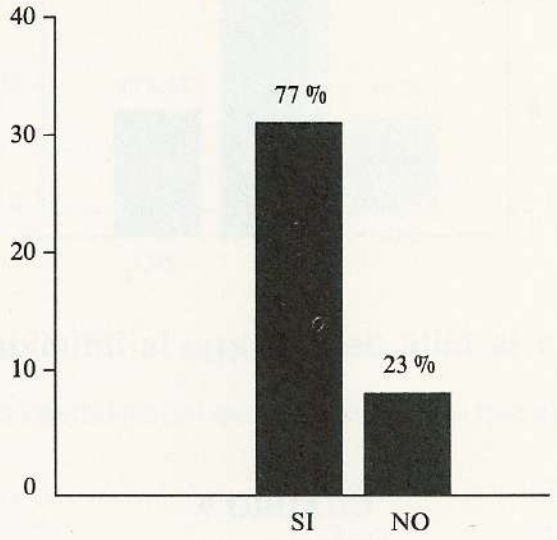
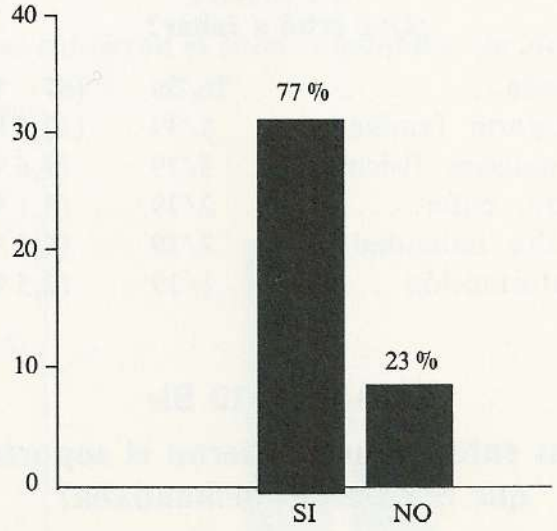


FIGURA 9

¿Cree que recibió consuelo por parte de las enfermeras?



CUADRO 11

¿Cuando necesitó exteriorizar sus emociones, encontró con quien hacerlo?

SI.....	30/39	(77 %)
NO.....	9/39	(23 %)

CUADRO 12

¿Cree que recibió consuelo por parte de las enfermeras?

SI.....	30/39	(77 %)
NO.....	9/39	(23 %)

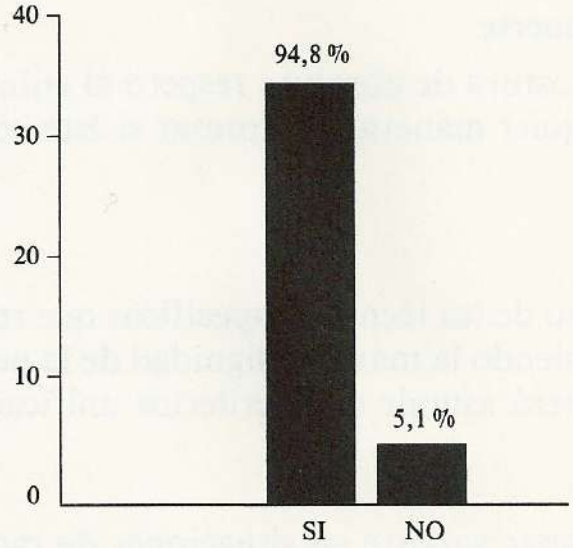
Soporte social

Un 95% valoró como suficiente la ayuda recibida (fig. 10) (cuadro 13).

Un 5% hace referencia a la falta de confort físico e infraestructura para la permanencia de los familiares junto al paciente.

FIGURA 10

¿Recibió toda la ayuda necesaria?



CUADRO 13

¿Recibió usted toda la ayuda necesaria por parte del personal de enfermería?

SI.....	37/39	(94,8 %)
NO.....	2/39	(5,1 %)

A la pregunta abierta de ¿qué echó a faltar?, llama la atención que un 67% responde NADA (cuadro 1O).

Puesto que lo que pretendíamos en este trabajo era introducir modificaciones en nuestra práctica que mejorasen la atención de enfermería al paciente moribundo, de la valoración de la encuesta se deduce que deberemos tener en cuenta en los planes de cuidados:

Información

Puesto que ya se realiza al familiar, para con el enfermo deberemos mantener una actitud sincera y abierta respetando siempre las necesidades de cada individuo en materia de información. El equipo deberá realizarla de manera sistematizada y con uniformidad de criterios.

Afrontamiento del problema

Haciendo uso de la comunicación verbal y no verbal y de las técnicas de «consejo» estaremos a su disposición para facilitar que afloren sus sentimientos, siempre que el enfermo lo desee. Nunca deberemos eludir la situación.

Registraremos por escrito esta información para el conocimiento del resto de los miembros del equipo.

Aceptación de la muerte

Mantener una postura de absoluto respeto al enfermo, encajando por nuestra parte, cualquier manera de expresar si éste acepta o no su propia muerte.

Cuidados físicos

Adquirir dominio de las técnicas específicas que requieren unos cuidados críticos, manteniendo la máxima dignidad de la persona hasta el final. Todo el equipo deberá asumir unos criterios unificados en este sentido.

Soporte psicológico

Poder proporcionar soporte en situaciones de tanta carga emocional requiere una formación específica en diversas áreas de la comunicación,que nos permita ser capaces de mantener una actitud objetiva y empática a la vez.

Soporte social

Forma parte de nuestra obligación profesional el proporcionar ayuda y orientación en este terreno, teniendo en cuenta que dado su nivel cultural no siempre saben demandarla.

Conclusiones

1. Llama la atención el escaso número de encuestas contestadas.
2. La encuesta no porporcionó los suficientes datos para responder a todos los objetivos del trabajo. Nos vimos condicionadas por temor a profundizar en los sentimientos de los familiares.
3. Sin embargo, podemos deducir que nadie aborda el tema de la muerte, en ningún grado, con el moribundo.
4. Nos ha sorprendido el hecho de que los familiares no demanden más atención de enfermería, cuando para nosotros es a todas luces insuficiente.
5. Habrá que buscar vehículos que faciliten la investigación de un tema tan importante para enfermería.

BIBLIOGRAFIA

MADALON O'RAWE y cols.: *Paciente terminal y muerte.* Ed. Doyma. 1987.

MAURICE BERGER y FRANCOISE HORTALA: *Morir en el hospital.* Ed. Rol. 1982.

DECIMOCUARTA COMUNICACION

ACOMPAÑAR EN EL PROCESO DE MORIR Y ESTAR BIEN

M.ª Carmen Gistau Torres
M.ª Mercedes Martínez de Albéniz Arriarán
Hospital Santiago. Vitoria.

ACOMPAÑAR EN EL PROCESO DE MORIR Y ESTAR BIEN

Gracias a este trabajo hemos tenido la oportunidad de profundizar en un tema con el que enfermería convive, pero con el que muchas veces mantiene una actitud distante. Incluso a nosotros preparar esta comunicación nos ha supuesto un reto.

Enfocaremos la muerte, como el nacimiento a un nuevo aspecto de la vida, como evolución en nuestro crecimiento, como aprendizaje. Pero nos preguntamos ¿cuál es el papel que la enfermera tiene en el proceso de morir?

Para la persona que muere, la muerte es una experiencia rica, importantísima en su vida, que tendrá diferente valor según como la realice. De ahí la trascendencia del acompañamiento que efectue la enfermera. ¿Qué dificultades encuentra la enfermera para llevar a cabo esta función?.

Por una parte, se nos ha educado a la mayoría de los profesionales de la salud, en el sentido de que el objetivo de nuestro trabajo es salvar vidas, por lo que la muerte se vive como fracaso.

Por otra parte, la proximidad del fín del paciente, nos hace recordar que un día nosotros también tenemos que morir, viendo proyectado en el que muere nuestro miedo al dolor, a la soledad, etc..., y cuestionamos el sentido que tiene nuestra vida y que ocurrir después de la muerte.

En otros casos, la enfermera experimenta sentimientos relacionados con duelos pasados, de personas cercanas a ella, aún no resueltos.

Bien es cierto, que para evitar entrar en las sensaciones y sentimientos que nos despierta el proceso de morir, podemos adoptar diferentes mecanismos de defensa, pero, en contrapartida, impedirán establecer una relación empática.

A continuación exponemos unas ideas sobre las que estamos trabajando para conseguir sentirnos bien con el proceso de morir.

— Trabajo de conocimiento personal.
— Crear un ambiente que permita la expresión de sentimientos y fomente las caricias y el apoyo entre los miembros del equipo de salud.
— Ampliar conocimientos sobre todo lo relacionado con la muerte, y el proceso de morir.
— Procurarnos actividades fuera del trabajo y diversiones, que nos hagan sentirnos bien y revitalizar nuestro espíritu.
— Animar a las enfermeras que crean en la inmortalidad a que profundicen en esta convicción.
— Recomendamos que se expresen los sentimientos de duelo respecto al paciente, y se realice la ruptura de los lazos con él. En los casos en los que se ha establecido una fuerte relación empática, puede ayudar a la despedida asistir al funeral.
— Establecer en el contexto de la atención de enfermería, objetivos factibles y a corto plazo, ya que de esta manera, por pequeño que sea el logro, se puede convertir el día en positivo e importante tanto para el paciente como para nosotros.

DECIMOQUINTA COMUNICACION

APRENDER A ESTAR ANTE LA MUERTE

Sagrario Acebedo
M.ª Jesús Montes
Virtudes Rodero
Carmen Vives

Profesoras de la E.U.E. «Juan XXIII».
Tarragona.

APRENDER A ESTAR ANTE LA MUERTE

INTRODUCCION

En nuestra sociedad en la que parece que los valores dominantes son: el éxito, la juventud, la imagen, el poder, el hecho de morir se vive como frustración y fracaso.

El profesional de enfermería es parte integrante de esta sociedad en la cual vive y comparte los mismos valores.

Las formas en que socialmente se suele afrontar la muerte son: ingresando al familiar, que éste muera en las instituciones, sacándolo de casa en los últimos momentos o muriendo en casa, buscando casi siempre una solución de huida, evitando con ello lo que es vivido como anteriormente hemos valorado, un fracaso.

Este mismo comportamiento se refleja en la enfermera llevando a cabo «tareas», y cuando éstas son innecesarias, al distanciamiento.

A un nivel emocional el familiar tiene permiso normalmente en manifestar (expresar) el sentimiento ante la pérdida, viviendolo como un hecho esporádico en su vida. En tanto que para la enfermera, la muerte es un hecho cotidiano y al no contar con otros recursos, se ve en la necesidad de bloquear sus sentimientos «no siente», y en algunos casos se manifiesta como si fuera la propia muerte o la de un ser muy allegado.

Es a partir de esta reflexión por lo que trabajamos con el alumno en la forma que vamos a exponer.

Planteamos el aprendizaje sobre el proceso de morir con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Que el alumno identifique como una responsabilidad de enfermería el acompañar a la persona en el proceso de morir.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Iniciar al alumno a una reflexión sobre la muerte.
2. Ayudar a conocer en él mismo el proceso de morir como parte natural del ciclo vital.
3. Ayudar al alumno a saber estar en el acompañamiento a la persona en los procesos agónicos.

1.ª PARTE. ESTRUCTURACION

En el 1.er curso se incia al alumno en el proceso de Duelo ante la pérdida, en cualquiera de las situaciones de la vida; trabajo, novio, poder adquisitivo, pérdida del perro,...

Se lleva a cabo mediante exposición teórica del tema dejando un espacio para que el alumno exprese sus propias vivencias.

En el segundo curso, se realiza un taller de nueve horas de duración, repartidas en dos días.

El primer día se proyecta una película, sobre el tema, seguida de una conferencia desde el punto de vista antropológico, y por último un coloquio.

El segundo día se hacen grupos de ocho a diez alumnos cada uno de ellos coordinando por un profesor de la escuela.

En primer lugar, estos grupos trabajan sobre la identificación de las fases en el proceso de duelo, en base a la lectura de un texto, extraído de los trabajos publicados por la Dra. KUBLER ROSS.

Seguidamente el alumno analiza su vivencia personal en relación a tres grupos de preguntas.

Las dos primeras (1) son de trabajo individual anotando el alumno sus propias reflexiones y dejando un espacio para comentarios si los hay.

El tercer cuestionario (2) se trabaja entre tres o cuatro alumnos, y se forma de nuevo el gran grupo para poner en común los pensamientos, sentimientos e ideas surgidas.

En la última parte del taller, se trabaja la Relación de Ayuda mediante una dramatización, analizándose las interacciones.

---

(1) y (2) Ver apéndices.

Es en este análisis donde se pone de manifiesto los bloqueos, sentimientos y proyecciones que dificultan la interrelación enfermera/paciente.

2.ª PARTE. VALORACION

Al finalizar el taller se realiza una valoración entre el profesor y los alumnos, otra entre todos los profesores con una puesta en común y al cabo de unos meses se pasa a los alumnos unas preguntas abiertas para valorar nuevamente la opinión sobre el taller, y como ha repercutido en cada uno de ellos.

Es en base a estas preguntas que vamos a sintetizar la opinión de los alumnos.

A la pregunta de: *¿Qué opinión tienes del Taller de la muerte?*

Para todos los alumnos excepto dos que opinan que el taller no cambió nada en ellos, fué enriquecedor, necesario, interesante, gratificante, bien preparado y tratado con naturalidad.

Ayudó a la comprensión de las etapas del morir, fue una ocasión para hablar de la muerte con serenidad y profundidad ya que es un tema que habitualmente se elude.

Plantearse su propia muerte, pensar por primera vez en ella.

Les parece muy adecuado el trabajo en grupo; permite la expresión de sentimientos, pensamientos, experiencias, opiniones.

Ayuda a identificar los propios sentimientos y a entender otros comportamientos y actitudes.

Proporciona pautas de conducta para ayudar a otros.

A algunos les ayuda a entender y valorar la vida.

Una mayoría opinaba que era un tema tabú y les ha ayudado a despejar este miedo.

Proponen continuar los talleres y hacer más seminarios.

A la 2.ª pregunta: *¿Qué repercusión ha tenido a nivel personal?*

— Ayudó a ver la muerte como un hecho natural.
— A reflexionar y hablar con naturalidad de la muerte.
— Me dio otra versión diferente que tenía, me quitó miedo.
— El taller repercutió a nivel vivencial, llega hondo, ayuda a enfrentar mejor el tema.
— Me ayuda a aclarar mis ideas sobre la muerte y a profundizar sobre mi muerte.
— Fue doloroso, me sentí deprimida, sentí miedo.
— No me preocupa el tema, está muy lejos.
— Me ayuda a hablar de la muerte cuando un paciente necesita hacerlo sin necesidad de cambiar de tema.
— Me ayudó a no alejarme del moribundo.

— Me dio pautas, es una forma de prepararse para la muerte.
— Mayor respeto frente a la muerte.
— Me ayudó a respetar los deseos, pensamientos y decisiones de las otras personas.

Y por último, en dos personas el taller no representó ningún cambio.

LAS OPINIONES DE LOS PROFESORES

Se percibió la dificultad en comentar las preguntas individuales, pero no cuando estaban en grupo.

A la edad de los alumnos aparece la rebeldía natural en relación al tema, lo ven muy lejos.

Algunos hablan con reticencia, no comentan, al hablar lo hacen en tercera persona.

Al comenzar el taller hay risas, movimientos, inquietud, poco a poco se va centrando el tema y se habla con naturalidad.

Opinamos que el tiempo es suficiente ya que el tema se sigue trabajando en sesiones de enfermería.

CONCLUSIONES

Pensamos que el saber estar ante la muerte y entenderla como parte del ciclo biológico se consigue a través de un proceso de crecimiento y maduración como persona.

Este taller, en relación al alumno, consigue los objetivos de reflexión y le inicia en esta maduración, favoreciendo que adopte una actitud positiva, ante la persona que muere y él mismo.

BIBLIOGRAFIA

BERGER, M. y HORTALIA, F.: *Morir en el Hospital*. Edit.: Rol, S. A. Barcelona, 1982.

KUBLER ROSS: *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Edit.: Grijalbo, S.A., Barcelona, 1985.

MCYANRN, B. y col.: *Paciente Terminal y Muerte*. Edit.: DOYMA, Ediciones Españolas, 1987.

OTRAS FUENTES

PIULACHS, T: Seminario sobre la Muerte.

APENDICES

1.er Grupo de preguntas (individuales)

1. ¿Qué cosas son las que te hacen pensar en la muerte?
2. ¿Con qué frecuencia piensas en tu muerte?
3. ¿Qué sientes cuando piensas en tu propia muerte?

2.º Grupo de preguntas (individuales)

1. Si de pronto te dicen que vas a morir de una enfermedad incurable:

   ¿Qué necesitarias decir a tus seres más próximos?
   ¿Qué necesitarias que te dijeses ellos a ti?

3.er Grupo de preguntas (en grupo)

1. Si hoy te dicen que tienes una enfermedad incurable:

   ¿Que sentirías?
   ¿Qué pensarías?
   ¿Qué harías?

2. Que te da miedo de la muerte:

   ¿A nivel físico?
   ¿A nivel emocional?
   ¿A nivel espiritual?

DECIMOSEXTA COMUNICACION

ACTITUD DE LA ENFERMERIA ANTE LA MUERTE Y EL ENFERMO TERMINAL

Joana Fornés Vives
Profesora Enfermería Psiquiátrica y CC.
Escuela Universitaria de Enfermería
(Palma de Mallorca).

ACTITUD DE LA ENFERMERIA ANTE LA MUERTE Y EL ENFERMO TERMINAL

Introducción

La muerte es un tema muy complejo que ha preocupado a muchos filósofos y pensadores a lo largo de toda la historia. desde tiempos muy antiguos el hombre siente un miedo inexplicable ante la muerte, miedo que ha intentado superar con una serie de creencias religiosas y la convicción de que la muerte no es el final de todo, sino el comienzo de algo.

En nuestra sociedad es difícil afrontar toda una serie de conceptos como enfermedad, vejez, muerte, etc... considerados como negativos y perniciosos, y que a su vez chocan con otros a los que se considera positivos y se pretende potenciar (salud, juventud, belleza, competitividad, ...).

Puede decirse que en la actualidad se teme tanto a la muerte que ni siquiera se la nombra, no se piensa en este acontecimiento, no se comenta, ni se planifica. En el pasado, la persona no moría sin tener conocimiento del proceso agonizante, cuando ocurría, la mayoría de veces el sujeto estaba informado y se enfrentaba a él, junto con sus familiares y seres queridos, en su casa o en su espacio físico familiar y significativo para él; en el presente, se oculta este hecho y a veces se niega incluso esta posibilidad (Kaufmann, 1980). Actualmente puede considerarse a la muerte como un tema tabú que inspira miedos y respetos, a los cuales se pretende evitar.

Por consiguiente, la muerte es además de un problema individual, un problema social y es cuestión que afecta, como problema, a actitudes humanas (Kubler-Ross, 1973) fundamentalmente de aceptación o rechazo de la realidad de un proceso orgánico.

En la forma de afrontar este proceso, influyen factores como: el estado emocional, los recursos (humanos, materiales y psicológicos) con que cuenta el individuo, la formación sanitaria, el sistema de valores del propio sujeto, el profesamiento de una religión (Vastyan, 1987), etc...

Según Vastyan (1987), el aspecto religioso es muy importante en la asistencia a pacientes terminales, pues muchas personas, según este autor, se enfrentan a la muerte volviendo a sus tradiciones religiosas. Sin embargo, en los ambientes sanitarios dice, a veces se olvida esta necesidad esencial del paciente y, la religión, parece ser uno de los pocos tabúes persistentes, relegándose al ámbito del capellán.

Algunos autores (Spiegel, et al., 1983) han demostrado en sus estudios, que cuando existe posibilidad por parte del paciente de expresar sus preocupaciones, cuando hay pocos conflictos familiares y, en familias religiosas, existe una mayor posibilidad de adaptación y un afrontamiento más eficaz, tanto de la enfermedad como de la muerte. Este aspecto que sugiere un recurso psicológico importante para superar la ansiedad, debería tenerlo presente la enfermera, pues a veces una simple escucha o el favorecer la presencia de personas religiosas, disminuye en gran medida el estado de ansiedad del paciente en estas situaciones.

Podríamos decir, que si la escucha es muy importante, no lo es menos la información que debe proporcionarse al paciente. Se ha demostrado que los pacientes crónicos, y entre ellos los de cáncer, a menudo expresan un claro deseo de conocer todos los aspectos relacionados con su enfermedad y consecuencias, pero, ¿está el personal sanitario, y entre ellos la enfermera, preparado para dar respuesta a sus demandas?

Una de las cosas más frustrantes según Ribera y col. (1987) para los profesionales de la salud en general y para las enfermeras en particular es la impotencia ante la muerte de un enfermo, y lo más gratificante es su curación, de ahí que algunas veces, ante la muerte de un enfermo sobrevengan afectaciones sentimentales y emocionales. Este hecho, se agrava cuando el personal sanitario no puede dar respuestas a las constantes demandas del enfermo terminal, creándole gran ansiedad y frustración; ansiedad que según Nehemkis y col. (1981) podría evitarse con una sólida formación del PS para estas situaciones, bien sea en las escuelas o facultades, o a través de formación de postgrado.

Hoy en día pues, parece evidente la necesidad de una educación tanatológica, pero, esta educación ¿debería recibirla sólo el PS, el paciente o ambos a la vez?, ¿debería implicarse a la familia?, ¿cuándo, quién y dónde debería impartirse? Todas estas preguntas se las plantea el profesional de la salud, pero no le es fácil encontrar una respuesta satisfactoria.

La asistencia a cursos o talleres de entrenamiento en habilidades para tratar a pacientes moribundos, proporcionaría según algunos autores (Wise, 1977) capacidad y recursos para afrontar situaciones clínicas difíciles y

problemas sobre todo de índole psicológica que pueden afectar tanto al enfermo terminal, como a su familia o al propio PS a su cuidado. Este aspecto deberíamos tenerlo presente tanto los profesionales que nos dedicamos a la formación de la futura enfermera/o, como la dirección de enfermería o las comisiones de docencia de los hospitales que se preocupan por la formación continuada del personal.

Objetivo del trabajo

Es evidente que la formación de la enfermera para atender al paciente terminal es muy importante pero también lo es, conocer su actitud u opinión ante la muerte y al cuidado de enfermos crónicos y terminales, pues de ella dependerá el enfoque formativo, bien proporcionando actitudes favorables o cambiando otras desfavorables para el cuidado que requieren estos pacientes. Por ello, el propósito de este trabajo fue recoger la opinión que enfermería tiene respecto a:

a) La muerte.

b) Su preparación para atender a enfermos terminales.

c) En último lugar comprobar si existen diferencias significativas entre enfermeras que creen y profesan algún tipo de religión y otras no creyentes; pues basándonos en las aportaciones de Vastyan (1987), al igual que la religión proporciona estrategias de afrontamiento a los pacientes, creemos que podría también influir en la opinión que sobre la muerte y la atención a pacientes terminales se tenga.

Material y método

El estudio se realizó en el Hospital General del INSALUD «Son Dureta» (Palma de Mallorca) con una muestra de 59 sujetos (Cuadro núm. 1)

CUADRO 1

Descripción de la muestra

		Creyentes	*No creyentes*
n		34	25
Edad $\overline{X}$		31	29
Sexo:	Varón	3	4
	Hembra	31	21
Años de profesión	2 años	3	4
	2-5 años	10	7
	6-10 años	13	6
	10 años	8	8

de los cuales 34 eran creyentes y practicantes de alguna religión y 25 no. El trabajo de campo se llevó a cabo en los meses de marzo-abril de 1988 por alumnos de 2.° curso de enfermería previamente entrenados y coincidiendo con un período de sus prácticas hospitalarias. El instrumento utilizado para la recogida de datos consta de un breve cuestionario en el que se incluyen 7 ítems agrupados en dos variables racionales a las que se denominó: «Actitud de enfermería ante la muerte» y «Preparación de enfermería ante el enfermo terminal».

Resultados

Para la primera variable «Actitud de enfermería ante la muerte», los resultados del análisis descriptivo ponen de manifiesto (Cuadros 2 y 2.1):

a) Que un elevado porcentaje (79,6%) de enfermeras evitan hablar del tema de la muerte incluso con sus compañeros de trabajo.
b) Igualmente, la mayoría (89,8%) les gustaría ser informadas si padecieran una enfermedad incurable. En este caso, más a las creyentes (91,2%) que a las no creyentes (88%).
c) Una gran mayoría (84,7%) no utilizaría medidas extraordinarias para alargar la vida de enfermos incurables; sin existir, para este ítem, diferencias entre creyentes (82,4%) y no creyentes (88%).

CUADRO 2

Actitud de enfermería ante la muerte

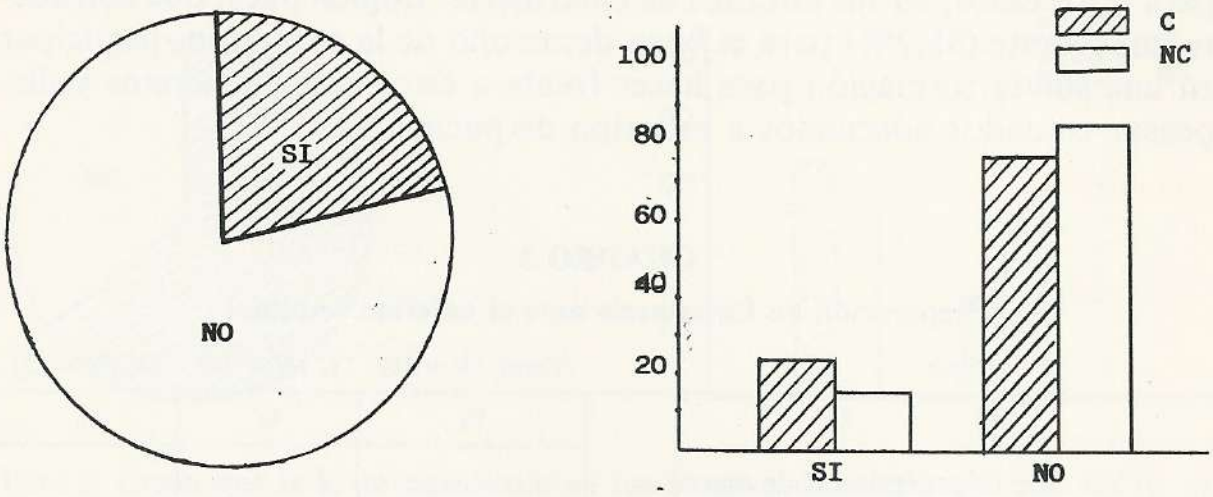
Items		*Total (N = 59)*	*C (N = 34)*	*NC (N = 25)*
		%	%	%
1. ¿Habla a menudo de la muerte con sus compañeros y amigos?	SI	20,4	23,5	16
	NO	79,6	76,5	84
2. Si Vd. fuera víctima de una enfermedad incurable, ¿le gustaría se le informara de todo el proceso, pronóstico y consecuencias?	SI	89,8	91,2	88
	NO	10,2	8,8	12
3. En el caso de pacientes con enfermedades incurables, ¿emplearía medidas extraordinarias (como respirador artificial) para alargar la vida?	SI	15,3	17,6	12
	NO	84,7	82,4	88

C = Creyentes.
NC = No creyentes.

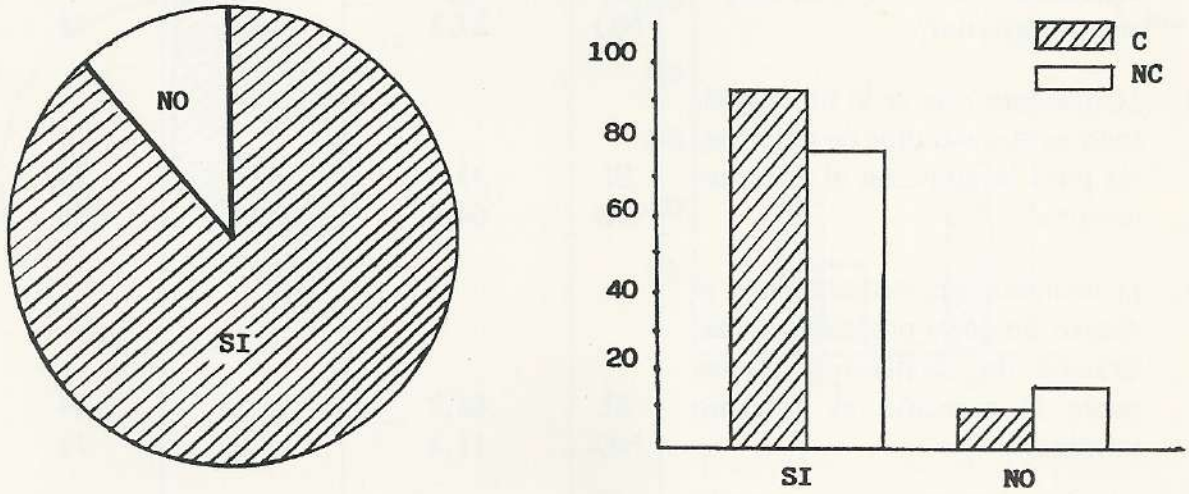
CUADRO 2.1

Actitud de la Enfermería ante la muerte

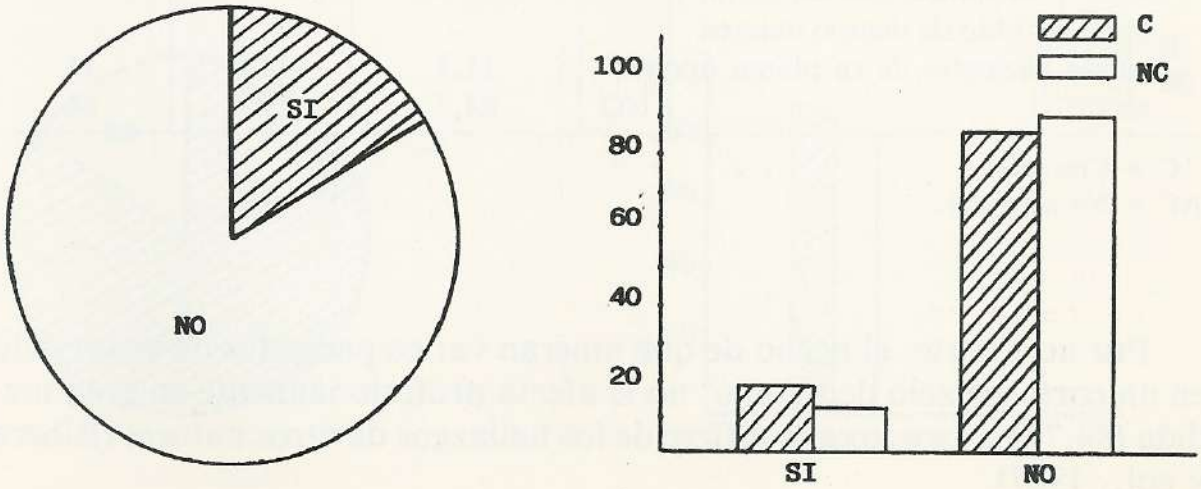
Item 1: Hablan de la muerte



Item 2: Les gustaría ser informados de enfermedad incurable



Item 3: Ante pacientes incurables, emplearían medidas extraordinarias



Para la segunda variable referente a la preparación de la enfermera ante el enfermo terminal, las enfermeras creyentes se consideraban más preparadas (70,6%) que las no creyentes (52%) para contestar a las demandas de estos enfermos (Cuadros 3 y 3.1). Sin embargo, más de un 55% de las enfermeras de uno y otro grupo manifiestan que no han sido capacitadas para estos casos, en sus estudios de enfermería. Lógico pues, que considere importante (88,2%) para el buen desarrollo de la profesión, participar en una sólida formación para hacer frente a estos casos concretos y dispensar cuidados adecuados a este tipo de pacientes.

CUADRO 3

Preparación de Enfermería ante el enfermo terminal

Items		*Total (N = 59)*	*C (N = 34)*	*NC (N = 25)*
		%	%	%
1. ¿Cree que el profesional de enfermería está preparado para contestar a las demandas del paciente terminal?	SI	62,7	70,6	52
	NO	37,3	29,4	48
2. ¿Considera que se le ha capacitado en sus estudios de enfermería para la atención al enfermo terminal?	SI	35,5	44,1	24
	NO	64,5	55,9	76
3. ¿Considera importante para el desarrollo de su profesión la realización de cursillos y talleres sobre la atención al enfermo terminal?	SI	88,2	91,17	84
	NO	11,8	8,83	16
4. ¿Suele sentirse fracasada en su labor profesional cuando en un breve período de tiempo mueren varios pacientes de su planta o servicio?	SI	15,3	14,7	16
	NO	84,7	85,3	84

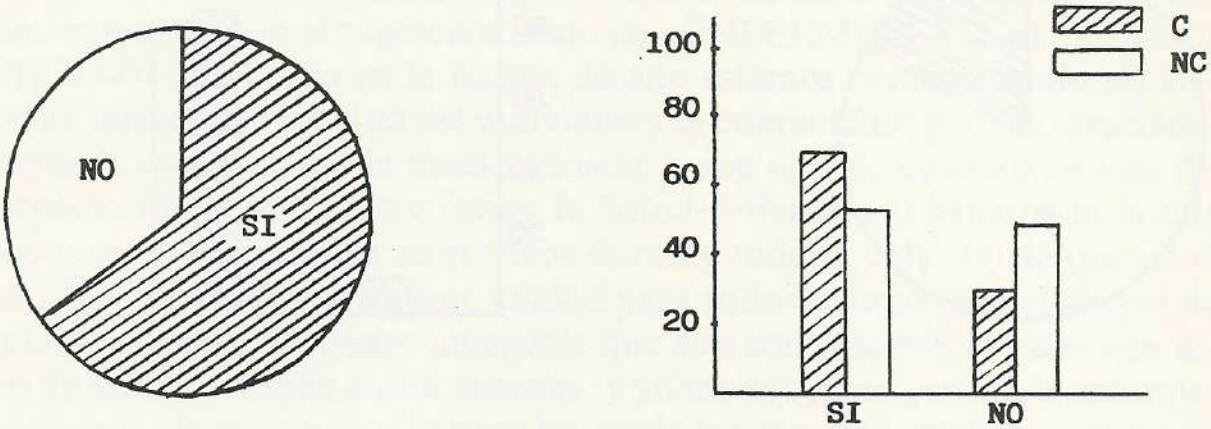
C = Creyentes.
NC = No creyentes.

Por otra parte, el hecho de que mueran varios pacientes de su servicio en un corto espacio de tiempo, no le afecta profesionalmente en gran medida (84,7%), aspecto que difiere de los hallazgos de otros autores (Ribera y col., 1987).

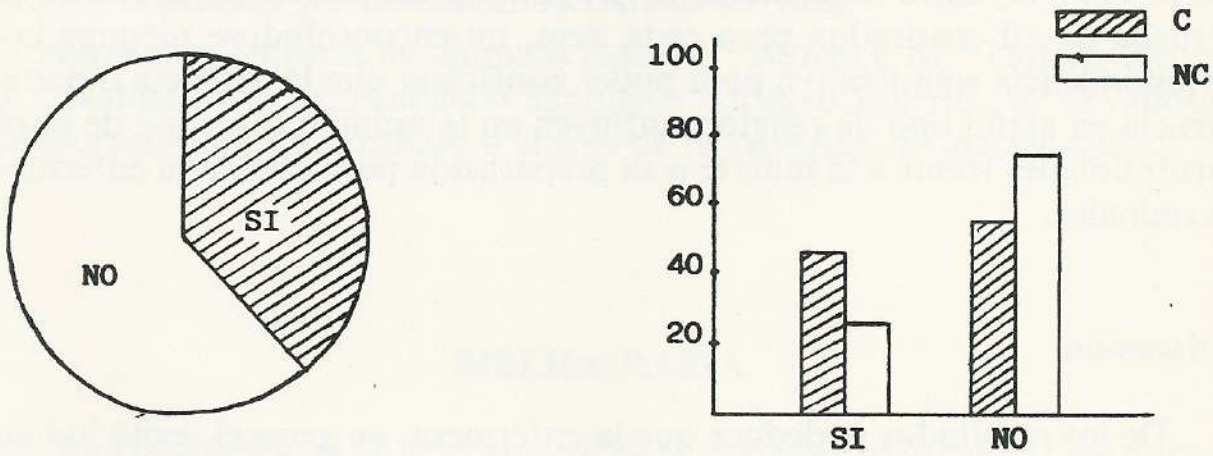
CUADRO 3.1

Preparación de Enfermería ante el enfermo terminal

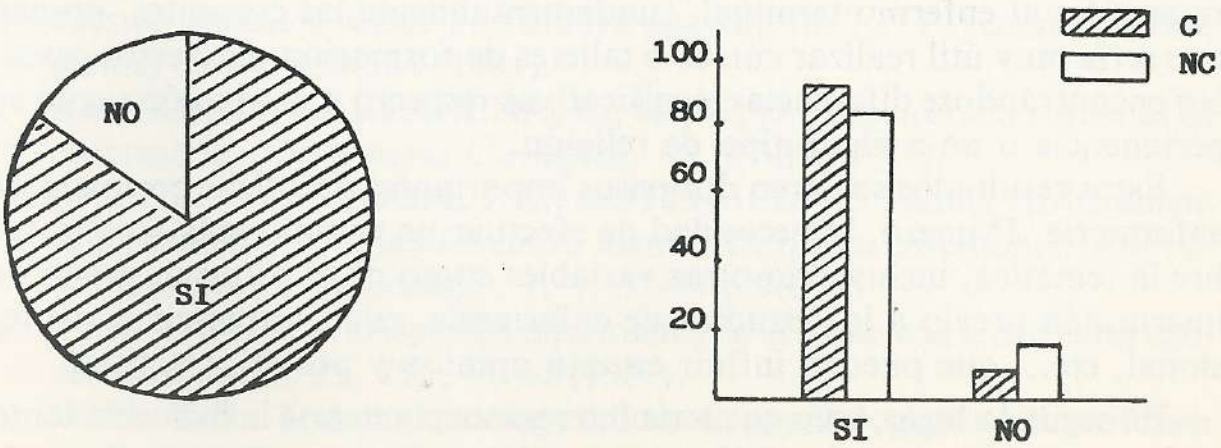
Item 1: Creen que la enfermera está preparada para atender al paciente terminal



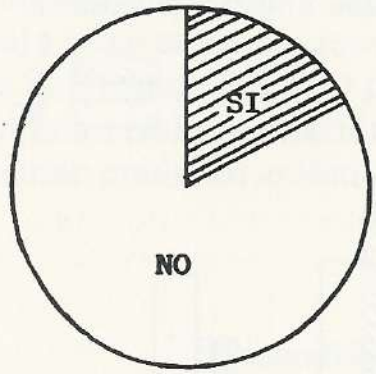
Item 2: Creen que se le ha capacitado en sus estudios de enfermería

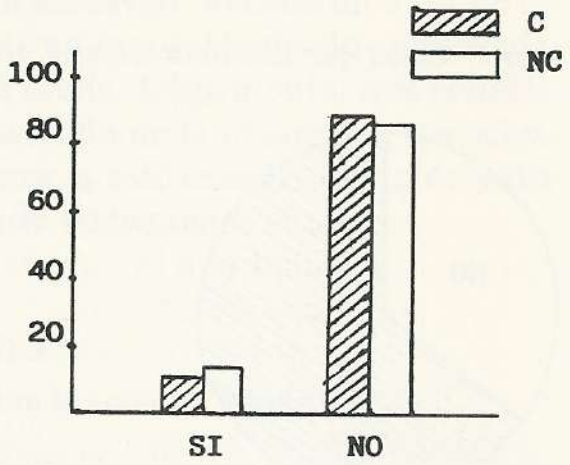


Item 3: Importancia de realizar cursillos de atención al paciente terminal



Item 4: Sentimiento de fracaso al morir varios pacientes





Para comprobar si existían diferencias significativas con un margen de error del 5%, entre las enfermeras creyentes y no creyentes, se realizó la prueba de «ji cuadrado» para cada ítem, no encontrándose ninguna correspondencia significativa para poder confirmar que la creencia o pertenencia en algún tipo de religión, influyen en la opinión o actitud de estos profesionales frente a la muerte o su preparación para atender a enfermos terminales.

Discusión

De los resultados se deduce que la enfermera, en general, evita hablar del tema de la muerte, aunque le gustaría ser informada si ella misma se encontrara en situación crónica terminal, mostrándose reacia a aplicar medidas para alargar la vida en enfermedades declaradas incurables.

La mayoría de estas enfermeras, aunque se consideran preparadas para atender al enfermo terminal, fundamentalmente las creyentes, opinan que sería muy útil realizar cursos o talleres de formación para estos casos. No encontrándose diferencias significativas respecto a su opinión según su pertenencia o no a algún tipo de religión.

Estos resultados sugieren dos pasos importantes a realizar por parte de enfermería. Primero, la necesidad de efectuar un estudio más amplio sobre la temática, incluyendo otras variables como nivel cultural, grado de instrucción previo a los estudios de enfermería, edad, experiencia profesional, etc... que puedan influir en esta opinión y posterior actitud.

En segundo lugar, creo que sería interesante plantearse la inclusión tanto en los currículos de enfermería como en las sesiones, cursos o talleres de

formación continuada, de contenidos teóricos y prácticas clínicas que favorezcan habilidades para atender al paciente terminal. Esta formación proporcionaría seguridad a la enfermera y disminuiría la ansiedad tanto de ésta como del paciente, ayudándole a una muerte digna y contribuyendo a la mejora asistencial que todo usuario merece.

Por último, me gustaría elogiar el que estas sesiones de trabajo se hayan estrenado con el sugerente título de «ENFERMERIA, SALUD y SOCIEDAD», de hecho en la última década estamos contemplando un creciente interés por la salud del individuo y la comunidad; pero desgraciadamente la cronicidad y la muerte existen y son el polo opuesto de esta dimensión ilimitada que conforma la Salud-Enfermedad-Muerte en la que nos movemos todos los seres vivos durante toda la vida. Ojalá que en el año 2000 podamos conseguir «Salud para todos» como reza el slogan de la OMS, pero es un hecho innegable que aun consiguiendo niveles más altos de salud, también habrá muertes, y yo me pregunto ¿estará la enfermera capacitada para proporcionar los cuidados que estos pacientes se merecen? Es un hecho a conseguir y lográndolo, contribuiremos a dignificar nuestra profesión y a aumentar la calidad de vida.

Agradecimientos: A las alumnas Rosa M.ª Adrover, M.ª Dolores Acosta, Catalina Prohens, Francisca Simonet y Amparo Salleras por su valiosa colaboración en este trabajo a través de la recogida de información.

BIBLIOGRAFIA

1. KAUFMANN, A.E.: La muerte en la sociedad industrial: Una aproximación sociológica. *Rol de Enfermería, 27,* 67-68 (1980).
2. KUBLER-ROSS, E.: Lecciones de agonía. *Tribuna Médica. Col. Sociología de la muerte, n.º 1.* (1973).
3. NEHEMKIS, A.M.; STAMP, M.; AMARAL, PH.: Consultation issues on a cancer ward: The hidden agenda. *Int'l J. Psychiatry in Medicine, 11,* 4, 353-364 (1981).
4. RIBERA, D.; CARTAGENA, E.; REIG, D.: Frustración perosnal en enfermería. *Enfermería Científica, 68,* 27-37 (1987).
5. SPIEGEL, D.; BLOOM, J.R.: GOTTHELL, E.: Family environment as a predictor of adjustement to metastatic breast carcinoma. *Journal of Psychosocial Oncology, 1,* 1, 33-34 (1983).
6. VASTYAN, E.A.: Aspectos espirituales de la asistencia a pacientes cancerosos. *Jano, 33,* 792, 61-64 (1987).
7. WISE, T.N.: Training oncology fellows in psychological aspects of their speciality. *Cancer, 39,* 6, 2584-2587 (1977).

DECIMOSEPTIMA COMUNICACION

PROGRAMA DE ORIENTACION PARA PERSONAL DE NUEVO INGRESO

Francisco Javier Gómez Pérez
Subdirector de Enfermería.
Hospital General del INSALUD.
«San Pedro de Alcántara». Cáceres.

PROGRAMA DE ORIENTACION PARA PERSONAL DE NUEVO INGRESO

La incorporación de los profesionales al Hospital, es una fase del sistema de selección que con mucha frecuencia es olvidada, cuando precisamente de esta fase va a depender, en buena medida, la adaptación del personal y el éxito o fracaso de los objetivos planteados.

Empezar a trabajar en un Hospital que se desconoce, la ignorancia por parte del personal de la burocracia existente el medio social, la propia estructura del Hospital y la gran cantidad de información que, en poco tiempo, va a precisar para poder desarrollar su trabajo de una forma óptima, hace a menudo, que la incorporacióndel personal a la Institución, se convierta en una etapa angustiosa o incómoda para el profesional y poco rentable para el Hospital, que ve frustrado el desarrollo del trabajo de una forma adecuada.

Para evitar en la medida de lo posible estos problemas que en algunos casos resultan inevitables, se hace necesario un Programa de Orientación que incorpore a los profesionales de una forma sistemática, a sus nuevos puestos de trabajo.

1. Objetivo

1.1. Conseguir la plena incorporación del personal de enfermería, para que pueda asumir, al máximo rendimiento, las responsabilidades de su nuevo puesto de trabajo, en el menor tiempo posible.

2. Receptores del Programa

El Programa de Orientación para personal de nuevo ingreso va dirigido a:

2.1. El personal dependiente de la División de Enfermería que se incorpore por primera vez al Hospital.

2.2. Al personal de Enfermería, que cambie de puesto de trabajo dentro del Hospital.

2.3. A todo el personal de aquellas unidades donde se produzcan cambios importantes de organización.

3. Fases del Programa

El Programa se desarrollará fundamentalmente en dos fases:

3.1. La primera fase, orientará al profesional sobre informaciones de tipo general que le permitirá conocer la Institución y la División de Enfermería, de una forma generalizada.

3.2. La segunda fase, constará de un entretenimiento individualizado del profesional, sobre técnicas, protocolos y cuidados más usuales para el puesto de trabajo que desempeñe.

4. Acciones a desarrollar en la primera fase

4.1. *Entrevista con el profesional.*

4.1.1. Se realizarán preguntas que permitan conocer al profesional desde una óptica sociológica (nombre, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, etc.).

4.1.2. Se buscará una información que nos permita descubrir cual es su formación académica y su experiencia profesional (Titulación, especialidades, cursos, preferencias profesionales, etc.).

4.2. *Organigramas del Hospital*

4.2.1. Se explicará cual es el organigrama del Hospital.

4.2.2. Daremos a conocer como está configurado el Organigrama de la División de Enfermería.

4.3. *Modelo de referencia de la División*

4.3.1. Presentaremos al profesional cual es el modelo de Enfermería adoptado por la División.

4.3.2. Explicaremos brevemente por qué se ha elegido ese modelo y sus características.

4.4. *Relación laboral*

4.4.1. Se indicará al profesional su situación laboral con respecto al Hospital.

4.4.2. Explicaremos las condiciones laborales de su situación.

4.5. *Políticas de la División de Enfermería*

4.5.1. Se darán a conocer las distintas políticas de la División de Enfermería.

4.5.2. Resumidamente se les mostrarán los objetivos de las distintas políticas de la División.

4.6. *Definición del puesto de trabajo*

4.6.1. Se explicará la misión del puesto.
4.6.2. Se enumerarán y describirán las actividades principales.
4.6.3. Se explicarán las condiciones de ejecución del trabajo.
4.6.4. Se dimensionará el puesto.
4.6.5. Se verán otros aspectos del puesto.

4.7. *Normas de aplicación de la División*

4.7.1. Se realizará una breve referencia al Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las IISS de la SS.

4.7.2. Se repasará el Manual de Normas y Procedimientos de la División de Enfermería.

4.8. *Canales de información*

4.8.1. Se le explicará, al profesional, a quien debe dirigirse cuando tenga algún problema de índole laboral o asistencial.

4.8.2. Se le indicará como está constituida la representación de los trabajadores en el Hospital.

4.9. *Evaluación del rendimiento personal*

4.9.1. Se explicará al profesional para qué se realiza la evaluación.
4.9.2. Se mostrará qué aspectos van a ser evaluados.
4.9.3. Se indicará quién y de qué forma realizará la evaluación.

4.10. *Presentación en el nuevo puesto de trabajo*

4.10.1. Se presentará al profesional al responsable de la Unidad.
4.10.2. Daremos a conocer a los compañeros que formen la Unidad.

5. **Acciones a desarrollar en la segunda fase**

Esta fase se desarrollará dentro de la Unidad y como mínimo se orientará sobre las siguientes acciones:

5.1. Organigrama de la Unidad.
5.2. Cuadro de distribución de tareas.

5.3. Manual de procedimientos de la Unidad.
5.4. Dossier de Enfermería.
5.5. Arquitectura de la Unidad.
5.6. Normas para la admisión de enfermos.
5.7. Relación con las otras Unidades del Hospital.
5.8. Objetivos de la Unidad.
5.9. Técnicas y cuidados necesarios en la Unidad.

6. Cronograma

6.1. La primera fase, se desarrollará durante la primera semana de incorporación del profesional al Hospital.

6.2. El cronograma de la segunda fase, estará condicionado al plan de entrenamiento del profesional en la Unidad.

7. Responsable

7.1. El responsable del Programa de Orientación para Personal de nuevo ingreso será la Supervisora de Servicios.

8. Evaluación del Programa de Orientación

8.1. El Programa de orientación deberá evaluar:

- A la persona orientada.
- A los responsables del desarrollo.
- La metodología empleada.
- Las actividades realizadas.

8.2. La evaluación se realizará mediante encuesta a la Supervisora y mediante encuesta/entrevista a la persona orientada.

8.3. El plazo de evaluación del programa, dependerá del cronograma de la segunda fase.

BIBLIOGRAFIA

CABALLERO POVEDA, María: *La Gestión de Personal como Instrumento de Calidad,* Ponencia V Jornada de Trabajo de la AEED. 1983.

PUIG, Ana: *Programa de Orientación para Enfermeras recién llegadas.* Revista ROL de Enfermería núm. 68. 1984.

HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA: *Programa de Orientación para personal de nuevo ingreso.* 1988.

DECIMOOCTAVA COMUNICACION

CONTROL DE CALIDAD EN LA DIVISION DE ENFERMERIA

Pedro Nogueira Loro
Subdirector División de Enfermería
Hospital San Pedro de Alcántara
CACERES

RESUMEN

Se expone en esta comunicación la implantación de control de calidad, sobre componentes de Proceso y Resultados en la División de Enfermería del Hospital General del Insalud San Pedro de Alcántara, de Cáceres.

En primer lugar se explican los métodos empleados para la implantación del mismo y, en segundo lugar se muestran los resultados obtenidos.

INTRODUCCION

Durante el año 1988 se inicia el Control de Calidad, con el fin de cumplir los siguientes objetivos:

a) Establecer progresivamente cuáles son los componentes específicos de cuidados de Enfermería.
b) Crear una conciencia crítica sobre calidad en el personal que le sirva de estímulo y motivación continua.
c) Cuantificar la calidad en las unidades.
d) Determinar con precisión cuáles son los puntos débiles y fuertes en cada unidad, desde el punto de vista de calidad.

1.— *Dinámica de implantación del Control de Calidad*

A.— Identificación de problemas a controlar.
Se realiza una Auditoría y se comprueban los siguientes problemas.
- Ausencias de Registro de Enfermería unificados en el Hospital.
- Realización no standarizada de técnicas y cuidados.
- Ausencia de registros que permitan controlar la incidencia de ciertos procesos imputables a Enfermería (úlceras por presión, accidentes, etc.).

B.— Elaboración de requisitos previos a la puesta en marcha del Control de Calidad.
- Registros de Enfermería unificados en todo el Hospital.
- Elaboración de Protocolos de Técnicas y Cuidados.
- Normas de funcionamiento de la División.

C.— Decisión sobre problemas a controlar.
- Se decide con las enfermeras de las unidades, comenzando por los más sencillos y comunes de controlar.

CONTROL DEL PROCESO

Objetivo

Conocer la calidad del proceso mediante el análisis sistemático de la Historia de Enfermería y la observación de técnicas y cuidados.

Método

Auditorías concomitantes (realizadas en la unidad).

Se revisa la documentación y se hace observación directa de Técnicas y Cuidados.

Auditoría retrospectiva: se analiza la documentación en Archivo.

Criterios

Historia de Enfermería: 24 criterios.

Técnicas y cuidados: 48 criterios.

Los criterios de calidad los deciden los supervisores, basándose en el Manual de Protocolos.

Indice

Se pacta con los supervisores los índices de cumplimentación de cada criterio.

Indice de cumplimentación	*Criterios*
90 - 100 %	61
80 - 90 %	5
70 - 80 %	4
60 - 70 %	1
50 - 60 %	1

Indice global de calidad: lo fija la Dirección de Enfermería en un 70 %.

Muestra

Mensualmente se hacen 15 revisiones de Historias de Enfermería y se hacen 15 observaciones directas sobre técnicas y cuidados.

En Archivo se revisan el 10 % de las Historias de los pacientes dados de alta en el mes anterior.

Resultados

Anexos 1 y 2.

CONTROL DE CALIDAD: RESULTADOS

Ulceras por presión

Objetivo: Conocer la incidencia de pacientes susceptibles de desarrollar úlceras por presión.
Conocer la incidencia de úlceras por presión.

Instrumentos

Test de valoración de pacientes potenciales (Anexo n.º 3).

Muestra

Informe mensual de los Supervisores de Unidades en el registro de recogida de datos.

Indice de calidad

Pacientes susceptibles: clasificar al 100 % de los usuarios.
Ulceras por presión 0 %. Excepción: úlceras inevitables (domicilio).

Resultados

Anexo n.º 4.

CONTROL DE ACCIDENTES Y RECLAMACIONES

Objetivo

Conocer la incidencia de accidentes y reclamaciones, entendiendo por reclamaciones las quejas de los usuarios, tanto verbales como escritas.

Período estudiado

Junio-septiembre.

Muestra estudiada

Informe mensual de los Supervisores de las Unidades.

Indice de calidad: Ideal: 0.

Real: al finalizar el mes de noviembre se realizará un análisis de los resultados obtenidos con los supervisores y se fijará el standar posible para el año 1989.

Resultados

Anexo n.º 5.

ANALISIS DE RESULTADOS

Encuesta a los usuarios hospitalizados

Se realiza en el período comprendido entre el 15 de junio y el 15 de julio, a un total de 84 pacientes ingresados, lo que representa un 20 % aproximadamente de los pacientes ingresados en el hospital en ese período.

Es una encuesta dicotómica en la que se significa calidad, no ausencia de la misma. Consta de un total de 23 preguntas y un apartado para observaciones del paciente. Se recogen aspectos referidos a:

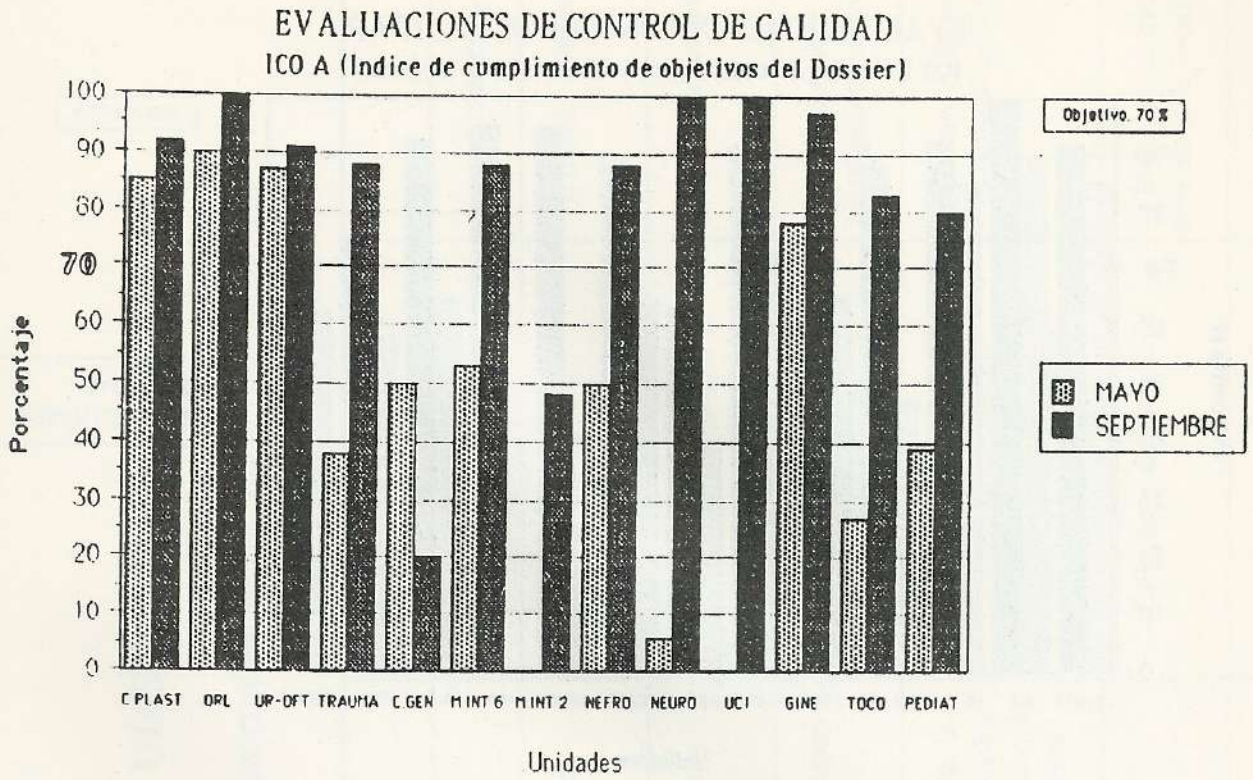
- Admisión en la Unidad (Información y cortesía).
- Información y comunicación.
- Confort, seguridad e higiene.
- Movilización.
- Alimentación.
- Eliminación.

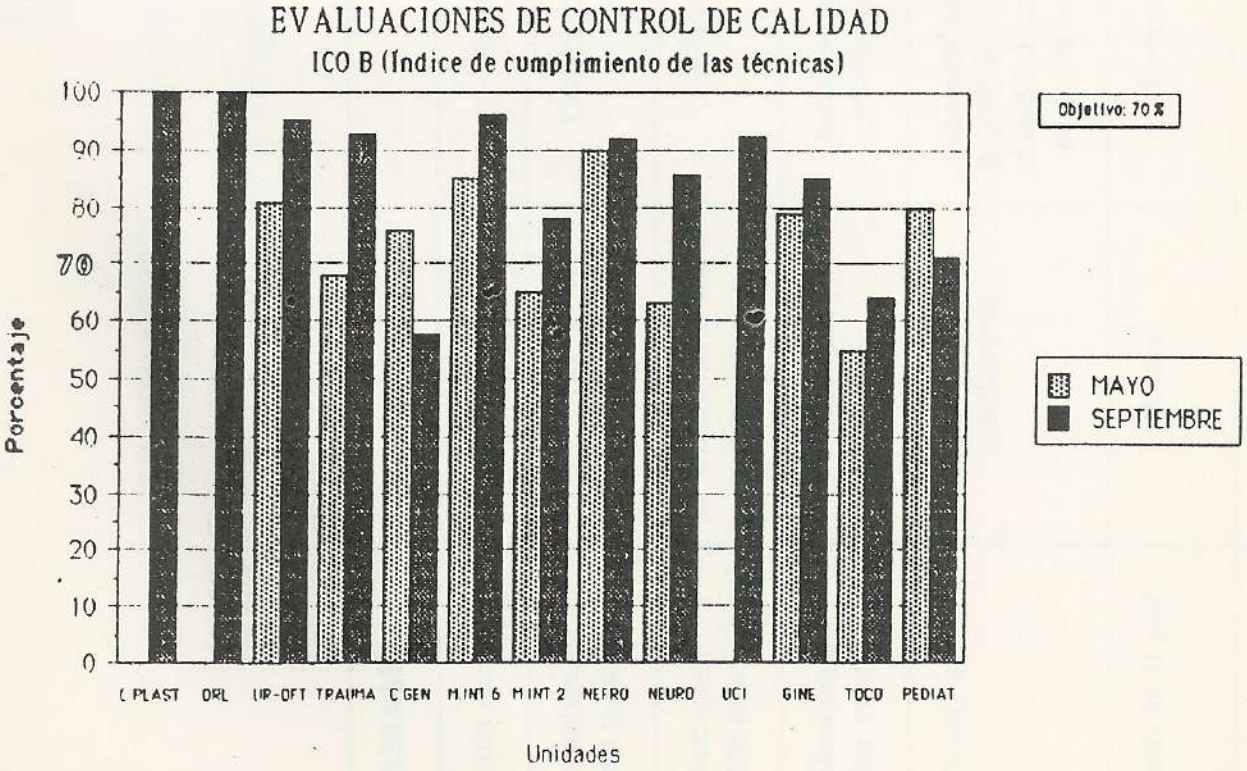
Se fija como standar de calidad un índice del 82 %, por considerar que en la encuesta existen cuatro parámetros que no son responsabilidad exclusiva del personal de Enfermería (hosteleras).

Resultados

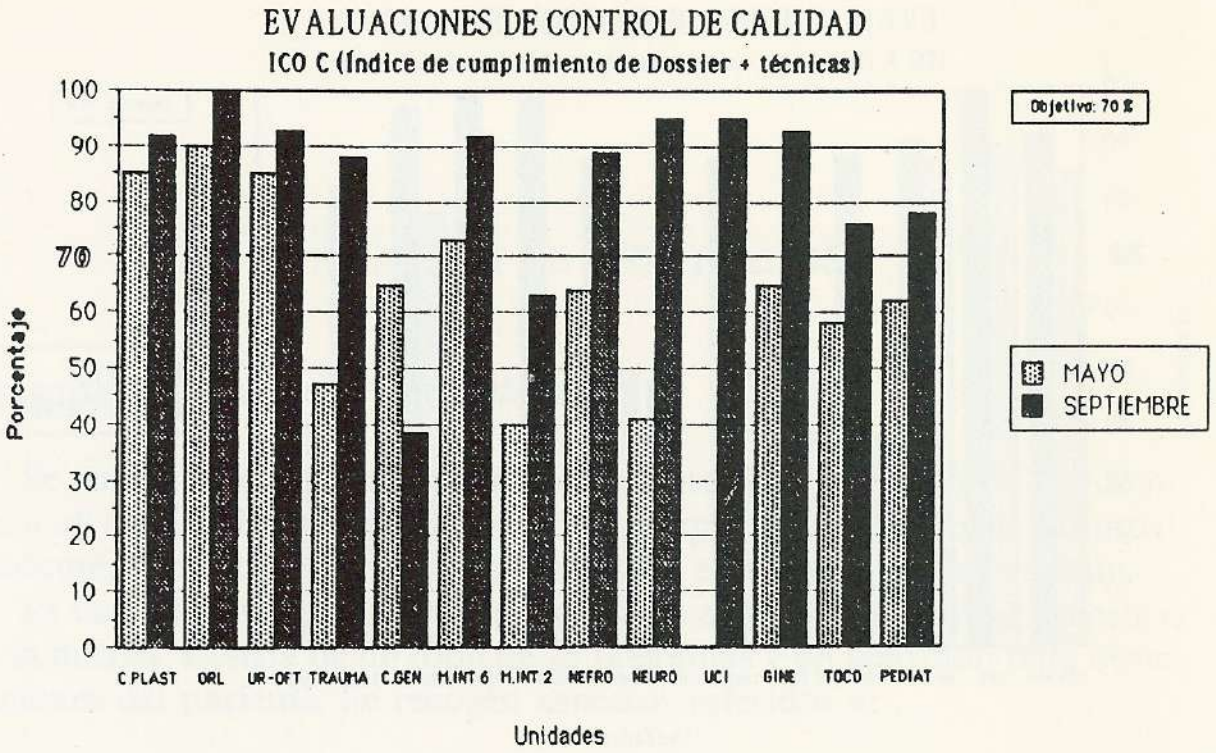
Anexo n.º 6.

ANEXO 1


EVALUACIONES DE CONTROL DE CALIDAD
ICO A (Indice de cumplimiento de objetivos del Dossier)
Objetivo: 70 %
MAYO
SEPTIEMBRE
Porcentaje
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
C PLAST
ORL
UR-OFT
TRAUMA
C GEN
M INT 6
M INT 2
NEFRO
NEURO
UCI
GINE
TOCO
PEDIAT
Unidades


EVALUACIONES DE CONTROL DE CALIDAD
ICO B (Indice de cumplimiento de las técnicas)
Objetivo: 70 %
MAYO
SEPTIEMBRE
Porcentaje
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
C PLAST
ORL
UR-OFT
TRAUMA
C GEN
M INT 6
M INT 2
NEFRO
NEURO
UCI
GINE
TOCO
PEDIAT
Unidades

ANEXO 2


EVALUACIONES DE CONTROL DE CALIDAD
ICO C (Índice de cumplimiento de Dossier + técnicas)
Objetivo: 70 %
MAYO
SEPTIEMBRE
Porcentaje
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
C PLAST
ORL
UR-OFT
TRAUMA
C.GEN
M.INT 6
M.INT 2
NEFRO
NEURO
UCI
GINE
TOCO
PEDIAT
Unidades

ANEXO 3

VALORACION DEL RIESGO DE ULCERA POR PRESION

(Superior a 12: paciente susceptible de U. P.)

VARIABLE	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (Se dobla puntuación)	No	Ocasional, nocturna o por estrés	Urinaria sólo	Urinaria e intestinal
Actividad (Se dobla puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (Se dobla puntuación)	Completa	Limitación ligera (paciente artrítico-artic. rígidas)	Limitación importante (Parapléjico)	Inmóvil (Tetrapléjico comatoso)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la la comida o deja cantidades considerables. Se le animará para que ingiera líquidos	No suele tomar ninguna comida completa, deshidratación, ingesta mínima de l íquidos	No come. Alimentación parenteral solamente
Aspecto de la piel	Normal	Edema con fóvea	Eritema y descamación	Todo lo anterior en más de una localización
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuída	Ausente extremidades	Ausente

RESULTADOS ANEXO 4

Período comprendido entre julio-septiembre.

- Total de pacientes ingresados: 1746.

Total de úlceras en el período.....	76	sobre	1746	4,35%
Ulceras previas a hospitalización.....	22	»	76	29%
Ulceras desarrolladas en hospital.....	54	»	76	71%

Datos de Prevención

Total pacientes clasificados potenciales.....	101	sobre	1746	5,78%
Ulceras desarrolladas en P. clasificados potenciales.....	39	»	101	38,61%
Pacientes clasificados potenciales que no desarrollaron úlcera (dato positivo de calidad)..	62	»	101	53,14%
Pacientes que desarrollaron úlceras sin haber sido valorados potencialmente.....	15	(Dato negativo de calidad)		

Datos de desaparición de úlceras

Ulceras desaparecidas en el período:

- Curación 30
- Exitus 10
- Otras 29

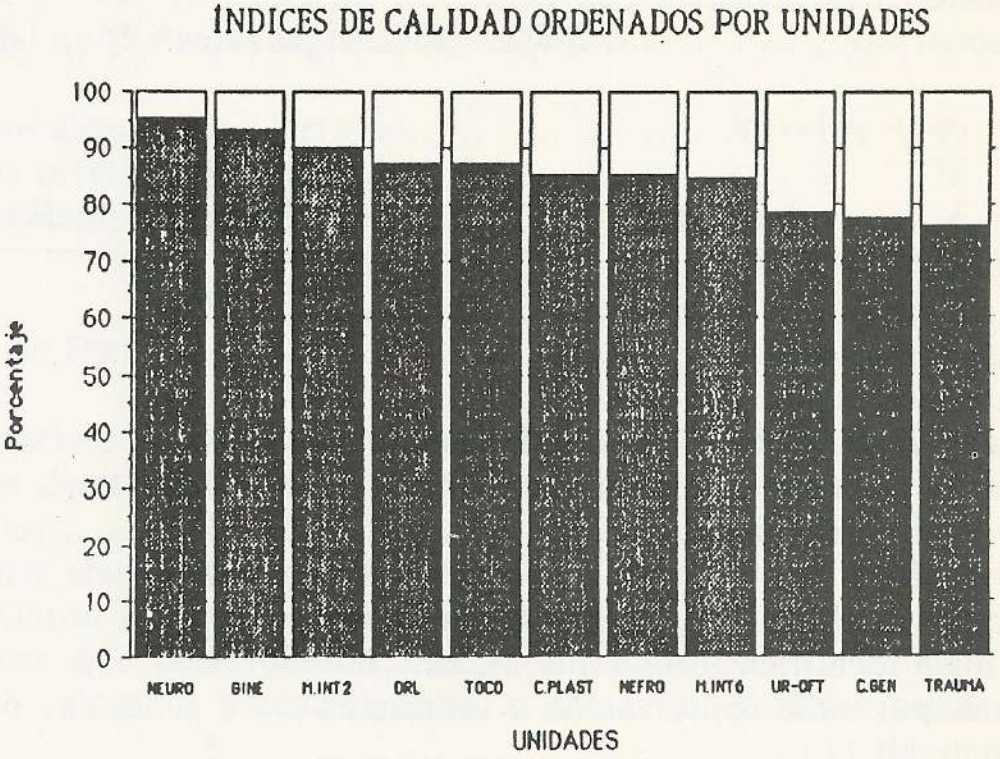
ANEXO 5

Número total de accidentes registrados: 116.

En pacientes	61	50,83%
En personal	55	45,45%

Accidentes	*Pacientes*	*Personal*
Caídas	48	6
Cortaduras trascendentes		10
Pinchazos con agujas	1	33
Agresiones al personal (físicas/verbales)		5
Extravío de pacientes	2	
Errores en medicación	1	
Errores en dieta	2	
Realización indebida de pruebas diagnósticas por mala identificación	1	
Accidentes por mala conservación o utilización de material	5	1
Quejas de pacientes o familiares	1	

ANEXO 6



Resultados de encuestas realizadas a los usuarios.

$\overline{X}$ DE CALIDAD DE LAS ONCE UNIDADES — 85,53 %.

NIVEL DE CONFIANZA PARA P MENOR 0.05 (89,13% — 81,93%).

CONCLUSIONES A LAS IX SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

Santander, 1, 2 y 3 de diciembre 1988

CONCLUSIONES A LAS IX SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

1. La Enfermería ante la Salud y la Sociedad deberá conseguir una definición completa de su imagen profesional, y de la oferta de servicio que presta a la Sociedad. Esta definición debe estar refrendada por una promulgación de ley que regule las funciones de Enfermería.
2. Es preciso que se adecúen los planes de estudio de Enfermería a las actuales necesidades de Salud de la población, mediante acciones que deberán aunar los esfuerzos de todo el colectivo de Enfermería: escuelas, colegios profesionales, asociaciones, etc.
3. En lo referente a los derechos del usuario, es preciso garantizar el respeto a la individualidad y a la libertad del usuario en nuestra conducta de cada día. Es recordado además que el progreso científico no es válido, si no va acompañado del desarrollo humano.

   Deberemos tener en cuenta, en nuestra práctica individual como profesionales de Enfermería, que la responsabilidad diluida no puede ser causa de que las necesidades del usuario queden relegadas.

   Por lo anteriormente dicho, los derechos del individuo no pueden ser alterados al entrar en contacto con los servicios de salud.
4. En cuanto a las nuevas Enfermedades Sociales, la Enfermería debe enfrentarse a los problemas de Salud de la Comunidad, desde la óptica de equipo multidisciplinario.

   Además, los grandes males de nuestro siglo necesitan la coordinación a todos los niveles sociales, políticos, etc., y no sólo de la Enfermería.

5. Las acciones de Enfermería en el campo de la Salud Laboral irán encaminadas a conseguir las condiciones necesarias para disminuir los riesgos de accidentes y enfermedades profesionales, con una mejora del entorno, para conseguir una mejor adaptación, poniendo especial énfasis en una adecuada educación sanitaria, y en la promoción de salud a todos los niveles.
6. Nuestra actitud como enfermeras/os ante la cronicidad debe contemplar dos aspectos:

   a) Cambiar el concepto de «curación» por el de «máxima calidad de vida posible».
   b) Ayudar al individuo a encontrar nuevas motivaciones para su vida.

   Y ante la muerte se han identificado tres implicaciones:

   1.° Aceptar la propia muerte.
   2.° Aumentar nuestros conocimientos en técnicas de ayuda al enfermo moribundo.
   3.° Convertirnos en educadores para la muerte.

7. Para finalizar, las enfermeras/os como responsables de la calidad de los cuidados de salud, deben reflexionar sobre su verdadero contenido, su esencia, que son los cuidados, y realizarlos con óptima calidad.