

XIX JORNADAS DE INTERRELACIÓN DE ENFERMERÍA

**“EL CUIDADO DE ENFERMERÍA, UN PROCESO
CONTINUADO ENTRE NIVELES “**

Algueña, 21 y 22 de mayo de 2008

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
I.S.B.N.: 978-84-691-3692-8
Depósito Legal: A-557-2008



VIOLENCIA DE GÉNERO
DENÚNCIALA



Enfermería
de la Comunidad
Valenciana

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
SALUDA ALCALDE DE ALGUEÑA	7
SALUDA PRESIDENTE DEL CECOVA	9
SALUDA COMITÉ ORGANIZADOR	13
COMITÉ DE HONOR	14
COMITÉ ORGANIZADOR	15
COMITÉ CIENTÍFICO	15
OBJETIVOS	16
PROGRAMA	17
CONFERENCIA INAUGURAL	21
COMUNICACIONES LIBRES	39
1ª PONENCIA	55
COMUNICACIONES A LA 1ª PONENCIA	75
2ª PONENCIA	97
COMUNICACIONES A LA 2ª PONENCIA	111
3ª PONENCIA	125
COMUNICACIONES A LA 3ª PONENCIA	135
POSTERS	143
COLABORADORES	151



La elección de Algueña para la realización de "las XIX Jornadas de Interrelación de Enfermería", supone para nosotros una gran satisfacción, que agradecemos y valoramos por todo lo que significa:

La formación continua de excelentes profesionales de la sanidad, que día a día se vuelcan con los ciudadanos que precisan de su atención y que de esta forma redundará en una mejor calidad de vida de los mismos, así como el acercamiento de nuestras gentes a otra realidad y actividades del colectivo sanitario, que sin duda servirá para ser valorados más si cabe, por el esfuerzo continuado que realiza y que determina el alto nivel alcanzado en el servicio a la sociedad.

De otro lado no quiero dejar pasar la ocasión para invitarles a conocer nuestro pueblo y así comprobar que es lo mejor de él: sus habitantes.

Por último, felicitar a la Dirección de Enfermería por la labor desarrollada en la organización de estas Jornadas, que no dudo dará como fruto mejorar los conocimientos de los profesionales y por ende la salud de los ciudadanos como fin último de su esfuerzo.

Reiterar nuestro agradecimiento por contar con Algueña para este evento y que ello sea el inicio de otras actividades futuras en las que nuestro Ayuntamiento siempre estará dispuesto y orgulloso de prestar su apoyo y colaboración con todo su esfuerzo.

M^a. Carmen Jover Pérez
Alcaldesa de Algueña



Creo que no me equivoco si afirmo que estas Jornadas de Interrelación de Enfermería del Departamento 18 son las decanas de cuantas se celebran en la Comunidad Valenciana, con el mérito de ser unas jornadas que, a pesar de no tener directamente el respaldo, sí la colaboración, de una asociación, colegio profesional, sindicato, universidad o de cualquier institución o grupo organizado cuyo ámbito de actuación sea superior al circunscrito del Alto y Medio

Vinalopó, han conseguido no faltar a su cita anual con la enfermería.

Unas jornadas organizadas y promovidas, con mucho esfuerzo por profesionales de enfermería de un mismo Departamento de Salud, con unos recursos limitados pero con una ganas de continuidad tan grandes como la importancia que toda enfermera debe darle a la continuidad de los cuidados. Su empeño se ve recompensado año a año y han conseguido llegar a su decimonovena edición, “casi nada”.

A nadie se le escapa el derroche de imaginación de quienes forman los Comités Organizador y Científico para mantenerlas siempre con la suficiente actualidad como para seguir despertando interés profesional.

Otra característica peculiar de estas Jornadas que a mí me parece un valor añadido interesante, confiriéndole su carácter diferenciador del resto, es su cambiante ubicación geográfica, pues cada edición se celebra en una localidad distinta a la anterior, favoreciendo de este modo un conocimiento más amplio de cuantas conforman esta comarca.

Por estas dos circunstancias mis más sinceras felicitaciones a quienes las hacen posible, no sólo a organizadores o promotores sino también asistentes, porque sin estos últimos, sin todas vosotras y vosotros, estas Jornadas no tendrían sentido, no se podrían realizar, ya que sois su razón de ser. Muchas gracias por vuestro compromiso profesional que hace grande a la enfermería.

Pero no sería justo terminar estas congratulaciones sin un recuerdo para quienes iniciaron la andadura de estas jornadas, a finales de la década de los ochenta, demostrando una gran visión de futuro al abrir el camino de la Interrelación, lo cual no podemos ni debemos dejar caer en el olvido, pues siempre, la enfermería de esta comarca y la profesión en general, les tendrán que estar agradecidos.

La reorganización del mapa sanitario de la Comunidad Valenciana en 22 departamentos de Salud fue una de las novedades introducidas por la puesta en funcionamiento de la Agencia Valenciana de Salud (AVS), organismo creado para organizar más eficazmente la sanidad pública valenciana, como también lo fue la introducción del presupuesto único y la financiación capítativa, dotando al departamento de salud de una mayor autonomía de gestión.

Otros de los cambios organizativos importantes que supuso la puesta en funcionamiento de la AVS, según palabras del entonces Conseller de Sanidad, Vicente Rambla, fue la definitiva integración entre la Atención Primaria y la Atención Especializada mediante la creación de la gerencia única para cada Departamento de Salud.

En este sentido yo me pregunto: ¿puede haber una eficiente integración si no hay una verdadera interrelación? La respuesta sería: difícilmente, por no decir que imposible. Es por ello que estoy convencido de que el titular de sanidad daba por hecho en 2005 que la interrelación entre niveles era una realidad intrínseca y consustancial al proyecto donde debían apoyarse todos los nuevos conceptos de gestión sanitaria que ponía en marcha la Administración sanitaria.

A mayor abundamiento, la Conselleria de Sanidad, es público y notorio que viene haciendo, desde hace varios años, un gran esfuerzo estratégico de inversión en Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones (TIC), entre otras cuestiones motivadas por los cambios organizativos y funcionales que he comentado antes, persiguiendo eliminar barreras y permitiendo tener una visión global de la organización sanitaria de la Generalitat Valenciana. No en vano, la Conselleria de Sanidad ha recibido recientemente el premio a la gestión en tecnologías de la salud de la Fundación Bamberg, en reconocimiento al sistema Abucasis que permite compartir la información de los pacientes a los profesionales de Primaria y Especializada.

Con todos estos cambios, la Conselleria de Sanidad ha dejado claro que pretende optimizar los recursos económicos, técnicos y humanos de cada departamento en pro de una mejora en la atención sanitaria que reciben los ciudadanos y que para alcanzar este objetivo, da por hecho la comunicación interniveles en su máxima expresión.

Presupuesto único para cada Departamento de Salud, financiación capitativa, apuestas por las nuevas tecnologías, acuerdos de gestión, facturación intercentros y la productividad sujeta al cumplimiento de objetivos, todo ello junto a una Gerencia única, son para mí, suficientes argumentos como para atreverme a proponer, a la organización, un cambio de expresión para Jornadas venideras.

Estuvo muy bien justificado, pues abrió el camino del modelo asistencial actual, que en los comienzos de estas Jornadas, allá por 1989, se hablara y se reclamara la necesidad de una interrelación entre Primaria y Especializada ante la similitud, en su manera de gestionar los recursos sanitarios, a una especie de Reino de Taifas en los dos niveles asistenciales, pero creo sinceramente que no es necesario seguir insistiendo semánticamente en ella, sencillamente por la obviedad del término en estos momentos sanitarios.

Considero francamente, y lo digo con ánimo constructivo, que hay suficientes argumentos como para plantearse el ir difuminando la palabra Interrelación de la denominación de estas Jornadas y que la referencia al "Alto y Medio Vinalopó" debe considerarse suficientemente explícita e identificadora como para que no se aprecie pérdida de continuidad en las próximas ediciones.

Mantener a estas alturas esta palabra y seguir insistiendo en ella, podría interpretarse como una forma subliminal de demandar de verdad la existencia de una interrelación y estoy convencido que no existen Departamentos de Salud en la Comunidad Valenciana donde, por falta de pericia o capacidad en el tipo de gestión que demanda una sanidad moderna o por falta de confianza, exceso de recelos o poca preparación de sus gestores, continúe sin entenderse el significado que, en una sanidad moderna como la nuestra, tiene este vocablo y se siga reivindicando una interrelación de hecho y no de manual.

En cualquier caso no me corresponde a mí esta decisión de cambio, sino que deben ser los promotores u organizadores de las Jornadas quienes, en base a sus criterios y motivos, tomen o no la iniciativa, pero sea cual fuere el resultado, siempre tendrán mi apoyo personal y en estos momentos también el de la institución que represento, para que las enfermeras y enfermeros de esta zona geográfica, puedan seguir teniendo todos los años, este punto de encuentro profesional que les permita compartir propuestas, proyectos y experiencias.

¡Ánimo pues y a por las veinte!

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del CECOVA
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

El cuidado de la salud de las personas que el profesional de enfermería ofrece a la Sociedad se realiza a lo largo de toda la vida, desde el nacimiento, el enfermar y el morir.

Las organizaciones sanitarias establecen mecanismos de coordinación para garantizar que sus procesos internos se desarrollen en diferentes niveles de asistencia. Es por ello, que la coordinación interna de todos los procesos es una meta a conseguir obteniendo sus resultados a través de equipos de trabajo plurales y multidisciplinarios.

Situándonos en esta línea de actuación, en nuestras Jornadas de Enfermería siempre ha estado presente la esencia de la interrelación como herramienta de trabajo para cualquier profesional de enfermería. Es por lo que nos proponemos en esta XIX edición ofrecer un intenso programa a cargo de expertos y de profesionales que en el trabajo diario nos ofrecen su visión de la realidad que se presenta apasionante para todo aquel que quiera estar en la vanguardia de su profesión.

La interrelación entre niveles asistenciales se ha considerado una utopía, “un proyecto, una idea irrealizable en el momento que se plantea”. Éste es el foro adecuado para perder el “miedo” y vencer esa barrera de lo irrealizable, para convertirlo en la realidad que todos deseamos.

Queremos situarnos en el espacio comprendido entre los dos niveles de atención que acompañan en los procesos de salud, enfermedad y muerte.

Los integrantes de los Comités de las XIX Jornadas de Enfermería estamos convencidos que, el esfuerzo de organizar un evento de esta categoría, quedará recompensado al comprobar la riqueza aportada a nuestro pensamiento enfermero sobre la realidad de la interrelación por los expertos invitados y profesionales participantes.

EL COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Manuel Cervera Taulat
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sr. D^a. M^a. Carmen Jover Pérez
Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Algueña

Ilma. Sra. D^{ña}. M^a. Luisa Berenguer Brotóns
*Concejala de Servicios Sociales, Sanidad y Educación. Concejala de la Mujer
Excmo. Ayuntamiento de Algueña*

Ilma. Sra. D^a. Pilar Ripoll Feliu
Dirección General de Calidad y Atención al Paciente

Ilmo. Sr. D. José Joaquín Ripoll Serrano
Presidente de la Exma. Diputación Provincial de Alicante

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig
Director General Salud Pública

Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. D^{ña}. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilma. Sra. D^{ña}. Asunción Ors Montenegro
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

Sr. D. Joaquín Ibarra Huesa
Director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Sr. D. José Vicente García García
Director Territorial de la Conselleria de Sanidad en Alicante

Sr. D. Joan Lloret Llinares
Gerente del Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Antonio Ruiz Marhuenda
Director Médico Atención Primaria Departamento 18 Elda

Sr. D. Juan Molina Navarro
Director Salud Pública Elda

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

D^a. M^a. José Martínez Bernabé
Directora de Enfermería Departamento de Salud 18

SECRETARIA

D^a. Elena Ferrer Hernández
*Supervisora de Docencia. Dirección de Enfermería. Hospital General de Elda.
Departamento de Salud 18.*

VOCALES:

D^a. M^a. Luz Ruescas Rubio. *Supervisora Enfermería. Hospital General de Elda*
D. Pablo Martínez Canovas. *Enfermero Hospital General de Elda*
D^a. Pilar Ribera Montes. *Enfermera Hospital General de Elda*
D^a. Remedios Carrasco Tortosa. *Adjunta Enfermería C.E. Elda*
D. Manuel Gómez Llopis. *Enfermero. Hospital General de Elda*
D. Rafael Cecilia Canales. *Enfermero. Hospital General de Elda*
D^a. Elisa Gómez Díaz. *Supervisora de Enfermería. Hospital General de Elda*
D^a. Francisca Pérez Sánchez. *Coordinadora de Enfermería. Centro Salud Villena*
D^a. M^a Antonia Torres Rodríguez. *Coordinadora de Enfermería. Centro Salud Villena*
D^a. Fina Hernández García. *Coordinadora de Enfermería. Centro de Salud de Sax*
D^a. Nuria Mira-Marceli García. *Enfermera SAIP. Atención Primaria. Centro de
Salud Las Acacias*

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

D^a. M^a. del Remedio Yañez Motos
Directora de Enfermería Atención Primaria Departamento 18 de Salud.

VOCALES:

D^a. Ascensión Marroquí Rodríguez
Enfermera. Vocal I Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.
D. José Manuel Pazos Moreno
*Máster de Enfermería en Ciencias de la Salud. Jefe Enfermería S.A.I.P. Hospital
Universitario de Elche. Profesor Enfermería Universidad de Alicante y
Colaborador en la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche.*
D^a. M^a. Teresa Almodóvar Gras.
Supervisora de Enfermería. Laboratorio. Hospital General de Elda.
D. Martín Ruiz Pulgar
Coordinador de Enfermería Centro de Salud Monóvar. Departamento de Salud 18.

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los cuidados entre los dos niveles de atención en los procesos de salud, enfermedad y muerte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las competencias de enfermería a desarrollar en el mantenimiento de la salud en la población
- Analizar los cuidados implícitos en los procesos de la enfermedad
- Estudiar los procesos terminales en todos los niveles de atención de enfermería

PROGRAMA

MIÉRCOLES, 21 DE MAYO DE 2008

09:00 h. Entrega de documentación

09:30 h. Acto Inaugural

10:00 h. Conferencia Inaugural.

“EDUCACIÓN EN SALUD: FUNCIÓN IMPORTANTE DE LA ENFERMERÍA”

D. José Luis Medina Moya. *Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación. Diplomado en Enfermería.*

Moderadora: D^a. M^a. José Martínez Bernabé. *Directora de Enfermería Departamento 18 de Salud*

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Café

12:00 h. Comunicaciones Libres

COMPARACIÓN DE LAS SENSACIONES SUBJETIVAS DE LOS PACIENTES SOBRE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS EN UNA UNIDAD DE TRANSTORNOS RESPIRATORIOS DE SUEÑO

Sabater Sala A., Hernández Blasco L., Vila Villa J., Sacristán Bou L., Benito Díez N., Giménez Tébar JL., Romero Candiera S.

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

RELACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA EN LA FORMACIÓN DE LA ENFERMERA. VISIÓN REFLEXIVA DE LOS ALUMNOS EN PREGRADO DE ENFERMERÍA

Magdalena de Teresa Corominas*, Tania Navarro Gutiérrez*,

Laura Martínez Valdés*, Elena Ferrer Hernández**.

**Estudiantes de Enfermería. **Profesora Asociada. Departamento de Enfermería Escuela de Enfermería Universidad de Alicante*

13:00 h. Coloquio

13:30 h. Taller 1.

“Prevención de Accidentes de Tráfico”.

D. Alfonso Jiménez López. *Enfermero Salud Pública Elda. Profesor Asociado Universidad de Alicante.*

15:00 h. Comida

17:00 h. 1ª PONENCIA

“MANTENIENDO NUESTRA SALUD”

D. Federico Juárez Granados. *Enfermero. Licenciado en Enfermería. Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencia*

Moderadora: D^a. Adela Huertas Mazón. *Enfermera Centro de Salud de Novelda*

17:30 h. Coloquio

18:00 h. Comunicaciones a la 1ª Ponencia

LA OBESIDAD INFANTIL: UNA NUEVA DEMANDA DE SALUD

Eva Vives Sánchez*, Betlem Coves Vidal*, Remedios Martínez Navarro**

**Enfermeras del Hospital de Elche. **Enfermera del Hospital de Elda*

LA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Nuria Gonzálvez Vera*, Carlos García Sánchez*, Dolo Vílchez García**, May Callado Jiménez*, Naomi Ibáñez Bautista*, Sara Lavado Moreno*.

**Enfermeros. Miembros del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” (ENSE)*

***Coordinadora de Grupo Enfermería en Salud Escolar (ENSE). Zona Sax y Petrel*

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PROBLEMAS ALERGOLÓGICOS EN EL ALTO Y MEDIO VINALOPÓ

M^a. Dolores Alcolea Martínez, M^a. Auxiliadora Pacheco Martínez, Teresa Colomina Colomina

Enfermeras del Hospital General de Elda

19:00.h. Coloquio

19:30 h. Vino de Honor. Ofrecido por el Exmo. Ayuntamiento de Algueña

JUEVES 22 DE MAYO DE 2008

09:30 h. Discusión de Posters

Moderador: D. Antonio Mira Cantó. *Coordinador de Enfermería Centro Salud Pinoso*

OBESIDAD INFANTIL: NECESIDAD PERCIBIDA

Betlem Coves Vidal; Remedios Martínez Navarro; Eva Vives Sánchez

Enfermeras. Miembros del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” de Alicante

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA. SITUACIÓN INTERNACIONAL Y FUTURO.

Diego Ibáñez Gallardo. Enfermero. *Responsable SAIP Departamento 18 de Salud*
Ignacio González Jiménez. *Psicólogo, Departamento 18 de Salud*

MOVILIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA

Aurora Felipe Sánchez, Josefina Serrano Alted, Jesús J. Olivares Iñesta
Unidad de Traumatología. Hospital General de Elda

10:00 h. 2ª PONENCIA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESO DE LA ENFERMEDAD

D. Antonio Hernández Ortuño. *Enfermero UHD Hospital General de Elda. Licenciado en Antropología. Profesor Asociado Escuela de Enfermería Universidad de Alicante*

Moderador: D. Carlos Heras Carcelen. *Enfermero UCI. Hospital General de Elda*

10:30 h. Coloquio

11:00 h. Pausa Café

11:30 h. Comunicaciones a la 2ª Ponencia

PROGRAMA EDUCATIVO DE SUPERVIVENCIA EN EL DEBUT DE LA DIABETES TIPO 1

Ana María Monteagudo, Manuel Cazorla Pina
Enfermeros, Educadores de Diabetes. Hospital General de Elda

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A ACCESO VENOSO CENTRAL MEDIANTE USO DE APÓSITO TRANSPARENTE ESTÉRIL

Cremades Bernabéu, José Antonio(*), Cremades Bernabéu, Alejandro(**), Sánchez Flores, Luciano(*), Luz Román, Mireya(*), Díaz Molina, Verónica(*), Martín Meral, M^a Dolores(*).

(* *Servicio de Reanimación del Hospital General de Elda.* (**) *Unidad de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Elda.*

12:30 h. Coloquio

13:00 h. Taller 2.

“Acompañamiento al duelo”

D. Ignacio González Jiménez. *Psicólogo Atención Primaria Departamento 18 de Salud*

14:00 h. Taller 3.

“RCP instrumentalizada y desfibrilación semiautomática”

D. José Antonio Cremades Bernabéu. *Supervisor de Enfermería Reanimación Hospital General de Elda*

15:00 h. Comida

17:00 h. 3ª PONENCIA

CUIDADOS DE CALIDAD AL FINAL DE LA VIDA

D. Juan José Tirado Darder. *Presidente Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*

Moderador: D. Baltasar López García. *Enfermero UHD Hospital General de Elda*

17:30 h. Coloquio

18:00 h. Comunicaciones a la 3ª Ponencia

ESTUDIO PILOTO PARA DETECTAR LA EXISTENCIA DE DETERIORO COGNITIVO EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA (SPMSQ-VE)

Francisca Pérez Sánchez, Vanesa Morales Camacho, Raquel Soria Jiménez
Enfermeras Centro Salud Villena I Departamento 18 de Salud

19:00 h. Coloquio

19:30 h. Lectura conclusiones

19:45 h. Entrega de premios

- Mejor Comunicación
- Mejor Póster
- Mención Especial Mejor Comunicación Estudiantes de Enfermería
- Mejor Comunicación y Póster, otorga en Formación el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- XIII Premio Lucentum de Enfermería.
- VI Premio Periodístico de Enfermería Departamento 18 de Salud. Colegio Oficial de Enfermería Alicante
- Premio de Fotografía (Los Cuidados de Enfermería)

20:00 h. Clausura de las Jornadas

CONFERENCIA INAUGURAL

LA ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA: DE MAPAS Y TERRITORIOS

Dr. José Luis Medina Moya
(*jmedina@ub.edu*)

Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Después de veinte años de investigaciones realizadas en el campo de la docencia universitaria en general y de la enseñanza clínica de la Enfermería en particular y una vez superado el reduccionismo que supuso la hegemonía de los enfoques de la psicología cognitiva con la aparición de aproximaciones fenomenológicas, reflexivas y prácticas, puede afirmarse que el conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación docente y que determina en última instancia las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la enseñanza clínica es un conocimiento personal ¹, o práctico-reflexivo ²; producto de la biografía y experiencias pasadas del profesor, de sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma ³.

Si bien es verdad que los trabajos de Donald Schön^{2,4} han supuesto una de las aportaciones más originales y sugerentes para la conceptualización e interpretación de la enseñanza de las profesiones como actividad práctica, no es menos cierto que sus ideas han tenido un enorme impacto e influencia en la reconceptualización de la práctica profesional de la Enfermería, lo que ha generado, como consecuencia, una transformación en la manera de entender la formación de sus profesionales.

En la actualidad, el saber enfermero es caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico⁵⁻⁹ y ello, ha supuesto una reconsideración de la función de la enfermera como profesional de los cuidados¹⁰⁻¹² (del conocimiento requerido y su construcción, de sus habilidades), reconsideración que ha conducido, a su vez, a una transformación muy profunda en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente.

En lo que sigue se explicará cómo la crítica generalizada a la razón instrumental realizada desde diferentes ámbitos científicos, académicos y profesionales ha influido en la conceptualización del currículum y de la docencia clínica en Enfermería y en la consideración de la racionalidad que subyace al trabajo que las enfermeras realizan.

¿QUÉ SIGNIFICA UNA ACCIÓN PROFESIONAL RACIONAL Y COMPETENTE?

Sin duda la aportación de Argyris y Schön¹³ y más recientemente la de Schön han tenido una creciente influencia en la formación de profesores y de enfermeras y en la formación del profesorado de Enfermería, durante la última década tal y como puede apreciarse tras un análisis de la literatura^{7,10-12,14-17}. La contribución de esos trabajos al desarrollo de la educación de profesionales en Estados Unidos y Europa ha sido enorme. En Latinoamérica ese impacto ha sido más relevante en la formación del profesorado que en la de enfermeras donde estos desarrollos son todavía escasamente conocidos.

Fueron Argyris y Schön quien por primera vez alertaron a los educadores en general y a los profesionales en particular de la posible discrepancia entre las teorías explícitas e implícitas que utilizaban. Y fue Schön quien reveló, incisivamente, las carencias e inadecuaciones de la racionalidad técnica, que ha dominado de un modo hegemónico la comprensión de la actividad práctica de los profesionales y de su formación. Esa crítica demuestra que la racionalidad técnica no alcanza a explicar plenamente el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño de su labor y que presenta, por tanto una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos.

Para Schön la manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico y práctica profesional se basa en la racionalidad técnica, la cual inspira el diseño y desarrollo curricular de los centros universitarios. Se entiende que la práctica competente se convierte en profesional cuando la solución de problemas se basa en conocimiento de proposiciones generales (teórico). Se trata de solucionar problemas “instrumentales” mediante la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica. Cuando Schön habla de problemas instrumentales se refiere a aquellos que implican la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin previa y claramente delimitado. Pone el ejemplo de la medicina: currículum normativo en el que primero se presenta la ciencia básica o biomédica, después las aplicadas y por último prácticas donde los alumnos se supone que aprenden a aplicar aquel saber a la solución de problemas de diagnóstico y tratamiento.

Parece claro que en Enfermería el currículum básico se ordena según esa jerarquía. En primer lugar se presentan las ciencias básicas biológicas (anatomía, fisiología, bioquímica) y psicosociales (psicología general y evolutiva) y los fundamentos de la ciencia de enfermería (modelos y teorías de enfermería). A partir de ellas se presentan aplicaciones deductivas a la Enfermería de esas ciencias (Enfermería Médica, Enfermería Quirúrgica, PAE). Y por último unas prácticas en los servicios donde trabajan los profesionales de Enfermería y donde las alumnas aprenden a aplicar el conocimiento básico y aplicado a los problemas del cuidado de las personas que asisten. Este orden y jerarquía es visible cuando se afirma que el aprendizaje de las habilidades profesionales que la enfermera requiere es posterior, lógicamente, a la asimilación del conocimiento científico técnico básico porque un saber es inaplicable hasta que no se conoce en profundidad.

Pero también la manera dominante de entender el modo como los profesionales de diferentes campos resuelven los problemas que encuentran en su actividad se adapta a la racionalidad técnica. Según esta visión, la acción de un profesional consiste en la selección de una serie de técnicas validadas científicamente con objeto de alcanzar unos fines preestablecidos. Y tanto los procedimientos de selección y aplicación de las técnicas, como los de selección de objetivos se hallaban científicamente fundados. El conocimiento que debe poseer un profesional hace referencia a teorías científicamente válidas y fiables y a la aplicación de éstas a la resolución de los problemas que encuentra en su actividad profesional. La cual se reduce, de ese modo, a una solución instrumental de los problemas. Solución que será rigurosa en función de la “cientificidad” de los principios que aplique y de las “evidencias” en las que se base.

Pero, a poco que se analice la práctica de las enfermeras profesionales, se constata que hay zonas y momentos nucleares en ella que se escapan a esa forma de entender el trabajo y el conocimiento de los profesionales.

Uno de los aspectos más originales del trabajo de Schön es que ha analizado de manera empírica el modo en que ciertos profesionales (psicoterapeutas, arquitectos e ingenieros) resuelven los problemas con los que se enfrentan durante su actividad profesional. Lo interesante del trabajo de Schön es que presenta una visión radicalmente diferenciada de lo que hasta ahora se había entendido como un ejercicio profesional competente. Nos propone una nueva epistemología de la práctica opuesta totalmente a la visión positivista de acción racional. Para Schön, el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica. Antes al contrario, el profesional es un Práctico Reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción*.

Gracias a las aportaciones de Schön sobre la epistemología de la práctica en las que describe los tres elementos del conocimiento práctico, conocemos mucho mejor hoy el proceso mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional que habilita para un ejercicio competente de la Enfermería: la reflexión sobre la propia práctica. O sea, es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica de la enseñanza.

HACIA UNA NUEVA COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA DEL SABER ENFERMERO

La noción de conocimiento profesional que hasta ahora ha dominado en Enfermería ha estado inspirada en la doctrina racionalista basada en la filosofía positivista y su epistemología empírico analítica, aquélla que defiende que la razón es la primera fuente de conocimiento y que es independiente de la experiencia¹⁸. Desde los primeros trabajos estadísticos de Nightingale en los que se relacionaba la higiene con la salud hasta recientemente, el conocimiento enfermero ha sido representado como un saber de proposiciones universales, objetivo y prescriptivo^{19,20}.

Sin embargo, en la actualidad, se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero. La multi-paradigmática comprensión de la Enfermería ya sugerida por Carper²¹ ha venido haciéndose más evidente en el desarrollo conceptual y teórico de la Enfermería. Los trabajos etnometodológicos y antropológicos de Leininger²²⁻²⁴ y Rizzo Parse²⁴, el uso que de la fenomenología existencial ha hecho Watson²⁵ para construir una Ciencia Humana del Cuidado, o los trabajos de Benner^{6,26,27} sobre el conocimiento práctico son casos bien conocidos. La noción de que en Enfermería existen una pluralidad de saberes se ha convertido en una afirmación unánimemente aceptada en la literatura de ese campo.

Aunque, tradicionalmente, los relatos escritos por enfermeras acerca de sus experiencias profesionales han sido publicados en las revistas científicas y profesionales del campo, esos trabajos, muy útiles para las profesionales, han sido ignorados hasta recientemente por los investigadores²⁸. No es hasta hace veinte años que los trabajos de autoras como Carper y Benner empiezan a defender la idea de que la práctica profesional, las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina.

El trabajo ya clásico de Carper ofrece una clasificación de los tipos de conocimiento que se hallan presentes en toda acción profesional de la enfermera. Esta autora, después de una exhaustiva revisión documental afirma que la literatura enfermera contiene cuatro modalidades o patrones de conocimiento, de los cuales solamente uno es empírico en el sentido positivista del término. Esos cuatro patrones fundamentales de conocimiento son: empírico, personal, estético/artístico y ético.

Sin embargo, pese a la importancia que estos trabajos han tenido en la reformulación del saber enfermero, la obra que más influencia ha tenido y que ha permitido realizar un serio cuestionamiento a la visión que las escuelas de Enfermería poseen acerca de la naturaleza del conocimiento profesional y su relación con la práctica ha sido la de Patricia Benner^{6,26,27,29-32} que en su libro *From Novice to Expert*, considerado ya un clásico en el ámbito de la Enfermería, estudió la pericia en Enfermería utilizando para ello un enfoque fenomenológico hermenéutico de investigación:

“El objetivo del trabajo es trazar los límites de las reglas formales (protocolos) y recalcar la importancia del "juicio discrecional" que se aplica en las contingencias de la práctica clínica diaria” (Benner, 1984, 24).

Para el estudio se seleccionaron 21 parejas de enfermeras (expertas y noveles) de hospitales que poseían programas de orientación del nuevo personal. Las parejas eran interpeladas (por separado) acerca de situaciones y momentos relevantes de su práctica: dificultades, interpretaciones, resolución de problemas. Sólo se incluyeron casos en los que la acción de la enfermera tuvo repercusiones claras en el estado del enfermo. Se trataba de averiguar si existían diferencias características apreciables entre los relatos de la enfermera novel y la experta en torno a un mismo episodio. En caso afirmativo se trató de hallar el modo de explicarlas o interpretarlas.

La importancia del trabajo de Benner radica en que es el primero que, en el ámbito de la Enfermería, alerta de la discrepancia entre “saber teórico” y “conocimiento práctico” ya teorizada por Schön en el campo de la formación de profesionales. El

trabajo demuestra la existencia de un conocimiento implícito que se activa con la acción de la enfermera y que permite el reconocimiento instantáneo de situaciones problemáticas y respuestas intuitivas características de una práctica profesional experta. Ese conocimiento práctico o “saber cómo” en términos de Polanyi³³ es inevitable, se halla incrustado en la misma práctica, es tácito. Es decir, cuando a una enfermera se la interroga acerca del porqué de alguna de sus acciones presenta verdaderas dificultades para explicitar verbalmente ese proceso. A lo sumo, puede describirlo vagamente. Las enfermeras expertas pueden reconocer rápidamente situaciones irregulares en las personas que cuidan, sin embargo, no pueden presentar una descripción precisa del método o proceso racional que han seguido para alcanzar esa conclusión^{10,11}.

El estudio de Benner arroja evidencias que demuestran que el juicio clínico experto deriva de una comprensión global, antes que analítica, de la situación, una valoración cualitativa y holística que según Benner posee dos características distintivas:

1ª Esquemas de reconocimiento: es la habilidad perceptual que permite a una enfermera reconocer configuraciones y relaciones sin una especificación analítica de los componentes del patrón o modelo. Un buen ejemplo de ello nos lo ofrece Schön² cuando, citando a Polanyi, se refiere al reconocimiento de los rostros:

“Cuando reparamos en un rostro familiar en medio de una muchedumbre, nuestra experiencia de reconocimiento es inmediata. Normalmente no utilizamos ningún razonamiento previo ni recurrimos a comparar este rostro con imágenes de otros rostros grabados en nuestra memoria. Sencillamente vemos el rostro de la persona a la que conocemos. (...). Generalmente somos incapaces de elaborar una lista de los rasgos característicos de este rostro y distinguirlo de los demás rostros a su alrededor; y aún en el caso de poder hacerlo la inmediatez de nuestro reconocimiento sugiere que no se debe a un listado de rasgos” (pág. 35).

Las personas a las que las enfermeras cuidan, presentan patrones que las enfermeras expertas aprenden a reconocer de modo inmediato y global. En contraste con esta visión de los esquemas de reconocimiento, la racionalidad técnica propone un esquema de reconocimiento como “chek list”, donde la enfermera debe comparar una serie de características que mantiene en la memoria con las características presentadas por la persona.

2ª Sentido de “prominencia”: es la capacidad de distinguir o discriminar aquellos datos relevantes de los que no lo son. La enfermera que posee este sentido no considerará todas sus observaciones como pertinentes, sólo aquéllas que destacan o sobresalen y que actúan a modo de pistas que guían las observaciones siguientes. La observación continuada del paciente durante un cierto espacio de tiempo permite a la enfermera determinar qué características son “sobresalientes” en esa situación. Por contra, las rutinas de valoración basada en listados de observaciones no son efectivas en casos que requieren observaciones individuales y contextualizadas.

Benner, a partir de las aportaciones de Polanyi realiza una distinción entre “saber qué” y “saber cómo”. El primero es el conocimiento de Enfermería tal y como se pre-

senta en el currículum: altamente formalizado, acontextual, instrumental y teórico, es decir, la racionalidad técnica. El segundo, es un conocimiento tácito y dependiente de la experiencia. El problema aparece cuando el conocimiento que la racionalidad técnica propone como necesario para la práctica (saber qué) es incapaz de subsumir zonas de aquélla y, sin embargo, es presentado el profesorado como el ideal de la comprensión racional de la acción profesional que las enfermeras llevan a cabo.

El conocimiento académico, como Schön y Benner han demostrado, es abstracto, acontextual, estable y rígido. Sin embargo, el conocimiento en la práctica es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión, es inestable, complejo, incierto y saturado de valores, un reflejo de la vida real. El conocimiento práctico clínico no puede ser formalizado ni enseñando puesto que es muy difícil hacerlo explícito verbalmente, sólo puede ser demostrado. Se halla incrustado en la práctica de las enfermeras de una manera implícita personal e irreplicable.

El problema es que, en Enfermería, sólo se ha considerado legítima la primera forma de conocimiento permaneciendo olvidada y en segundo plano el “saber cómo”. Es más, el esquema bajo el que se estructura el currículum refleja esa supe-ditación o subordinación del conocimiento práctico al saber teórico donde el periodo de prácticas no sólo es posterior a la formación teórica sino que suele ser un ámbito del currículum enfermero considerado como de segundo orden. Se suelen elaborar programas especificando con todo lujo de detalles los contenidos teóricos y disciplinares al mismo tiempo que los “saberes de experiencia” se designan no ya por su “contenido” sino por el momento y lugar en el que se produce su aprendizaje: los entornos clínicos.

EL PROBLEMA DE LA FORMALIZACIÓN DE LOS SABERES PROFESIONALES EN EL CURRÍCULUM

Una vez constatado el hecho que la noción de conocimiento profesional que transmiten las escuelas de Enfermería (la racionalidad técnica) no es el más adecuado para preparar profesionales con competencia práctica y habilidades para la formulación de juicios práctico/clínicos^{9,11,34} y aceptada la idea que existen aspectos centrales de la práctica profesional de las enfermeras que han sido tradicionalmente olvidados en la formación^{35,36} se están desarrollando modelos alternativos, basados en los trabajos de Schön, Benner y Diekelmann los cuales, aceptando que el conocimiento técnico-científico es un ingrediente importante y necesario para el ejercicio profesional, elevan la importancia de la práctica y del conocimiento en ella incrustado considerándolo no ya secundario o una aplicación del anterior sino la clave de una práctica experta^{10,12}. Existe un conocimiento en la práctica que puede y debe informar el diseño y la acción curricular.

Ciertamente, el currículum es el mejor recurso para formalizar el conocimiento y las habilidades necesarias para la práctica de la Enfermería. Es la manera ideal para hacer explícitos los intereses y preocupaciones de la práctica tal y como son entendidas por el profesorado y profesionales de la Enfermería. Pero en ese esfuerzo de

codificación subsisten una serie de problemas y malentendidos que deben ser examinados detenidamente para desarrollar una enseñanza clínica verdaderamente reflexiva.

En primer lugar, la “práctica reflexiva” no es un componente más de la práctica profesional como realizar una cura, formular un plan de cuidados ayudar al paciente en su proceso de duelo a través de la “relación de ayuda”. Es más bien una habilidad transversal que no puede escindirse de la totalidad de la práctica*. ¿Cómo llevar a la práctica pues una enseñanza reflexiva que abarque todos los dominios de la práctica competente?. De entrada, podemos afirmar que las escuelas de enfermería, sin perder de vista la formación teórica de las estudiantes, deberían abandonar la creencia que el conocimiento teórico es por sí mismo un medio para la acción profesional. Ni siquiera los saberes de tipo procedimental contienen en sí mismos las claves para resolver la cuestión de la forma y momento oportunos para aplicarlos. Aunque tampoco debemos mantener la ficción de que para un ejercicio profesional competente basten saberes procedimentales, sino que debemos empezar a reconocer que el uso y aplicación del saber teórico en situaciones complejas pasa, como veremos más adelante, por otro tipo de recursos.

Por otra parte, la mayoría de los “contenidos” que aparecen en los currículos de enfermería proceden de los conocimientos teóricos de diversas disciplinas y de los resultados de las investigaciones en los campos profesionales. Pero este tránsito no implica en ningún caso una traslación automática. Más bien el paso de esos saberes al currículum “escrito” y de éste al currículum “enseñado” se realiza a través de una serie de transformaciones, descontextualizaciones y abstracciones que llevan a cabo las docentes. Dicho de otro modo, enseñar acerca del cuidar es siempre exponer de modo ordenado aquello que se aprendió de manera más o menos azarosa. Cuando una docente de enfermería elabora un programa o imparte una clase, esas acciones siempre reconstrucciones a posteriori. En esos procesos se construye una imagen racional de unos saberes combinando hallazgos previos múltiples de la docente, insertando resultados de investigaciones “ad-hoc” y atravesando en todo ello el significado que tienen para ella (producto de una interpretación que nunca es unívoca) los distintos conceptos de la sesión. Cuando se encuentra con lagunas o incoherencias lógicas busca soluciones plausibles y de ese modo elabora su pensamiento al tiempo que presenta su discurso.

Estas transformaciones no se realizan, no obstante, por descomodamiento del profesorado. Responden más bien a requerimientos organizativos y pedagógicos. Se hacen necesarias para organizar los programas en horarios semanales, para transmitir y evaluar los contenidos y para dividir el trabajo de los docentes. Pero estas necesidades didácticas conllevan desfases y desconexiones que, en ocasiones, ofrecen una imagen hipersimplificada de la práctica profesional.

En tercer lugar, en las enseñanzas de Enfermería nos encontramos con un problema adicional de enorme trascendencia. Se trata de la necesidad de incorporar en el currículum junto a los saberes académicos, los saberes experienciales provenientes de la práctica profesional y que son indispensables para un ejercicio competente de la Enfermería.

Ciertamente estos saberes no poseen el estatuto de cientificidad pero su validez indiscutible reside en su eficacia durante la acción profesional. Pero, ¿cómo resolver esta cuestión en un oficio en cuya práctica la diversidad es su único rasgo estable? No creo que pueda hablarse en la actualidad de “una única” práctica de enfermería de referencia. Coexisten en ella (afortunadamente) una pléyade de enfoques, modelos y miradas que son, en ocasiones, irreconciliables. Además la naturaleza tácita y personal de conocimiento que habilita para un ejercicio competente del cuidado dotan a la práctica de una opacidad que dificultan enormemente la formalización de los saberes en ella incrustados. ¿Cómo seleccionar e identificar, pues, esos saberes para tratar de formalizarlos en el currículum?

Pero aún en el supuesto de que pudiéramos responder convincentemente a esta pregunta nos tropezaríamos de inmediato con otra enjundiosa cuestión: ¿podemos circunscribir la enseñanza clínica a aislar los saberes experienciales procedentes de la práctica, formalizarlos y transmitirlos sin preguntarnos acerca de los procesos que permiten su activación e integración en un acto de cuidado cualquiera? Una enfermera no es la yuxtaposición del saber erudito de la biología, la farmacología y la psicología. Es más bien una práctica-reflexiva que sabe recurrir a los saberes oportunos en el momento adecuado y “acoplarlos” a las distintas situaciones de manera pertinente. Una enfermera puede esforzarse inútilmente en asimilar todos los manuales de enfermería pero se verá abocada al fracaso si es incapaz de utilizar esos saberes con criterio

¿Se puede, por tanto, trasladar a la formación directamente una práctica? Ciertamente, podemos “extraer” saberes de una práctica, como una pieza de oro de su molde, y enseñarlos tras su correspondiente formalización. ¿Habríamos resuelto de ese modo nuestro problema? No. A menos que pensásemos equivocadamente que es lo mismo una formación “práctica” que la “asimilación” mental de saberes prácticos. En realidad no es lo mismo “el saber” (saber qué) que el “saber hacer” (saber cómo).

El primero, como se ha dicho más arriba, es el conocimiento abstracto, descontextualizado y general que producen las disciplinas científicas. El segundo, por su parte, puede ser entendido de dos maneras que se corresponden con procesos cognitivos diferentes. Puede entenderse como un “conocimiento procedimental” que podemos aplicar a distintas situaciones clínicas o prácticas. Es un “saber lo que hacer” constituido por principios, reglas, procedimientos y técnicas. Pero también puede hacer referencia a un “saber en la acción”. Un saber que es producto de la biografía y experiencias pasadas del profesional, sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Responde a experiencias idiosincrásicas difícilmente generalizables. Es este segundo tipo de “saber hacer” el que poseen las enfermeras expertas altamente competentes y el que debe fomentar la enseñanza clínica. Es decir un “saber hacer” no es un “saber sobre el hacer” sino que es un saber tácito (una disposición interiorizada) que proporciona el control práctico de la acción. Entre una regla concreta como por ejemplo “garantizar en todo procedimiento la seguridad psicológica del paciente” y su aplicación competente existe siempre un vacío de signi-

ficado. Cualquier lector adivinará la diferencia entre alguien que haya leído muchos manuales de enfermería y una enfermera experta. No es que la lectura de manuales sea una tarea inútil pero sólo contribuirá al desarrollo del saber-en-la-acción después de un largo periodo formativo que permita a la estudiante interioricen las reglas y procedimientos articulándolas en su conocimiento en la acción a partir de su experimentación en situaciones reales de cuidado. Pero con esto no se quiere decir que este “saber hacer” sea el resultado automático de una aplicación lineal y mecánica de conocimientos teóricos y procedimentales. Antes al contrario, es un aprendizaje “en la acción” y “sobre la acción” de esquemas que mediante ensayos tentativos y errores, a través de su uso práctico, se convierten en más seguros, más elaborados, más heurísticos, más rápidos y flexibles. Pero tampoco se está diciendo aquí que la relación entre ensayo y ensayo sea azarosa o aleatoria. En realidad, el “saber hacer” se alimenta y desarrolla porque la reflexión sobre el resultado de un ensayo lleva a la enfermera reflexiva al ensayo siguiente, y todo ello, y esto es lo interesante, “durante” la acción.

En suma, este saber hacer o conocimiento en la acción es una competencia interiorizada en la que se hayan articulados múltiples esquemas la cual habilita para desarrollar inferencias y ajustes a una situación determinada a través de una suerte de diálogo flotante o atención simultánea al marco de significados del profesional y la situación misma. A diferencia del “saber procedimental” que define la acción profesional como la aplicación desde el exterior de una serie de reglas a una realidad ajena al profesional, el “saber hacer” que aquí definiendo implica la enfermera forma parte de la situación en la que interviene y que para entenderla es necesario que comprenda la forma en que ella se relaciona con esa situación.

Contemplamos en suma que el aprendizaje de ese “hábito” reflexivo es complejo porque exige ir más allá de la simple activación de los saberes teóricos y procedimentales.

Sin embargo, la cuestión que emerge de manera automática es cómo ayudar a las estudiantes en el aprendizaje de ese saber. Ese será uno de los interrogantes que trataré de clarificar en lo que sigue.

LA NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LA COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA EN EL CURRÍCULUM DE ENFERMERÍA

Como hemos visto en páginas precedentes, el currículum en la formación de enfermeras presenta una jerarquía en los niveles de conocimiento profesional, jerarquía que implicaba una secuencia “lógica” en el aprendizaje de aquéllos donde en primer lugar debían aprenderse las ciencias básicas para después aplicar ese saber a la práctica. Esa jerarquía de saberes implicaba también una jerarquía de roles en los detentadores del conocimiento, donde los niveles más aplicados y cercanos a la práctica estaban subordinados a los más abstractos que producían el conocimiento³.

Sin embargo, esos planteamientos entraron en crisis desde el momento en que se empieza a aceptar de una manera generalizada el hecho de que el conocimiento pro-

fesional necesario para demostrar competencia en una práctica (como la enfermería) es de naturaleza artística antes que técnica, es un conocimiento personal o práctico o conocimiento en la acción². Es un saber hacer en su mayor parte tácito que se activa en la acción misma⁶.

Es fácilmente constatable el que las enfermeras profesionales manifiestan cada vez con más claridad su preocupación sobre la falta de conexión que existe entre la noción de conocimiento profesional que es transmitida a las estudiantes en las escuelas de Enfermería y aquellas habilidades y competencias que su actividad práctica les requiere.

La formación de enfermeras debería empezar a cuestionarse si la práctica de Enfermería es sólo la aplicación de principios científicos para la resolución de los problemas del enfermo y si el conocimiento relevante para la práctica es aquél derivado de la investigación de corte positivista.

Desde la publicación de los trabajos de Argyris, Schön y Benner cada vez son más numerosas las voces que están cuestionando dos supuestos básicos en los que las escuelas de enfermería han fundando buena parte de su trabajo pedagógico: que la investigación realizada en la universidad produce el único conocimiento profesional útil y que el conocimiento profesional que se enseña en las escuelas prepara adecuadamente a las estudiantes para las demandas de la práctica sanitaria.

El primer supuesto se debilita día a día a medida que aumentan las distancias entre la investigación académica (y una parte de la investigación clínica) y la práctica de las enfermeras. El saber que producen las ciencias en las que se funda el conocimiento profesional de la enfermera -léase biológicas y psicológicas- es un conocimiento analítico, fragmentado y, en ocasiones, poco relevante para la práctica¹⁴. Basar la práctica en un conocimiento que defiende la fragmentación analítica y la cuantificación, supone ignorar que la realidad es holística y analizar los problemas fuera del contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado y explicación³⁷. En efecto, reducir las personas y las prácticas del cuidado a partes de un mecanismo estable, regular y por tanto predecible, o a datos que puedan ser objeto de operaciones matemáticas nunca ha sido congruente con los valores tradicionales y aceptados en Enfermería: holismo y humanismo.

A partir de esa constatación, cada vez es mayor el número de investigadoras/es que son conscientes de las inadecuaciones y limitaciones de los métodos positivistas para alcanzar una visión holística de las personas y de sus necesidades de salud y que defienden que la explicación de los componentes humanísticos y científicos del cuidado exigen métodos de investigación y modelos de análisis diferentes de los propuestos por los métodos cuantitativos^{34,38,39}.

No estoy afirmando que toda la investigación que se produce en el campo de la Enfermería sea irrelevante para la práctica. Ciertamente, existen multitud de actividades que la enfermera desarrolla que sin el apoyo y fundamento de técnicas y métodos derivados de la investigación clínica, farmacológica, nutricional o incluso psicológica sería impensable su existencia. Lo que quiero subrayar es que la profesional de enfermería, con frecuencia, no encuentra en la investigación la ayuda que se supo-

ne debería obtener. O dicho de otro modo, los problemas con los que a diario se enfrentan las enfermeras son sometidos con poca frecuencia al escrutinio de la investigación académica.

También debe ser revisado el supuesto de que el conocimiento que transmite la escuela de enfermería prepara al estudiante para las exigencias de la práctica cotidiana. Como hemos podido comprobar, la naturaleza técnica del saber académico y su supuesta científicidad proporcionan un conocimiento abstracto y normativo que sólo es útil como vía para la resolución de los problemas de los pacientes en algunos momentos muy concretos de la práctica profesional ya que ésta es inestable, incierta, compleja y saturada de opciones de valor. Los fenómenos a los que se enfrenta a diario la enfermera son ontológicamente diferentes a aquéllos que trata el médico. Éste trata con entidades biológicas regulares y estables lo que permite su objetivación desde una epistemología de la causalidad. Sin embargo, lo biológico es sólo una parte del dominio de responsabilidad de la enfermera, además de la psicosocial y espiritual. Ésta trata con personas dinámicas, cambiantes y abiertas a la cuestión del sentido, inconmensurables, por tanto, a la epistemología positivista.

Todos estos argumentos se ven reforzados por los hallazgos de una de las líneas de trabajo, ya clásicas, más importantes, sobre las diferencias en el juicio y conocimiento profesional que poseen enfermeras principiantes y expertas, Patricia Benner^{6,27,30,31} demuestra convincentemente que las enfermeras expertas no se distinguen, precisamente, por el uso cotidiano de “modelos formales” de razonamiento (el PAE, por ejemplo) sino por el uso de la comprensión e interpretación situacional de los problemas. Las principiantes, por el contrario, se aferran a las normas y protocolos técnicos, habida cuenta de su déficit de experiencia de las circunstancias en las que habrán de actuar, de ahí la rigidez de sus acciones. Es muy importante empezar a tomar conciencia que los modelos formales no son simplificaciones del proceder de las enfermeras expertas, sino que son, en realidad, propios de principiantes sin experiencia*. Esos modelos se transforman, tras una largo periodo de experiencia, en una forma muy superior de comprensión. Según esta prometedora línea de investigación, las profesionales “expertas solucionan dificultades emergentes más que de problemas predefinidos. Esto implica que es necesaria una relación directa con la acción, verse sumergido en la dinámica cambiante de las situaciones clínicas. Por otra parte, los modelos formales se consideran como recursos para la acción más que como prescripciones de la misma. Se entiende también que lo que constituye un problema se considera como el producto de un proceso de negociación y construcción social antes que entidades preexistentes sometidas a procedimientos de codificación, transmisión y decodificación. Estos problemas se identifican con intuiciones vagas y ambiguas fuera del análisis crítico, es decir, la lógica conceptual sigue y no precede a la aprehensión intuitiva. Por último, estos trabajos indican que la contingencia y singularidad de las acciones con las que se enfrenta la enfermera profesional reducen drásticamente la utilidad y el poder de las reglas técnicas de actuación.

De las anteriores argumentaciones podríamos derivar las siguientes conclusiones para la enseñanza de la Enfermería:

1º Existen serios cuestionamientos para seguir entendiendo la práctica profesional de Enfermería como el espacio donde se aplica instrumentalmente el conocimiento enfermero producido por la investigación con la finalidad de resolver problemas técnicos.

2º El currículum de Enfermería refleja una jerarquía donde el conocimiento práctico deriva y es consecuencia de otras formas superiores de conocimiento. El profesorado entiende que las prácticas de formación son el momento y el lugar adecuado para aplicar las normas y reglas del conocimiento científico aprendidas en el aula. Conciben la práctica como un entrenamiento donde las alumnas aprenden a comprender el funcionamiento de las reglas y técnicas en el mundo real de los servicios asistenciales y a desarrollar las habilidades para su aplicación. Al entender el conocimiento profesional que requiere una enfermera en forma de hechos, normas y protocolos aplicados al cuidado de los enfermos, el profesorado de Enfermería concibe las prácticas como una preparación técnica donde la instructora transmite a través de demostraciones la manera de aplicar correctamente las reglas y normas aprendidas en el aula al cuidado de los enfermos. Cuando las alumnas aprenden el PAE, en primer lugar, reciben la “teoría en el aula” donde a través de la información de las profesoras y de lecturas las alumnas se familiarizan con las técnicas de recogida de datos, los diferentes problemas definidos a través de enunciados diagnósticos, tal cual se entienden en la teoría. Después, durante la práctica, aplican lo aprendido y la profesora, mediante la observación de las alumnas, detecta sus errores de aplicación (los más frecuentes hacen referencia a la identificación y correcta formulación del problema) y los corrige. Esta visión, como creo haber justificado, es estrecha y reducida.

3º El conocimiento científico técnico, abstracto y generalizable, ocupa el vértice de la jerarquía y, sin embargo, es incapaz de resolver muchos de los problemas con los que las enfermeras se enfrentan a diario en su ejercicio profesional. Queda restringido a la dimensión biológica que es sólo una de las múltiples que poseen todos los problemas con los que tratan las enfermeras.

A partir de estas conclusiones creo que debería llevarse a cabo un giro copernicano respecto a la cuestión de cómo se relaciona el conocimiento que la escuela transmite (su naturaleza y su adquisición) con un ejercicio profesional competente. En palabras de Schön:

“La cuestión de la relación entre la competencia en la práctica y el conocimiento profesional precisa ser planteada al revés. No deberíamos empezar por preguntar cómo hacer un mejor uso del conocimiento científico sino qué podemos hacer a partir de un detenido examen del arte, es decir, de la competencia por la que en realidad los prácticos son capaces de manejar las zonas indeterminadas de la práctica independientemente de aquella otra competencia que se puede relacionar con la racionalidad técnica” (1992, 26).

Ese giro es el que propongo para la formación de enfermeras. En lo que sigue se presentan algunos de los lineamientos generales de las concepciones alternativas a la visión dominante de la relación entre conocimiento y acción profesional y que trata de dar respuesta a las limitaciones que los planteamientos técnicos poseen.

LA ENSEÑANZA CLÍNICA COMO PRÁCTICA REFLEXIVA

Se ha reflejado en páginas anteriores el enorme impacto que la epistemología de la práctica propuesta por Schön ha tenido en la reconceptualización de la actividad de la enfermera como profesional de los cuidados, lo que ha generado, como consecuencia, una transformación del currículum de formación y del papel del profesorado.

En efecto, el aumento del interés hacia las nociones de reflexión y práctica reflexiva que se ha desarrollado en Enfermería (en la formación de su profesorado y de sus profesionales) a lo largo de estos últimos años ha sido la manifestación del creciente interés por explorar los modos en que las enfermeras profesionales desarrollan su trabajo y en particular examinar el potencial de la reflexión para el aprendizaje de la práctica del cuidado⁴⁰. Del mismo modo ha habido un creciente interés por acercar el mundo de la Teoría y el de la Práctica en Enfermería en el ámbito de la práctica asistencial^{41,42}, en el ámbito de la formación de las profesionales¹⁰ y en el de la formación del profesorado de Enfermería¹¹.

En todos esos intentos subyace la necesidad constatada de superar la relación jerárquica y lineal entre conocimiento técnico y práctica, educativa o cuidativa. Me parece que una de las estrategias que mejor puede contribuir a ese intento es la idea que en la formación inicial de Enfermería el *practicum* deben ocupar un lugar central alrededor del cual se estructura el currículum.

PRÁCTICA PROFESIONAL Y PRÁCTICAS DE FORMACIÓN

La práctica profesional del cuidado es aquella actividad de una comunidad de enfermeras y enfermeros que comparten las tradiciones de una profesión, los esquemas apreciativos, las convenciones para la solución de problemas, un lenguaje específico y compartido e instrumentos particulares. Esta actividad profesional se lleva a cabo en instituciones peculiares cuyo máximo exponente es el hospital.

El conocimiento que permite a la enfermera una actuación competente está incrustado en una serie de prácticas y actividades que son compartidas por la comunidad profesional. Ese saber se manifiesta y funciona en los contextos institucionalizados donde la Enfermería posee legitimidad para la acción y se organiza a través de la repetición de cierto tipo de situaciones que son resueltas en función de las características del conocimiento profesional que se posea.

Las estudiantes de enfermería aprenden ese conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento sistemático y de conocimiento en la acción) sobre todo durante las “prácticas” de formación las cuales deben estar pensadas y dispuestas para el aprendizaje de una “práctica”. En un contexto “similar” al mundo de la prác-

tica, las estudiantes “aprenden en la acción”. Esta situación se halla a caballo entre el mundo “teórico” de la universidad y el mundo de la “práctica profesional”.

“Es un mundo colectivo por derecho propio, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones. Incluye formas particulares de ver, pensar y hacer que en el tiempo y en la medida que le preocupen al estudiante, tienden a imponerse con creciente autoridad (Schön, 1992, 46).

Es importante remarcar que la visión que las profesoras de Enfermería tienen acerca de las actividades que deben realizar las alumnas durante el practicum y qué finalidades son las que persigue depende de su concepción de los tipos de conocimiento imprescindibles para una práctica profesional competente.

Si la profesora cree que la competencia profesional es la aplicación del conocimiento enfermero aprendido en el aula y derivado de la investigación (hechos, reglas y protocolos) a la solución de problemas que la enfermera encuentra, defenderá un practicum como preparación técnica² donde los alumnos se ejercitarán en la identificación y solución de problemas a través de la aplicación de las reglas para su detección y solución aprendidas en el aula. Por ejemplo, aprenderán a determinar la dosis de un fármaco aplicando las reglas de equivalencia de medidas y teniendo en cuenta el peso y la edad del enfermo o aprenderán a reconocer problemas del enfermo comparando la lista de manifestaciones de dependencia que conoce de memoria a la situación actual del paciente.

Sin embargo, como vengo diciendo, el conocimiento profesional relevante para las estudiantes es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activa en la acción sin que la enfermera tenga clara conciencia de ello a no ser después de procesos de reflexión y autodiálogo. Es un saber difícilmente formalizable en reglas o accesible al lenguaje porque es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión¹². La enfermera profesional, por tanto, no es sólo una consumidora sino también una productora de conocimiento a través del afrontamiento de situaciones problemáticas ambiguas y poco claras. De manera que en el practicum, además de aplicar las reglas de los protocolos, las alumnas deberían aprender las formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible a través de la reflexión en la acción.

A MODO DE EPILOGO: EL PRÁCTICUM REFLEXIVO COMO ESTRATEGÍA PARA EL APRENDIZAJE DEL ARTE DE CUIDAR

Resumiendo todo lo dicho, un practicum que facilite a la estudiante la adquisición de esquemas y sistemas apreciativos que la habiliten para convertirse a medio plazo en una profesional reflexiva, debería poseer las siguientes características:

El practicum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículum de Enfermería. Es el eje en torno al cual se articula el currículum de Enfermería; no se realiza “después” de la “teoría” sino que a través de él se asimilan los contenidos de las materias que conforman el currículum básico de formación. El practicum es el punto de inicio de los aprendizajes que las alumnas llevan a cabo, por tanto, los con-

tenidos de las diferentes materias deben construirse no a partir de una descripción del estado del enfermo y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino en el análisis y cuestionamiento de los esquemas conceptuales, marcos de referencia, repertorios de cursos de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

El practicum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. Cuando se afirma que la práctica es el eje del currículum de Enfermería no significa que aceptemos acríticamente los esquemas y rutinas empíricas que modelan la práctica del cuidado que se transmiten generacionalmente y que impiden a menudo una mejora y desarrollo real de la misma. Antes al contrario, ese conocimiento en la acción (semiautomático y rutinario), ese saber hacer, sólo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción. Es decir, partimos de la práctica para analizar los problemas, cuestionarse las estrategias usadas para resolverlos, revelar los procesos de reflexión durante la acción y analizar los esquemas y teorías implícitas que usa la enfermera en su práctica con el fin último de mejorarla.

El practicum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción. Como se ha visto no existe una separación entre teoría y práctica. El problema del hiato entre ambas se debe a una errónea interpretación de su naturaleza. El conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. El saber que la enfermera pone en juego para solucionar aquellos problemas difiere del conocimiento que se transmite en el aula porque es personal, contextual y producido por ella, a través de su experiencia, con su reflexión en y sobre la acción. En el momento de la acción, el conocimiento tácito es reestructurado cuando la enfermera prueba la corrección del esquema que se había construido acerca del problema. Es decir, se produce una conversación reflexiva entre las acciones y las interpretaciones donde cada nueva acción da lugar a nuevas reinterpretaciones y significados que modifican los cursos de acción siguientes. En la reflexión en la acción, el hecho de repensar alguna parte de nuestro conocimiento nos conduce a la modificación de los cursos de acción y esto a la transformación de lo que sabemos. Ciertamente, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único elemento) de su saber práctico.

El practicum es un proceso de investigación. Si se entiende como acabo de precisar, el practicum que las alumnas llevan a cabo se convierte en un proceso de investigación más que de aplicación. Durante las prácticas las alumnas se sumergen en un universo nuevo para ellas y para comprenderlo tratan de acceder a los significados que le otorgan las enfermeras profesionales. Cuando la alumna “practica” las acciones de cuidar delegadas normalmente por la enfermera explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. Pero lo importante es darse cuenta que

esas acciones al mismo tiempo que repercuten en la persona que cuida, sirven para que la alumna verifique su comprensión provisional de lo que está haciendo. Con esa “experimentación” la alumna reestructura nuevos cursos de acción a la vez que modifica el modo como ella interpreta la situación. Esta conversación reflexiva entre la alumna y la situación a la que se enfrenta es de naturaleza dialéctica. Cuando la alumna lleva a cabo una acción, moldea y modifica la situación, la cual, a través de la respuesta que le devuelve, modifica y transforma los esquemas de comprensión y apreciación de la alumna. La alumna sólo puede aprender algo de la situación cuando trata de modificarla.

El practicum debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos. Desde los supuestos de la epistemología de la práctica que aquí defiendo, cualquier acercamiento a la realidad profesional se efectúa de una manera holística antes que analítica. Si aceptamos que el conocimiento práctico es holístico y personal y que permite a la enfermera intervenir de modo competente en situaciones complejas e inestables, las modalidades de enseñanza clínica que se adoptarán, las experiencias que se pondrán a disposición de las alumnas, deberán ayudarla a comprender que las modalidades de intervención profesional como la racionalidad técnica o el PAE refuerzan la fragmentación analítica, la cuantificación esto es la objetivación (cosificación) de la persona y lo que es más grave, ignoran que la realidad es holística, que los problemas de cualquier intervención de la enfermera sólo pueden considerarse en el contexto de donde surgen y a la luz del cual encuentran significado y explicación.

El papel de la profesora de prácticas es sumamente relevante. Ciertamente, el conocimiento práctico es difícil de enseñar, debido sobre todo a su naturaleza personal y tácita (se halla incrustado en la práctica de las enfermeras de una manera implícita, personal e irreplicable). Sin embargo, es posible aprenderlo. Se aprende siguiendo la máxima de Dewey “haciendo”, reflexionando en y sobre la acción, conjuntamente con la profesora de prácticas. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula, es experiencial, de aquí que la profesora de prácticas adquiera un papel central en los procesos de enseñanza del saber práctico. Su función consiste en una suerte de práctica de segundo orden donde más que controlar la aparición de errores en la aplicación que la alumna realiza del conocimiento aprendido en el aula, lleva a cabo una conversación reflexiva con aquella acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la alumna les otorga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elbaz F. The teachers practical knowledge: Report of a case study. *Curriculum Inquiry* 1981;11(1):43-71.
2. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós MEC; 1992.
3. Medina Moya JL. La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.
4. Schön D. The reflective practitioners: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1983.

5. Ashworth P, Longmate M. Theory and practice: beyond the dicotomy. *Nurse Education Today* 1993;13(5):321-327.
6. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in nursing practice*: Springer; 1996.
7. Greenwood J. Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schön. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18(8):1183-1187.
8. Kim H. Putting theory into practice: problems and prospects. *Journal of Advanced Nursing* 1994;18:1632-1639.
9. O'Brien B, Pearson A. Unwritten knowledge in nursing: consider the spoken as well as the written word. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1993;7(2):111-127.
10. Scanlan JM. Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching. *Journal of Advanced Nursing* 2002;38(2):136-143.
11. Sahd R. Reflective practice: A critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. *Journal of Nursing Education* 2003;42(11):488.
12. Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 2001(10):204-214.
13. Argyris C, Schön D. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass; 1974.
14. Burnard P. Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study. *Journal of Advanced Nursing* 1995;21:1167-1174.
15. French P, Cross D. An interpersonal-epistemological curriculum model for nurse education. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17:83-89.
16. Jarvis P. *Reflective Practice and Nursing*. *Nurse Education Today* 1992;12(4):174-181.
17. Tanner C, Benner P, Chesla C, Gordon R. The phenomenology of knowing the patient. *IMAGE. The Journal of Nursing Scholarship* 1993;25(4):273-280.
18. Medina JL. Fundamentación epistemológica de la Teoría del Cuidado. *Enfermería Clínica* 1994;4(5):221-232.
19. Fawcett J. Conceptual model and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing* 1992;17(2):224-228.
20. Fawcett J. Approaches to knowledge development in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research* 1991;23(4):23-33.
21. Carper B. *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. In: Nicoll L, editor. *Perspectives on Nursing Theory*. Philadelphia: Lippincot; 1978.
22. Leininger M. *Qualitative Research Methods in Nursing*. 2 ed. Orlando: Grune y Stratton. Inc.; 1985.
23. Leininger M. Some Philosophical, Historical and Taxonomics of Nursing and Caring in American Culture. In: Leininger M, editor. *Characteristics and Classification of Caring Phenomena*; 1980; Salt Lake City: University of Utah; 1980.
24. Rizzo Parse R. *Caring from a Human Science Perspective*. In: Leininger M, editor. *Characteristics and Classification of Caring Phenomena*; 1980; Salt Lake City: University of Utah; 1980.
25. Watson J. *Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson*. In: Rihel-Sisca J, editor. *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Barcelona: DOYMA; 1992. p. 179-192.
26. Benner P. *From novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto, CA: Addison-Wesley. Existe traducción al castellano. *Práctica Progresiva de Enfermería*. Barcelona: Grigalbo.; 1984.
27. Benner P, Tanner C. How Expert Nurses Use Intuition. *American Journal of Nursing* 1987; January:23-31.
28. HIPATIA. *Dos para saber, dos para curar*. Madrid: Horas y horas; 2004.
29. Benner P. *Práctica progresiva de Enfermería*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
30. Benner P. The Power of Our Practice: A Source for a National Care Agenda. *Nursing and Health Care* 1993;13(3):115-116.
31. Benner P, Tanner C, Chesla C. From Beginner to Expert: Gaining a Differentiated Clinical World in Critical Care Nursing. *Advances in Nursing Science* 1992;14(3):13-28.
32. Benner P, Wrubel J. *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley; 1989.
33. Polanyi M. *Personal knowledge: toward a post critical philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul; 1958.

34. Maeve K. The carrier bag theory of nursing practice. *Advances in Nursing Science* 1994;16(4):9-22.
35. Corcoran S, Tanner C. Implications of Clinical Judgment Research for Teaching. In: NLN, editor. *Curriculum Revolution. Mandate for Change*. New York: National League for Nursing; 1988.
36. Diekelmann N. Behavioral pedagogy: a Heideggerian Hermeneutical analysis of the lived experiences of student and teachers in baccalaureate nursing education. *Journal of Nursing Education* 1993;32(6):245-250.
37. Morrow D, Brown D. *Critical theory and methodology*. London: SAGE; 1994.
38. Seibold C, Richards L, Simon D. Feminist method and qualitative research about midwife. *Journal of Advanced Nursing* 1994;19(2):394-402.
39. Medina J. La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma. *Enfermería Clínica* 1994;4(4):147-149.
40. Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:1188-1192.
41. James C, Clarke B. Reflective practice in nursing: issues and implications for nursing education. *Nurse Education Today* 1994;14(2):82-90.
42. Kim H. Action science as an approach to develop knowledge for nursing practice. *Nursing Science Quarterly* 1994;7(3):134-138.

* Genéricamente, es el conocimiento que los profesionales (docentes y asistenciales) construyen durante su actividad. Este concepto no se refiere a los conocimientos teóricos o conceptuales sino que hace mención al cuerpo de convicciones y significados, conscientes o inconscientes, que surgen a partir de la experiencia. Es un conocimiento íntimo, tácito y se manifiesta en acciones. Ha sido definido como información procedimental útil para la vida profesional. El trabajo pionero en este campo, que algunos autores sitúan dentro del paradigma del pensamiento del profesor, es la Tesis Doctoral que Freema Elbaz realizó en 1980 y que consistía en un estudio de caso sobre el conocimiento práctico del profesor. Ese conocimiento hace referencia a las experiencias, conocimientos y creencias que resultan útiles para la práctica y van más allá de una visión estructural de toma de decisiones. Aquí el elemento cognitivo es uno más junto a factores contextuales, personales, biográficos y experienciales. El conocimiento práctico es el conocimiento que los profesionales tienen de las diversas y complejas situaciones y de los dilemas prácticos a los que se enfrentan y de cómo resolverlos. Es aquél conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación docente y/o asistencial y que determina las decisiones y cursos de acción ejecutados durante la práctica. Es producto de la biografía y experiencias pasadas del profesional, sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Responde a experiencias idiosincrásicas difícilmente generalizables.

* Para una extensa explicación detallada de ese proceso, el lector interesado puede consultar mi anterior trabajo *La pedagogía del cuidado. Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.

* De aquí se deriva que formar enfermeras reflexivas no consistirá en ningún caso en "añadir" una asignatura de práctica reflexiva al currículum.

* De ahí que si obligamos a enfermeras expertas a realizar su práctica bajo las indicaciones de procesos

**COMUNICACIONES
LIBRES**

**COMPARACIÓN DE LAS SENSACIONES SUBJETIVAS
DE LOS PACIENTES SOBRE LOS ESTUDIOS
DIAGNÓSTICOS EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS
RESPIRATORIOS DE SUEÑO**

Sabater Sala A., Hernández Blasco L., Vila Villa J., Sacristan Bou L.,
Benito Diez N., Giménez Tébar JL., Romero Candiera S.
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

Objetivo: Describir los resultados de un cuestionario sobre la sensación subjetiva del sueño, rellenos por los pacientes tras la noche del estudio en nuestra Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño (UTRS).

Material y Métodos: Pacientes remitidos desde las consultas de Neumología por sospecha de SAHS a una UTRS de un Hospital General Universitario. Se les realizó estudio protocolizado siguiendo recomendaciones del Consenso Nacional sobre el SAHS, seguido de estudio polisomnográfico (PSG) o poligráfico (PGR) nocturnos. Se compararon las frecuencias de respuestas según PSG/PGR, género y gravedad del SAHS.

Resultados: Se han incluido un total de 604 pacientes, con un rango de edad de 14 a 84 años (media, 55 ± 13 años), 424 hombres (70%) y 180 mujeres. La media de puntuación en la escala de Epworth fue 10 ± 5 . Un 82% fueron diagnosticados de SAHS, con media de IAH 37 ± 27 . Se realizaron 328 PSG y 276 PGR. No se encontraron diferencias significativas entre PSG y PGR, género y gravedad del SAHS para las variables subjetivas calidad del sueño, latencia de sueño, horas de sueño, despertares nocturnos y relación con su sueño habitual. La mitad de los pacientes refirieron haber dormido igual que en casa y más de dos terceras partes refirieron haberse dormido antes de los 30 minutos y con escasos despertares.

Conclusiones: En nuestro laboratorio de la UTRS, que consta de 3 habitaciones individuales e insonorizadas, se obtuvieron valoraciones aceptables en la encuesta de la noche de estudio de sueño.

**RELACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA EN LA FORMACIÓN
DE LA ENFERMERA.
VISIÓN REFLEXIVA DE LOS ALUMNOS EN PREGRADO
DE ENFERMERÍA**

Magdalena de Teresa Corominas*, Tania Navarro Gutiérrez*,
Laura Martínez Valdés*, Elena Ferrer Hernández**.

**Estudiantes de Enfermería*

***Profesora Asociada. Departamento de Enfermería
Escuela de Enfermería Universidad de Alicante*

Palabras clave: Formación teórico-práctica, Alumnos de Enfermería, Cuidados de Enfermería. Formación en Enfermería. Prácticas de Enfermería.

OBJETIVO

Desde una visión reflexiva acerca de la formación de las enfermeras, nuestro objetivo se centra en conocer las contradicciones más evidentes entre lo que se enseña en el aula y la realidad que experimentan las alumnas y enfermeras profesionales en la práctica clínica.

INTRODUCCIÓN

Analizando la literatura encontrada, la relación teoría-práctica es una de las principales preocupaciones que se produce en la actualidad en los ambientes académicos de la Enfermería. Entre ellos, el trabajo de Conant (1992) acerca de la existencia de una dicotomía y/o vacío teoría-práctica y su necesaria superación; los de James (1992), Lutjens y Horan (1992), Fawcett (1991), Cody (1994) y Smith (1992) que proponen una visión jerárquica y unidireccional donde la práctica está siempre prescrita y determinada por la teoría; los de Moccia (1986a), Clarke (1986) y Buchanan (1994) que, al contrario que los anteriores, defienden una visión dialéctica donde teoría y práctica son mutuamente constitutivas.

Los trabajos de Schön y Benner han contribuido a reestimar los debates acerca de la naturaleza de las nociones de teoría y práctica, y de su relación. Los abismos o distancias entre teoría y práctica se deben a la comprensión errónea de la naturaleza de la teoría y la práctica y su relación. El problema de la relación teoría-práctica en el campo enfermero se ha presentado como un asunto que pertenece de manera exclusiva al ámbito en el que la Enfermería es estudiada y en el que el campo de prácticas de la Enfermería no tiene nada que decir. Por ejemplo, algunos trabajos defienden que la teoría de Enfermería es un dominio que está separado de la práctica y que en ésta es donde aquélla es aplicada (Smith, 1992).

Las estudiantes son con frecuencia apabulladas con conceptos esotéricos imposibles de aplicar en situaciones prácticas. El cisma entre el lenguaje de la academia y el de la práctica se ha hecho cada vez más evidente y las alumnas están convencidas de la poca utilidad de esos conceptos y teorías para su posterior práctica profesional.

Las distancias que en Enfermería existen entre la teoría y la práctica del cuidado son debidas a la errónea creencia (determinada por la mentalidad técnica) de que pueden generarse teoría de Enfermería en contextos ajenos a donde aquéllas deben de ser aplicadas (Benner 1984). Consecuentemente, esos vacíos tratan de ser solucionados intentando convencer a las enfermeras, a veces de manera autoritaria y rígida, para que apliquen sistemas conceptuales a los que ya poseen.

El conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. El saber que la enfermera pone en juego para solucionar aquellos problemas difiere del conocimiento que se trasmite en el aula porque es personal, contextual producido por ella, a través de su experiencia, con su reflexión en y sobre la acción. El conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único elemento) de su saber práctico.

Por otro lado el divorcio teoría-práctica no es el que ocurre entre una práctica y la teoría que la orienta, entre la teoría y la práctica del cuidado. Sino que aparece porque la teoría y modelos que se enseñan en las escuelas de enfermería son, en realidad teorías diferentes a las que las enfermeras asistenciales ya utilizan para guiar su práctica profesional (Medina 1995).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, exploratorio transversal.

Los participantes de la muestra fueron los alumnos de enfermería de 1º, 2º y 3º curso que realizan prácticas clínicas en el Hospital de Elda, siendo el muestreo intencionado.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue un cuestionario elaborado por las autoras y que formula preguntas abiertas y cerradas que comprende el grado de aplicabilidad (con escala Likert) a la práctica clínica, de las asignaturas que se imparten en cada uno de los tres cursos consideradas más importantes para la práctica. Para la validación y confiabilidad de los datos se hizo prueba piloto. En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva.

RESULTADOS

El total de alumnos que respondieron el cuestionario fue de 57, de los cuales el 91,2% era de sexo femenino y el 8,8% de sexo masculino.

Por cursos el número de estudiantes encuestados es:

- 1er Curso: 17 encuestados, de los cuales 17 eran mujeres.
- 2º Curso: 19 encuestados, de los cuales 16 eran mujeres y 3 eran hombres.
- 3er Curso: 21 encuestados, de los cuales 19 eran mujeres y dos eran hombres.

El rango de edad se sitúa entre 18 y 39 años, siendo el intervalo mayoritario el comprendido entre los 18 y 22 años.

PREGUNTA 1

Las contestaciones a la primera pregunta: “¿Qué asignaturas son aplicadas en la práctica clínica y en qué grado?”, son las siguientes:

Primer Curso	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N/C
Enfermería Médico Quirúrgica I	35 (61%)	20 (35%)	0	0	2
Fundamentos de Enfermería	14	15	21 (37%)	5	2
Enfermería Comunitaria	3	15	31 (54%)	5	3
Relación de Ayuda	12	33 (58%)	10	0	2
Segundo curso					
Salud Pública	0	9	24 (60%)	3	4
Enfermería Médico Quirúrgica II	30 (75%)	8	0	0	2
Enfermería Geriátrica	5	25 (63%)	8	0	2
Farmacología, Nutrición y Dietética	24 (60%)	14	0	0	2
Enfermería Materno Infantil	14	22 (55%)	0	1	3
Tercer curso					
Promoción y Educación para la Salud	0	7	14 (67%)	0	0
Intervención Comunitaria	2	10 (48%)	8	1	0
Enfermería Médico Quirúrgica III	17 (81%)	4	0	0	0
Administración de Servicios de Enfermería	0	5	6	10 (48%)	0
Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental	2	7	10 (48%)	2	0
Cuidados Paliativos	5	12 (57%)	4	0	0

* En esta pregunta, los alumnos de primer curso sólo debían responder a las asignaturas de primer curso, los alumnos de segundo debían responder las asignaturas de primero y segundo curso y los alumnos de tercero debían contestar las asignaturas de los tres cursos.

PREGUNTA 2

De la pregunta 2 A: “¿Son suficientes los conocimientos teóricos recibidos en las aulas para el buen desarrollo de las prácticas clínicas?”, se han obtenido los siguientes resultados:

Del total de los alumnos encuestados:

- 22 alumnos (39%) respondieron que no tenían suficientes conocimientos teóricos para la realización de sus prácticas clínicas.

- 34 alumnos (60%) respondieron afirmativamente.

- 1 alumno (1%) no contestó.

Los resultados en los distintos cursos fueron los siguientes:

	NO	SI	N/C
1 ^{er} Curso	5	12	0
2 ^o Curso	9	10	0
3 ^{er} Curso	8	12	1

De la pregunta 2 B: “¿Qué asignaturas o temas teóricos añadirías para completar tus conocimientos?”, las respuestas fueron las siguientes:

De los 17 encuestados de primer curso, hubieron 9 personas (53%) que añadirían asignaturas o temas teóricos para completar sus conocimientos; de los 19 encuestados de segundo curso, hubieron 10 personas (53%); y de los 21 encuestados de tercer curso, hubieron 17 personas (81%).

Conocimientos que añadirían los alumnos	1 ^{er} Curso	2 ^o Curso	3 ^{er} Curso	TOTAL
Relación de Ayuda	3	4	2	9
Seminarios prácticos	4	2	2	8
Urgencias	1	2	4	7
Farmacología		1	1	2
Clínica Avanzada			5	5
Médico Quirúrgica			2	2
Equipo Multidisciplinar			1	1
Fisiología			1	1
Geriatría			2	2
Salud Mental			2	2
PAE			1	1
Materno Infantil		1		1
Casos Clínicos		1		1
Cuidados en Pacientes Encamados		1		1
Anatomía con cadáveres	1			1
Investigación	1			1
Unidades especiales			1	1

PREGUNTA 3

A la pregunta 3 A: “¿El profesional de enfermería se presenta como un buen modelo a imitar?”, las respuestas fueron las siguientes:

Curso	Si es un modelo	No es un modelo	N/C
1 ^{er}	14	1	2
2 ^o	12	6	1
3 ^{er}	15	2	4
Total	41 (72,2%)	9 (15,8%)	7 (12,2%)

A la pregunta 3 B, “¿En qué aspectos el profesional de enfermería es o no es un buen modelo a seguir?”, se obtuvieron los siguientes resultados:

Los aspectos a mejorar por parte de los profesionales de enfermería, según los alumnos en orden de importancia, son los siguientes:

- Relación de Ayuda.
- Trato holístico del paciente.
- Procedimientos en base a la evidencia científica.
- Asepsia en los procedimientos enfermeros.
- Vicios adquiridos con la práctica.
- Intimidación proporcionada al paciente en sus cuidados.
- Predisposición para enseñar al alumno.
- Síndrome “Burnout”.

Los aspectos positivos que los alumnos ven en los profesionales de enfermería, son por orden de importancia los siguientes:

- Realización de procedimientos técnicos.
- Cuidados para el bienestar del paciente.
- Organización del trabajo.
- Comunicación con el paciente.
- Predisposición para enseñar.

** Un 72% (41 alumnos) del total de alumnos afirman que el profesional es un buen modelo a imitar. Sin embargo, de estos 41 alumnos hay un 54% (22 alumnos) que consideran que los profesionales deberían mejorar aún más algunos aspectos en la práctica clínica.*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La reflexión que más nos ha impactado en la relación teoría - práctica es que en la Escuela de Enfermería se nos enseña la importancia de un trato holístico al paciente. Sin embargo, vemos que el profesional de enfermería no atiende todos los aspectos del paciente, centrándose más en las necesidades biomédicas y descuidando, en ocasiones, aspectos relacionados con las necesidades emocionales de los mismos. A nosotras, las estudiantes, esta cuestión nos crea frustración, al ver que los ideales de la práctica enfermera no se ven reflejados en la realidad.

Pensamos que esto puede ser debido a diferentes factores que influyen en el profesional como: la falta de recursos materiales (habitaciones individuales, salas para los familiares, y en definitiva un entorno más propicio para desarrollar los cuidados de enfermería); falta de recursos personales, por ejemplo: muchos pacientes a cargo de una sola enfermera, jornadas laborales muy largas, falta de conocimientos en Relación de Ayuda; etc.

Nos gustaría aportar algunas propuestas que pudieran dar solución a esta problemática:

- Ampliar los conocimientos de Relación de Ayuda en las Escuelas de Enfermería, adiestrando a las futuras enfermeras mediante la realización de prácticas en el trato con los pacientes.
- Reclamar a las autoridades sanitarias la importancia de unas instalaciones más propicias para poder atender dignamente a los pacientes.
- Disminuir la jornada laboral semanal.
- Valorar la carga del profesional según los diferentes servicios asistenciales, proporcionando equitativamente periodos de descanso que permitan al profesional ejercer su trabajo en condiciones adecuadas. Así como adecuar la plantilla sanitaria.
- Promover una formación continuada de los profesionales de enfermería, de forma que les permita un reciclaje de sus conocimientos.
- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) de una manera ágil y flexible, teniendo en cuenta el contexto en el que se lleva a cabo la práctica de enfermería.

- En los resultados obtenidos hubo un alto porcentaje (39%) de alumnos que consideraba que los conocimientos aprendidos en las aulas eran insuficientes para la realización de las prácticas clínicas. Por curso cabe destacar que los alumnos de tercero fueron los que más materias añadirían para completar sus conocimientos en un 81%, frente al 53% de alumnos de primero y de segundo. Esto puede ser debido a que los alumnos de tercero al tener una mayor responsabilidad en la práctica clínica son los que perciben con mayor frecuencia la falta de base teórica. Por otro lado, también es importante reflejar que en los tres cursos coinciden la necesidad de ampliar conocimientos acerca de Relación de Ayuda, Seminarios Prácticos y Urgencias. Por último destacamos, que los de primer curso son los que presentan mayor necesidad de realizar Seminarios Prácticos; los de segundo son los que más echan en falta conocimientos en Relación de Ayuda y los alumnos de tercero necesitarían poseer más información sobre Clínica Avanzada y Urgencias.

- Las teorías y modelos de Enfermería precisan ser más investigadas, ya que se han desarrollado sobre todo para dar forma y contenido a la curricula de formación inicial en lugar de responder a intereses de y para la práctica. Una teoría de Enfermería debe describir, interpretar y tratar de ofrecer elementos para la comprensión no de una enfermería imaginaria, especulativa o ideal sino de la práctica virtuosa y experta de la Enfermería tal cual es realizada hoy en día en nuestra sociedad.

- Una de las reflexiones a la que hemos llegado es que los alumnos constituimos un nexo de unión entre la teoría (lo que aprendemos en las aulas) y la práctica (lo que aprendemos en las estancias clínicas). Por tanto, actuamos como enlace entre el docente y el profesional enfermero. Con esto conseguimos llevar a los profesionales de enfermería algunos aspectos nuevos aprendidos en las aulas, pudiendo ejercer como un “agente de cambio”.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar RM, (2003) Actitudes y Valores profesionales de Enfermería: análisis del Proceso Formativo. Revista Desarrollo Cientif Enferm, 11(8): 230-234.
- Benner P. (1984) From novice to expert: power and excellence in nursing practice. Palo Alto, CA: Addison-Weslwy.
- Buchanan D. (1994) Reflections on the relationship between theory and practice. Health Education Research, 9 (3), 273-283.
- Clarke M. (1986) Action and reflection: practice and theory in nursing. Journal of Advanced Nursing, 11, 3-11.
- Cody W. (1994) The language of nursing science: if no now, when? Nursing Science Quarterly, 7 (3), 98-99.
- Conant L. (1992) Closing the Practice-theory Gap. En L. Nicoll (Ed.), Perspectives on Nursing Theory. Philadelphia: Lippincot, pág. 463-468.
- Fawcett J. (1991) Approaches to Knowledge development in nursing. Canadian Journal of Nursing Research, 23 (4), 23-33.
- James L. (1992) Nursing theory made practical. Journal of Nursin Education, 31(1), 42-44.
- Lutjens L. y Horan M. (1992) Nursing theory in nursing education: an educational imperative. Journal of Professional Nursing 8(5), 276-281.
- Medina JL. (1999) La relación entre teoría, práctica e investigación: hacia una nueva reconceptualización. En: La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona, Editorial Alertes.
- Medina JL. (1995) Epistemología y Enfermería: Paradigmas de la investigación en enfermería. Enfermería Clínica, 5(1), 32-45.
- Moccia P.(1986) The Dialectic as Method. En P. Chinn (Ed), Nursing Research Metodology. Issues and Implementation. Maryland: Aspen.
- Schön D. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós MEC.
- Smith M. (1992) The distinctiveness of nursing Knowledge. Nursing Science Quarterly, 5 (4), 148-149.

1ª PONENCIA

MANTENIENDO NUESTRA LA SALUD EN EL SIGLO XXI

D. Federico Juárez Granados
Enfermero. Licenciado en Enfermería.
Especialista Universitario en Prevención y Drogodependencia

INTRODUCCIÓN

Si uno inicia una búsqueda en Internet introduciendo como criterio “manteniendo la salud”, de los miles de documentos y páginas encontradas, la gran mayoría están relacionadas con la tercera edad.

Inevitablemente, esto provoca una reflexión inicial. ¿Sólo pensamos en mantener la salud cuando empezamos a pensar que la podemos perder?

¿No deberíamos hablar de mantener la salud desde el momento en que tenemos salud? Es decir, desde que nacemos.

¿Protegemos lo suficiente a nuestros menores de los riesgos a los que se enfrentan? Es más. ¿Conocemos cuáles son esos riesgos? ¿Cómo afecta la tecnología la forma de comportarse y relacionarse de nuestros niños? ¿Cómo serán esos riesgos dentro de 10 años?

Las ideas y propuestas que se presentan a continuación, pretenden ser una guía para todas aquellas personas interesadas en la detección de riesgos y en la actuación ante las situaciones problemáticas en la infancia y adolescencia.

Índice de contenidos:

1. Internet.
 - 1.1. Tipos de conflictos.
 - 1.1.1. Insultos, injurias y amenazas.
 - 1.1.2. Acoso sexual.
 - 1.1.3. Contenidos ilegales.
 - 1.1.4. Ciberadicción.
 - 1.1.5. Ciberdelincuencia
 - 1.2. Resolución de conflictos.
2. Los teléfonos móviles
 - 2.1. Seguridad infantil y costumbres de los menores en el empleo de la telefonía móvil.
3. Trastornos de la alimentación.
 - 3.1. La prevención de la anorexia y la bulimia en Internet.
 - 3.2. Programa “Tú eres más que una imagen”.
 - 3.2.1. ¿Qué hacer ante la sospecha de anorexia o bulimia en el aula?
 - 3.2.2. Señales de alarma en el aula
4. Conclusiones.
5. Enlaces de interés

1. INTERNET

Manuel Castells

“INTERNET NO ES SIMPLEMENTE UNA TECNOLOGÍA; ES EL MEDIO DE COMUNICACIÓN QUE CONSTITUYE LA FORMA ORGANIZATIVA DE NUESTRAS SOCIEDADES”

Lo primero, una afirmación de Manuel Castells que me parece primordial: Internet es un instrumento que desarrolla pero no cambia los comportamientos, sino que los comportamientos se apropian de Internet y, por tanto, se amplifican y se potencian a partir de lo que son'. Esto no significa que Internet no sea importante, quiere decir que no es Internet lo que cambia el comportamiento, sino que es el comportamiento el que cambia Internet.

Los jóvenes crean con Internet una contracultura propia de experimentación identitaria. Uno de los principales problemas que se achaca a Internet es su influencia sobre la sociabilidad. Cuando Barry Wellman, investigador de sociología empírica de las comunidades de Internet desde la Universidad de Toronto, intentó medir qué influencia tenía Internet sobre las otras sociabilidades, encontró algo que contradice los mitos sobre Internet. Es lo que él llama 'cuanto más, más', es decir, cuánto más red social física se tiene, más se utiliza Internet; cuanto más se utiliza Internet, más se refuerza la red física que se tiene.

Manuel Castells profundiza en esta formulación, afirmando que hay personas y grupos de fuerte sociabilidad en los que es correlativa la sociabilidad real y la virtual. Y hay personas de débil sociabilidad, en las que también es correlativa la débil sociabilidad real y virtual. Lo que ocurre es que, en casos de débil sociabilidad real, hay algunos efectos compensatorios a través de Internet; es decir, se utiliza Internet para salir del aislamiento relativamente. Para Castells, lo que algunos estudios hacen es medir esta correlación y constatan que se trata de personas que utilizan mucho Internet, que están aisladas socialmente, por tanto Internet aísla. El proceso de causalidad es distinto, Internet se utiliza como medio para aquellas personas aisladas, pero fundamentalmente hay un efecto acumulativo entre sociabilidad real y sociabilidad física, porque la virtual también es real, y sociabilidad virtual.

La Asociación Americana de Psicología habla del Uso Patológico de Internet a la enfermedad de estar conectado a la Red unas cinco horas diarias. Adictos a Internet lo llaman pues, según la institución, un uso excesivo de Internet es tan adictivo como las drogas, el juego, los videojuegos o semejante a alteraciones de la alimentación como la anorexia o la bulimia. Para una psicóloga de la Universidad de Pittsburg, la doctora Kimberly Young, menos del 10% de los usuarios de Internet se considera adicto.

El tema no escapa de valoraciones tremendistas. Los autores de Enganchados a las pantallas, han equiparado las adicciones a Internet con la fiebre del botellón. Paulino Castells e Ignasi de Bofarull han hablado de 'botellón electrónico' al referirse al consumo desmedido de Internet y los videojuegos. El perfil del ciberadicto suele ser el de un niño retraído, con baja autoestima, fracaso escolar, incomunicación

familiar y falta de afecto en general. La denominan personalidad multimpulsiva o poliadictiva. Los efectos de estas adicciones varían desde el insomnio y las actitudes asociales hasta la entrada en redes de proxenetas. Ambos autores depositan la responsabilidad en las familias que, a su juicio, deben controlar ‘lo que hacen sus hijos, un control consensuado que deben combinar con una fluida comunicación familiar’. Ciertamente es el peligro que apuntan: la relación que establecemos con las nuevas tecnologías puede dificultar las relaciones interpersonales.

1.1. Tipos de conflictos

La navegación de los menores a través de Internet no está exenta de situaciones conflictivas, como puede ser la recepción de correos no solicitados con un contenido desagradable, la utilización de insultos por parte de otros interlocutores o situaciones en las que ellos hayan podido percibir una amenaza.

En este sentido un 11% de los menores que habitualmente utiliza internet ha sido víctima de insultos por parte de otros internautas, un 4% ha recibido correos no solicitados con contenidos desagradables y otro 15% afirma haber sentido miedo en alguna ocasión.

Atendiendo a los grupos por nivel escolar los datos son los siguientes:

- Entre los alumnos de PRIMARIA que acceden a internet un 135% ha recibido insultos de otros internautas. Otro 4% ha recibido correos electrónicos con contenidos desagradables.
- El 11% de los alumnos de la E.S.O. que navegan habitualmente, ha sido objeto de insultos en internet. El 45% ha recibido correos desagradables y un 25% afirma haber sentido miedo en alguna ocasión.
- El porcentaje menor lo encontramos entre los alumnos de BACHILLERATO: el 85% ha sido insultado y otro 35% ha recibido correos electrónicos desagradables.
- El acceso de los niños/as a páginas inapropiadas, la facilidad con la que algunos comunican su dirección de correo electrónico (al margen de la dirección física), y el acceso a chats no filtrados y sin la supervisión de sus padres, puede dar lugar a episodios desagradables en los que el menor llega a ser acosado por un adulto, o por otro menor. Un 44% de los menores que navega con cierta regularidad, se ha sentido acosado/a sexualmente en internet en alguna ocasión. Un 11% reconoce haber sido víctima de esta situación en diversas ocasiones.

Es necesario transmitir también a los menores una serie de sencillas pautas de actuación, para saber cómo actuar ante estas situaciones:

1.1.1. Insultos, injurias y amenazas

Cómo actuar ante insultos, injurias y/o amenazas

Si el menor respeta una serie de pautas las posibilidades de resolución satisfactoria se multiplican. Proponemos las siguientes:

1. Debe asegurarse de que el correo con insultos o amenazas no es una broma pesada de algún conocido. Preguntar a los amigos, ya que la inmensa mayoría de los casos se trata de uno de éstos.
2. No contestar a ningún correo que sea amenazante o contenga insultos.
3. Si no se trata de una broma debe tener claro que ha de comunicárselo inmediatamente a sus padres. Nosotros debemos ofrecernos.
4. Si no queremos poner una denuncia podemos dirigirnos a la Organización de Protección de la Infancia PROTEGELES: contacto@protegeles.com y explicarles el problema.
5. Si nos lo aconsejan o lo decidimos así, podemos reenviar el correo amenazante a la Policía: delitos.tecnologicos@policia.es o a la Guardia Civil: uco-delitoinformatico@guardiacivil.es y explícales lo que sucede.
6. Debemos recordar que siempre es posible retirar la denuncia y nadie sufrirá ninguna consecuencia negativa.



La agresividad
En muchos casos emails agresivos pueden ser bromas entre amigos. Hablar con ellos puede ser una solución.

1.1.2. Acoso sexual

Hay que enseñar a los menores que tienen derecho a que todo el mundo respete su libertad sexual, y esto implica que tienen derecho a no sufrir acoso de este tipo, ni en la calle, ni en clase, ni en un chat. Recordemos que si la situación es seria o infunde miedo podemos denunciarlo a la Policía o a la Guardia Civil. No obstante recomendamos el siguiente procedimiento:

1. Hablar con la persona que le hace sentir mal, recordarle que lo que está haciendo puede ser constitutivo de delito y que estamos dispuestos a denunciarlo.
2. Si la persona insiste debemos intentar solucionar el problema pidiendo ayuda fuera de la familia.
3. Si no queremos poner una denuncia podemos dirigirnos una vez más a la Organización de Protección de la Infancia

Si nos lo aconsejan o decidimos hacerlo así, podemos comunicárselo a:

Protégeles (917400019)

Policía (91-5822751/52/53)

Guardia Civil (91-5146400)



El derecho del menor
Sea cual sea el medio y el lugar, el menor debe saber que tiene derecho a que todo el mundo respete su sexualidad.

Recordemos que siempre es posible retirar la denuncia y nadie sufrirá ninguna consecuencia negativa.

1.1.3. Contenidos ilegales

Si encontramos en la Red páginas de contenido ilegal: racista o xenóforo, páginas de apología del terrorismo, páginas de pornografía infantil o de tráfico de drogas, debemos notificarlo.

Te aconsejamos que facilites esa información a través de la Línea de Denuncia Anónima, donde no es necesario incluir datos personales de ningún tipo.

Línea de Denuncia Anónima: www.protegeles.com



1.1.4. Ciberadicción

El problema de la adicción a Internet es relativamente reciente en nuestro país, pero se observa ya desde hace años tanto en menores como en adultos. Conocido como Desorden de Adicción a Internet este problema puede detectarse cuando el usuario reproduce una serie de características y conductas.



Como primer indicador significativo podríamos apuntar la "conexión compulsiva", es decir, la necesidad de conectarse con frecuencia, varias veces al día. Así, de los menores que habitualmente navega por la Red un 37% reconoce sentir la necesidad de conectarse a Internet con frecuencia.

Atendiendo a los grupos por nivel escolar encontramos diferencias considerables:

- Entre los alumnos de PRIMARIA que acceden a Internet un 24'5% siente la necesidad de conectarse con frecuencia, es decir, la cuarta parte de los encuestados.
- El 36% de los alumnos de ESO, más de 1/3 de los navegan habitualmente, afirma sentir también esta necesidad.
- El porcentaje mayor lo encontramos, como es lógico, entre los alumnos de BACHILLERATO: un 50% reconoce sentir esta necesidad.

No obstante, este dato no es suficiente como para confirmar un problema de adicción.

1.1.5. Ciberdelincuencia: Ataques a la intimidad

Quien se apodere de los mensajes de correo electrónico de otros, quien utilice o modifique –en perjuicio de tercero– datos reservados de carácter personal o familiar, o quien difunda, revele o ceda a terceros los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas, podrá ser condenado a penas de hasta cinco años de prisión.

Para que estas situaciones se consideren delito será necesaria denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquélla sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal.

El perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal o la pena impuesta, es decir, en cualquier momento puede retirarse la denuncia sin consecuencia alguna.

Artículos del Código Penal que hacen referencia a estas situaciones y otras relacionadas con el derecho a la intimidad.

(Artículo 197. Artículo 201.)

Amenazas en Internet y el móvil recoge en los Artículos 169 al 171 del Código Penal.

Aunque en la mayoría de los casos este tipo de delitos acaban siendo consideradas como faltas, el Juzgado de lo Penal nº 2 de Santander condenó a una persona a dos años y seis meses de prisión por amenazar a su novia de muerte a través de numerosos sms y por quebrantar la medida cautelar de no acercamiento.

De igual modo, existe ya gran número de casos en los que las amenazas y las injurias se producen a través de mensajes de correo electrónico. Los autores de los mismos, se amparan en el "anonimato" que creen tener y con la posibilidad de resultar impunes en sus actos.

Ejemplo de ello es la Sentencia del Juzgado de Instrucción nº 4 de Cartagena, de 10 de octubre de 2002, confirmada por la Sentencia de la Audiencia Provincial de Murcia de 29 de Enero de 2003, en la que se condena al demandado por una falta continuada de injurias leves a través de mensajes de Internet. El número de casos aumenta, sin embargo, es necesario resaltar que muchos de los afectados no denuncian los hechos por temor a no ser atendidos en sus pretensiones o por considerar que, dado el carácter innovador del medio en el cual se desarrollan los hechos, no es posible identificar a los autores de los mismos:

Delitos Informáticos

<http://www.delitosinformaticos.com/delitos/injuriassms.shtml>

Las calumnias o injurias se recogen en los Artículos 205 al 216 del Código Penal.

2. LOS TELÉFONOS MÓVILES

Según cifras de diciembre de 2007, el número de líneas de telefonía móvil era 50.181.109 líneas, frente a 45.200.737 habitantes, siendo la tasa de penetración de 112,2 líneas por cada 100 habitantes. El 41,37% de las líneas corresponden a líneas de prepago y el 58,63% restante a postpago.

Existen cuatro operadores con red propia (es decir, que gestionan el servicio completo por sí mismos) y un número de operadores móviles virtuales que ronda la veintena.

Según la mayoría de expertos, el número de líneas de telefonía móvil seguirá aumentando.

2.1. Seguridad infantil y costumbres de los menores en el empleo de la telefonía móvil.

Estudio realizado por la organización de protección de la infancia en Tecnologías de la Información y la Comunicación: PROTEGELES, para el Defensor del Menor.

RESUMEN DE LOS DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS

- Resulta llamativo constatar que el teléfono móvil no es utilizado por los menores como tal, salvo en contadas ocasiones. Hablar con otras personas utilizando la voz y en tiempo real es casi la función menos utilizada del terminal. Observamos que sólo el 24%, realiza llamadas telefónicas con su móvil casi a diario, mientras que la mayoría las realiza con menos frecuencia: un 26% sólo un día por semana, otro 26% dos días/semana y el 24% restante entre tres y cuatro días/semana.
- Al contrario de lo que sucede en el punto anterior, los menores utilizan con mucha mayor frecuencia el teléfono móvil para enviar mensajes cortos –SMS– que para mantener conversaciones orales y en tiempo real. Mientras sólo un 22% de los menores envía SMS sólo uno o dos días por semana, otro 28% lo hace tres o cuatro días en el mismo periodo y, un 50% envía SMS casi a diario.
- Los menores envían muchos más mensajes durante los fines de semana que en días lectivos. Uno de cada cuatro menores envía durante el fin de semana entre 10 y 20 mensajes cortos –SMS–.
- Como resultado del presente Estudio constatamos que el 78% de los menores con móvil ya ha tenido más de un aparato. De estos el 24% tiene ya su tercer teléfono y otro 24% el cuarto.
- El 33% de los menores ha cambiado de móvil debido al deterioro o avería del aparato anterior, y otro 20% ha cambiado como consecuencia de haber recibido otro como regalo.
- Mientras el 41% de los menores que tienen móvil gastan menos de 3 euros semanales en el mismo, un 34% invierte entre 3 y 5 euros. Del resto un 18% gasta entre 5 y 10 euros y un 7% más de 10 euros semanales. Traducido a meses las conclusiones son las siguientes: el 41% de estos menores con móvil gasta menos de 12 euros mensuales en el teléfono y un 34% entre 12 y 20 euros. Un 18% invierte, no obstante, entre 20 y 40 euros y el 7% restante afirma gastar “más de 40 euros mensuales”.
- Los productos asociados al teléfono móvil más demandados por los menores son los tonos o melodías, adquiridos ya por el 77% de los menores, seguidos de los logos y fondos, adquiridos por el 68%.
- El 69% de los menores que dispone de teléfono móvil utiliza sistemas de pre-pago, frente al 31% que accede a través de contrato.
- El 30% de los menores que utiliza el teléfono móvil ya ha adquirido juegos para el mismo. Esto no quiere decir que el 70% restante no juegue nunca, ya que su teléfono puede tener ya juegos instalados.
- El 68% de los menores con móvil ya ha recibido fotografías en su terminal. La mayor parte de dichas fotografías son imágenes de amigos/as, seguidas de imá-

genes cómicas y de otros tipos, pero también en un porcentaje de los casos de pornografía. El 9% de los menores que dispone de teléfono móvil ha recibido ya imágenes pornográficas en su terminal, un 7% imágenes cómicas o de otro tipo y un 47% fotografías de amigos/as.

- Sólo un 14% de los menores afirma haber chateado con su móvil. La mitad de estos usuarios: un 7%, chatea no sólo con amigos sino también con desconocidos.
- Entre los menores de ambos sexos el acoso sexual a través del móvil es algo que ya no resulta anecdótico: un 18% de los menores ya se ha sentido acosado a través del teléfono móvil.
- Es cada día más frecuente la recepción de mensajes de publicidad de todo tipo a través del teléfono móvil. Son especialmente preocupantes aquellos que incitan a los menores a participar en concursos y juegos de azar tipo “casino”. Respecto a esta cuestión, el 72% de los menores afirma haber recibido SMS invitándole a participar en sorteos o juegos de azar.
- Al igual que en el punto anterior, es también muy frecuente la recepción de mensajes no solicitados de todo tipo, de forma similar a lo que sucede con el spam en internet. Así, el 68% de los menores de edad ha recibido ya SMS no solicitados. Un 13% afirma recibirlos incluso con mucha frecuencia.
- Al igual que en anteriores estudios realizados por PROTEGELES, sobre seguridad de los menores en Internet, intentamos también determinar cada vez con más detalle el papel que los mismos menores pueden estar jugando como protagonistas de situaciones amenazantes para otros. Es decir, la posibilidad de que algunos menores se conviertan en parte del problema que intentamos afrontar. Constatamos que entre los menores estas situaciones no son poco frecuentes, ya que un 19% reconoce haber enviado mensajes amenazantes o insultantes a otras personas (al margen de las bromas).

Igual que sucede con otras herramientas como internet, algunos menores pueden desarrollar trastornos de adicción hacia algunas de estas nuevas tecnologías.



Ya se han producido casos en el entorno español que han requerido una atención profesionalizada. Los datos obtenidos en el presente Estudio son relativos al desarrollo de reacciones relacionadas con la dependencia, y a las acciones que ponen en práctica para afrontar la situación, así como al gasto desproporcionado:

- Muchos menores afirman desarrollar intranquilidad e incluso ansiedad cuando se ven obligados a prescindir de su teléfono móvil, normalmente como consecuencia de una avería o de un castigo. Si bien el 62% de los menores que utiliza teléfono móvil afirma no sentir nada especial cuando se ve obligado a pres-

cindir de él, encontramos a un 38% que desarrolla reacciones adversas : un 28% afirma haberse sentido “ agobiado/a”, y un 10% haberlo “ pasado fatal” sin su móvil.

- Un 11% de los menores con teléfono móvil afirma haber llegado a engañar o mentir a sus padres, e incluso en alguna ocasión a sustraer dinero (normalmente en casa) para poder recargar su saldo.
- El 25% de los menores que utiliza teléfono móvil gasta más de 20 euros al mes en su móvil: un 18% gasta entre 20 y 40 euros, y un 7% afirma gastar más de 40 euros mensuales.

Todos estos datos, y otros, se encuentran desglosados y detallados por edades y por niveles escolares: Primaria, E.S.O. y Bachillerato.

ACLARACIÓN

Es importante recordar que los datos que se facilitan en este estudio son relativos sólo a las costumbres de los menores que disponen de teléfono móvil, y no al total de los menores españoles.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Las características del estudio se detallan en las primeras páginas del mismo. Hay que señalar que para su confección se han realizado 2.000 encuestas entre menores de 11 a 17 años, de ambos sexos.

3. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los trastornos alimentarios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

3.1. La prevención de la anorexia y la bulimia en Internet

Estudio realizado por la organización de protección de la infancia en Tecnologías de la Información y la Comunicación: PROTEGELES para el Defensor del Menor.

RESUMEN DE LOS DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS

- Resulta especialmente significativo, y preocupante, el porcentaje de niñas, adolescentes y jóvenes que no encuentran respaldo alguno en sus casas para afrontar estas enfermedades, y ponen de manifiesto la falta total de apoyo por parte de sus padres. Así, una de cada tres (33%) afirma no contar con la ayuda de sus padres para afrontar sus problemas.
- Prácticamente la mitad (49%) de estas jóvenes y adolescentes no están recibiendo, ni han recibido previamente, tratamiento médico específico para su problema.

- El 61% de las jóvenes y adolescentes que atendemos desde PROTEGELES afirma sentir miedo en ante la enfermedad y ante los derroteros que va cobrando con rapidez. El 39% restante, sin embargo, afirma no tener esa sensación de miedo y sorpresa.
- El 16% de las niñas y adolescentes atendidas por PROTEGELES se han autoagredido o autolesionado. La mayoría de estas autoagresiones consisten en cortes en las manos y brazos o quemaduras, frecuentemente realizadas con cigarrillos.
- En cuanto al suicidio como posible alternativa nos encontramos con un 29% de jóvenes y adolescentes tratadas que se plantea esta opción como algo válido, frente a un 71% que no se lo plantea.
- El 15% de las jóvenes y adolescentes que se han dirigido a PROTEGELES en busca de ayuda habían protagonizado anteriormente un intento real de suicidio.
- A lo largo del trabajo realizado por PROTEGELES con las niñas y adolescentes que se han dirigido a la ONG a lo largo de este año, nos ha llamado la atención la presencia de abusos sexuales en la primera infancia de algunas de las menores. Así, un 5% de las personas atendidas ha sufrido abusos sexuales durante su infancia.
- Para el trabajo realizado por PROTEGELES, que definimos como Primera Atención Personalizada, resulta de especial relevancia determinar las razones por las que las niñas y adolescentes, que están desarrollando estos trastornos de la conducta alimentaria, solicitan ayuda a través de internet.
- Valoran y agradecen la ayuda desinteresada de profesionales.
- Valoran y agradecen la ayuda profesional. Los foros públicos en los que las menores se reúnen en busca de apoyo no suelen contar con profesionales que orienten correctamente a las usuarias. El 34% de las jóvenes y adolescentes atendidas valora fundamentalmente la PROFESIONALIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA desde PROTEGELES.
- Valoran y agradecen el anonimato. Un 11% de las menores atendidas valora especialmente el ANONIMATO: el hecho de no verse nunca en la obligación de identificarse facilitando datos personales como su nombre y apellidos, domicilio, etc. Dicho anonimato facilita además un altísimo nivel de sinceridad y espontaneidad.
- Valoran y agradecen que no se les juzgue. Un 5% de las jóvenes y adolescentes tratadas valora fundamentalmente el hecho de NO SENTIRSE JUZGADA en ningún momento.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Las características del estudio se detallan en las primeras páginas del mismo. Hay que señalar que todos los datos se han obtenido a partir del trabajo con 200 niñas y adolescentes que se han dirigido a PROTEGELES en busca de ayuda para afrontar trastornos de la conducta alimentaria. En dicho Estudio se detalla, al mismo tiempo, el procedimiento seguido con las menores en función de sus necesidades, así como los materiales preventivos de la Campaña : TU ERES MAS QUE UNA IMAGEN.

4. CONCLUSIONES

- A. La pornografía infantil en internet continúa extendiéndose, y la suma de informaciones recibidas por el conjunto de todas las Líneas de Denuncia que operan a nivel europeo e internacional es escalofriante. Entre marzo de 2003 y febrero de 2004 -un año- las organizaciones integradas en el INHOPE han recibido en total 96.217 informaciones sobre pornografía infantil en internet, sobre las que se ha informado a las unidades de policía de los distintos países.
- B. La concienciación de los usuarios es cada vez mayor, así como la confianza en la Línea de Denuncia española PROTEGELES.
- C. El trabajo de las Líneas de Denuncia como PROTEGELES es enormemente eficaz y beneficioso, no sólo por los resultados obtenidos a nivel policial, sino por el trabajo de concienciación de los internautas y por las horas de trabajo y esfuerzo ahorradas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Si de las 28.992 informaciones recibidas hasta Julio de 2004, “sólo” 5.113 han sido remitidas a la Policía española por ser informaciones sobre páginas de contenido realmente ilegal, esto quiere decir que PROTEGELES ha ahorrado a la Policía el trabajo de recibir y comprobar el contenido de las 23.879 páginas analizadas y desechadas por la organización. La verificación y comprobación de estos miles de páginas supone el trabajo de varias personas durante más de un año.
- D. La mayoría de los usuarios de internet, o al menos los usuarios de la Línea de Denuncia, no tienen información clara sobre lo que es realmente delictivo o denunciabile en internet, ya que en muchas ocasiones las informaciones recibidas no se corresponden con materiales realmente ilegales. Falta por tanto una formación general al respecto que los usuarios debieran recibir.
- E. El trabajo de colaboración y prevención realizado por PROTEGELES con diferentes instituciones en España, está dando unos resultados excelentes en la lucha contra la pornografía infantil en internet, ya que estos contenidos se han reducido en nuestro país en un porcentaje elevadísimo. Algunas empresas han conseguido reducir la presencia de estos contenidos ilegales hasta en un 95%, quedando sólo un 5% de lo que encontrábamos hace meses.
- F. La facilidad con la que cualquier individuo puede crear una comunidad o grupo en internet, de forma inmediata, está favoreciendo la proliferación de comunidades de pedófilos con fotos de pornografía infantil, que facilitan el acceso de miles de individuos a miles de fotografías y de forma gratuita.

En definitiva, y como suele suceder, son muchas las cosas que quedan por hacer y por mejorar, pero muchas también las que se están haciendo ya. Y hay que señalar, por último, que la entrada en vigor de la Reforma del Código Penal de octubre de 2004, en la que se castiga no sólo la distribución de pornografía infantil sino también tu tenencia, debe suponer a corto plazo una herramienta para aumentar el número de éxitos policiales. Así mismo esperamos que tenga además un cierto efecto disuasorio y termine con la sensación de impunidad de no pocos pedófilos.

5. ENLACES DE INTERÉS

A continuación le mostramos una serie de enlaces interesantes para padres y educadores.

DEFENSOR DEL MENOR

En la comunidad de Madrid.

<http://www.defensordelmenor.org>



EDUCAR BIEN

Prolongación en Internet de la Revista Mensual.

Interesantes secciones y artículos relacionados con la Educación, Blogs y un Foro donde poder comentar los temas que nos preocupan en relación con la Educación de nuestros hijos.

<http://www.educarbien.es>



PADRES Y COLEGIOS

Padres y Colegios es una veterana revista mensual en papel (han realizado ya 12 números) que ahora puedes leer en formato digital, de manera gratuita entrando en su web. Además destaca su gran oferta formativa.

<http://www.padresycolegios.com>



Portal Educativo de Castilla-La Mancha

El Portal Educativo de Castilla-La Mancha, es un recurso en Internet en el que se integra información sobre todos los servicios que se ofrecen tanto a Profesores como a Centros, tanto al alumnado como a sus familias.

Además el portal dispone de espacios específicos dedicados a deportes, a ciencia, a la Universidad, a la investigación...

<http://www.educa.jccm.es>



EXPRIME LA RED

Exprime la Red a tope!

<http://www.exprimelared.com>



CIBERCENTRO AMIGO

Internet con seguridad.

<http://www.cibercentroamigo.com>



EDUCA LA RED

Facilitando el uso educativo de Internet.

<http://www.educared.net>



SOMOS PADRES

<http://www.somospadres.com>



SOLO HIJOS

Apoyan en la difícil y a la vez apasionante tarea de formar y educar a sus hijos.

<http://www.solohijos.com>



PROFES

Un servicio de ediciones SM para el profesorado.

<http://www.profes.net>



AULA INFANTIL

Portal de educación infantil; noticias, juegos...

<http://www.aulainfantil.com>



INFO PITÁGORAS

Una solución para los programas personalizados de aprendizaje.

<http://www.infopitagoras.com>



CHILDTOPIA

juegos interactivos que pueden disfrutarse por internet.

<http://www.childtopia.com>



PLAN LECTURA

Plan de fomento de la lectura. Leer te da más.

<http://www.planlectura.es>



PADRES OK

Organización cuyo objetivo es ser un apoyo permanente para la familia en el desarrollo de sus hijos, en el crecimiento de la pareja y en la construcción de un hogar.

<http://www.padresok.com>



SANTILLANA

Web dividida en 4 apartados destinados a ayudar al padre, la madre, el profesorado y acercarse a los niños con numerosos juegos on-line.

<http://www.santillana.es>



ALDEA EDUCATIVA

Artículos, efemérides, documentos, directorio.

<http://www.aldeaeducativa.com>



CIBERCENTINELAS

Luchar contra la pornografía infantil, buscar niños desaparecidos, anular foros de pedófilos y otras muchas acciones son las que llevan a cabo en esta página.

<http://www.cibercentinelas.org>



ASOCIACIÓN ACPI

ACPI trabaja en 5 campos diferentes; prevención para menores en internet, búsqueda de niños desaparecidos, lucha contra la pornografía infantil, campañas de sensibilización, apoyo a organizaciones de ayuda a las niñas prostitutas.

<http://www.asociacion-acpi.org>



MUNDO PADRES ESTILISMO

Noticias, artículos, documentos... Todo lo que debes saber para el cuidado de tu bebe, su evolución y adolescencia.

<http://mundopadres.estilisimo.com>



COMUNICACIONES A LA 1ª PONENCIA

**LA OBESIDAD INFANTIL:
UNA NUEVA DEMANDA DE SALUD**

Vives Sánchez, Eva.*, Coves Vidal, Betlem.*, Martínez Navarro, Remedios**

**Enfermeras del Hospital de Elche*

***Enfermera del Hospital de Elda*

INTRODUCCIÓN

La segunda mitad del siglo XX ha sido testigo de importantes cambios en la sociedad occidental y en los estilos de vida. El desarrollo económico, científico y social ha incrementado de forma sustancial la facilidad de acceso a alimentos saludables y a formas de vida más confortables. Con ello se ha logrado mejorar las expectativas de vida de las personas. Sin embargo de forma paralela, se ha incrementado la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades crónicas. Este hecho no solo está relacionado con la mayor edad de la población, sino que guarda, además, una fuerte relación con estilos de vida sedentarios y factores nutricionales. Hay pruebas concluyentes de que casi un tercio de los fallecimientos prematuros a causa de enfermedades cardiovasculares en Europa tienen relación con ambas circunstancias.

La MAGNITUD DEL PROBLEMA es que en estos momentos hay el triple de personas obesas en el mundo de las que había en los años setenta:

LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN TODAS LAS EDADES SE HA INCREMENTADO DE FORMA ALARMANTE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN TODO EL MUNDO, HASTA EL PUNTO DE QUE LA O.M.S. DESDE 1998 UTILIZA LA EXPRESIÓN “EPIDEMIA MUNDIAL”.

OBJETIVOS GENERALES

- Detectar precozmente los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia.
- Detectar precozmente el sobrepeso y obesidad en la población infantil y adolescente.
- Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestro a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio.
- Mejorar la atención sanitaria de los niños con obesidad y sus familiares.
- Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de los niños con obesidad y sus familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

ACTIVIDAD 1: SESIÓN PRE-INTERVENCIÓN:

Metodología de la intervención: Grupal.

Agente interventor: Todos los miembros del equipo multidisciplinar (tres enfermeras y profesores).

Objetivos y actividades a realizar:

- Creación de un fondo documental sobre obesidad, actualizado periódicamente para consulta de profesionales.
- Interdisciplinariedad: Que cada sector aporte diferente perfiles profesionales al

servicio de un objetivo común, el cual enriquece y da fuerza a las actuaciones por una meta común.

- Conseguir un plan conjunto de actividades a realizar en las diferentes sesiones con niños con sobrepeso/obesos y sus familias.
- Se adjuntará una circular para que los niños la entreguen a los padres aprobando su participación en el programa de salud

Material:

- Lugar físico: sala de juntas del colegio.
- Material didáctico: cuatro mesas grandes, siete sillas, cuatro ordenadores con acceso a Internet, impresora.
- Material específico: folios, bolígrafos, carpetas.
- Temporalización: durante la permanencia completa del programa.
- Plazo de ejecución: Una semana antes de la ejecución del programa.

ACTIVIDAD Nº 2 “EXÁMENES DE SALUD”.

Metodología de la intervención: individual.

Agente interventor: 3 enfermeras, niño que acude al examen de salud en presencia de los profesores. (6 años es decir 1º de E.P.).

Objetivos y actividades a realizar:

- Realizar el examen de salud del niño obteniendo sus medidas antropométricas.
- Obtener información sobre los hábitos de vida del niño y su entorno familiar.
- Sensibilizar al niño y familiar sobre el problema de la obesidad infantil.

Material:

- Lugar físico: Aula de la escuela.
- Material: camilla de exploración, báscula, tallímetro, cinta métrica, esfigmomanómetro, fonendoscopio, mesa, 3 sillas.
- Material específico: cuestionario (Encuesta Infantil Salud CV 2004-2005) de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (únicamente los apartados de conductas y estilos de vida relacionados con la salud, características corporales del niño) (Anexo I) (11), folleto explicativo del programa, historia clínica del niño.
- Temporalización: 2 horas. Niños de 6 años.

ACTIVIDAD Nº 3 “LA IMPORTANCIA DE MI ALIMENTACIÓN”.

Metodología de la intervención: grupal.

Agente interventor: Tres enfermeras, los niños y profesores.

Objetivos y actividades a realizar:

- Los niños expresarán sus preferencias alimenticias y conjuntamente (niños y profesionales) valorarán la idoneidad o no de dichas preferencias.
- Dar a conocer la importancia de una dieta variada.
- Pautas básicas de alimentación. Grupos de alimentos.
- Pacto con los niños sobre medidas de mejora en los hábitos alimentarios (probar comidas, reducir número de dulces, la importancia de la fruta y verdura...)

Material:

- Lugar físico: aula de la escuela
- Material: sillas y 7 mesas, ordenador y cañón.
- Material específico: Cuadernillo con información sobre los grupos de alimentos, y recomendaciones. Cajas de alimentos. Ellos crearán la pirámide de alimentos y su frecuencia de consumo.
- Temporalización: durante 1 hora.

ACTIVIDAD Nº 4 “VALORACIÓN POST-INTERVENCIÓN INICIAL”.

Metodología de la intervención: grupal.

Agente interventor: Todos los miembros del equipo multidisciplinar.

Objetivos y actividades a realizar:

- Analizar la respuesta a la intervención por parte de los padres y los niños en cada una de las intervenciones.
- Mediante el cuestionario que se realizó en el examen de salud, valorar las necesidades concretas de cada caso.
- Si es necesario en algún caso en particular, concertar cita con los padres para derivarlo al pediatra.

Material:

- Lugar físico: sala de juntas de la escuela.
- Material: cuatro mesas grandes, siete sillas, cuatro ordenadores con acceso a Internet, impresora.
- Material específico: cuestionario (Encuesta Infantil Salud CV 2004-2005) de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (únicamente los apartados de conductas y estilos de vida relacionados con la salud, características corporales del niño).
- Temporalización: durante 2 horas.

ACTIVIDAD Nº 5 “CÓMO ME SIENTO”.

Metodología de la intervención: grupal.

Agente interventor: tres enfermeras, el psicólogo y los niños.

Objetivos y actividades a realizar:

- Valoración mediante grupo de discusión sobre la obesidad versus sociedad.
- Práctica de habilidades sociales.

Material:

- Lugar físico: aula de clase
- Material: sillas y mesas suficientes según el número de asistentes previstos, ordenador y cañón.
- Material específico: Ficha de mi retrato robot.
- Temporalización: durante 1 horas.

Aspectos organizativos a tener en cuenta:

- Se debe preparar el material necesario para cada intervención con la suficiente antelación, con el fin de no perder tiempo una vez iniciada la actividad.
- Se deben evitar, en la medida de lo posible, las entradas y salidas en la sala durante las actividades para evitar la desconcentración.
- La sala donde se realiza la actividad estará equipada del mobiliario necesario, la temperatura será adecuada y tendrá buena ventilación para favorecer la comodidad de los presentes.
- Se evitará la improvisación por parte de los profesionales con el fin de que las actividades sean lo más productivas posible.

RESULTADOS

Se realizará el cuestionario ENCUESTA SALUD CV 2004/05 INFANTIL (población hasta 15 años) de la Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

El cuestionario consta de dos apartados:

- Conductas y estilos de vida relacionados con la salud (actividad física/ sedentarismo, hábitos alimentarios)
- Características corporales del niño.

La evaluación del programa se evaluará a corto plazo. La evaluación a corto plazo del proceso se realizará en el colegio con la valoración post intervención inicial, el cuestionario y la valoración del mismo, teniendo en cuenta el grado de efectividad de las actividades realizadas hasta el momento, así como la aceptación de recursos ofrecidos y grado de participación de los niños. La herramienta utilizada será la observación de los niños por parte de los maestros y las enfermeras.

LA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Nuria González Vera*, Carlos García Sánchez*, Dolo Vílchez García**, May Callado Jiménez*, Naomi Ibáñez Bautista*, Sara Lavado Moreno*.

**Enfermeros. Miembros del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” (ENSE)*

***Coordinadora de Grupo Enfermería en Salud Escolar (ENSE). Zona Sax y Petrel*

JUSTIFICACIÓN

Los niños y adolescentes de hoy en día, tienen necesidades en materia de salud, que no pueden ser cubiertas por padres o profesores, sin la ayuda de profesionales de Salud.

Tanto la OMS como el consejo de Europa, han definido en diferentes textos y documentos, la necesidad de fomentar en el ámbito escolar, la adquisición de conocimientos en materia de salud, que potencien el desarrollo de jóvenes preparados para elegir estilos de vida sanos, ya que está suficientemente demostrada la eficacia de implantar programas de educación para la salud a edades tempranas, antes de que aparezcan las conductas de riesgo.

Los últimos estudios realizados en materia de salud en la población escolar, a nivel nacional, muestran:

- Aumento de la obesidad infantil.
- Menos de la mitad de nuestros escolares realizan un desayuno completo.
- En los últimos años se ha triplicado el número de caso de TCA.
- Aumento alarmante del número de jóvenes fumadoras.
- Descenso de la edad media de inicio de consumo de cocaína, éxtasis y cannabis entre los jóvenes de 14 a 18 años.
- Aumento del número de accidentes de tráfico.
- Aumento de embarazos no deseados en adolescentes.

La aprobación y puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) supuso la incorporación de los denominados temas transversales (Educación para la Salud, para la paz, para la igualdad de oportunidades entre los sexos, Educación moral y cívica, educación del consumidor, educación vial y educación ambiental). Este carácter transversal, es decir, el hecho de que no se asocien a algunas áreas de conocimiento, sino a todas ellas y la importante relevancia social de las mismas, son las peculiaridades más destacadas de estas enseñanzas.

Debido a su complejidad, el tratamiento transversal de la EpS que proponía la LOGSE no ha logrado hasta la fecha los resultados que de la misma cabía esperar. Por un lado, los maestros no han interiorizado la EpS como asignatura transversal, continuando con un modelo de educación tradicional, en el que los temas de salud son abordados de manera esporádica y con dudosa metodología. Por otro lado, los profesionales de la salud, y en particular las enfermeras de Atención Primaria han basado su actividad como agentes promotoras de salud en la escuela en la realización de exámenes de salud, administración de vacunaciones o en actuaciones puntuales sin continuidad y sin estar enmarcadas en ningún proyecto o detección de necesidades concretas.

Por tanto, actualmente podemos decir que la EpS no se realiza de forma homogénea y consolidada. En las encuestas de evaluación de los proyectos que hemos ejecutado los docentes nos han transmitido que sin ayuda de profesionales de la salud, no se sienten capacitados para dar información sobre salud, y por tanto, mucho menos para educar para la salud. Los docentes declaran que se sienten desbordados e incapaces de tratar temas como las drogodependencias, los trastornos alimentarios, la educación afectivo-sexual, etc., y exigen que sea un profesional de la salud con aptitudes pedagógicas quien se encargue de formar a los escolares en estas materias.

Como respuesta a esta demanda, surge la figura de la enfermera escolar, a la que se está capacitando para el ejercicio de sus funciones, entre las que destacan:

- Administración de cuidados de salud: atención en urgencias y emergencias, tratamiento de enfermedades crónicas, administración de fármacos, etc.
- Promover un ambiente seguro, fomentando estilos de vidas saludables.
- Planificación, supervisión y seguimiento de dietas.
- Exámenes de salud.
- Coordinación con los servicios de salud y gestión de temas sanitarios.
- Prevenir y detectar a través de un diagnóstico de salud cuáles son los problemas percibidos, con la colaboración de profesores, padres y alumnos.
- Asesoramiento en materia de salud de los escolares a los alumnos, profesores y padres.

Nuestra propuesta consiste en dotar de la presencia de profesionales de enfermería en los centros educativos. Este enfermero escolar representaría el pilar básico del equipo multidisciplinar encargado de llevar a cabo la educación para la salud y, asimismo, aseguraría el cumplimiento de la Ley de Salud Escolar (1/1994 del 28 de Marzo).

La figura del enfermero, significaría no sólo la aportación profesional de conocimientos, sino una apuesta por la Calidad de la Educación para la Salud, y abriría un gran abanico de posibilidades en la dimensión de la salud escolar, como motor de la promoción y fomento de estilos de vida saludables para los escolares.

CREACIÓN DEL GRUPO ENSE

En el año 2000 se crea la asociación de enfermería “Educación y Salud” como respuesta a las necesidades percibidas en la población, dando sus primeras charlas en las jornadas de enfermería para adolescentes, en el municipio de Elche.

En el 2001 en este municipio se realiza la I Olimpiada Illicitana de la salud, con la colaboración del colegio de enfermería de Alicante y el CECOVA.

Es en el curso escolar 2002/2003 cuando Petrer y Elche, son pioneros apostando por el programa de educación para la salud en los colegios e institutos, lejos de las charlas aisladas.

Durante los años posteriores se van uniendo a este iniciativa de salud, distintos municipios de la provincia, como son Aspe, Alicante, Salinas, Villena, San Vicente, Sax, Benimantell, Monforte del Cid, Villajoyosa, Mutxamel y Orihuela.

Tras la continua demanda, por parte de los ayuntamientos para implantar más programas de Educación para la salud, la sensibilización de nuestro colectivo y el apoyo incondicional del CECOVA, se crea en el año 2005 el grupo de trabajo “Enfermería en Salud Escolar”(ENSE), cuyo objetivo es organizar y gestionar diferentes actividades de desarrollo profesional de la enfermería en la comunidad escolar, potenciar la figura de la enfermera y su inclusión dentro de los centros escolares.

Desde el año 2006 hasta ahora, se ha conseguido que cinco municipios (Mutxamel, Villajoyosa, Villena, Elche y Polop) hayan implantado, en sus centros educativos, la figura de la Enfermera Escolar de forma continuada durante todo el curso.

Actualmente nuestro principal objetivo a corto plazo es la implantación de la Enfermera en los 28 centros de Educación Especial existentes en la Comunidad Valenciana, ya que es una figura que ya existe en muchas otras comunidades autónomas como Madrid, Murcia y Castilla León. Además es un compromiso que adquirió en Partido Popular en las pasadas elecciones autonómicas de Mayo de 2007.

Para la consecución de estos objetivos distribuimos nuestra actuación en las siguientes líneas de trabajo:

- Investigación
- Diseño y elaboración de materiales de educación para la salud.
- Intervención, ejecución y evaluación de programas de educación para la salud
- Publicaciones
- Difusión de la Enfermería Escolar en campañas publicitarias
- Participación y organización de eventos de carácter científico

PROGRAMA DE ENFERMERÍA ESCOLAR

En nuestra área, se está desarrollando el programa en los municipios de Sax (4 colegios) y Petrel (8 colegios y 3 institutos), dando cobertura a más de 4000 alumnos. Esta actuación la realizan 7 profesionales de enfermería.

El programa de enfermería escolar se compone de una serie de sesiones solicitadas por el ayuntamiento, en colaboración con las AMPAS de los centros escolares.

El profesional de enfermería se traslada al centro para realizar estas sesiones. La duración total del programa, está determinada por el número de sesiones que cada municipio haya solicitado. Los temas ofrecidos son los siguientes:

- Alimentación saludable
- Higiene y ergonomía
- Prevención de accidentes y primeros auxilios
- Educación en valores
- Habilidades sociales
- Educación afectivo-sexual
- Prevención de trastornos de la conducta alimentaria
- Prevención de drogodependencias

De los temas anteriormente citados, actualmente se están desarrollando los siguientes:

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

a) Dirigido a alumnos de Educación Infantil.

Objetivo: Promover una alimentación variada y reforzar la importancia del desayuno.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Los Lunis me enseñan a comer”:
- 2ª sesión: “Desayuno saludable en clase”:
- 3ª sesión: “La importancia de una dieta equilibrada. Mitos y creencias erróneas” (Padres)

b) Dirigido a alumnos de educación primaria.

Objetivo: Promover una alimentación variada y reforzar la importancia del desayuno.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Luisa se alimenta mal”:
- 2ª sesión: “La dieta mediterránea y sus beneficios”:
- 3ª sesión: “La importancia de una dieta equilibrada. Mitos y creencias erróneas” (Padres)

c) Dirigido a alumnos de Educación Secundaria.

Objetivo: Promover una alimentación variada y reforzar la importancia del desayuno.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Errores en la alimentación: como alimentarnos de forma saludable 1”
- 2ª sesión: “Errores en la alimentación: como alimentarnos de forma saludable 2”
- 3ª sesión: “La dieta Mediterránea

HIGIENE Y ERGONOMÍA

a) Dirigido a alumnos de Educación Infantil

Objetivo: Fundamentar la necesidad de una higiene corporal y postural correcta y capacitar a los alumnos para que apliquen las técnicas adecuadas.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Mi higiene corporal y bucodental”
- 2ª sesión: “Ergonomía”

b) Dirigido a alumnos de Educación Primaria.

Objetivo: Fundamentar la necesidad de una higiene correcta y capacitar a los alumnos para que apliquen las técnicas adecuadas.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Higiene corporal y bucodental”
- 2ª sesión: “Higiene postural y ergonomía”

EDUCACIÓN EN VALORES

a) Dirigido a alumnos de 1º y 2º de Primaria.

Objetivo: Que los alumnos aprendan los distintos valores que les pueden servir de ayuda en su vida. Crear hábitos que hagan posible vivir en sociedad.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Aprendemos el valor del Respeto y la Tolerancia con Dumbo”
- 2ª sesión: “Aprendemos el valor de la Sinceridad y la Amistad con Pinocho 3000”
- 3ª sesión: “La importancia de la aceptación de uno mismo”

b) Dirigido a alumnos de 3º y 4º de Primaria.

Objetivo: Que los alumnos aprendan los distintos valores que les pueden servir de ayuda en su vida. Crear hábitos que hagan posible vivir en sociedad.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Aprendemos el valor Respeto y Tolerancia con Cars”
- 2ª sesión: “Aprendemos el valor de la Sinceridad con Shrek 2”
- 3ª sesión: “Aprendemos el valor de la Cooperación con el Cuento del cuenco de arroz”
- 4ª sesión: “Aprendemos el valor de la Amistad con Ice Age 2”

c) Dirigido a alumnos de 5ª y 6º de Primaria.

Objetivo: Que los alumnos aprendan los distintos valores que les pueden servir de ayuda en su vida. Crear hábitos que hagan posible vivir en sociedad.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Aprendemos el valor Respeto”
- 2ª sesión: “Aprendemos el valor de la amistad con una canción”
- 3ª sesión: “Aprendemos el valor de la Cooperación”.
- 4ª sesión: “Charlie y la Fabrica de Chocolate 1”
- 5ª sesión: “Charlie y la Fabrica de Chocolate 2”

d) Dirigido a alumnos de Educación Secundaria.

Objetivo: Que los alumnos aprendan los distintos valores que les pueden servir de ayuda en su vida. Crear hábitos que hagan posible vivir en sociedad.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Aprendemos el valor Respeto con el Juego de las entrevistas”
- 2ª sesión: “Aprendemos los valores con el juego enigma”
- 3ª sesión: “Aprendemos el valor de la Cooperación con el Juego de las piezas”
- 4ª sesión: “Visionado de película”
- 5ª sesión: “Visionado de película”

HABILIDADES SOCIALES.

a) Dirigido a alumnos de 3º y 4º de Primaria.

Objetivo: Que los alumnos desarrollen estrategias y recursos para tomar decisiones que mejoren y mantengan su salud y su calidad de vida.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “¿La Televisión nos come el coco?”
- 2ª sesión: “Defensa ante la burla”
- 3ª sesión: “Autoestima y autoimagen”:

b) Dirigido a alumnos de 5º y 6º de Primaria.

Objetivo: Que los alumnos desarrollen estrategias y recursos para tomar decisiones que mejoren y mantengan su salud y su calidad de vida.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “La Publicidad nos influye”
- 2ª sesión: “Presión de grupo y aprender a decir NO”
- 3ª sesión: “Toma de decisiones”
- 4ª sesión: “Defensa ante la burla”
- 5ª sesión: “Autoestima y auto imagen”
- 6ª sesión: “Habilidades sociales para prevenir la drogadicción” (Padres)

c) Dirigido a alumnos de Educación Secundaria.

Objetivo: Que los alumnos desarrollen estrategias y recursos para tomar decisiones que mejoren y mantengan su salud y su calidad de vida.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “La Publicidad nos influye”
- 2ª sesión: “Presión de grupo y aprender a decir NO”
- 3ª sesión: “Toma de decisiones”
- 4ª sesión: “Defensa ante la burla”
- 5ª sesión: “Autoestima y autoimagen”

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

a) Dirigido a alumnos de Educación Secundaria

Objetivo: Desarrollar estrategias para controlar el peso de forma saludable. Prevenir y detectar de forma precoz trastornos como la anorexia y bulimia.

Esquema de las sesiones:

- 1ª sesión: “Trastornos de la conducta alimentaria: Definición y características”
- 2ª sesión: “Factores que influyen en la aparición de los TCA”

Además, en la localidad de Petrel una de las enfermeras se encuentra contratada a media jornada a cargo de los colegios de Educación Primaria e Infantil que aparte de realizar sus sesiones de educación para la salud cumple una función asistencial. Dicha enfermera se encarga de asistir a los niños en caso lesiones o accidentes en su presencia, y especialmente del sondaje vesical intermitente que necesita una niña de 6 años que padece Espina Bífida. Gracias a la actuación de esta enfermera ha sido posible la escolarización de esta niña integrada en un colegio público ordinario, asis-

tiendo incluso al comedor escolar como una niña más. Asimismo la escolarización de esta niña ha permitido a su familia sentirse mas aliviada por su integración en el ámbito escolar y ha permitido a su madre acceder al mercado laboral.

PROYECTO DE ENFERMERÍA ESCOLAR

El proyecto de Enfermería Escolar va mas allá de actuaciones puntuales en el ámbito escolar, (Programa de Educación para la Salud), pretende crear la figura de la enfermera escolar, que se integraría en los centros educativos. Al igual que ocurre en otros países, la enfermera escolar debería estar integrada en la escuela, de esta manera, se garantizaría la planificación, supervisión, y evaluación de los programas de salud escolar, desarrollados en el centro, al igual que las funciones anteriormente ya nombradas.

En el actual curso escolar, el proyecto se está realizando en los siguientes municipios:

- a) Proyecto Enfermera Escolar en Elche
 - I.E.S. Severo Ochoa
- b) Proyecto Enfermera Escolar en Villena,
 - C.P. Príncipe D. Juan Manuel.
- c) Proyecto Enfermera Escolar en Villajoyosa:
 - C.P. Poble Nou
 - C.P. Hispanitat
 - C.P. La Torreta
 - C.P. Dr. Esquerdo
 - C.P. Mare Nostrum
 - C.P. La Ermita y C.P. Gasoarot
- d) Proyecto Enfermera Escolar en Mutxamel:
 - C.P. Arbre Blanc
 - C.P. El Salvador
 - C.P. Manuel Antón
- e) Proyecto Enfermera Escolar en Polop,
 - C.P San Roque

Nuestro objetivo a corto plazo, es la implantación de la enfermera escolar en los centros de Educación especial de la comunidad valenciana, donde existen 28 centros de educación especial públicos y 16 privados, de los cuales sólo uno cuenta con la dotación de personal de Enfermería, el Centro de educación especial Virgen de la Esperanza de Cheste. Para la consecución de este objetivo, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Comunicados de prensa junto con las AMPAS de los centros de educación especial.
- Campaña de recogida de firmas a favor de la enfermera escolar.
- Reuniones con los órganos de gobierno de la Comunidad Valenciana.

Principalmente, es necesaria la incorporación de la figura de la enfermera escolar en los centros de Educación Especial, ya que las necesidades de atención de salud de los Centros de Educación especial son como bien indica su nombre “Especiales”. Son alumnos con problemas severos de salud y con la necesidad de unos cuidados profesionales continuos, que actualmente no están recibiendo. Se trata de personas con deficiencias físicas y sensoriales, asociadas a su discapacidad psíquica, y en muchas ocasiones con enfermedades crónicas asociadas como diabetes, epilepsia, alergias, etc... lo que da como resultado disfunciones tales como, riesgo de asfixia en la deglución, daños corporales en los ataques epilépticos y conductas autolíticas, agresiones a otros niños, etc... Estas necesidades, junto con la pertinencia de administrar los tratamientos adecuados y el control de sondas tanto para alimentación como para eliminación, justifican de manera suficiente la pertinencia de implantar profesionales de Enfermería en estos centros.

Junto con el apoyo de nuestro colectivo, esperamos que la figura de la enfermera escolar sea una realidad en los centros de educación especial para el curso 2008/2009.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermería en los Colegios de Educación Especial: Elemento Clave. Grupo ENSE (CECOVA)
2. La enfermera escolar, una propuesta para mejorar la situación actual de escolares y adolescentes. Grupo ENSE (CECOVA)
3. Promoción de hábitos de vida saludable en la escuela, Educación Para la Salud. Programa de enfermería escolar Petrer. ADEES y Grupo ENSE (CECOVA).
4. Memoria de Actividades grupo Enfermería y Salud Escolar (ENSE) Alicante año 2006
5. Memoria de Actividades grupo Enfermería y Salud Escolar (ENSE) Alicante año 2007
6. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) [BOE núm. 238, de 4 de noviembre de 1990]
7. Ley 1/1994, de 28 de Marzo, de salud escolar [DOGV núm. 2.241, de 7 de abril de 1994]

**ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON PROBLEMAS ALERGOLÓGICOS
EN EL ALTO Y MEDIO VINALOPÓ**

M^a. Dolores Alcolea Martínez, M^a. Auxiliadora Pacheco Martínez,
Teresa Colomina Colomina
Enfermeras del Hospital General de Elda

PALABRAS CLAVE

Protocolos de actuación, inhaladores, inmunoterapia, comunicación, educación.

INTRODUCCIÓN

En la consulta de enfermería de Alergia del Departamento 18, se han detectado problemas en relación con el seguimiento del tratamiento de nuestros usuarios; estos fallos se podrían concretar en:

- Falta de información en el uso y manejo de inhaladores, a nivel de enfermería y del paciente.
- En la aplicación de los tratamientos de inmunoterapia por la gran diversidad de vacunas existentes, con distintas pautas y dosis, períodos de inicio e intervalos de tiempo de vacunación.

OBJETIVO

Conseguir el máximo grado de comunicación entre atención primaria y especializada, para que la administración de los tratamientos en el paciente con alergia se realice de forma satisfactoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ante esto nos hemos planteado realizar un protocolo de actuación con posters y trípticos para acercar la información a nuestros compañeros de departamento, con el fin de conseguir un mayor grado de satisfacción, tanto a nivel de enfermería como de nuestros pacientes.

RESULTADOS

Dado que es un proyecto pendiente de llevar a cabo, no existen en el momento actual resultados; se verán a largo plazo cuando se pongan en marcha nuestros protocolos de actuación.

CONCLUSIONES

Creemos necesaria la creación de talleres de educación y protocolos que resuelvan los fallos encontrados hasta el momento.

2ª PONENCIA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS DE LA ENFERMEDAD

Antonio Hernández Ortuño.
Enfermero UHD Hospital General de Elda.
Licenciado en Antropología

INTRODUCCIÓN

En el transcurrir de la historia, el hombre ha enfermado siempre de la manera que ha vivido y de esta misma manera se ha ido acercando a la enfermedad con el pretexto de su propia experiencia, su religión o su cultura; por tanto podríamos hablar que la historia de la enfermedad está en relación directa con nuestra propia historia.

Sendrail (1983), en su libro “Historia Cultural de la enfermedad” ya vaticinaba lo estrechamente relacionada que estaba la enfermedad con la cultura, y de él es esta cita “el hombre es un ser destinado a enfermar en su cuerpo, en su tiempo y en su historia”, porque son en definitiva las exigencias actuales de nuestro cuerpo, de nuestro tiempo y de nuestra historia las que determinan las enfermedades del presente. Las enfermedades infecciosas, por ejemplo, representan retos a la supervivencia y por lo tanto actúan como un agente de selección de la especie y de adaptación biológica y cultural (Barfield, 1997:122-3). Para entender las enfermedades, este enfoque ecológico-cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud que éste tiene, están principalmente creados por la cultura. La cultura, según Barfield, determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos mecanismos. Desde el punto de vista microscópico, la cultura moldea el comportamiento de las personas (alimentación, exposición a aguas contaminadas, prácticas sexuales, etc.) que predisponen a la gente a determinadas enfermedades. Desde una perspectiva macroscópica, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud, sea exacerbando enfermedades o protegiendo las personas de las mismas.

El paso a una sociedad más evolucionada socialmente, cuyo principal motor de cambio ha sido el desarrollo industrial, ha permitido el crecimiento de ciudades y de centros hospitalarios que ha facilitado el estudio de la persona enferma y la investigación clínica. Nuestro concepto actual de la enfermedad y su abordaje están determinados por los espectaculares descubrimientos de la biología molecular, genética..., pero también otras disciplinas como la filosofía, la ética, la sociología, la antropología..., van a iluminar el sentido y el límite de lo humano.

¿Qué entendemos hoy en día por enfermedad? La enfermedad ha sido definida desde hace años como una alteración del estado de salud, es decir, pérdida transitoria o permanente del bienestar físico, psíquico o social; y a la cual, se la puede considerar desde dos concepciones: subjetiva, que es el malestar (sensación asumida o no de no estar sanos, sentirse mal con diferente intensidad) y otra objetiva, que es la que afecta a la capacidad de funcionar (pérdida consciente o inconsciente de la integridad corporal, limitación del funcionamiento corporal en diferentes grados). Pero lo que sí que está claro, es que entre lo objetivo (la enfermedad) y lo subjetivo (el enfermar) hay algo particular en cada enfermo que lo personaliza y, al mismo tiempo, lo contempla como un modelo común y variable.

Según Pellegrino: “La experiencia del enfermar se puede caracterizar en primer lugar como una experiencia de crisis, de ruptura, de transformación. Crisis, en el sentido más genuino del término no significa solamente deterioro o decadencia, sino alteración, transformación y cambio. Cuando uno enferma sufre una metamorfosis radical de todo su ser, no sólo de lo que atañe al cuerpo, sino de todo el conjunto estructural, psicológico, social e inclusive espiritual. Se trata en resumen, de una crisis que afecta directamente al ser de la persona y por ello la denomina crisis ontológica”.

En el siglo pasado, la enfermedad empezó por tener un gran interés por todo lo científico, que sobrepasaba con creces al contenido de lo propiamente humano, por lo que sufría (y sufre) una situación de crisis técnica, de insensibilidad y deshumanización. El estar enfermo se vive como incapacidad o invalidez y también como malestar, dolorimiento, soledad y apatía, desgana de la vida. La enfermedad se instala como anomalía constatada que degrada y distingue; se siente como amenaza y lo es tanto en la inmediata gravedad de una angina de pecho como en la quiebra de la vida y sus proyectos (Rubio Rubio, J.M.). En nuestro iniciado siglo XXI, no podemos hablar de la medicina sin vincularlo a la técnica; si recordamos la labor de nuestros ancestros enfermeros/as, que tenían su herramienta de trabajo en la confianza, comprensión, humanismo, ..., que se extendía a la persona atendida, observamos que ha sido sustituida en gran parte por criterios puramente tecnológicos. Este es un punto que a mi entender, habría que modificar, ya que las sociedades se vuelven cada vez más complejas, se mueven en un mundo multicultural, al cual hay que dar respuesta.

"Para comportarse bien con los sanos, el enfermo necesita ser un santo; para comprender al enfermo, un sano necesita ser un genio"

Du Bos

Por tanto además de reconocida y de experimentada, la enfermedad es interpretada y esta interpretación debe de ir más allá de las ciencias biológicas. Las artes, la filosofía, la teología han interpretado continuamente el sentido de la salud, de la enfermedad y la muerte. La enfermedad siempre tiene un sentido, para el enfermo que la sufre y para el que acude a ayudarlo. De ahí la constatación de la relación asistencial como un encuentro en el que hallan su respuesta tanto la vocación del de la enfermera/o como la necesidad de su paciente.

Debemos de satisfacer las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas sus necesidades a lo largo de su vida, y considerar a la persona como un ser holístico y complejo. Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales, para posicionar a la enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada. Enfermería debe de estar ante todo con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

1. ENFERMAR EN UN MUNDO MULTICULTURAL

Los enfermeros/as que estamos viviendo este siglo XXI, nos vemos inmersos en un enorme cambio demográfico, social y cultural, a la cual no podemos estar ajenos a esos factores de cambio. Nosotros, los que hemos formalizado el arte del cuidar, debemos ser conscientes de esta realidad demográfica, de tal modo que tenemos que ser capaces de ocuparnos de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería de la población que va ir cambiando, y a la cual debemos ir adaptándonos.

Nos encontramos los enfermeros/as con una disyuntiva a la hora de tratar estos temas. Si bien sabemos como se realiza la aplicación de nuestro actuar profesional, la aplicación de ese proceso enfermero definido por R. Alfaro como “método organizado y sistemático para brindar Cuidados de Enfermería eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos”; por otro lado, también somos conocedores de esas cinco etapas a aplicar: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, pero se nos plantea cómo conjugar nuestra metodología con situaciones relativamente recientes y a las cuales no estamos totalmente preparados. Tendríamos que plantearnos diferentes cuestiones, por ejemplo, si es necesario diseñar nuevos Planes de Cuidados que se adapten a esa diversidad, si se puede cuidar respetando las tradiciones culturales, religiosas,... de estos pacientes, etc.

En la Enfermería se ha estado tratando en estas últimas décadas el concepto de ser humano integral, el que considera que la condición humana es a la vez física, biológica, psíquica, cultural, social, espiritual e histórica. Sin embargo, la práctica profesional no es tan integral como lo dice el discurso, donde la mayoría de los pacientes son atendidos poniendo énfasis en aspectos biológicos, o cuando mucho biopsicológicos, y realizando muy pocos esfuerzos para ampliarse hacia una dimensión integral (Ximena Ibarra Mendoza, José Siles González, 2006). Un ejemplo de esto podría ser el factor social, que principalmente aparece cuando se insertan algunos elementos del ambiente y de la familia.

A la hora de plantear este tema Siles comenta que “uno de los problemas que acechan de forma especialmente preocupante en este contexto inmigratorio es el racismo de forma que se deben activar las conciencias para no acabar practicando una enfermería parcelada por razas (blancos occidentales, blancos del este, negros, musulmanes, gitanos, etc.)” (Siles et al., 1999).

Para entender este problema tenemos que empezar a hablar de lo que son los cuidados culturales: podríamos decir que es un modo óptimo de cuidar, hace referencia a la variabilidad en el enfoque de enfermería que se necesita para proporcionar cuidados culturalmente apropiados que incorporen los valores culturales, creencias y prácticas que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o la discapacidad. El cuidado es universal, pero las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes (Fernandez , 2006)

Desde nuestra mirada enfermera e inmersos en una realidad multicultural necesitamos descubrir dimensiones relevantes, que nos hagan reflexionar sobre el cuida-

do de enfermería a aplicar en diversas culturas, y su relación con la salud, el cuidado humano y la enfermedad.

Según Moreno, el discurso mediático proyecta una imagen negativa de la inmigración (Moreno, 2006), asociándola con diferentes problemas sociales y elaborando la figura de un ser pobre y asistido a quien cubrir con el manto de la compasión. Esta doble mirada, sospechosa y paternalista ha calado hondo en los profesionales de la salud. Desde esas miradas se clasifica y etiqueta al inmigrante de forma bastante subjetiva, hablando de ellos como "colectivos" y agrupándoles por nacionalidades (rumanos, ecuatorianos, marroquíes, etc.) o por regiones más amplias (sudamericanos, magrebíes, subsaharianos, asiáticos, del Este, etc.), sin tener en cuenta diferencias como la procedencia de ámbitos rurales o urbanos, o el grado de secularización. El problema es que en ese *totum revolutum*, se confunden no sólo los matices de la diversidad cultural interna a los diferentes grupos de origen, sino también las diferenciaciones de género y edad, y lo que aún es más importante, las diferenciaciones introducidas por el propio proceso migratorio. Por eso la denominación de "colectivo" en relación a los inmigrados aparece como una arbitrariedad conceptual. Moreno, destaca algunas de estas etiquetas: 1) El inmigrante "promiscuo". Se basa en la idea de que entre los inmigrados se dan formas de vida consideradas como prácticas de riesgo para la salud. Dichas prácticas vienen motivadas, según los profesionales, por razones culturales -"ellos son así"-, por las condiciones de vida aquí y por la separación de la pareja. 2) El inmigrante "contaminador". A pesar de que numerosos expertos lo desmienten, tanto en la bibliografía especializada, como en los documentos de divulgación, así como en los programas de jornadas y congresos, la idea de que los inmigrados importan enfermedades de sus países de origen aparece como una gran preocupación. 3) El inmigrante "privilegiado". Se basa en la idea de que aprovechan su condición para obtener ventajas a las que no pueden acceder los autóctonos. 4) El inmigrante "pobre". Consiste en una asociación abusiva e indiscriminada del inmigrado con la precariedad y la pobreza (Moreno, 2006).

La presencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en nuestra comunidad autónoma y en toda España, lo que provoca un debate sobre las diversas valoraciones que se hace del término multiculturalismo cuando se asocia a diferentes modelos de sociedad. El multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad observable: la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes.

Hay una palabra clave en todo este asunto, es la integración de culturas, superando esas tendencias contrarias a la asimilación y a la segregación de las comunidades culturales. El multiculturalismo constituye para el enfermero/a una gran oportunidad para constatar la universalidad de los cuidados y su diversidad de manifestaciones culturales. Es en este hecho en lo que se fundamenta el modelo de Enfermería Transcultural formulado por Madeleine Leiniger durante los años sesenta en EEUU: la práctica de los cuidados entre los seres humanos es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra. Leiniger adopta el cuidar como tema central en la atención, conocimiento y prácti-

ca de la enfermería. Entre los conceptos principales que maneja están: cuidados, cuidar, cultura, valores culturales y variaciones culturales. Para ella, el cuidar incluye actos de asistencia, apoyo o facilitación hacia un individuo o un grupo con necesidades evidentes o anticipadas. Su metodología está tomada de la antropología y se le atribuye el mérito de la fundación de la enfermería transcultural, y la consiguiente investigación, formación, y práctica en este campo de la enfermería, utilizando la investigación étnica aplicada a la etnoenfermería.

Según Leno, en cuanto a los modos de actuación enfermera, Leininger identifica tres modos de intervenciones y decisiones enfermeras (Leno, D., 2008):

1. La preservación de los cuidados culturales hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan al cliente, en una cultura específica, a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.
2. La acomodación de los cuidados culturales se refiere a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes, en una determinada cultura, a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
3. La remodelación de los cuidados culturales hace referencia a aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

En el caso de inmigrantes en España se ha podido constatar que su concepto de salud es el resultado de una reinterpretación cultural: por un lado se va a integrar en una nueva cultura, en la que todavía prevalecen unos valores de su propia cultura (alimentación, mitología, religión, remedios tradicionales, etc) a la que se incorpora el concepto biomédico de la cultura que lo acoge, la cual le proporcionará recursos sanitarios a los que no había podido tener acceso.

Encontramos una serie de problemas que tiene el inmigrante, como son las condiciones de habitabilidad y trabajo en las que se desenvuelven y el stress que sufren, al cual se suma el problema del idioma. Estos problemas en la comunicación se agravan en el entorno hospitalario, que provoca soledad y aislamiento, al no tener a su alrededor, a su núcleo familiar en la mayoría de los casos. Esto provoca quejas, que transmiten en forma de falta de escucha activa por parte de los profesionales.

Es fundamental que el personal de enfermería se sensibilicen a las particularidades que presenta cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud determinan las expectativas de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería. Por otra parte las intervenciones de enfermería que incorporan prácticas específicas culturalmente adaptadas producen mayores satisfacciones en los clientes.

Según Checa, la integración es, pues, un proceso global que no sólo obedece a una decisión particular del inmigrado, a un camino que éste ha de recorrer en solitario, más bien todo lo contrario: la sociedad de instalación debe garantizar sus derechos como ciudadano en igualdad, pero al mismo tiempo debe orientar sus valores y normas de convivencia hacia el entendimiento mutuo (Checa, F ; 2003) . Nunca será

posible una integración social si ésta no se comprende como una relación y negociación diaria entre dos partes: la sociedad de instalación y los colectivos de inmigrados. “El resultado siempre será complejo, incluso inesperado, ya que se trata de construir una sociedad diferente donde quepamos todos, pero, sin duda, se abre un espacio mucho más rico y lleno de matices”.

Leininger afirma que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería (Leno González, 2008). Sin olvidar que el hecho de pertenecer a un grupo cultural diferente al del paciente permite considerar nuestros valores específicos, comportamientos y actitudes durante todo el proceso de enfermería. El cuidado del paciente implica el conocimiento de los fenómenos culturales anteriormente citados y la utilización del proceso de atención de enfermería. La teoría de los cuidados culturales de Leininger trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindando el cuidado. Se centra en el estudio y el análisis de las diferentes culturas del mundo desde el punto de vista de sus valores existenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta.

Entre las estrategias que se proponen para abordar los problemas de salud a los que se enfrenta una sociedad multicultural se pone énfasis en la necesaria participación de las enfermeras/os junto con otros profesionales del ámbito socio-sanitario en el diseño e implementación de programas gubernamentales de atención a la población inmigrante. Una visión transcultural enfermera posibilitará su integración en los servicios generales del sistema de salud, evitando así el riesgo de crear guetos asistenciales y segregar a estas poblaciones.

Hemos visto un amplio desarrollo en la realización de materiales educativos e informativos adaptados al lenguaje y singularidad cultural de las poblaciones inmigrantes. Dichos materiales son motivo de evaluación y mejora constante y deberían ser más apoyados por las administraciones públicas.

Otros recursos metodológicos ampliamente utilizados por las enfermeras y que son especialmente indicados para la valoración de las necesidades de salud de la población inmigrante son algunas técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, talleres, investigación participativa, comunicación no verbal, etc), así como el trabajo comunitario, en el seno de las familias, que incluye la potenciación de la figura del mediador cultural como elemento de enlace entre el sistema de salud y los grupos culturalmente diferentes, a quien a la luz de las experiencias descritas es necesario reconocer su papel facilitador de la comunicación, la interrelación y la proximidad humana y cultural. Como así quedó patente en las conclusiones que se dieron en las VIII JORNADAS CIENTÍFICAS DE LA FUNDACIÓN INDEX . I Conferencia de Enfermeras y Enfermeros Antropólogos que se realizaron en Zaragoza (España), Junio 2003.

Tiene sentido preguntarnos si ¿deben tener necesariamente un sentido la enfermedad y el sufrimiento? El sentido es expectativa. La posibilidad de la pérdida abso-

luta provoca confusión y sentimientos negativos. Cuando se quiebran las expectativas necesitamos darle un sentido nuevo a nuestra vida; hay que buscar otras expectativas nuevas que armonicen pasado, presente y futuro. Porque la vida sigue hasta completar su ciclo. (Rubio Rubio, J.M)

Para Heidegger, es posible visualizar en lo mínimo dos maneras de cuidar, y naturalmente ambas presentan variaciones. La primera manera es entendida por nosotros como cuidar de, frecuentemente desarrollada cuando el enfermero tiene como referencial el modelo biomédico, y que significa hacer por la persona aquello para lo que ella está capacitada hacer, lo que puede involucrar manipulación aunque de forma sutil (Fernandes de Freitas et col., 2007). Esa actitud denota un cuidar de como un no ser enfermero junto a la persona que se encuentra enferma. En la otra manera vemos cómo cuidar con, significa posibilitar a la persona asumir sus propios caminos, crecer, madurar, encontrarse consigo mismo.

1.1. Competencia Cultural.

En primer lugar hay que decir que la competencia cultural es una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Se puede definir como la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes (cross-cultural communication) y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros. De tal definición, se podría decir que para propiciar Cuidados de Enfermería de calidad, el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello (Ximena Ibarra Mendoza, José Siles González, 2006).

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Las características de las intervenciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

1.2. Apuesta de futuro

El futuro inmediato, pide la apertura a la interculturalidad. Los modos de actuación de enfermería deben basarse en tres puntos importantes (Fernández, 2006): La preservación, acomodación y la remodelación de los cuidados culturales.

El proceso de enfermería a aplicar, tiene que servir para controlar la calidad de los cuidados prestados. Hoy nuestra manera de vivir intensamente la enfermería, se encuentra en la búsqueda de la comprensión del fenómeno, que nos muestra el sentido del cuidar en el mundo vivido del enfermero/a y la necesidad de que este profesional profundice sus conocimientos en las ciencias humanas.

¿Podrá estar la enfermería a la altura de estos nuevos desafíos? Para conseguir este nuevo reto, se debe orientar nuestra disciplina hacia los valores del cuidado, situando al paciente como la razón de ser de la práctica profesional, como la referencia, el punto de partida y de llegada de los cuidados (Collière, 1993). Se hace preciso desmarcarse de la arrogancia del modelo biologicista que está en la base de la actual deshumanización asistencial y fundar la práctica cuidadora en un modelo holístico que tenga en cuenta a la persona como un ser total con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales. “Hay hoy una creciente demanda social de cuidados; muchas hospitalizaciones tienen lugar, como apunta Medina (1999), no por razones terapéuticas, sino por necesidad de cuidados. Ser capaces de liderar esa

empresa requiere de la Enfermería el abandono de las posiciones corporativas, victimistas y endogámicas que la atraviesan, orientándose hacia planteamientos más acordes con las actuales demandas sociales, sin tutelas, pero sin complejos, desde la complementariedad y la concertación “ (Moreno, 2006).

El futuro del cuidado de la salud depende mucho del rol que jueguen las enfermeras (Ximena Ibarra Mendoza, José Siles González, 2006). La enfermería ha obtenido grandes logros en los últimos 20 años, sin embargo, los problemas tradicionales y los emergentes de la era de la globalización, configuran un complejo panorama el que podría mejorarse trabajando los siguientes para hacer de la enfermería una profesión que ofrezca cuidados culturalmente competentes:

- La revisión de modelos educativos y reorientación de los planes de estudio hacia modelos sociales complejos.
- Orientación de la educación de enfermería hacia las necesidades de salud de la población y los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud.
- Promoción del pensamiento “crítico”.
- Análisis permanente del impacto de la globalización.

Leininger elaboró varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en enfermería transcultural, estas formulaciones están basadas en investigaciones, indagaciones, estudios de trabajos antropológicos y de enfermería que parten de investigaciones cualitativas. La más importante de ellas es la que plantea que la salud o el bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológicas u ontológicas de los cuidados culturales. Entre sus numerosas predicciones, las más importantes (Leno, 2008):

- A. Las diferencias apreciables en los valores y modelos de cuidados culturales entre diversas culturas se traducen en diferencias notables en las expectativas y la práctica de enfermería.
- B. Cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.
- C. Cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, más importante será los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción de los pacientes.
- D. Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.
- E. En el estudio y la aplicación de los cuidados, convicciones, creencias, valores y prácticas culturales se detectan signos de salud y bienestar en los pacientes.

En unos momentos en que los sistemas de salud están experimentando procesos de transformación importantes, las enfermeras deben de mantener una actitud activa

y participativa para que las propuestas de cambio sean sensibles a la diversidad cultural y responder a los retos de salud de una sociedad cada vez más compleja, para lo cual se debe de promover la formación intercultural a los profesionales de la salud.

Entre todos debemos de aprovechar la oportunidad que la atención a las personas culturalmente diferentes nos ofrece para visibilizar las incongruencias de nuestro sistema de salud y lograr así unas instituciones más justas y más saludables para todos.

BIBLIOGRAFÍA

- BARFIELD, T. (1997), *The Dictionary of Anthropology*, Blackwell, Oxford.
- CHECA, F. La inmigración como proceso global de integración. *Index de Enfermería* [Index Enferm] (edición digital) 2003; 42. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_7-8.php> Consultado el 16 de Abril de 2008.
- COLLIERE, MF (1993). *Promover la vida*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana
- ESCUREDO-RODRÍGUEZ BIBIANA. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm.* [periódico en Internet]. 2006 Jun [citado 2008 Abr 17]; 15(52-53): 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100010&Ing=es&nrm=iso.
- FERNANDES DE FREITAS GENIVAL, BARBOSA MERIGHI MIRIAM APARECIDA, PRADO FERNANDES MARIA DE FÁTIMA. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm.* [periódico en la Internet]. 2007 Nov [citado 2008 Abr 17]; 16(58): 55-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&Ing=es&nrm=iso. 7 y
- FERNÁNDEZ MOLINA, M.A. *Antropología de los Cuidados*. "Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural" Tesis Doctoral. Alicante, 2006.
- HOFMANN, B. "The technological invention of disease" *J Med Ethics: Medical Humanities*; 27 10-19., 2001.
- IBARRA MENDOZA TERESA XIMENA, GONZÁLEZ JOSÉ SILES. Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm.* [periódico en Internet]. 2006 Mar [citado 2008 Abr 17]; 15(55): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&Ing=es&nrm=iso.
- LAÍN ENTRALGO, P.: "Antropología Médica" Salvat, Barcelona, 1984, p 220
- LEININGER, M., 1994 "Teoría de los cuidados culturales", en Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid, Mosby/Doyma Libros.
- LENO GONZÁLEZ, DANIEL. Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. *Gazeta antropología* nº 24, 2008 texto 24-05.. Universidad de Extremadura.
- LENO GONZÁLEZ, D. Valoración de condicionantes sociales para una planificación y aplicación de cuidados de enfermería basadas en la cultura. Universidad de Extremadura. *Gazeta de Antropología*, Nº 24, 2008; Texto 24-05 .
- MORENO PRECIADO, MANUEL. Del Cuidado de la Diversidad a la Diversidad del Cuidado. *Index Enferm.* [periódico en Internet]. 2006 Mar [citado 2008 Abr 17]; 15(55): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300001&Ing=es&nrm=iso.
- RUBIO RUBIO, J.M. Realidad y diversidad del enfermar humano. Lo que ve y no ve el ojo clínico. www.sanitarios cristianos.com/img/humanizacion/enfermarhumano. (Consultado el 5 de Abril de 2008)
- SENDRAIL, M: "Historia Cultural de la Enfermedad", Espasa Calpe, Madrid 1983
- SÍLES GONZÁLEZ, J., GARCÍA HERNÁNDEZ, E., CIBANAL JUAN, L. y GALAO MALO, R.(1999). La enfermería antropológica y transcultural en el marco de la educación para el desarrollo. Una perspectiva histórica y epistemológica del Siglo XXI, Alicante, *Cultura de los Cuidados* 2º Semestre 1999, Año III – Nº 6. Universidad de Alicante.
- TORRALBA, F: *Filosofía de la Medicina* (Ib) pág. 54
- IYER, E.S.(1989): www.terra.es/personal/duenas/pae.htm. Consultado 5 de Abril de 2008.

COMUNICACIONES A LA 2ª PONENCIA

**PROGRAMA EDUCATIVO DE SUPERVIVENCIA
EN EL DEBUT DE LA DIABETES TIPO 1**

Ana María Monteagudo, Manuel Cazorla Pina.
Enfermeros, Educadores de Diabetes. Hospital General de Elda

INTRODUCCIÓN

La Diabetes tipo 1 Es un enfermedad crónica, que extiende durante toda la vida y exige continuidad del enfermo que por las características de su tratamiento el paciente ha de aprender a gestionar su propia enfermedad.

Consiste en: cuadro metabólico caracterizado por Hiperglucemia mantenida debido a un déficit absoluto de insulina, producido por la destrucción de células Beta de los islotes pancreáticos que son los productores de la insulina, esta forma de diabetes supone entre un 5% y un 10% de todas las diabetes. Ésta se diferencia de la diabetes tipo 2 donde si existe insulina pero es por un defecto secreción de insulina de calidad de la insulina (menor cantidad y peor) y de resistencia a la acción de la insulina (por parte de las células del organismo).

La Educación Diabetológica es un proceso dirigido a la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades que, modificando actitudes y hábitos mejoren la calidad de vida

JUSTIFICACIÓN

La educación de supervivencia en el debut es la transmisión de conocimientos básicos que debe tener el diabético en el momento del diagnóstico, para evitar una complicación aguda hipoglucemia, hiperglucemia. El proceso educativo puede durar desde unos meses hasta un año.

¿Por qué la educación del paciente?

La educación diabetológica es la medida terapéutica con mayor impacto en la reducción de sus complicaciones agudas ó crónicas, comas diabéticos, amputaciones y aumento de los días de hospitalización, y como objetivo principal la mejora de la calidad de vida de la persona diabética.

Necesita ser adaptada y personalizada para que sea apropiada a la edad del individuo estadio de diabetes, estilo de vida y necesidades individuales

¿Por qué hay que continuar con la educación del paciente?

Conforme pasa el tiempo, el tratamiento puede sufrir alteraciones o aparecer nuevas técnicas, tanto médicas como educativas muchos pacientes consideran que están bien controlados; y es muy posible que sus objetivos se diferencien mucho de los del facultativo y enfermero.

La necesidad de programas de educación diabetológica para personas con diabetes y su familia, “es un pilar esencial en el tratamiento de la diabetes”.

OBJETIVOS GENERALES

- Lograr calidad de vida para la persona con diabetes lo más similar a un No diabético.

- Lograr un buen control metabólico para prevenir las complicaciones agudas y crónicas en el diabético tipo 1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La persona con diabetes tipo 1 y su familiar “deben ser capaces” de saber.

- 1.- Conceptos básicos: sobre la enfermedad y su tratamiento.
- 2.- Insulina: administración, el efecto, conservación.
- 3.- Descompensaciones agudas: hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis.
- 4.- Alimentación: grupos de alimentos, principalmente Hidratos de Carbono
¿Dónde están?
- 5.- Autoanálisis: manejo de medidores de glucosa y interpretación de resultados.
- 6.- Ejercicio: efectos beneficiosos y buenas consecuencias de realizarlo adecuadamente.
- 7.- Complicaciones crónicas: microvasculares (retinopatía, nefropatía neuropatía), macrovasculares (arteriopatía, cardiopatía)
- 8.- Hábitos de vida cotidiana:
 - viajes otros países(proveerse de insulina).
 - sexualidad, embarazo y anticoncepción.
 - enfermedad, vómitos.
 - fiestas y alcohol.
 - cuidado de los pies y calzado.
- 9.- Recomendaciones especiales para la infancia y adolescencia:
 - según su etapa evolutiva Física y Psíquica.
 - estilo de vida (variable según la edad).
 - necesidad de tutela en las primeras etapas.

RECURSOS MATERIALES

- Consulta con mesa de despacho, soporte informático, archivador, material gráfico.
- Mesa con sillas alrededor para educación en grupo con capacidad para 6-8 personas.
- Vídeo, pizarra tipo vileda.
- Alimentos representativos de plástico, reflectómetros, dispositivos de administración de insulinas, nevera.

RECURSOS HUMANOS

Enfermera educadora de la consulta de Endocrino y en el debut de Diabetes Infantil se comparte la educación con el enfermero educador de la consulta de Pediatría donde realiza otras funciones no específicas al no estar dedicado principalmente a la consulta pediatría.

MÉTODO

Haciendo una valoración inicial:

- situación familiar,
- conocimientos, habilidades y actitudes,
- hábitos de vida,
- conocimientos sobre la enfermedad,
- estado emocional y capacidad de aprendizaje.

Primero una educación individual, con una comunicación interactiva y sesiones prácticas.

Posteriormente educación en grupo.

Finalmente evaluación de conocimientos adquiridos (feedback).

- Habitualmente los debut quedan ingresados en el planta del hospital un mínimo de tres a siete días.

¿Cómo se realiza esa educación?

Cronológicamente:

Primer día: Toma de contacto y valoración inicial, establecer comunicación disminuir el nivel de ansiedad de la persona y familia, descripción básica de la enfermedad que le han diagnosticado. Esto suele ocurrir en su habitación y la persona se encuentra con vía venosa y fluido terapia, se le muestra el que va a ser su medidor de glucosa y pinchador. Duración 30 minutos.

Segundo día: En la consulta o su habitación se le inicia en el funcionamiento del medidor de glucosa la persona y familia para iniciar ya el autoanálisis libreta de controles, nociones básicas de alimentación (los hidratos de carbono).

Duración 60 minutos.

Tercer día: Si es posible y ya en la consulta del educador, su dieta de raciones equivalentes, folletos, posters de grupos de alimentos, alimentos representativos de plástico, foto de menú y sus volúmenes, primeras nociones sobre insulina.

Duración 60 minutos.

Cuarto día: Se le enseñan distintos tipos de insulina y su acción, tipos de plumas, manejo de las unidades de insulina y su pauta médica, autoinyección, la dieta que le corresponde y la forma de intercambio de los distintos tipos de alimentos.

Duración 60 minutos.

Quinto día: Complicaciones agudas hipoglucemias, hiperglucemias, cetosis y su actuación correspondiente para solventarlas adecuadamente, situaciones especiales.

Duración 60 minutos

Sexto y séptimo día: Repaso de todos los temas anteriores, dudas, miedos, alta y pautar visitas posteriores, teléfono de contacto, asociaciones de diabéticos.

Duración 60 minutos.

Primera visita tras el alta: La siguiente cita a los siete ó quince días adaptándonos al aprendizaje y a las necesidades de la persona y sus circunstancias familiares. Revisión técnicas, autoanálisis, inyección, refuerzo de la dieta y ejercicio, dudas surgidas, y situaciones especiales,

- Viajes, sexualidad, embarazo, anticoncepción, enfermedad, vómitos, fiestas, alcohol.

Duración 60 minutos.

Segunda visita tras el alta: A los treinta días del diagnóstico, revisión de las zonas de inyección y según el estado emocional se le inicia el conocimientos de los problemas crónicos, medidas higiénicas de cuidado de los pies y calzado, boca.

Duración 60 minutos.

Tercera visita y sucesivas tras el alta: Cada mes o dos meses según el ritmo de aprendizaje, evaluando las habilidades y conductas, el control metabólico. Algunas de estas visitas son conjuntas con el endocrino o pediatra.

Duración 30 minutos

Al año del diagnóstico: Evaluación de conocimientos con el test DKQ2 validado.

CONCLUSIONES

La educación terapéutica en de las personas con diabetes y sus familiares es una tarea interdisciplinar en la que colaboran los diferentes miembros del equipo de diabetes y de forma relevante los profesionales de enfermería.

Los programas educativos se deben planificar en función del perfil de población atendida, de los recursos humanos y materiales y deben ser “evaluados periódicamente” y adaptarse a los cambios del tratamiento de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- Diabetes Educación Study Grup (DESG) : Teaching Letters nº4 Educación del paciente. Grupo de estudio para la educación de la diabetes de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) en colaboración del grupo de investigación Servier S.A. 1995.
- Estándares Internacionales para la Educación de la Autogestión de la Diabetes. American Diabetes Association 2002 ; 25: S 140-7 . Diabetes Care.
- Manual de Educación Sanitaria para equipos de Atención Primaria ISBN 84-88014-07-04 patrocinado por Novo Nordisk
- Avances en Diabetología .Educación diabetológica para el niño con diabetes y su familia: aspectos prácticos .2007 23(4) 263-269
- Diabetes tipo1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Dr. Rannar Hanas .ISBN 84-688-62-762 .2000

**PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A
ACCESO VENOSO CENTRAL MEDIANTE USO DE
APÓSITO TRANSPARENTE ESTÉRIL**

Cremades Bernabeu, Jose Antonio(*), Cremades Bernabéu, Alejandro(**), Sánchez
Flores, Luciano(*), Luz Román, Mireya(*), Díaz Molina, Verónica(*),
Martín Meral, M^a Dolores(*)).

() Servicio de Reanimación del Hospital General de Elda*

*(**) Unidad de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Elda*

INTRODUCCIÓN

La infección asociada a la utilización de catéteres centrales constituye un problema de primer orden en las unidades de cuidados críticos y más frecuentemente la contaminación asociada al punto de inserción, donde se encuentran la mayoría de microorganismos causantes de este tipo de infección nosocomial. Según los últimos datos del grupo EPINE, (1990-2006), en los últimos quince años las bacteriemias, junto con las infecciones respiratorias, han sufrido un incremento porcentual importante con respecto a otros tipos de infecciones nosocomiales que por el contrario han descendido, como son las infecciones urinarias o las quirúrgicas. La sepsis por catéter (SPC) representa la máxima expresión de esta patología que se asocia con un notable incremento de la morbilidad, la mortalidad, el tiempo de hospitalización y del gasto hospitalario.

Se ha estimado que la disminución de un 33% en la prevalencia de la SPC en Alemania evitaría 1.500 muertes/año y la ocupación de 40.000-60.000 camas/año de UCI independientemente del considerable ahorro económico asociado.

Por este motivo, nos planteamos estudiar la posible utilización de un apósito transparente adherente estéril que pueda hacer función de barrera para prevenir este tipo de contaminación.

La colonización del catéter se puede producir por cuatro vías diferentes:

- 1) Desde el punto de inserción: es la fuente de infección más frecuente en catéteres colocados en un período inferior a 10 días.
- 2) Contaminación de la luz del catéter desde la conexión con el sistema de administración de fluidos debido a manipulación por parte del personal sanitario.
- 3) La contaminación del líquido perfundido, (mayor probabilidad con la utilización de nutrición parenteral o quimioterapia).
- 4) Vía hematógena a partir de un foco séptico a distancia, predominantemente a causa de gérmenes procedentes de la piel o de la contaminación de las manos del personal sanitario.

Definiciones:

Bacteriemia es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, demostrada por hemocultivo.

Infección del punto de entrada (IPE):

- Clínicamente documentada: Signos locales de infección en el punto de entrada del catéter: enrojecimiento, induración, calor y salida de material purulento.
- Microbiológicamente documentada: signos locales de infección en el punto de entrada del catéter mas un cultivo (semicuantitativo) de la punta del catéter, pero sin bacteriemia concomitante.

- Colonización del catéter (CC): Cultivo semicuantitativo (técnica de Maki) de la punta del catéter ≥ 15 UFC y sin signos de infección del punto de inserción ni signos clínicos de sepsis.

Bacteriemia relacionada con catéter (tras extracción) (BRC): Aislamiento del mismo microorganismo (especie e idéntico antibiograma en hemocultivo) de vía periférica y en cultivo semicuantitativo de punta de catéter.

Caso a estudio:

Paciente con el que se utiliza apósito transparente adherente estéril como método de barrera en la punción para la canalización del acceso venoso central.

Control:

Paciente con el que se utiliza método tradicional de punción (sin apósito transparente adherente estéril).

OBJETIVO

Comprobar que el uso de un apósito transparente adherente estéril como método de barrera en la punción para la canalización de accesos venosos centrales disminuye la incidencia de infección nosocomial (IPE, CC y BRC) asociada a catéter.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del estudio se realizó un ensayo clínico randomizado longitudinal prospectivo, con selección ciega de la toma de cultivos y frotis. La muestra estará constituida por todos los pacientes a los que se les implanta un catéter central en los servicios de reanimación y quirófano del Hospital General de Elda en el periodo comprendido entre el 25 de junio y el 15 de octubre de 2007. La selección de casos (pacientes con los que se utilizó el film transparente) se realizó mediante una tabla de números aleatorios generada por ordenador. El número de sujetos incluidos en el estudio ha sido de 60 pacientes (25 casos, 22 controles y 13 excluidos). La única diferencia en la técnica de punción aplicada a los sujetos incluidos en el grupo control fue la no utilización de apósito transparente estéril. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes a los que se les retiró el catéter antes de 24 horas, a los ingresados por sepsis, así como a los éxitus antes de la extracción del catéter o aquellos en los que se produjo la extracción accidental o voluntaria (por parte del paciente) del mismo.

Se recogieron y analizaron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la vía venosa y curas.

Las muestras que se recogieron a los pacientes fueron las siguientes:

Dos hemocultivos simultáneos de vía central y de vía periférica por venopunción.

Un cultivo de los dos centímetros del catéter inmediatamente por debajo de la piel.

Un cultivo semicuantitativo de la punta de catéter.

La técnica semicuantitativa es el método de mayor rentabilidad coste-beneficio y consiste en el cultivo de los microorganismos que se desprenden de la superficie externa del catéter al rodarlo varias veces por encima de una placa de agar. El aislamiento de 15 o más unidades formadoras de colonias (UFC) presenta la máxima correlación con las manifestaciones clínicas de la infección por catéter y tiene un valor predictivo positivo y negativo del 85%.

Se ha utilizado el paquete estadístico epi-info v. 6.04b para el análisis de los datos, utilizando el test χ^2 para el análisis de correlación de variables independientes dicotómicas (test exacto de Fisher cuando fue necesario), y test ANOVA y Kruskal-Wallis (en función del test de Barlett para homogeneidad de varianzas) para variables cuantitativas, considerando todos ellos asociación estadísticamente significativa para $p < 0.05$.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 61.7% de los sujetos a estudio fueron hombres, y la edad media fue de 62.43 años (D.E. 13.84). Únicamente 2 pacientes mostraron signos de infección en el punto de inserción (4.3%), no presentando sepsis ninguno. El tiempo medio que estuvo la vía central colocada fue de 8.02 días (D.E. 4.10) y la media de tiempo entre curas de 60.54 horas (D.E. 14.45). La media de pinchazos necesarios para la inserción de la vía fue de 1.45 (únicamente el 6.4% precisaron más de 2 pinchazos). Se instauró nutrición parenteral en el 78.72%, con una duración media de 6.27 días (D.E. 2.78).

El análisis de estos datos indica que la muestra se distribuye de forma homogénea en cuanto a las variables sociodemográficas (edad y sexo) y otras posibles variables confusoras que se tuvieron en cuenta (antiséptico utilizado para la punción, servicio/quirófano en el que se realiza la punción, punto de acceso (yugular, subclavia, femoral...), antiséptico y apósito utilizado en las curas, tiempo (en días) que la vía está instaurada, tiempo (en horas) entre curas, nutrición parenteral y tiempo de duración de la misma).

En cuanto al análisis de las variables explicativas de nuestro estudio, en ninguno de los tres supuestos (IPE, CC, BRC) se hallaron diferencias estadísticamente significativas, aunque el hecho de que los 2 únicos casos de infección de punto de entrada (IPE) se hayan producido entre los controles, muestra ciertos indicios de que el nuevo método elegido pudiera reducir este tipo de infección. También es interesante comprobar que, aunque no significativo, tanto para las CC como para las BRC el porcentaje en los controles ha sido mucho mayor que en los casos (40,0% CC en casos frente a 63,6% en controles, y 8,0% BRC en casos frente a 13,6% en controles), por lo que en cualquier caso, es necesaria una muestra mayor para disminuir la dispersión de los resultados y poder extraer cualquier conclusión válida.

PALABRAS CLAVE: acceso venoso central, cirugía, film adherente estéril, infección nosocomial, unidad de cuidados intensivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. Informe 2005.
- 2- Álvarez Plaza, G. Peñalta Sánchez R. Pérez Serna Y. García Arias M. García del Valle, S. Control de calidad en la obtención de cultivos en reanimación enfermería en anestesia - reanimación y terapia del dolor. Octubre 2005 p. 11-14.
- 3- Gómez Luque, A. Huertas Simonet, N. Viciano Ramos, M^a.I. Moreno Palacios, M. Hernández Pardo, P.E. Profilaxis de las complicaciones infecciosas de los catéteres venosos centrales. Rev. Esp. Anestesiología. Reanim. 2002; 49: 17-33.
- 4- Ariza J, et al. Conclusiones de la conferencia de consenso en infecciones por catéter. Med Intensiva 2003;27(9):615-20.
- 5- Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección relacionada con catéteres centrales no permanentes. Grupo de Trabajo de Catéteres Intravasculares. Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid / Junio de 2004.
- 6- Medina, J. Rodríguez, M. Artesiano, R. Savio, E. González, F. Bazet, C. Seija, V. Conducta frente a la sospecha de infección relacionada a catéter venoso central para hemodiálisis. Rev. Med. Uruguay 2006; 22: 29-35.
- 7- Carrer, S. Bocchi, A. Bortolotti, M. Braga, N. Gilli, G. Candini, M. Tartari, S. Effect of different sterile barrier precautions and central venous catheter dressing on the skin colonization around the insertion site. Minerva anestesiología. 2005;71:197-206.
- 8- Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales. 2005. 16^o Estudio. Informe global. Versión 15.0
- 9- O'Grady, N. Patchen, E. Gerberding, J. Heard, O. Maki, D. McCormick, D. Mermel, A. Pearson, L. Raad, I. Randolph, A. Weinstein, A. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. CID 2002;35 (1 December).
- 10- Capdevila Morell, J.A. Pahissa Berga, A. Infecciones por estafilococo. Medicine 1998; 7(78): 3605-3609.
- 11- Imahara, S. D. Nathens, A. B. Antimicrobial strategies in surgical critical care. The surgical patient. Volume 9(4) August 2003 p. 286-291
- 12- Lorente, C; del Castillo, Y; Rello, J. Prevention of infection in the intensive care unit: current advances and opportunities for the future. Volume 8(5) October 2002 p. 461-464.
- 13- Anguera L, Aragonés M. Nueva estrategia de actuación en los accesos venosos centrales y su influencia en las bacteriemias. Rev "Enfermería Intensiva" 2004 ; 15(1): p. 11-16.
- 14- David C. McGee, M.D. Michael K. Gould, M.D. Preventing Complications of Central Venous Catheterization. New Eng J Med. 2003; 348 (12): 1077-92.
- 15- Raad II, Hohn DC, Gilbreath J. Prevention of central venous catheter-related infections by using maximal sterile barrier precautions during insertion. Infect Control Hosp Epidemiol 1994; 15:231-238.
- 16- Maki DG, Stolz SM, Wheeler S, Mermel LA A prospective randomized trial of gauze and two polyurethane dressings for site care of pulmonary artery catheters: implications for catheter management. Crit Care Med 1994; 22:1729-1737.
- 17- Raad I, Hanna HA, Alakech B, Chatzinikolaou I, Johnson MM, Tarrand J. Differential time to positivity: a useful method for diagnosing catheter-related bloodstream infections. Ann Intern Med 2004; 140(1): 18-25.

3ª PONENCIA

**OBJETIVO, CUIDADOS DE CALIDAD AL FINAL DE LA
VIDA DE LOS ANCIANOS**

Juan José Tirado Darder
Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Descripción:

El estado de Bienestar es algo que nuestra sociedad ha ganado con tiempo y esfuerzo, esta realidad que disfrutamos en nuestro País resultaría impensable hace tres décadas. Este objetivo cumplido y siempre comparable con otros lugares, han hecho de España un referente en cuanto a atención sanitaria y Social, no hemos de dejar de lado que siempre existirán zonas no cubiertas o casos particulares que queden fuera de esta media de atención de la que disponemos, pero como digo, la media de cobertura es excelente.

Esto nos obliga desde todos los sectores Políticos y sociales ha realizar planteamientos de continuidad y de un mayor control, ya que la gratuidad Universal de la que nos sentimos orgullosos hace que se produzcan abusos y lagunas que pueden poner en peligro la continuidad del sistema, a esto hemos de añadir que la cuerda se ha tensado mucho al tener un aumento importante de la población a atender, por dos motivos principales, el envejecimiento de la población y las personas atendidas provenientes de otros países, lo que hace evidentemente que se resienta el sistema porque nadie puede aumentar los recursos de una forma tan rápida como a aumentado la demanda.



Los seres humanos y en particular los Españoles tenemos una cultura excesivamente medicalizada y esa mentalidad nos hace pensar que lo más urgente es nuestro problema de salud y que al acudir a una consulta o a unas puertas de Urgencia se nos solucionara, cosa que puede estar en algunos casos alejada de la realidad ya que las ciencias de la salud tienen sus límites, pero aun así la exigencia y el derecho nos lo hemos ganado y donde sí debe ser completa es cuando se trata de la dignidad del cuidado al final de la vida.

El desarrollo de la ley de Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, habla principalmente sobre el cuidado, por lo tanto es una buena línea de salida para el mantenimiento al que hago referencia.

Para ello hemos de mantener los indicadores adecuados, no es el motivo de esta presentación explicar, que lo más importante es la prevención y la educación desde la infancia para el mantenimiento de la salud y por tanto de la independencia al llegar a la edad adulta evitando así, la saturación de recursos, pero ya que la realidad como digo no es la idónea, hemos de articular los mecanismos adecuados para hacer que las personas en el final de sus días gocen de la tranquilidad que da la buena atención y sobretodo la ausencia del dolor.

Para conseguir este reto y ya que el porcentaje mayor de personas es atendido en sus domicilios y en centros Socio-sanitarios tanto públicos como privados, se debe adecuar, el conjunto de todos ellos desde el punto de vista de la organización administrativa, la estructura de asistencia respecto al perfil de los usuarios, las instalaciones y la asistencia a los mayores.



El desconocimiento de la legislación por parte de los propietarios de dichos recursos e incluso por parte de los profesionales, la siempre escasa oferta de instalaciones adecuadas al nivel de dependencia, el abandono familiar y la falta de capacitación y formación de parte del personal laboral que trabajaba en el sistema, sobretodo si indagáramos en el sector privado, y que también entiendo ha gozado durante algún tiempo de gran permisibilidad debido a ese desmesurado aumento que he mencionado, pero que la realidad actual nos hace entender que es hora de corregir, haciendo reconvertir gracias a la gestión de recursos esa figura hasta ahora gravosa, tanto para el sistema, como para las familias, que es el cuidador informal.

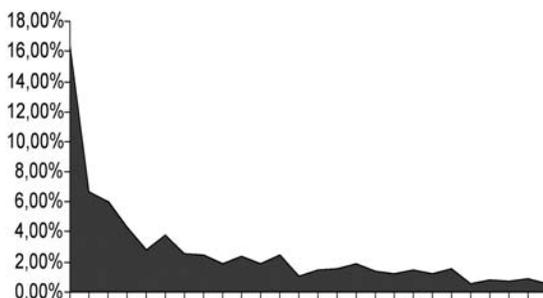


Establecimiento de prioridades

La realización de un diagnóstico realizado sobre el estado de la asistencia en los centros donde se atiende ancianos, debe ser efectuado por un equipo multidisciplinar comprendido por profesionales de distintos campos: sanitario, asistencia social, educativo, jurídico y tecnológico. Como resultado del diagnóstico se deben establecer las siguientes prioridades:

1. Adecuación de los centros de cuidado de ancianos, definiendo la naturaleza de la asistencia ofrecida por parte de los centros, adaptándose a las necesidades de dependencia de sus usuarios, potenciando el auto-cuidado sobre la atención medicalizada
2. Si queremos mantener la percepción de calidad de vida en los mayores al final de esta es necesario el desarrollo de acciones que fomenten la recuperación o la construcción de lazos entre las personas mayores y sus familias, en un estudio que realizado desde 2001-2005⁽¹⁾, se ha demostrado que esa relación se diluye con el tiempo en personas institucionalizadas en centros de mayores.

VISITAS EN 4 AÑOS



3. Capacitación de los profesionales que asisten a los ancianos, en todos los ámbitos y con todos los Roles ya que el ancianismo² es algo demasiado arraigado en nuestra sociedad.
4. Sensibilización de la sociedad sobre su responsabilidad hacia los mayores, el respeto y el conocimiento de las acciones creadas para ayudar al colectivo de la tercera edad.

Formulación de objetivos y estrategias

Los objetivos y estrategias los debe establecer un equipo técnico y multidisciplinar de los campos de la sanidad y la asistencia social, incluir la opinión de los mayores, donde sus necesidades sean prioritarias y donde la administración garante de ellas, articule los mecanismos adecuados para hacerlas realidad, lo que obligaría sin duda alguna a que los servicios de inspección sean ágiles y prácticos y no se limiten única y exclusivamente a la aplicación de normas técnicas, es preciso su implicación y el desarrollo de una inspección que revise y aconseje en materia de atención y cuidados.



Objetivos

- Comprobar la situación física, técnica, operativa, higiénica, sanitaria y organizativa de los centros y de la atención domiciliaria.
- Mantener un proceso inspector de diagnóstico y seguimiento de los servicios prestados, con la participación de los agentes sociales y de los representantes de las personas atendidas.
- Aplicar acciones de adecuación de recursos sanitarios y de asistencia social, evitando solapamientos de los distintos recursos y administraciones, con una ventanilla única que sea capaz de construir un sistema que obtenga resultados satisfactorios para el equipo técnico y el sistema.

Estrategias

1. Inspecciones sistemáticas y análisis de los datos.
2. Sectorización de procesos y atención.
3. Retorno de los equipos técnicos a los centros para supervisar las adaptaciones;
4. Capacitación de los profesionales implicados en los procesos.
5. Reuniones mensuales con los equipos multidisciplinares para el análisis y el seguimiento de los casos.
6. Manual de Orientación para los Centros de Cuidado de Ancianos y atención en domicilio que diferencie los diferentes estadios de dependencia y cuidados.
7. Agilidad en la movilización de recursos.
8. Evaluación continua del proceso y de los resultados conseguidos.

Problemas que deben ser abordados

- La resistencia por parte de profesionales y centros a que el sector público llevara a cabo una inspección en ellos.
- La falta de concienciación de las familias y de la comunidad respecto a sus responsabilidades y al mantenimiento de lazos con los mayores.
- El escaso conocimiento por parte de los medios de comunicación y de la sociedad sobre la legislación relativa a las personas mayores, sus derechos y obligaciones.
- La falta de material, su actualización o equipos cualificados para llevar a cabo las acciones establecidas.

- La picaresca o la falta de cumplimiento de la normativa legal por parte de algunos centros en sus instalaciones.
- El redireccionamiento del modelo de asistencia a enfermos mentales, terminales, crónicos etc al recurso adecuado con rapidez en valoraciones puntuales.

Para llevar a cabo esto, es preciso

- El desarrollo de varias etapas de trabajo de manera que se pudieran superar las dificultades.
- Elaborar un plan de acción en el que se establezcan estrategias de sensibilización, cuyo objetivo sea, el de llegar a los responsables de los mayores y a los profesionales de los centros implicados, definiendo las pautas para la necesaria adecuación y la evaluación continua de los resultados.
- Proporcionar a los medios de comunicación información sistemática para la transferencia y difusión del conocimiento de la legislación referente a las personas mayores, el papel de la familia y de la comunidad al igual que la desmitificación del proceso de envejecimiento, erradicando el ancianismo.

Objetivo final

- El mayor reto de los recursos asistenciales es mantenerse como una unidad viva, o como un lugar en el que la vida se valora y se reconoce la dignidad de las personas mayores durante todo el proceso de envejecimiento.



- Aunque los centros socio-sanitarios, se han convertido en lugares de cuidado prolongado, se deben mantener como una vivienda personalizada, una residencia y un lugar para vivir donde las personas mayores puedan ser respetadas como un ser único que tiene un nombre y una historia, que tiene sueños y deseos y necesidades a cubrir.
- Con el objetivo de asistir a las personas mayores en todos los aspectos, los centros deben adaptar su entorno físico, contando con equipos de apoyo, un adecuado programa de asistencia y, sobre todo, con personal cualificado, es decir, una suma de actitudes, entornos y situaciones.
- El trabajo conjunto e intersectorial hace posible la optimización de recursos y la integración de acciones, beneficiando de esta manera al público objetivo.

Para finalizar he de recordar que en el Artículo 7.2.a de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias, queda claro que:

- Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

CONCLUSIONES

La racionalización de los servicios, la continuidad del sistema y el estado de Bienestar, deben ser defendidos con políticas universales que garanticen lo mencionado. Esa rentabilidad y eficacia vienen ligadas a evitar las duplicidades en los recursos, y administrarlos de forma correcta y coherente y que la Calidad de los cuidados sea una constante en nuestra sociedad y para ello es necesario que de entre todos los roles profesionales, las enfermeras.os asuman el nivel máximo de su competencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley de Dependencia 39/2006
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias
- Sociedad Marina Klamas Taniguchi

1 Estudio Relación Social personas institucionalizadas (V.Caballero/J.J.Tirado)

2 Prejuicio Social sobre los ancianos

COMUNICACIONES A LA 3ª PONENCIA

**ESTUDIO PILOTO PARA DETECTAR LA EXISTENCIA DE
DETERIORO COGNITIVO EN UNA CONSULTA DE
ATENCIÓN PRIMARIA, MEDIANTE EL CUESTIONARIO
DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA (SPMSQ-VE)**

Francisca Pérez Sánchez, Vanesa Morales Camacho, Raquel Soria Jiménez.
Enfermeras Centro Salud Villena I Departamento 18 de Salud

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y según El Ministerio de Asuntos Sociales en un estudio realizado conjuntamente con el Observatorio de personas Mayores, en España existen 7.529.879 ciudadanos que superan los 65 años, lo que supone el 16,7% de la población total (INE, 2007)¹.

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado un cambio epidemiológico en los ancianos favoreciendo así, que cada vez sea mayor el número de personas que presentan algún tipo de dependencia ².

Unido al envejecimiento, encontramos entre otras alteraciones la del deterioro cognitivo. Desde Atención Primaria se detecta un aumento considerable de estas patologías que afectan a un alto porcentaje de la población actual. Esto requiere la adaptación y puesta en marcha de medidas y protocolos que ayuden a reconocer posibles grupos de riesgo. Para ello es imprescindible contar con instrumentos que permitan detectar, con el máximo grado de fiabilidad, validez y consistencia los verdaderos casos³.

Existen numerosos instrumentos de evaluación neuropsicológica utilizados en investigaciones sobre los factores predictivos, hemos elegido el cuestionario de Pfeiffer para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores (SPMSQ-VE) ya que encontramos que tras su adaptación al castellano en el año 2001 obtuvo muy buenos resultados de fiabilidad tanto inter como intraobservador, así como de consistencia interna, lo que indica una buena capacidad del cuestionario para ser reproducido. Además evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y cuantifica las capacidades para realizar un trabajo matemático seriado, además de que no requiere de grandes capacidades logísticas. Todo ello unido a su aplicabilidad a toda la población, con independencia del grado de alfabetización⁴.

Otra de las razones que nos condujeron a la utilización del (SPMSQ-VE) fue la facilidad de sus preguntas para ser respondidas y la ventaja de poder hacerlo en una consulta de Atención Primaria por parte de la enfermera.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la eficacia del Test de Pfeiffer en su versión española, en una Consulta de Enfermería de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A medida que íbamos introduciendo en el programa los datos reflejados en los cuestionarios, éstos nos llevaron a formularnos los siguientes objetivos específicos.

- Identificar si existen diferencias en el diagnóstico de deterioro cognitivo relacionado con el sexo.
- Analizar el porcentaje de pacientes afectados, diferenciándolos según el nivel de deterioro establecido.

MATERIAL Y MÉTODO

Test de Pfeiffer en su versión española (SPMSQ-VE). El cuestionario se pasó en la Consulta de Crónicos de Atención Primaria a un grupo de cincuenta pacientes (25 mujeres y 25 hombres) mayores de 65 años. Hay que señalar que la muestra se obtuvo de manera aleatoria según orden de llegada y que los pacientes no sabían de su aplicación hasta la llegada a la consulta⁵.

Se les explicó en que consistía el cuestionario y cual era su finalidad, siempre teniendo en cuenta las consideraciones éticas y legales, solicitando previamente el consentimiento informado.

Para garantizar mayor fiabilidad intraobservador las personas fueron citadas por la enfermera, que era la misma que pasaba los cuestionarios. Utilizamos el programa Abucasis II para identificar de manera sencilla y fluida los pacientes encuestados. En uno de sus apartados existe el test de Pfeiffer, que calcula de manera inmediata el resultado del mismo y el nivel de deterioro presentado. De esta manera, se permite tener informatizado a los pacientes, citándolos de manera inmediata para una revisión a los seis meses, para que el facultativo posteriormente realice los exámenes de salud pertinentes.

Una vez obtenidos todos los cuestionarios se analizaron en una base de datos que nos permitieron comparar variables como el sexo.

RESULTADOS

La aplicación de (SPMSQ-VE) nos permite conocer que al menos un 26% de la muestra estudiada presenta algún grado de deterioro cognitivo. (Gráfico 1)

Existe una diferencia sustancial entre sexos. Se observa que para el deterioro leve existe un 16% de hombres afectados frente al 24% de las mujeres. Lo mismo ocurre cuando analizamos el deterioro cognitivo moderado-grave, esta vez el número de mujeres duplica a los varones.

Los datos finales muestran que un 40% de la muestra total refleja un deterioro leve y que un 12% de casos detectados resulta del deterioro moderado-grave. (Gráfico 2)

CONCLUSIONES

El (SPMSQ-VE) resulta un instrumento eficaz como cribado en la prevención secundaria. Los resultados de este estudio piloto manifiestan que al menos un 26% de la muestra presentaba algún grado de deterioro cognitivo. Cuando los pacientes muestran alguna queja de la memoria se observa para ambos niveles (leves y moderados) que el número de mujeres casi duplica en porcentaje al de hombres.

El programa Abucasis II y la Consulta de Enfermería resultan un canal de comunicación muy eficaz entre profesionales y por tanto facilitan un mayor control de los posibles pacientes de riesgo.

Todos sabemos del escaso tiempo disponible en las consultas médicas de Atención Primaria, por lo que resulta muy difícil que los médicos puedan detectar todos los casos posibles de deterioro cognitivo. Los profesionales de enfermería,

comprometiéndonos con la prevención secundaria debemos utilizar instrumentos validados que nos ayuden a detectar posibles sujetos en fases tempranas de la enfermedad.

Las enfermeras mantienen un trato cercano con los usuarios y es conocida la importancia del temprano diagnóstico de este tipo de enfermedades en la población. La Consulta de Enfermería de Atención Primaria resulta un buen recurso para hacer este tipo de cribajes, ya que el paciente se muestra seguro y se encuentra en un entorno familiar y conocido.

Respecto a las quejas de memoria, los datos muestran que si éstas son refrendadas por una persona allegada (pareja, familiar, cuidador o amigo), son más susceptibles de estar fundamentadas. Es por ello, que uno de los objetivos clínicos, a la hora de obtener un historial colateral, sería realizar una entrevista con un allegado, bien un familiar o persona cercana.

Este estudio piloto pretende detectar población de riesgo un primer reconocimiento, para que luego el médico, neurólogo junto con la ayuda de la familia pueda obtener un diagnóstico acertado.

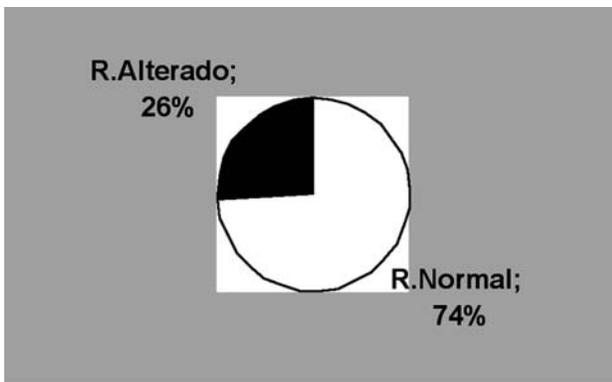


Gráfico 1

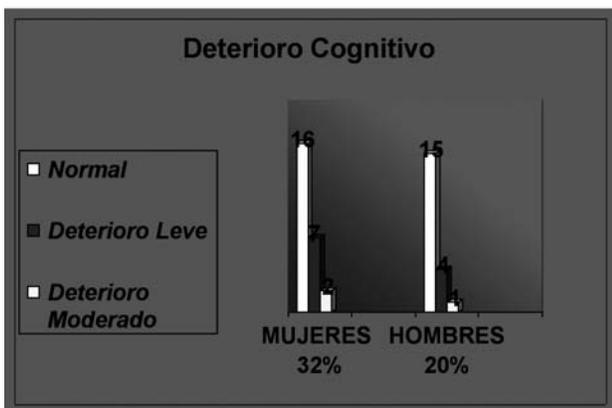


Gráfico 2

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales .Boletín sobre envejecimiento en España. Año 2007.
2. Iñiguez Martínez, Julio (2006) "El Deterioro Cognitivo Leve (2): factores predictivos y abordaje terapéutico". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 46. [Fecha de publicación: 25/01/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-02.pdf>
3. Martínez de la Iglesia, Jorge, Dueñas Herrero, Rosa .Adaptación y Validación al Castellano del Test de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Medicina Clínica Vol.117 Nº 4 2001.
4. Cabrero J. y Richart M. (2001). Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. (ISBN: 84-7908-587-8).
5. Fuentelsaz Gallego, C. Cálculo del Tamaño Muestral. Matronas Profesión 2004; Vol. 5(18): 5-13).

OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

- Alba C de. [et al.]. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria de Salud (La Habana) 28 (Supl 2):161-80. 2001.
- Bermejo Pareja F; Alteración cognitiva leve .Una revisión de la clínica y epidemiología con datos del estudio redices. Fronteras en la enfermedad de Alzheimer. Pág.; 231-250
- DONOSO, Archibaldo, VENEGAS, Pablo, VILLARROEL, Claudio et al. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. [online]. sep. 2001, vol.39, no.3 [citado 28 Abril 2008], p.231-238. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.
- Fernández, F A. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol (Madrid) 37(S2): 1-2, 2002.
- Gómez Viera, Nelson Bonnin Rodríguez, Beatriz. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med 2003; 42(1):12-7.

POSTERS

OBESIDAD INFANTIL: NECESIDAD PERCIBIDA

BETLEM COVES VIDAL; REMEDIOS MARTÍNEZ NAVARRO;
EVA VIVES SÁNCHEZ

Diplomadas en Enfermería. Miembros del Grupo de Trabajo “Enfermería en Salud Escolar” de Alicante

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es un predictor de la obesidad en el adulto. Su inicio en la infancia persiste a lo largo de los años (“tracking”). La probabilidad de obesidad infantil persistente en la edad adulta aumenta el 20% a los 4 años de edad hasta el 80% en adolescentes.

La obesidad en todas las edades se ha incrementado de forma alarmante en las últimas décadas en todo el mundo. La OMS desde 1998 utiliza la expresión “EPI-DEMIA MUNDIAL”.

OBJETIVO GENERAL

- Detectar y disminuir la aparición de complicaciones en niños con sobrepeso y obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Destinatarios: niños de 6 años.

METODOLOGÍA

- Se utilizará metodología dinámica y participativa para conseguir un aprendizaje significativo.

RESULTADOS

Los resultados estarán en función de las medidas antropométricas de los niños y del cuestionario de salud CV 2004/05 INFANTIL.

CONCLUSIONES

Existe una necesidad por parte de instituciones y de la población para disminuir los factores de riesgo del sobrepeso y obesidad de la población infantil. La aportación de la enfermería escolar educaría los hábitos alimentarios de los niños.

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA. SITUACIÓN INTERNACIONAL Y FUTURO

DIEGO IBÁÑEZ GALLARDO. ENFERMERO*

IGNACIO GONZÁLEZ JIMÉNEZ**

**Responsable SAIP Departamento 18 de Salud*

***Psicólogo, Departamento 18 de Salud*

INTRODUCCIÓN

La Ley 29/ 2006 de 26 de Julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en su artículo 77, establece que los únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos son médicos y odontólogos.

El artículo de la Ley 44/2003 en el que se describen las facultades correspondientes a los profesionales de enfermería, como se indica en el caso de los podólogos, expresa que “a los profesionales de enfermería le corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de las enfermedades y discapacidades

OBJETIVO

Dar a conocer la situación actual sobre la prescripción enfermera en nuestro país, a nivel internacional, y la situación legal en estos momentos con el último proyecto del Ministerio de Sanidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogemos los últimos datos publicados y las directrices que se han seguido por los Colegios de Enfermería de las CC.AA. , y a nivel internacional la situación sobre prescripción enfermera autorizada

RESULTADOS

En España, los Colegios de Enfermería que más han apoyado la prescripción han sido los de Madrid, Andalucía y Cataluña, siendo este último el que ha aprobado el "primer catálogo de productos y fármacos que conforma la prescripción autónoma de la enfermería" (Julio 2007)

CONCLUSIONES

En estos momentos (marzo de 2008) se encuentra en trámite de audiencia el “proyecto de orden del ministro de sanidad y consumo por la que se desarrolla la disposición adicional duodécima de la ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.”

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA. SITUACIÓN INTERNACIONAL Y FUTURO.

Ibáñez Gallardo, D. Enfermero Jefe SAIP; González Jiménez, I. Psicólogo- Hospital de Elda (Alicante) Dto. 18

INTRODUCCION: La Ley 29/ 2006 de 26 de Julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en su artículo 77, establece que los únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos son médicos y odontólogos.

El artículo de la Ley 44/2003 en el que se describen las facultades correspondientes a los profesionales de enfermería, como se indica en el caso de los podólogos, expresa que "a los profesionales de enfermería le corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de las enfermedades y discapacidades".



OBJETIVO: Dar a conocer la situación actual sobre la prescripción enfermera en nuestro país, a nivel internacional, y la situación legal en estos momentos con el último proyecto del Ministerio de Sanidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Recogemos los últimos datos publicados y las directrices que se han seguido por los Colegios de Enfermería de las CC.AA. y a nivel internacional la situación sobre prescripción enfermera autorizada.

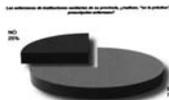
RESULTADOS: En España, los Colegios de Enfermería que más han apoyado la prescripción, desarrollando documentos, han sido los de Cantabria, Andalucía y Cataluña, siendo este último el que ha aprobado el "primer catálogo de productos y fármacos que conforma la prescripción autónoma de la enfermería. (Julio 2007).

ENCUESTA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA

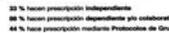
Se presentan los resultados de la encuesta llevada a cabo por el Gabinete de Estudios de la Organización Colegio de Enfermería a través de un cuestionario estructurado enviado a 48 Colegios Provinciales.

Concretamos el cuestionario a 14 Colegios Provinciales (Asturias, Aizá, Baleares, Cádiz, Ciudad Real, Córdoba, Guipúzcoa, Huelva, León, Málaga, Murcia, Palencia, Teruel y Zamora), lo que representa el 29% de los Colegios a los que se envió la encuesta.

El 75 % de las encuestadas contestaron que en sus respectivas provincias los profesionales prescriben, y el 25 % restante dice que en sus provincias los profesionales no prescriben.



Por modalidad de prescripción, según los respuestas de los Colegios que dicen que se prescriben, los enfermos lo hacen con la siguiente distribución:



FUENTE: "Marco referencial para la prescripción enfermera". Consejo General de Enfermería. Marzo 2006



Los países que tienen prescripción enfermera autorizada, según el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (Enero 2006) y el Consejo General de Enfermería (Marzo 2006) son los siguientes:

AUSTRALIA	CANADA	SUDAFRICA
FRANCIA	HOLANDA	ZAMBIA
E.UNIDOS	NUEVA ZELANDA	SUECIA
REINO UNIDO	IRLANDA	BRASIL

La Disposición Adicional 12 dice que: "el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que pueden ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales sanitarios [los que de acuerdo con la ley no pueden prescribir], así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.



CONCLUSIONES: En estos momentos (Abril de 2008) se encuentra en trámite de audiencia el "PROYECTO DE ORDEN DEL MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO POR LA QUE SE DESARROLLA LA DISPOSICIÓN ADICIONAL DUODÉCIMA DE LA LEY 29/2006, DE 26 DE JULIO, DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS."

MOVILIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA

AURORA FELIPE SÁNCHEZ, JOSEFINA SERRANO,
JESÚS J. OLIVARES IÑESTA
Unidad de Traumatología. Hospital General de Elda

PALABRAS CLAVE

Movilización, Paciente, Traumatología, Dolor, Prevención

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios a la hora de movilizar al paciente traumatológico
- Adquirir los conocimientos necesarios para no sufrir lesiones al movilizar al paciente traumatológico.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se han realizado diferentes fotografías para representar la movilización de pacientes según las distintas patologías traumatológicas.
- Se han elaborado las explicaciones necesarias para aclarar el proceso que representa cada fotografía.

CONCLUSIONES

A partir de la exposición del trabajo:

- Evitaremos posibles efectos indeseados ante un mal movimiento.
- Evitaremos añadir más dolor del que ya siente el paciente ante una fractura/intervención quirúrgica.
- Evitaremos lesiones en los trabajadores, durante la realización de la movilización.

COLABORADORES



Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana
CECOVA

Colegio Oficial de Enfermería
de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



