

CANALS CADAVALCH, Montserrat. *La Formación de la enfermera quirúrgica en Cataluña*. Departamento de Pedagogía Sistemática y Social. Universidad Autónoma de Barcelona. Mayo de 2003 (Tesis doctoral dirigida por el Dr. Ferrán Ferrer Julià).

La investigación se justifica por el privilegio y la coyuntura de conocer las dos ciencias a las cuales se refiere: la enfermería y la pedagogía, con muchos años de experiencia en ambas, precisamente por eso se constata que las dos son complementarias y eso permite la aportación de una a la otra y viceversa, ya que en ambas su objetivo primordial es la persona y su mejora.

Por medio de un método inductivo descriptivo se formalizan las hipótesis de la investigación de la siguiente manera: las apreciaciones sociolaborales y profesionales de las enfermeras quirúrgicas descritas en la literatura responden a lo que se refleja en los centros hospitalarios y en las escuelas universitarias. Y en segundo lugar, las enfermeras quirúrgicas necesitan unos estudios especializados después del Diplomado Universitario de Enfermería para ejercer su actividad según lo que nos indican las propias enfermeras quirúrgicas, las enfermeras gestoras de recursos humanos, las docentes y los médicos.

Ya en el marco teórico se hace un estudio exhaustivo de profesión, sobre sus particularidades y sus coincidencias y aproximación a la de la enfermería, para después definir la enfermería y la enfermería quirúrgica, así como su participación en la historia de la cirugía y su propia historia en el Estado español. En este punto se profundiza en la

problemática de la enfermera, su situación profesional, laboral y su papel en el modelo de sanidad pública en Cataluña. A continuación, se expone la situación actual de la enfermera quirúrgica, su entorno de trabajo, y en éste, el equipo quirúrgico visto desde la perspectiva cronológica, legal y sociológica, su situación laboral y el desarrollo como posible enfermera quirúrgica perioperativa. Las aportaciones a este hecho de las Asociaciones Española y Europea y la influencia de la Asociación Americana en todo el proceso.

Al final de este capítulo y como el apartado más importante, se profundiza en la formación de la enfermería y de la enfermería quirúrgica en Cataluña y en el Estado español constituida por un primer ciclo (Diplomatura Universitaria de Enfermería) obligatorio, un segundo ciclo opcional (postgrados, másters, títulos propios de Universidades, Antropología, Humanidades) o una licenciatura (Pedagogía, una posible futura de Enfermería, etc.) y formación continuada, su comparación con la formación de la enfermería quirúrgica en Europa, así como el esfuerzo de todas las asociaciones europeas en elaborar un currículum académico de posible incorporación en toda la enfermería quirúrgica de Europa, su desarrollo y posibilidades de implantación en la actualidad y también dentro de la convergencia Europea.

Se inicia el marco empírico planificando la investigación de forma cuantitativa y cualitativa. Desde la vertiente cuantitativa se escoge como mejor instrumento para este tipo de búsqueda, un cuestionario, que es validado por diez expertos y probado por un grupo

de control, el cual se reparte en los colectivos siguientes: el usuario (cliente, paciente) grupo más importante a quien va dirigida la atención de los colectivos, las enfermeras quirúrgicas, las gestoras de recursos humanos, las docentes quirúrgicas y docentes médico-quirúrgicas, los médicos (cirujanos, anesestesiólogos...) todos ellos próximos a la intervención quirúrgica. La muestra fue escogida de seis hospitales de Cataluña, cuya elección se hizo en función de su significación en el territorio, su pertenencia a la capital de provincia, el ser hospitales representativos por ser públicos universitarios y dentro de la nomenclatura de hospitales de generales y complejos.

Desde la perspectiva cualitativa se escoge el mejor instrumento oportuno para esta ocasión: la entrevista que, por su complejidad, sólo se lleva a término en aquellas personas referentes en la enfermería y, por tanto expertas en el tema, como fueron: las directoras/es de las dieciséis escuelas universitarias de enfermería de Cataluña, de las cuales una era presidenta de la Asociación de directores/as de Escuelas Universitarias de Enfermería de Cataluña, las seis directoras de enfermería de los hospitales en los que se habían repartido los cuestionarios, la presidenta del Colegio de Enfermería de Barcelona y que además era la presidenta del Consejo de Enfermería de Cataluña, la presidenta de la Asociación de Enfermería Quirúrgica Española, y la experta en asuntos internacionales y vicepresidenta de la Asociación Europea de Enfermería Quirúrgica.

En el apartado cuantitativo se usaron las pruebas estadísticas siguientes:

para las variables cualitativas la  $\chi^2$  de Pearson, si no se encontraban valores esperados más pequeños de cinco. Si había valores esperados más pequeños de cinco se formaban categorías hasta el límite de la tabla 2 x 2, una vez logrado esto, si no había valores esperados más pequeños de cinco se aplicaba la significación exacta de Fisher. En el caso de relacionar dos variables ordinales se calculaba el índice Rho de Spearman. Se usaba la prueba de Shapiro Wilks para comprobar la normalidad de distribución de variables cuantitativas en muestras inferiores de treinta personas para poder aplicar las pruebas paramétricas pertinentes. También se sirvió de la T de Studen para comparar las medias de grupos independientes y mediciones repetidas. Analizándose, también, los intervalos de confianza de las variables a su diferencia, según el caso.

En cuanto al apartado cualitativo se recogieron las entrevistas con aparatos de grabación y digitales, se transcribieron literalmente, se recopilaron cronológicamente y de sus respuestas se extrajeron los resultados.

Conclusiones de los resultados del cuestionario dentro de la investigación cuantitativa:

En referencia al usuario: el/la no saben qué es el centro de la atención de los cuatro colectivos profesionales encuestados y por tanto no piden aquello que necesitan ni tampoco lo esperan, simplemente están pasivos delante de la atención que puedan recibir. Por otro lado, no pueden diferenciar entre el personal cuál es la enfermera quirúrgica y tampoco su actividad.

La enfermera quirúrgica no valora al paciente antes de ser intervenido,

para después hacer el plan de cuidados asistenciales correspondientes, ni tampoco evalúa su actividad llevada a cabo.

En referencia a la primera hipótesis las personas expertas indican signos de alerta y peligro entre el derecho a la salud, las políticas sanitarias y la presión económica. Prima el poder económico sobre cualquier otro modelo de actuación y, por tanto, se reduce la enfermera al modelo médico donde las enfermeras sólo administran medicaciones, ello conduce a que no haya reconocimiento profesional, social, ni al trabajo llevado a término, lo cual ocasiona que con facilidad la enfermera marche a trabajar al extranjero, y no sólo para su mejora profesional sino por las facilidades que le ofrece el mercado europeo, dándose el fenómeno, según indican los expertos, que en pocos años faltarán enfermeras en la sanidad catalana y española.

En los hospitales las enfermeras quirúrgicas trabajan menos de un 50% en un plan de atención de compensación de necesidades del usuario (holístico) *versus* a un plan más biológico y tecnológico. El modelo de enfermería más usado es el de Virginia Henderson. Las/los profesionales trabajan aproximadamente un 50% el rol autónomo y un 50% el rol colaborador. La Taxonomía NANDA en las enfermeras quirúrgicas no está extendida. En otro apartado participan más que antes en proyectos de investigación en enfermería, congresos, cursos y seminarios, pero aún acusan falta de conocimientos en idiomas y muy a menudo no están suscritas/os a una revista de la profesión o a una asociación. Colaboran aún poco en la elaboración de protocolos y las nuevas

tecnologías todavía no son los instrumentos esenciales y corrientes para elaborar el plan de atención asistencial del paciente.

En referencia a la profesión: los expertos nos indican que en general las enfermeras no tienen instrumentos de promoción, y eso produce estancamiento, frustración, *burnout* y *mobbing* y en consecuencia abandono. Todos los colectivos opinan que las enfermeras quirúrgicas tienen sobrecarga de trabajo, además piensan que, aunque el equipo multidisciplinar es imprescindible, es difícil el entendimiento entre todos sus miembros, por que no está claro que el objetivo de su actividad profesional tenga como objetivo el cliente. Con todo y con esta situación las enfermeras quirúrgicas están satisfechas de su actividad profesional y, a menudo, dicen que continúan estando motivadas para seguir aprendiendo; además, según los resultados tienen buena salud física y psíquica, y que observan que para la actividad que efectúan tienen un índice de agotamiento y de impotencia.

Los expertos/as definen la enfermera quirúrgica como una enfermera generalista con preparación y competencia de conocimientos, habilidades y actitudes para estar al cuidado del paciente quirúrgico de forma global y de la familia, pero a la par, conocen poco a la enfermera quirúrgica y confunden la enfermera quirofanista con la enfermera quirúrgica y la perioperatoria. Saben lo que es el proceso perioperatorio pero indican que las enfermeras quirúrgicas hacen pocas visitas preoperatorias o no las hacen, ni tampoco las visitas postoperatorias, de esta forma

no pueden valorar con profundidad el paciente que han de atender y seguir su plan de atención integral asistencial en el área quirúrgica, como tampoco pueden evaluar su propia labor.

En referencia a la segunda hipótesis: la opinión de los estudios de primer ciclo va de que son muy buenos a suficientes. Los recientes diplomados han aprendido, según los expertos, más conocimientos (saber), y menos habilidades (saber hacer) y de actitudes (saber estar). Consideran que la aportación más importante de estos estudios es la perspectiva holística y psicológica de la persona con una idea generalista y próxima a las necesidades de la población. Indican, también, como límites de esta formación, que sólo sirve para iniciarse en el mundo laboral, pero sin plenitud y por tanto no son suficientes para la realidad que después se encuentran estos profesionales.

En referencia al segundo ciclo: piensan de forma unánime que para trabajar en el área quirúrgica se necesita una formación especializada, la cual ha de responder a los tres ámbitos del paciente quirúrgico, el preoperatorio, el transoperatorio y el postoperatorio. Además puntualizan que ha de ser una especialidad reglada y reconocida de la enfermera quirúrgica y/o perioperativa, pero sin perder la visión global de la persona dentro de un marco general de conocimientos. Pero los expertos no se ponen de acuerdo si esta especialización ha de estar dentro de los estudios de segundo ciclo (que consideran que serían de útiles a muy útiles) a considerarlos una formación anexa.

En cuanto a la licenciatura en referencia al Graduado Superior en Ciencia

y Método en Enfermería como título propio de algunas universidades la opinión de los expertos va de un total acuerdo a un total desacuerdo, y reconocen el valor de las personas que han llevado a término el proyecto, y su preocupación por la homologación o no de estos estudios y su puesto en el mercado profesional.

En referencia a la licenciatura creen que es útil o muy útil y necesaria, pero, puntualizan, ha de ser con ordenación académica, profesional y laboral. Y reconocen que harían estos estudios si fuera una mejora para su preparación profesional.

En cuanto a la formación continua el estudio demuestra que la preparación de muchas enfermeras quirúrgicas y gestoras de recursos humanos es la experiencia, con el riesgo que ello comporta para el usuario y los propios profesionales, los cuales para corregir esta laguna académica optan a estudios de postgrado o de formación continuada. Cabe señalar que la institución sanitaria no exige a su personal que haga esta formación para ocupar un puesto de trabajo en el área quirúrgica, y por otro lado el colectivo médico desconoce qué preparación tienen las enfermeras con las cuales trabajan conjuntamente.

Por último, se podría sintetizar los límites de la investigación de la siguiente forma: la opinión de algunas personas, que hubiera sido muy interesante conocer, por ser docentes y cercanas al tema, no ha sido posible debido a que no han querido o podido responder. Hubiera sido muy aconsejable obtener más respuestas del usuario, debido al momento en que tienen lugar estas preguntas (en el pre o postoperatorio) y siempre

habiéndolas hecho dentro de los límites éticos, considero la calidad de las obtenidas muy satisfactorias. La muestra sería aún más representativa si hubiera sido posible acceder más fácilmente a centros sanitarios. Finalmente, la investigación demuestra y recoge la demanda por los expertos y usuarios de la formación de la enfermera quirúrgica, ésta no se llevará a término si las administraciones políticas y académicas no lo creen oportuno.

En cuanto a los futuros estudios posibles se podrían categorizar; la necesidad de hacer un estudio macro de la formación de la enfermera quirúrgica en el Estado español, dentro de la sanidad pública y concertada. También, sería interesante hacer este mismo estudio en la sanidad privada. Desde otro apartado, sería necesario estudiar más a fondo la historia y formación de la enfermera quirúrgica en Europa. En referencia a los postgrados en Cataluña, sería necesario preguntarse el porqué de su abundancia en comparación al Estado español y cuáles son los itinerarios curriculares existentes.

En otro sentido, sería bueno el estudio de la introducción del proceso perioperatorio en Cataluña, su evaluación y resultados. Así como la forma de introducir la formación dirigida a la atención del proceso perioperatorio dentro de los postgrados de la enfermería quirúrgica, la especialidad y/o estudios de segundo y tercer ciclo. Cómo introducir en estos mismos estudios la formación que ofrece el Currículum europeo elaborado por las asociaciones europeas, su seguimiento y evaluación en Cataluña, en comparación con el Estado español y Europa, y

a la par, cómo introducir y transformar los créditos lectivos a la convergencia europea de estos estudios.

LÓPEZ HERNÁNDEZ, Virgilio. *Valoración del impacto real de los programas de educación básica de personas adultas en los ámbitos rurales de Castilla y León. Diseño de un modelo territorializado*. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Salamanca. Julio de 2003 (Tesis doctoral dirigida por el Dr. Ángel García del Dujo).

El concepto de educación permanente no es un constructo nuevo, a pesar de que en estos últimos tiempos los debates, encuentros y publicaciones sobre este campo hayan sido muy frecuentes, sobre todo a partir de 1996, declarado por la Unión Europea «Año Europeo de la Educación a lo largo de toda la vida». Decimos esto porque en la mayoría de las conferencias auspiciadas por la Unesco desde Elsinor (1949) hasta la última en Hamburgo (1997), ese constructo ha estado presente como eje director; de modo muy especial en la CONFINTEA III (1972), celebrada en Tokio, cuyo tema central fue «la educación de adultos en el contexto de la educación permanente», situando a aquélla en un marco más amplio y de mayores perspectivas. Las recomendaciones surgidas de estos foros van a configurar ese otro concepto actual de *continuum* formativo o aprendizaje a lo largo y ancho de toda la vida, como requisito fundamental para que el ser humano tenga el mayor número de posibilidades de adaptación consciente