

INDEXED

ENFERMERIA

Recopilación
de trabajos
No. 2



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Washington, D. C., E.U.A.

1965

INDEXED

ENFERMERIA

Recopilación de trabajos

No. 2



Publicación Científica No. 117

Agosto de 1965

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D. C. 20037, E.U.A.

Sumario de materias

| | | |
|---|---|----|
| FRANCES S. BECK | Nuevas tentativas en el adiestramiento y empleo del personal auxiliar de enfermería | 7 |
| LYDIA E. HALL | Enfermería—¿Cuál es su significado? | 19 |
| ETTA H. RASMUSSEN | Preparación para supervisar a las auxiliares de enfermería certificadas | 26 |
| SOR CHARLES MARIE FRANK | La diversidad de preparación del personal de enfermería y su efecto sobre la calidad de la atención al paciente | 37 |
| DOROTHY F. CORONA Y EUNICE E. BLACK | El criterio de un hospital con respecto al trabajo en equipo en enfermería | 48 |
| HELEN M. DONOVAN | Principios de administración aplicados a un hospital pequeño | 53 |
| GRACE G. PETERSON | Objetivos específicos, prácticos y asequibles para la administración de un servicio de enfermería hospitalario | 60 |
| SOR MARY VINCENT, EDWARD J. SPILLANE, SOR MARY BRIAN Y DR. JOHN A. BRADLEY | Administración del personal—desde el análisis de los puestos... hasta la administración de los sueldos | 69 |

Sumario de materias (cont.)

| | | |
|--|---|-----|
| JEAN BARRETT | El cambiante papel que desempeña la enfermera jefe | 96 |
| PEARL PARVIN COULTER | Educación en el servicio y educación continua en el servicio para las enfermeras | 111 |
| JAMES W. VANDER ZANDEN Y MARION V. VANDER ZANDEN | La entrevista — ¿Cuáles son las preguntas que debe hacer la enfermera? ¿En qué forma debe hacerlas? | 126 |
| HONOR DUFOUR Y JUANITA ROBLEY SMITH | Un curso combinado en enfermería de niños y de adultos | 132 |
| GEORGE L. GEIS Y MAJA C. ANDERSON | La enseñanza programada en el aprendizaje de enfermería—Parte 1 | 141 |
| GEORGE L. GEIS Y MAJA C. ANDERSON | La enseñanza programada en el aprendizaje de enfermería—Parte 2 | 149 |
| MARY I. CRAWFORD | El potencial de la enfermera partera urbana | 159 |
| DANIEL J. HANSON | Daños causados por las inyecciones intramusculares y sus complicaciones | 166 |

NOTA EDITORIAL

Esta es la segunda de una serie de recopilaciones de trabajos de enfermería, seleccionados por la aplicación que puedan tener en los servicios de enfermería de América Latina y el interés que puedan despertar entre las enfermeras de todo el Continente.

La primera recopilación fue publicada en junio de 1963 y corresponde a la Publicación Científica No. 78 de la Organización Panamericana de la Salud.

Confiamos en que esta nueva publicación estimule a las enfermeras latinoamericanas para que dediquen más tiempo a informar, por escrito, acerca de sus experiencias en todos los campos de la enfermería, en la educación, en la investigación y en el servicio, a fin de que esa información pueda ser transmitida a sus colegas de otros países.

La Oficina Sanitaria Panamericana expresa por este medio su agradecimiento a los autores de los trabajos y a las siguientes revistas, de las que se obtuvo autorización para publicar la traducción de los artículos: *The American Journal of Nursing*, *The Canadian Nurse*, *Hospital Progress*, *International Nursing Review* y *Nursing Outlook*.

NUEVAS TENTATIVAS EN EL ADIESTRAMIENTO Y EMPLEO DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA*

Frances S. Beck†

Trabajo básico preparado por la Sra. Beck para el Seminario sobre Adiestramiento y Empleo del Personal Auxiliar de Enfermería, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y celebrado en El Escorial, España, del 17 al 26 de octubre de 1962.

Los países representados en este Seminario no son los únicos que se enfrentan a los problemas que atañen al personal auxiliar de enfermería, su preparación y su empleo.

El asunto fue discutido en la Conferencia sobre Auxiliares de Enfermería, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud y celebrada en Nueva Delhi, India, en 1958. En dicha reunión, el Director Regional para Asia Sudoriental resumió la situación como sigue: "No se puede negar por más tiempo la necesidad de emplear trabajadoras auxiliares en la profesión de enfermería; representan el único medio para hacer frente a la creciente demanda. Falta mucho aún para que se pongan todos de acuerdo sobre los puntos de vital importancia relacionados con el empleo de dichas auxiliares. Por ejemplo: ¿Cuál debería ser la proporción de auxiliares por enfermeras adiestradas? ¿Qué tipos de trabajo deberían desempeñar estas auxiliares? ¿Cómo deberían ser preparadas para desempeñar dichos trabajos? ¿Cómo y quién debería supervisarlas? Estos son problemas básicos y el desacuerdo debería solucionarse de alguna manera. ¡No podemos elaborar planes sobre un problema confuso!

Definiciones

Antes de continuar sería útil definir ciertos términos. Para las finalidades del Seminario se sugieren dos definiciones: la primera, se relaciona en general con el trabajo de las auxiliares de enfermería, la segunda con las calificaciones.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *International Nursing Review*. El texto original, "Finding a New Approach to the Training and Use of Auxiliary Nursing Personnel", apareció en dicha revista, Volumen 10, No. 1, febrero de 1963, págs. 48-60.

† Consultora en Enfermería de la Organización Mundial de la Salud; M.A., S.R.N.

Ambas afectan los aspectos de empleo y adiestramiento que interesan al Seminario. La primera se basa en la definición que dio el Comité de Expertos en Enfermería, de la Organización Mundial de la Salud, en el Informe de su primera reunión.¹

El personal de auxiliares de enfermería está compuesto por aquellas que prestan un trabajo menos preciso (en comparación con las enfermeras profesionales) que suplementa el proporcionado por las enfermeras profesionales, o aquellas cuyos deberes se concretan a determinados aspectos del servicio de enfermería.

La segunda se reproduce de un documento inédito (Coordination/R.170) de la Organización de las Naciones Unidas, Comité Administrativo de Coordinación, 1954—*Report of the ad hoc inter-agency meeting on the training of auxiliary and community workers.*²

La expresión “trabajadores auxiliares” se emplea . . . para designar a un trabajador retribuido que, sin poseer todos los títulos profesionales exigidos en una especialidad técnica determinada, colabora con un profesional y actúa bajo su dirección.

Necesidad de personal auxiliar de enfermería

Los problemas relacionados con el personal auxiliar de enfermería comprenden múltiples factores culturales y a la vez aquellos más íntimamente vinculados con la medicina y la enfermería. Hablando en términos generales, los factores culturales (incluyendo los sociales y económicos) determinan y ejercen influencia sobre el curso de la medicina y la enfermería.

Los cambios en las prácticas de medicina y de salud pública han sido extraordinariamente rápidos y profundos en las dos o tres últimas décadas y los nuevos conocimientos científicos han estado más al alcance del hombre. Al progreso de las ciencias se ha unido un gran interés por la salud de la comunidad. Como resultado, el público no sólo ha recibido nuevos servicios sino que además los ha solicitado. En efecto, el aumento de las oportunidades educacionales ha permitido un mayor conocimiento de la salud y la enfermedad, promoviendo de este modo la demanda para ampliar los servicios hospitalarios y de salud pública.

Los adelantos de la medicina han producido cambios en la comunidad. Un ejemplo obvio es el aumento de la expectativa de vida en muchos países y, en consecuencia, el aumento del número de ancianos. En algunos países se ha hecho necesario crear para ellos servicios especiales de salud.

La ampliación de los servicios de salud y las exigencias de servicios especiales han aumentado la demanda de enfermeras, demanda que ha sido

¹ *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 24*, 5 (disponible sólo en inglés).

² Citado en: *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn. 212*, 4.

ampliamente reconocida. De este modo, el Comité de Expertos en Enfermería declaró en su reunión de 1950:³ "La dotación del personal de enfermería no marcha al compás de los avances de la medicina y la salud pública. Los programas de salud ya establecidos, así como los más recientes, exigen medidas necesarias para aumentar y mejorar la provisión de enfermeras y emplear en la mejor forma sus servicios".

Mientras la demanda de enfermeras ha seguido aumentando junto con el crecimiento de los servicios de salud pública, se ha producido también una expansión de otros servicios comunales, como en el campo de la educación. Al mismo tiempo, en muchos países han crecido y siguen creciendo en gran escala la industria y el comercio y, en consecuencia, ha aumentado la demanda de toda clase de empleados. Por lo tanto, la enfermería ha tenido que competir para poder contar con un personal con educación general de un estándar reconocido.

Además, las sociedades han experimentado cambios sutiles que, en muchos países, han contribuido a disminuir la edad media para contraer matrimonio. Esto ha repercutido también en la enfermería. Las mujeres casadas tienden también a seguir trabajando o a volver a sus profesiones, lo que tampoco debería desestimarse.

A tenor con los antecedentes de cambios y progresos en la medicina y enfermería y la demanda creciente de personal, las tareas de enfermería han estado cambiando. Han aumentado las funciones técnicas y ahora se requiere de las enfermeras algunas tareas que antes eran realizadas únicamente por los médicos. Al mismo tiempo, se han ampliado las funciones administrativas y técnicas de las enfermeras.

La situación general refleja un aumento de la demanda y una limitada oferta de personal idóneo. Es a la luz de este panorama que el problema del personal de auxiliares de enfermería adquiere importancia, y la necesidad de dicho personal se hace cada vez más notoria. Se reconoce también que el empleo del personal de auxiliares de enfermería debería basarse en el análisis general de la necesidad del personal de enfermería, de los recursos disponibles para proporcionar dichos servicios, de las categorías de enfermeras que se necesita y de las funciones que dichas categorías deberían desempeñar.

El Comité de Expertos en Enfermería, en su Cuarto Informe (1959),⁴ hizo un llamado a la "conveniencia de que los programas de formación profesional del personal auxiliar de enfermería se conciban teniendo en cuenta las necesidades del país y las tareas que hayan de encomendarse al agente auxiliar". Por lo tanto, es necesario analizar la tarea de la enfermera y considerar el tipo de candidato de que se dispone para realizar dicha tarea, frente a las otras demandas de la mano de obra.

³ *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 24*, 4 (disponible sólo en inglés).

⁴ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn. 167*, 32.

Al considerar las fuentes de personal, deben tenerse en cuenta la "migración" de las enfermeras dentro y fuera del país, y su influencia en la enfermería. Aunque este movimiento de enfermeras origine problemas, puede también proporcionar algunas soluciones.

Debido a las fluctuaciones de la oferta y la demanda, deberán estudiarse las normas de trabajo establecidas para el personal de auxiliares de enfermería, o la falta de ellas. Deberán analizarse aquellos mecanismos que permiten mantener estas normas, como pruebas, exámenes, certificados y registros. En resumen, se deben estudiar la política que rige la preparación de enfermeras y la práctica de enfermería y la legislación pertinente. Los problemas de remuneración, horas de trabajo y jubilación son también importantes y deberán estudiarse porque están relacionados con el reclutamiento y la merma de los alumnos y del personal preparado.

El empleo y adiestramiento del personal auxiliar de enfermería continuará ofreciendo problemas hasta que estos asuntos hayan sido avaluados y resueltos.

Funciones del personal auxiliar de enfermería

De todos los problemas relacionados con el personal de enfermería el más importante y difícil es el que se refiere a las funciones de este tipo de personal. Si se definieran bien sus funciones, no habría dificultad en decidir cómo se debería adiestrar y emplear este personal.

Las funciones de las auxiliares presentan tantas dificultades debido a que hay que considerarlas de acuerdo con el trabajo de la enfermera profesional. Aunque en distintas épocas se ha definido la función de enfermería (y aún aquellos aspectos especiales de la enfermería, como el servicio de enfermería de salud pública) no existe hoy una idea clara de las funciones de la enfermera profesional. Este estado de cosas tiene repercusiones en lo que se exige a la auxiliar. Su trabajo está supeditado también al número de enfermeras profesionales que trabajan en cualquier situación dada.

A pesar de las dificultades, las funciones del personal auxiliar de enfermería se pueden agrupar a fin de seleccionar las que son comunes a todos los campos de la enfermería y aquellas relacionadas sólo con las especialidades. El personal auxiliar de enfermería contribuye al funcionamiento de la enfermería desarrollando actividades especiales. Sin embargo, al analizar la función para promover una discusión general, deberá insistirse en que, en una situación dada, hay muchas variables que determinan el trabajo del personal auxiliar de enfermería. Por lo tanto, en dicho análisis es imposible establecer límites fijos.

El esquema siguiente sugiere la clase de actividades que debe realizar la auxiliar de enfermería, en relación con las funciones de enfermería en general.

a. Para todos los campos de la enfermería

i. Funciones relacionadas con los aspectos físicos de la vida diaria

(1) Ambiente físico general: mantener una temperatura y ventilación adecuadas (confortable para el paciente y el personal) y buena limpieza de las habitaciones, muebles y equipo en general.

(2) Alimentos: mantener bien ordenadas las cocinas y los anexos; preparar y servir las dietas, comidas y bebidas habituales; alimentar a los pacientes si fuera necesario.

ii. Funciones relacionadas con el equipo usado en la atención de enfermería en general, procedimientos y tratamientos

(1) Equipo usado en el trabajo de enfermería general (incluyendo la atención de los enfermos infecciosos): mantener el equipo ordenado y estar familiarizada con su uso.

(2) Equipo usado en los procedimientos y tratamientos: mantener el equipo ordenado y estar familiarizada con su uso, incluyendo los indispensables para: tomar la temperatura, el pulso e índice respiratorio; realizar vendajes sencillos; administrar medicamentos; recolectar muestras; hacer pruebas de orina; preparar y empaquetar material para esterilización, apósitos, etc.

Las palabras *estar familiarizada con su uso* se aplican al equipo que el personal auxiliar usa para proporcionar atención de enfermería básica y realizar los procedimientos y tratamientos. Sin embargo, en algunos casos, la auxiliar de enfermería manejará equipo técnico que ella misma no usa. Esto puede ocurrir en una central de material esterilizado. En esos casos, el personal auxiliar debería ser capaz de mantener dicho equipo en orden, pero no se espera que lo use.

iii. Funciones relacionadas con el paciente, la familia y la comunidad

(1) Necesidades físicas: estar a cargo de todas las necesidades físicas del paciente de cualquier edad que no esté seriamente enfermo o haya sido operado recientemente, respecto al aseo general, al vestirse, al levantarse, al hacer la cama, al eliminar, a la provisión

de alimentos y líquidos, a ayudarlo a reposar, descansar, hacer ejercicios, dormir; trasladar y ayudar a trasladar al paciente; ayudar a la rehabilitación del enfermo, prestar primeros auxilios y tomar las medidas de emergencia para resucitar, hasta que se localice a un experto y se asegure la ayuda; dentro de ciertos límites, enseñar al paciente y a la familia nociones de salud e higiene en general (personal y ambiental), dieta y régimen individual indicado por la situación o condición del enfermo; ayudar al paciente y a su familia a usar los recursos de la comunidad; prestar o ayudar a prestar atención *post-mortem*.

(2) Necesidades no físicas: reconocer las necesidades del paciente para mantenerse ocupado y entretenerse bajo circunstancias apropiadas, desempeñar labores sencillas en este sentido; alentar a los familiares, etc., para que le proporcionen ocupación y diversión al paciente; recibir las visitas y tratarlas con tacto; reconocer los signos de tensión y ansiedad y reaccionar en forma adecuada, proporcionando apoyo al paciente y a la familia; dar parte de las tensiones y ansiedades; ayudar al paciente a realizar sus necesidades espirituales.

iv. Funciones relacionadas con la enfermería y el equipo de salud

(1) Comunicaciones y relaciones formales: informar en forma clara, verbalmente o por escrito, sobre las necesidades del paciente o de la familia; recibir informes e instrucciones y aclararlos si es necesario; recibir y transmitir recados en forma correcta; mantener y ayudar a mantener los ficheros.

(2) Comunicaciones e informaciones: apreciar el papel personal y la responsabilidad personal en el equipo; comprender el papel y responsabilidad de otros con respecto al equipo, manteniendo con ellos buenas relaciones y ayudándolos cuando fuere necesario.

v. Funciones relacionadas con la administración y organización

(1) Organizar el trabajo dentro de los límites de la responsabilidad personal—por ejemplo: planear el trabajo de rutina, ayudar en la admisión y salida de los pacientes.

b. Para campos especiales de la enfermería—un ejemplo

Parecería que al personal de auxiliares de enfermería se le podría pedir que realizara las funciones consideradas en el inciso a) (funciones comunes a

todos los campos de enfermería) mientras trabaja en cualquier situación. Sin embargo, mientras trabaja en campos especiales de la enfermería, se le podría pedir que realizara algunas funciones adicionales que podrían determinarse según la naturaleza del campo especial.

Como ejemplo de dichas funciones adicionales determinadas por un campo especial, algunas de las cuales podría realizar la auxiliar de enfermería en el campo psiquiátrico, se dividirán en: (i) funciones supervisoras, (ii) técnicas y (iii) interactivas.

i. *Supervisoras*: Estas funciones incluyen: supervisar y ayudar a los individuos o grupos de pacientes con respecto a las actividades especiales, por ejemplo, terapia ocupacional, funciones relacionadas con las precauciones especiales que se toman en las instituciones psiquiátricas, como las tomadas para evitar el suicidio.

ii. *Técnicas*: En éstas se incluye la asistencia en los procedimientos o tratamientos relacionados específicamente con psiquiatría, por ejemplo el electroshock.

iii. *Interactivas*: Comprenden las interrelaciones con los pacientes más allá de las relaciones personales en otras situaciones. Están relacionadas con la actitud, conducta y habilidad de la enfermera auxiliar misma y se cultivan y emplean con propósitos terapéuticos. No se puede separar realmente estas funciones del trabajo de la enfermera profesional o auxiliar. Sin embargo, es esencial que la auxiliar de enfermería las entienda y sea instruida al respecto y se le ayude a realizarlas.

c. Asistente y sustituto

En otro tiempo se aceptó el principio de que el personal auxiliar de enfermería trabajara bajo la supervisión del médico o de la enfermera profesional. Hace poco se sugirió otra tentativa en que las auxiliares deberían reemplazar a los profesionales en algunas labores. En otras palabras, las auxiliares de enfermería deberían realizar algunas funciones en forma independiente. Este punto fue analizado por el Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, de la Organización Mundial de la Salud en su Noveno Informe (1961):⁵ "La necesidad de que con frecuencia el auxiliar actúe más como sustituto que como ayudante del profesional exige una dirección cuidadosa que no le dé tanto la impresión de obedecer por disciplina como la de estar bien respaldado".

En la actualidad debe reconocerse que, aunque a veces el personal auxiliar de enfermería trabajará bajo la supervisión directa de un médico o una

⁵ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.* 212, 8.

enfermera profesional, en otras ocasiones tendrá poca supervisión o trabajará solo.

Hay que admitir también que la auxiliar de enfermería se encuentra a veces en situaciones en que debe asumir el papel de supervisora de las trabajadoras auxiliares con menos experiencia. Para tener éxito en este papel ella misma debe saber desempeñar eficazmente los trabajos de rutina que por lo general se exigen de una auxiliar de enfermería, de modo que pueda supervisar en forma efectiva a aquellas que tienen menos preparación y experiencia en esas actividades.

Dichas consideraciones afectarán inevitablemente las funciones de la auxiliar de enfermería. Por lo tanto, deberá aceptarse que en su trabajo será a veces ayudante de la enfermera profesional, pero en otras oportunidades la reemplazará.

Administración

“La función de administración es el factor central del desarrollo de cualquier servicio: proporciona los medios para que se emplee de la manera más efectiva el conocimiento y la experiencia de aquellos que prestan el servicio”.

Este sólido principio puede ser aplicado en general. Sin embargo, debe reconocerse que hay grandes diferencias en la estructura administrativa de los servicios de salud de los diversos países, así como en los servicios de enfermería, dentro de sus características generales.

A pesar de las diferencias, las responsabilidades administrativas del personal de auxiliares de enfermería son similares en el nivel nacional y en lo que se refiere a la situación de trabajo. Durante el Seminario, dichas responsabilidades se discutirán en detalle para buscar el medio de *emplear en forma más efectiva* el conocimiento y la experiencia del personal de auxiliares de enfermería. Para lograrlo, se requiere comprender el arte de la administración y poner en práctica sus principios.

Para regular el empleo y adiestramiento del personal auxiliar de enfermería es necesario disponer de una legislación. Sin embargo, deberá discutirse previamente la posición del personal auxiliar de enfermería en relación con otros trabajadores de salud. Deberán proyectarse los rumbos futuros en la forma más vasta posible para evitar frecuentes rectificaciones.

Normas y reglamentos

Las normas nacionales respecto al personal auxiliar de enfermería deberían basarse en un análisis como el que se sugiere en este trabajo, y deberían

darse a conocer y ser puestas en práctica en la situación de trabajo, donde se debería considerar cuidadosamente la esfera de acción y las responsabilidades de las auxiliares de enfermería. El personal administrativo de enfermería más antiguo debería guiar a las que trabajan en las salas o en los centros de salud, en todo lo que se refiera al papel y trabajo de la auxiliar de enfermería. Esto debería quedar en claro mediante una descripción de su trabajo que defina explícitamente sus actividades, responsabilidades y esfera de trabajo. Dicha dirección debería considerar su *status* y el reconocimiento que se merece. Exteriormente, incluiría algunos detalles como los uniformes, las insignias y los títulos. Los planes y los reglamentos sobre estos puntos deberían ser trazados por la institución o agencia. Cuando se aclaren estos puntos, se podrá situar a la auxiliar de enfermería como un miembro reconocido y útil del equipo de enfermería y de salud.

Supervisión

Una vez que se han trazado los planes en relación con el personal y éste ha sido seleccionado, se puede poner en práctica la supervisión dentro del proceso de administración.

La supervisión es de especial importancia en lo que se refiere a la auxiliar de enfermería misma y por esto debería ser útil examinarla desde dos aspectos: la supervisión desde el punto de vista de (a) la auxiliar adiestrada recientemente y (b) la auxiliar con experiencia. En ambos casos, debe recordarse que *la función esencial de la supervisora es la de amiga y maestra*.

La enfermera profesional debe estar familiarizada con el plan de estudios a que debe someterse *la auxiliar de enfermería recientemente adiestrada* y, por lo tanto, con el conocimiento del tipo de experiencia que debe poseer. De este modo, deben existir interrelaciones adecuadas entre la institución de adiestramiento y la institución del servicio que acoge a la nueva funcionaria, para permitirle intercambiar información sobre la competencia individual de aquellas que han completado su adiestramiento.

La supervisora así informada debe ayudar a orientar a la recién llegada sobre la institución y su labor. La administración del servicio de enfermería, junto con el departamento del personal (si lo hay), debe informar sobre las condiciones de empleo y trabajo, cuando se contrata el nuevo personal. La supervisora de enfermería debe asegurar que la recién llegada reciba la debida información y tenga la oportunidad de conocer su nueva residencia. Podría ayudarla una empleada ya instalada, hasta que se familiarizara con la institución.

La responsabilidad de la enfermera supervisora está especialmente relacionada con el tipo de trabajo que desarrolla la auxiliar de enfermería.

La *descripción del trabajo* de la auxiliar de enfermería podría orientar a la supervisora. En un principio, la enfermera supervisora debe tratar, en lo posible, de observar el trabajo de la auxiliar de enfermería y darle oportunidad para que haga preguntas. Como la enfermera supervisora tiene otras responsabilidades administrativas, debe delegar algunos de sus deberes de supervisión en sus colegas más jóvenes, guiándolas al mismo tiempo para que evalúen el trabajo de la auxiliar de enfermería y la ayuden.

La nueva auxiliar es un miembro del equipo de enfermería que puede estar formado por la enfermera jefe de sala o la supervisora del servicio de enfermería de salud pública, el personal de enfermería y, con toda probabilidad, las alumnas de enfermería y aquellas que se dedican a estudios posbásicos de enfermería. Además, la auxiliar de enfermería debe mantener contacto con el personal médico y tal vez con algunos terapeutas y trabajadores técnicos y domésticos. Como parte del proceso de orientación debe proporcionársele alguna instrucción sobre la cooperación con los profesionales y no profesionales.

Cuando el período de orientación ha permitido que la auxiliar de enfermería forme parte del equipo, la enfermera supervisora puede preocuparse de los detalles de su trabajo y ayudarla a subsanar cualquier falla o vacío dejado por el programa de adiestramiento. Debe recordarse que la práctica supervisada del aprendiz no garantiza la competencia ni la confianza adquirida por la auxiliar de enfermería en sus funciones. Debe dársele oportunidad a la recién llegada para que realice una práctica variada en las múltiples situaciones del trabajo diario. La labor del personal auxiliar de enfermería tiende, por naturaleza, a limitarse al trabajo de rutina, pero como estas labores se realizan a menudo en situaciones diversas, la enfermera supervisora y otras enfermeras tituladas deberían ayudar a la auxiliar de enfermería a adaptar sus experiencias a las diferentes condiciones de los enfermos o familiares que atiende. Además, se le debería alentar a hacer sugerencias.

La enfermera supervisora debe estar alerta para identificar a aquellas auxiliares que posean aptitudes especiales y ayudarlas, si fuera posible, a someterse a un adiestramiento profesional. Esto no debe hacerse con ligereza y debe recordarse que, por diversos motivos, sólo un pequeño porcentaje de auxiliares de enfermería son candidatas adecuadas. Algunas están a veces limitadas por lagunas en su educación general, por la edad o porque carecen de interés.

La labor de la enfermera supervisora es algo distinta en lo que se refiere a la *auxiliar de enfermería con experiencia*. Deberá estimular su interés y alentarla para que adquiera conocimientos nuevos. Es humano tender a la rutina, pero la buena supervisora, como profesora, debe estar constantemente alerta

para mantener viva la curiosidad intelectual, y evitar que el trabajo de la auxiliar de enfermería se convierta en un ejercicio mecánico y rutinario. El interés potencial de la enfermería, centralizado como está en el ser humano, es inmenso—abierto a todas sus infinitas variedades y no al mero desempeño rutinario de sus tareas. La enfermera supervisora y el director del servicio de enfermería deben despertar el interés por los cursos de actualización en todas las actividades asociadas con la educación en servicio, como conferencias en las salas del hospital o de la clínica, para mantener vivo el interés y promover los conocimientos de la auxiliar de enfermería.

Al analizar su papel vimos que la auxiliar de enfermería asume a veces funciones de supervisora. La enfermera supervisora, mediante su apoyo y su guía, ayudará a que la auxiliar de enfermería con experiencia comprenda el significado de la supervisión y cómo podrá ella, a su vez, con tacto y en forma efectiva, supervisar a sus colegas con menos experiencia.

Educación y adiestramiento en servicio

Para asegurar que la auxiliar de enfermería llegue a ser un miembro de confianza del equipo, la preparación previa es esencial y debería ser complementada, a su debido tiempo, con la educación en servicio. La institución que emplea este personal debe facilitar la educación en servicio; este es un proceso continuo dirigido a estimular el interés del personal, a fin de mantenerlo al día en los nuevos adelantos y, en consecuencia, mejorar el servicio de enfermería.

Si se emplean auxiliares de enfermería inexpertas, es absolutamente esencial que reciban un adiestramiento en servicio bien organizado. El adiestramiento debe ser sencillo y claro—parecido al sistema de adiestramiento industrial—pero debe insistirse en que la auxiliar de enfermería trabaja con seres humanos y se le debe recordar constantemente este aspecto de su trabajo. Existe, hasta cierto punto, el peligro de que el adiestramiento en servicio ponga más énfasis en el equipo y en las actividades, que en los seres humanos, y ésto deberá evitarse.

Proporción de las categorías del personal

Es difícil determinar la proporción de personal de distintas categorías que se ha de contratar, así como la función que se le ha de asignar. Bajo condiciones ordinarias, la proporción deberá estar determinada por los recursos actuales, lo que no excluye la formulación de planes a largo plazo y de la política que se ha de seguir. Sería sumamente difícil calcular la proporción

adecuada para una región o un continente. Tanto la proporción como la función deben ser determinadas a nivel nacional y tal vez sólo al nivel institucional del presente.

Deberá evitarse en todo momento la multiplicación de categorías (que por lo general, se acompaña de una falta de definición de las funciones de las categorías individuales), porque ésto sólo produce confusión.

Adiestramiento del personal auxiliar de enfermería

Los requisitos de admisión deben determinarse según el número del personal auxiliar de enfermería que se necesita, las funciones que deben realizar y los recursos con que se cuenta. Si se establece un estándar muy alto, se presentarán pocas candidatas y se correrá el riesgo de que haya poca diferencia entre el programa de adiestramiento para el personal auxiliar de enfermería y el programa básico de educación para la enfermera profesional. Por otra parte, un nivel de ingreso muy bajo atraería candidatas incapaces de hacer el curso con éxito, provocando su frustración y la de sus profesores y rebajando los estándares. Los requisitos de admisión deben tomar en cuenta la aptitud física, mental y emocional, la adaptación del individuo a la comunidad local, su nivel de educación general y las posibilidades de progreso personal, tanto como pueda anticiparse.

Es aconsejable que más de una persona entreviste a la candidata, y es indispensable que esté presente el jefe de la institución de adiestramiento. En efecto, es preferible que las entrevistas sean realizadas por un pequeño comité para que se pueda obtener una evaluación conjunta.

En algunos casos la administración central acepta la responsabilidad de seleccionar a las candidatas que se envían después a las diversas instituciones de adiestramiento. Sin embargo, sería preferible que la institución de adiestramiento individual estuviera representada en el comité, ya que la opinión de los que están íntimamente relacionados con la enseñanza es valiosa.

Planeando el programa

Los programas de adiestramiento para el personal auxiliar de enfermería varían en cuanto a la manera de regularlos. Pueden estar bajo el control del Estado y darse como adiestramientos previos, o se pueden regular mediante organismos establecidos u organizaciones e instituciones privadas.

Cualquiera que sea la forma de control, ciertos factores ayudarían a decidir los detalles del programa. De este modo, las necesidades de la enfermería y el número de enfermeras profesionales disponibles ayudará a determinar

las funciones de la auxiliar de enfermería; y el análisis de las funciones que se espera que desempeñe ayudará a determinar el propósito del programa de adiestramiento y el contenido del curso.

Debe hacerse un análisis de las candidatas, ya que su tipo determinará el nivel y el estándar del curso que se dará. Además, un análisis indicará, por ejemplo, si habrá que incluir temas generales en el programa, tales como el idioma que se usará en la instrucción o el que usarán las personas que trabajarán con las enfermeras auxiliares.

Es de mucha importancia saber quién estará disponible para supervisar el trabajo de la auxiliar de enfermería, así como quién estará a cargo de su enseñanza. La disponibilidad de personal capaz de supervisar es uno de los factores que nos ayudarán a determinar el número de candidatas que debe seleccionarse para adiestramiento y no podrá ser muy numeroso, a fin de que el personal de supervisión realice una tarea efectiva. El índice maestra/estudiante debe ser constante en relación con la enseñanza teórica y práctica. En primer lugar, al iniciar un nuevo programa es de sabia precaución comenzar más bien con el menor número de personal por adiestrar.

Al iniciar un programa de adiestramiento es esencial considerar si va a ser un programa de tipo general o especializado—o sea, si el programa estará destinado a preparar auxiliares de enfermería en general o para trabajar en una especialidad. Debe considerarse también si el programa ha de constar de una base común, seguido de cursos especializados elegidos por las alumnas; éstas harían juntas la primera parte del curso y después se separarían de acuerdo con la especialidad. Tales problemas fundamentales deberían resolverse antes de que se estudiaran los cursos y su contenido.

Cuando se planifica en detalle el contenido del curso, los factores enumerados más arriba deben ser tomados también en cuenta. Cada curso técnico debe estar destinado a presentar en forma clara la información en la que de hecho la auxiliar de enfermería basará su trabajo con los individuos. Deberá recordarse siempre que el trabajo de la auxiliar es de naturaleza práctica y que es esencial integrar en cada etapa la teoría y la práctica, lo que puede lograrse mediante alguna demostración y práctica en la sala de clase (aunque esto debería mantenerse al mínimo) y, en particular, por medio de prácticas en la clínica y en el campo de la salud pública, cuidadosamente supervisadas. La integración de la teoría y la práctica requiere la ayuda de buenos profesionales en el campo de la práctica: ya sean instructores clínicos, que forman parte del personal de la institución de adiestramiento, o personal del servicio de enfermería que reconoce su papel de maestra.

Como ya hemos visto, mientras el personal auxiliar de enfermería se preocupa de prestar un servicio básico de enfermería, deberá poder comprender también las necesidades no físicas de los pacientes y sus familiares. Por lo tanto, es esencial proporcionar cursos que den a la alumna el conocimiento

fundamental del individuo como un ser humano y sus necesidades en la enfermedad y la salud. Desde el principio, la auxiliar de enfermería deberá considerar a su paciente como una persona y no como un caso. Deberá también dársele la oportunidad para comprender la comunidad en que trabaja y de la cual vienen sus pacientes y sus familias. Conociendo la comunidad, la auxiliar podrá ser capaz de ofrecer un servicio valioso en educación para la salud e información sobre los recursos de la comunidad.

Al discutir las funciones hemos considerado también la necesidad de que la auxiliar entienda su propio papel y el de los demás miembros de los equipos de enfermería y de salud. Esta comprensión debe formarse por medio de cursos planeados que describan brevemente la posición y los deberes de los diversos miembros del equipo y la relación de la auxiliar de enfermería con ellos. Se aconseja también realizar cursos sobre la práctica de medios sencillos de comunicación.

Deberá prestarse especial consideración a la práctica en el terreno y a los recursos que ofrece. En ausencia de un área de práctica adecuada, podrá ser necesario instalar salas de hospital para demostraciones o centros de salud en los que las alumnas puedan obtener experiencia práctica.

Otro punto en que deberá insistirse está relacionado con la práctica en el terreno. Cuando la alumna tenga que trabajar con los estudiantes de un programa de enfermería básica se impone la necesidad de planificar y organizar sus actividades debidamente. Muchas funciones que aprenderá a realizar como alumna la futura auxiliar de enfermería son las mismas que estará aprendiendo la estudiante de enfermería básica. Para evitar confusión en su trabajo y en sus relaciones, y considerando el futuro trabajo de equipo, la práctica de la auxiliar y la de la estudiante deben ser cuidadosamente organizadas y cada una debe ser alentada a comprender el futuro papel de la otra.

Métodos de enseñanza

El punto esencial de la enseñanza es la necesidad de presentar el tema en forma clara para que la alumna lo entienda, tanto en el trabajo práctico como en el teórico. Se exigirá un mínimo de teoría y debe insistirse en las demostraciones, en el uso de medios audiovisuales y en el trabajo bien supervisado de práctica en el terreno.

En los cursos destinados a desarrollar las actitudes y experiencias que permitan a la auxiliar de enfermería atender las necesidades no físicas de los pacientes y sus familiares, y en los que le ayudarán a desempeñar su papel en el trabajo de enfermería del equipo de salud, se requerirá muy poca, si acaso alguna, enseñanza didáctica. Dichos cursos deberían emplear métodos

de discusión, desempeño del papel, etc., a fin de presentar y desarrollar las actitudes, la conducta y las habilidades que necesita la auxiliar de enfermería en su trabajo. Debería tenerse presente que la auxiliar puede tener dificultad para expresarse verbalmente y por lo tanto necesitará ayuda para formular preguntas y exponer sus problemas. Cuando se planea el nivel del curso y el tipo de material que se ha de presentar, se deberían tener en cuenta estas consideraciones.

El ámbito de las funciones de la auxiliar de enfermería no tiende a ser muy amplio; pero ella ha de desempeñar múltiples tareas en diversas situaciones y para distintos tipos de personas. Por lo tanto, la instrucción que se le dé se aprovechará mejor si se extiende a situaciones diversas en que la auxiliar tenga que aplicar distintas habilidades.

El programa cuyo material nace de una situación real exige la cooperación estrecha del personal de enseñanza y de servicio y es esencial que trabajen en armonía. Ambos deberán comprender de manera realista los objetivos del programa en relación con los conocimientos, la conducta, la actitud y las habilidades que se esperan de la alumna al final de cada curso y del programa total.

Evaluación

Es esencial evaluar la actuación teórica y práctica de cada alumna a diferentes intervalos por medio de pruebas, tareas, etc., y los resultados deben ser amistosa y cuidadosamente discutidos con cada individuo. Del mismo modo, en el terreno de la práctica deberían discutirse los informes y evaluaciones de su actuación, para que la futura auxiliar de enfermería pueda apreciar su progreso y comprender los puntos en que necesita realizar un esfuerzo especial.

Si se puede mantener el contacto entre las auxiliares de enfermería recién adiestradas y las que han sido responsables de su supervisión, habrá oportunidad para que el personal de enseñanza evalúe la eficacia del programa y haga los cambios necesarios en su planeamiento y contenido.

La institución encargada del adiestramiento, y su personal docente

La institución misma puede o no ser un internado. En cualquier caso deberá tener acceso al sitio donde se realiza la práctica. Si es internado, debe proporcionar muchas oportunidades para desarrollar actividades extra curriculares y para demostrar la higiene y el cultivo de las buenas relaciones bajo condiciones normales de la vida comunal externa. Además, ha de

brindar oportunidad tanto para recreación como para el estudio. Es probable que en el grupo de alumnas haya gran diferencia de edades e intereses y ésto debe tomarse en cuenta cuando se consideran sus diversos contactos en la vida diaria. El tener una celadora competente o una jefe de la residencia será de gran valor para la institución y de ayuda idónea para la directora.

Si la institución no es internado, deberá ponerse el transporte adecuado al servicio de las alumnas y del personal. Para la práctica en el terreno habría que reforzar los medios de transporte de la propia institución.

La maestra desempeña el papel más importante en el análisis final de las condiciones del programa de enseñanza. La selección apropiada del personal es, por lo tanto, de suma importancia, como lo es también la posición de la directora de la institución de adiestramiento, puesto que a la vez que enseña tiene funciones administrativas. Es un hecho bien reconocido que una administración sólida origina una labor efectiva y un alto nivel moral del personal.

Hay consenso en el hecho de que la habilidad para enseñar es de mucha importancia cuando la formación académica y la capacidad intelectual de las estudiantes son limitadas. Estas alumnas necesitan ayuda individual y orientación especial. En estos casos, una relación satisfactoria de maestra/alumna puede significar la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Las maestras de las futuras auxiliares de enfermería deben ser capaces de establecer dicha relación, además de poseer un sólido conocimiento general de enfermería y una amplia experiencia, especialmente en el país o la región donde se encuentra la institución de adiestramiento. Deberán comprender los antecedentes culturales y sociales de la comunidad. Se debe preparar al personal de enseñanza en el arte de enseñar, abarcando distintos métodos de instrucción, como el uso de medios audiovisuales. Variando los métodos usados y sin aburrir a las alumnas, se debe insistir en un tema determinado, hasta asegurarse de que lo han entendido bien. Esto no sólo se refiere a la teoría sino también a la práctica, trabajo en que la maestra debe proporcionar a las estudiantes la oportunidad de practicar, bajo circunstancias diferentes, evitando así la enseñanza rutinaria.

El personal de enseñanza debe conocer muy bien el terreno de la práctica y debe poder iniciar y mantener buenas relaciones con los que trabajan allí.

El personal, ayudado por la directora de la institución de adiestramiento, debe tomar las medidas para mantener sus conocimientos al día y debe dársele la oportunidad necesaria para lograrlo. Sin duda, el mejor medio es una interrelación provechosa con los del servicio de enfermería, pero debe poder contar también con oportunidades especiales, tales como los cursos de actualización.

Hemos destacado la necesidad de que la directora de la institución de

adiestramiento posea capacidad para administrar y enseñar. Estas cualidades son también indispensables en el personal, quien debe tener la responsabilidad de organizar su propio trabajo y contribuir además al funcionamiento efectivo de la institución.

Conclusión

Este trabajo ha estudiado algunos aspectos y problemas relacionados con las funciones, preparación y empleo del personal auxiliar de enfermería. A pesar de que no se cuenta con soluciones fáciles, se ha tratado de indicar los tipos de consideraciones que se deben tomar en cuenta en circunstancias individuales, si va a intentarse cualquier enfoque nuevo para resolver algunos de los problemas con que nos enfrentamos en este campo.

En conclusión, puede decirse tal vez que cualquier tentativa nueva probablemente se basaría en un análisis cuidadoso, después de considerar muchos factores diferentes. Es posible que cada situación de enfermería (ya sea nacional, institucional o privada) requiera una solución especial, de acuerdo con distintos factores específicos. No se obtendrá ninguna solución sin considerar el trabajo de todo el personal que contribuye a la tarea de enfermería—tarea que debe ser estudiada en relación con la medicina y su progreso futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Barnes, E.: *People in Hospital*. Londres: Macmillan & Co., Ltd., 1961. 155 páginas.
- Brown, E. L.: *La profesión de enfermera y el personal auxiliar*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Cuadernos de Salud Pública No. 4, 1962. Págs. 9-38.
- Büchel, H.: "Les aides soignantes". *Veska* 2: 114-120, 1961.
- Elster, R.: "Die Pflegehelferein". *Die Agnes Karll-Schwester* 1: 29-31, 1962.
- Henderson, Virginia: *CIE Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 57, 1961. 56 páginas.
- Manchester Regional Hospital Board and the University of Manchester: *The Work of the Mental Nurse*. Manchester University Press, Inglaterra, 1955. 154 páginas.
- Nursing Times*: "The Training of the Enrolled Nurse—Recommendations". 23: 749-750, 1961.
- Nussbaum, H.: *Training Course for Red Cross Nursing Auxiliaries and Voluntary Aids*. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja, 1955. 237 págs.
- Orem, D. E.: *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1959. 165 págs.

Organización Mundial de la Salud: *Comité de Expertos en Enfermería—Informe de la primera sesión*. Serie de Informes Técnicos No. 24. Ginebra, 1950. 40 págs.

———: *Expert Committee on Nursing—Second Report*. Serie de Informes Técnicos No. 49. Ginebra, 1952. 20 págs.

———: "Nursing: A Survey of Recent Legislation". *Int. Dig. Hlth Leg.* Vol. 4, No. 4. Ginebra, 1953. Págs. 463-497.

———: "Midwives: A Survey of Recent Legislation". *Int. Dig. Hlth Leg.* Vol. 5, No. 3. Ginebra, 1954. Págs. 433-482.

———: *Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica—Primer Informe*. Serie de Informes Técnicos No. 105. Ginebra, 1956. 48 págs.

———: *Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar—Tercer Informe*. Serie de Informes Técnicos No. 109. Ginebra, 1956. 21 págs.

———: *Principios de administración aplicados a los servicios de enfermería*, por H. A. Goddard. Serie de Monografías No. 41. Ginebra, 1959. 115 págs.

———, Oficina Regional para Europa (Copenhague):

"Team-work in nursing services". Informe de un seminario realizado en Istanbul, 17-30 de octubre de 1954. Ginebra, 1955. 76 págs.

"The Nurse in Industry". Informe de un seminario de OIT/OMS realizado en Londres, 25 de abril-4 de mayo de 1957. Copenhague, 1957. 79 págs.

"The Nurse in the Psychiatric Team". Informe de un seminario realizado en Noordwijk, 4-15 de noviembre de 1957. Copenhague, 1959. 136 págs.

"Public Health Nursing". Informe de una conferencia, realizada en Helsinki, 6-19 de agosto de 1958. Copenhague, 1959. 37 págs.

"Nursing Administration". Informe de una conferencia realizada en Bad Homburg, 11-20 de noviembre de 1959. Copenhague, 1961. 48 págs.

———, Oficina Regional para Asia Sudoriental (Nueva Delhi):

"Auxiliary Nursing". Informe de una conferencia regional realizada en Nueva Delhi en 1958. Nueva Delhi, 1959. 35 págs.

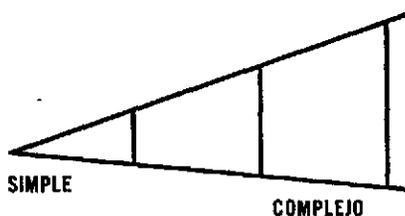
"Evaluation of Training Programmes for Auxiliary Health Personnel in the South-East Asia Region". Conclusiones y recomendaciones emanadas de una discusión técnica que se llevó a cabo durante la decimotercera sesión del Comité Regional para Asia Sudoriental. Nueva Delhi, 1960. 11 págs.

ENFERMERIA—¿CUAL ES SU SIGNIFICADO?*

Lydia E. Hall†

Los médicos no tienen médicos auxiliares . . . no los necesitan . . . ¡tienen enfermeras!

Las charlas y lecturas sobre la enfermería revelan sus múltiples facetas. Para algunos, la enfermera es el comodín de todos los “oficios”; para otros, la enfermería representa una sucesión o prisma de funciones, que va desde lo simple a lo complejo.



Al analizar más a fondo esta idea, resulta cada vez más fácil confundir las funciones con los deberes y las actividades. Una *función* simple es aquella que involucra unos cuantos factores que deben tomarse en cuenta antes de emitir un juicio sobre el cuidado de enfermería que debe prestarse. Según la representación gráfica de la enfermería, las “funciones”, los “deberes” y las “actividades” se dividen entre el personal de enfermería, cuya educación varía desde la simple a la compleja, encabezando todo el equipo la que posee una mejor preparación. Si pudiéramos guiarnos por el “prisma gráfico”, ésta sería una organización lógica de los servicios. El concepto revela la suposición de que la enfermería es por naturaleza vocacional, puesto que el énfasis principal reside en el *trabajo que debe realizarse* y en la manera como éste debe repartirse entre una jerarquía de trabajadores. Si la enfermería organizada y el público están satisfechos con el concepto de la enfermería vocacional no podemos oponernos a este criterio. Sin embargo, al considerar más de cerca esta idea vemos que está en desacuerdo con el hecho de que *no*

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Canadian Nurse*. El texto original, “Nursing—What Is It?”, apareció en la antedicha revista, Volumen 60, No. 2, febrero de 1964, págs. 150-154.

† La Sra. Hall (M.A.) es Directora del Centro Loeb para Enfermería y Rehabilitación del Hospital Montefiore, Nueva York.

hay nada simple en lo que a pacientes se refiere, pues éstos son seres humanos complejos, o en lo que se refiere a una enfermera, que también es un ser complejo que se encuentra envuelto en los complejos procesos de la enfermedad y la salud en una complicada relación de ayuda.

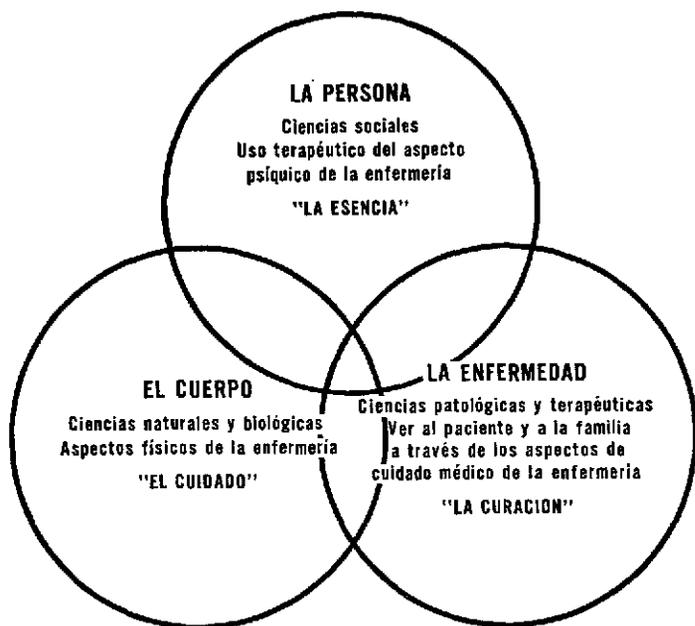
Podría bosquejarse un cuadro diferente que reflejara la enfermería si se mantuviera la convicción de que es un proceso profesional. Para diferenciar los procesos de la enfermería de los de otras profesiones, podríamos imaginarnos tres círculos superpuestos, cada uno de los cuales representa un aspecto del proceso en relación con el enfermo, con las ciencias que lo asisten y con las principales dinámicas filosóficas.

El cuidado

Uno de estos aspectos se refiere solamente a la enfermería; los otros dos se comparten con otras disciplinas. El primero, el aspecto exclusivo de enfermería, consiste en proporcionar al paciente el cuidado solícito y la atención personal que ofrece la oportunidad de un mayor acercamiento. Debe considerársele esencialmente como un proceso de relación interpersonal. Este proceso íntimo abarca el cuidado corporal de los pacientes: al bañarlos, alimentarlos, arreglarlos, vestirlos, desvestirlos, cambiarlos de posición y acomodarlos en la cama. Sólo la madre o aquellas que la reemplazan en la comunidad intervienen en estos procesos. Es la enfermera la que se considera como una experta, la maestra de las madres tanto en clase como en charlas individuales.

La enfermera que cuida solícitamente al enfermo sin creerse su madre está en camino del ejercicio profesional. Los pacientes pueden llegar a confundirla con la “madre”, pero *ella*, si ha de ser útil, debe tener una idea clara de su identidad. Puesto que la enfermera es también un ser humano, puede, sin comprender el problema, confundir al paciente, digamos con “el padre”—si el paciente es un hombre. Si ninguno de los dos aclara su posición, parecería que la enfermera resulta ser “la madre de su padre”—una relación tan imposible y antinatural como es de imaginarse!

Si la relación interpersonal se inicia de este modo, se convierte más bien en una fantástica figura ilusoria que en una realidad productiva. Corresponde a la enfermera saber quién es. Su plan de estudios deberá incluir experiencias que puedan ayudarla en este sentido, de manera que esté en libertad de aceptar al paciente tal como es y donde esté, y usar sus conocimientos para ayudarlo a aclarar “su propia identidad”. Este aspecto de cuidado solícito considera de interés principal el bienestar del paciente y si esto es comprendido, se ha logrado la finalidad más importante.



La curación

El segundo aspecto del proceso del cuidado del enfermo es compartido con la profesión médica. Puede abordarse el aspecto médico de la enfermería considerando a la enfermera como una asistente del médico quien, a su vez, es responsable de la atención médica, del diagnóstico, prescribe el tratamiento y evalúa los progresos del enfermo. Visto desde este aspecto, se deduce que la profesión médica delega en la enfermería algunos "deberes", "actividades" y "funciones" médicas. "Delegar" puede ser el término incorrecto, ya que la profesión de enfermería rara vez participa en el planeamiento. Los médicos, ocupados y sometidos a presiones de trabajo, aumentan cada vez más las funciones de las enfermeras y éstas aceptan sin discutir las responsabilidades adicionales.

Podemos también analizar este aspecto de la enfermería considerando a la enfermera como la que ayuda al paciente a través de toda la atención médica, quirúrgica y de rehabilitación. ¿Ayuda la enfermera al paciente o al médico? En realidad ayuda a los dos, pero el enfoque y la calidad de la atención que presta van cambiando de acuerdo con el concepto que tenga de ellos. Tanto en el aspecto médico como en el del cuidado solícito personal, la enfermera *interviene* en la atención al paciente. Sin embargo, el interés principal varía desde el positivo de "alentar" hasta el negativo de "evitar el dolor". In-

vestigando, y escudriñando sobre la aparición de las señales y los síntomas; pinchando, introduciendo “cuerpos extraños”, técnicas dolorosas, etc., en el terreno de los tratamientos delegados, crea una aureola de “doliente” en potencia, opuesta a la aureola de consoladora en potencia que se crea durante todo el proceso de alimentación y del cuidado solícito.

¿Y qué sucede con el potencial de acercamiento? La mayoría de las personas se sienten inclinadas a desempeñar el papel de consoladores. Si la enfermera no teme al acercamiento y está bien preparada para desempeñar su papel en el tercer aspecto del cuidado, del enfermo—el proceso de ayuda que comparte con todos los profesionales—permitirá que el paciente utilice este acercamiento para lograr su mejoría y rehabilitación.

Antes de discutir en detalle el tercer aspecto de la enfermería consideremos los dos primeros en términos de lo que *ha estado* sucediendo. Con el aumento de los descubrimientos en las investigaciones y su aplicación en la práctica médica, el aspecto médico de la enfermería ha crecido incesantemente de modo que era de esperarse algún cambio. Desapareció el proceso de cuidado solícito del enfermo que la enfermera delegó a su debido tiempo en manos de personal menos preparado, renunciando así gradualmente al papel de consoladora para reemplazarlo por una mayor dedicación “al dolor”.

Del mismo modo que la enfermería hace frente a una escasez de enfermeras, así la medicina sufre de escasez de médicos y, lo que es más interesante, los médicos no cuentan con médicos auxiliares. *No los necesitan . . . tienen enfermeras.* Es interesante también el hecho de que la mayoría de las enfermeras, al delegar en otras funciones del cuidado solícito del enfermo, prefieren ser médicos de segunda clase que enfermeras de primera. Esta es la prerrogativa de toda enfermera. Y si se siente mejor desempeñando este papel, ¿por qué no hacerlo?

Una buena razón que se le puede dar a más y más enfermeras sobre “por qué no hacerlo” es que los enfermos reciben de las enfermeras profesionales asistencia médica de segunda clase y de las auxiliares atención de enfermería de segunda clase. Algunas de ellas preferirían que el público recibiera atención de enfermería de primera. Guiando al paciente durante la asistencia médica sin renunciar a prestarle el cuidado solícito, se logrará la oportunidad única que ofrece el acercamiento personal para promover el mejoramiento y rehabilitación del paciente. Esta oportunidad fracasa por dos razones: una, la obvia, de que no existe el proceso del cuidado solícito y tampoco se logra el acercamiento. La otra, menos obvia, considera el aspecto físico del cuidado un medio para mantener limpio al paciente, promoviendo de este modo la higiene personal como una finalidad. Con esto, se da muy poca importancia al mayor aporte profesional que la enfermera podría dar para el bienestar del paciente.

La esencia

Para cuidar la "persona" del enfermo debemos aprovecharnos lo más libremente que podamos de las ciencias sociales como lo hiciéramos en el pasado de las ciencias naturales y biológicas. Hace ya mucho tiempo que no se acepta al enfermo como un cuerpo, como un ente enfermo. Considerar al paciente como una persona con un *yo* enfermo también, pone de manifiesto la expresión a menudo usada muy superficialmente: "los enfermos son seres humanos". ¿Qué significa esto en la realidad? ¿Que cuidamos de "toda la persona"? Esta frase es usada someramente y en la práctica resulta vacía. Es imposible cuidar a una persona más allá de lo que ella nos permite. Si le dejamos utilizar nuestra libre oferta de acercamiento, no sólo nos permitirá que lo conozcamos mejor sino que él se permitirá *verse* mejor a sí mismo, y podrá, con excelente enfermería profesional, emerger como "un individuo completo"—en ese caso mejorará y según algunas escuelas, permanecerá sano. Además, en el proceso de explorar con dicha enfermera—quién es, dónde está, dónde quiere ir y si acepta o no la ayuda para llegar allí—el paciente hará progresos rápidos hacia su restablecimiento y rehabilitación.

Para que la enfermera se emplee terapéuticamente, debe ayudársele, mediante la educación en enfermería, a conocerse a si misma de modo que sus inquietudes personales no interfieran con las investigaciones que el paciente realiza acerca de las inquietudes que *él* tiene. Además, sus experiencias a través de las ciencias sociales facilitarán el desarrollo de la pericia interpersonal que permitirá al paciente *ser*, y de este modo, participar en afrontar, resolver y prevenir sus problemas de salud.

Identificación de los sentimientos

Trabajar con el paciente como persona implica reconocer la importancia tanto de *sentimientos* como de conocimientos. La psicología y otras ciencias de la educación nos han demostrado que el aprendizaje (los cambios de conducta) depende más de los sentimientos que de los hechos. Por lo general, las personas se comportan de acuerdo con sus sentimientos y no con sus conocimientos. La persona generalmente no está consciente de estos sentimientos de modo que la conducta no está sometida a un control consciente. Sólo cuando se llega a tener conciencia de ellos se puede efectuar un control consciente. Y sólo cuando la persona sepa lo que siente, sabrá quién es.

Nuestra cultura ha tendido más a negar los sentimientos, que a aceptarlos, con excepción de los más neutrales. Estos últimos se expresan libremente, y

puesto que el *yo* no se niega de manera fácil, muchos de los sentimientos reprimidos yacen escondidos entre los que se expresan. La enfermera, cuya íntima relación con el paciente le brinda la oportunidad de conocer su manera de expresarse, puede ayudarlo a escucharse y encontrarse a sí mismo. Cuando la enfermera, por carecer de comprensión de sí misma, priva al paciente de dicha expresión y exploración, éste no puede participar de la relación como una provechosa experiencia de aprendizaje. Si la enfermera es una maestra, se interesará en facilitar al paciente sus expresiones verbales e *insistirá* en ellas, de modo que el paciente pueda oír lo que dice. Mediante este proceso podrá entenderse a sí mismo y comprender sus problemas—en cuyo caso, aprenderá muy pronto, es decir, que será él mismo quien cambie su estado de enfermedad a “salud”.

La psiquiatría nos enseña que los individuos pueden hacer tres cosas con sus sentimientos: expresarlos verbalmente, aprendiendo así a conocerse a sí mismos, a progresar y alcanzar una madurez emocional; reprimirlos y de este modo, expresarlos a través del malestar y la *enfermedad*; o convertirse en un psicótico. La ansiedad es la mayor sensación de enfermedad; la persona se siente amenazada, pero es incapaz de identificar la amenaza. Sólo si se le ayuda a identificarla correctamente podrá afrontarla en forma real. Tolerará mejor el temor si conoce la amenaza, que la ansiedad producida por una amenaza no identificada. No es extraño que, molestando por la ansiedad, el paciente a menudo confunde la amenaza y la acomete en forma irreal, por ejemplo, mediante fobias, enfermedad y aun crimen.

La ansiedad, más allá de un período determinado, es extenuante para todo el organismo y sus funciones. Prepara el individuo para luchar o para desaparecer. Sin embargo, en nuestra cultura, luchar es cruel y desaparecer, cobardía—de modo que *quedamos atrapados en nuestras propias inquietudes hasta llegar a un funcionamiento deficiente y, con el tiempo, patológico*. Existe un uso más productivo para estas inquietudes que una enfermera profesional puede poner al alcance de los enfermos. La energía que se produce puede utilizarse para explorar los sentimientos y participar en la lucha para encarar y resolver los problemas que fundamentan el estado de ansiedad. La expresión de los sentimientos por parte del paciente y la reflexión de éstos, por la enfermera que está con el paciente, lo invita a enfrentarse con sus preocupaciones a su propio ritmo.

Sólo en la medida que la enfermera permita al paciente ser natural, podrá éste encontrarse a sí mismo y, al mismo tiempo, hallar la solución a su problema. El cuidado de enfermería receptivo, sin juicios, brinda al paciente el medio emocional necesario para mirar las cosas de este modo, y a través de esta visión, el paciente puede ver y comprender. A medida que entiende mejor “quién es” se tolera mejor. Aprende a quererse “tal como es” y así

aprende a amar a los demás como a sí mismo—una de las características principales del individuo emocionalmente maduro.

La enfermera que se conoce puede, por esto, amar y confiar lo suficiente en su enfermo para trabajar *con* él en forma profesional en vez de *por* él en forma técnica o vocacional. Su finalidad deja de estar ligada a “la utilización de sus elementos de enfermería”, o a su preocupación “por aplicar sus elementos de enfermería para que el paciente haga lo que ella quiere” o “para entender al paciente para manejarlo mejor”. Al contrario, se preocupará de “cuál es el problema” y “cómo puedo ayudar al paciente a comprenderse a sí mismo”, a medida que trata de afrontar y resolver su problema.

De este modo, la enfermera reconoce que el poder para curar reside en el paciente y no en ella. Se satisface y se enorgullece de su habilidad para ayudarlo a abastecerse en esta fuente de poder, para su crecimiento y desarrollo constante. Llega a trabajar en forma grata cooperando con los miembros de otras profesiones, mientras engrana su contribución con las de ellos en un programa conjunto de atención y rehabilitación.

PREPARACION PARA SUPERVISAR A LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA CERTIFICADAS*

Etta H. Rasmussen†

El plan básico de estudios de la enfermería profesional debe y puede ser modificado para que incluya los vastos conocimientos y la práctica realista que se requieren para preparar estudiantes que supervisen a la auxiliar de enfermería certificada.

En los Estados Unidos de América, la legislación sobre la práctica de la enfermería en la mayoría de los Estados se refiere especialmente a la supervisión del trabajo de la auxiliar de enfermería certificada§ por parte de una enfermera profesional, un médico o un dentista. Nos ocuparemos aquí sólo del caso de la enfermera profesional titulada. Debe señalarse que el término "enfermera profesional", en su significado legal, se aplica a cualquier enfermera titulada, ya sea que haya terminado un programa de enfermería de dos años universitarios (*associate degree*), un programa de tres años (*diploma course*) o cuatro años de universidad (*degree*). No podemos considerar sólo el plan de estudios de la última porque, según las leyes vigentes, cualquier enfermera profesional que trabaja con una auxiliar de enfermería certificada es responsable de su supervisión.

Aunque tal vez no exista ninguna dificultad para que las enfermeras profesionales acepten, en general, esta responsabilidad, persiste sin embargo el problema de su preparación en este sentido. Las dudas e incertidumbres con respecto a las funciones de la auxiliar de enfermería certificada se reflejan

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "Preparation for Supervising Licensed Practical Nurses", apareció en dicha revista, Volumen 10, No. 7, julio de 1962, págs. 472-475.

Nota: Aunque este trabajo se refiere específicamente a la situación en los Estados Unidos de América, contiene muchos puntos de vista que se pueden aplicar a la formación de enfermeras en la América Latina. Se pone énfasis en la necesidad de preparar la enfermera profesional en su curso básico para asumir la responsabilidad adicional de supervisar a las auxiliares de enfermería.

† La Srta. Rasmussen (St. Mary's School of Nursing, Rochester, Minnesota; M.S. State University of Iowa, Iowa City) es Profesor Asociado en la Facultad de Enfermería, Universidad del Estado de Iowa, y Profesora de Enfermería en la División de Educación Vocacional del Departamento de Enseñanza Pública del mismo Estado.

§ Se entiende por este término, la auxiliar de enfermería adiestrada en un curso reconocido en su país, al final del cual recibe un certificado y obtiene una licencia para ejercer.

en los numerosos informes de que no se les designa una función de acuerdo con sus capacidades y, a la inversa, que se espera de ellas un rendimiento superior a su preparación. Por lo tanto, la enfermera profesional debe estar preparada para guiar y supervisar a las auxiliares de enfermería certificadas. La incorporación de este tipo de preparación en el plan de estudios básicos de la enfermera tendría varias razones a su favor. La más importante es la relación de dicha supervisión con una práctica digna, legal y moralmente definida en términos de ética profesional. Es importante también porque está interrelacionada con el empleo eficiente de los funcionarios, inclusive la preocupación por la moral del personal y la distribución del trabajo de acuerdo con la capacidad de cada miembro.

Lo que se ha hecho

Mediante programas en servicio y a través de organizaciones profesionales, se han realizado osados esfuerzos para interpretar el papel de la auxiliar de enfermería certificada y para responder a las frecuentes consultas sobre las funciones y responsabilidades que legalmente le corresponden. Aun reconociéndose en su totalidad el valor de estos esfuerzos y la constante necesidad de que se realicen, es evidente que el problema persiste. La inclusión del contenido adecuado en el plan de estudios de la enfermería debe proporcionar uniformidad y estabilidad al campo de la supervisión y guía de la auxiliar.

Antes de que intentemos identificar este contenido, debemos reconocer que muchos programas de estudios básicos incluyen tanto la preparación sobre la manera de dirigir un equipo de trabajo, como nociones de supervisión, y hay que admitir que las graduadas de dichos programas poseen algunos de los conocimientos necesarios para guiar y supervisar a otros. Pero, con frecuencia, estas graduadas no han adquirido la preparación necesaria para supervisar debidamente a la auxiliar certificada. Esto se explica por el hecho de que en el aprendizaje sobre la dirección de equipo y las funciones administrativas elementales, la auxiliar de enfermería es considerada sólo una funcionaria más dentro de la categoría general auxiliar a quien la enfermera profesional debe supervisar. El término "personal auxiliar" en general incluye a los ayudantes y ordenanzas, en cuyo caso, se da muy poco énfasis a los dos factores que diferencian a la auxiliar de enfermería certificada de los demás trabajadores. El primero es obvio—la auxiliar tiene un año de preparación formal, en un programa de enfermería práctica aprobado para ella. El segundo factor—el hecho de que posee licencia para practicar un tipo de enfermería definido por la ley—debería ser también obvio, pero aún no se interpreta bien. Estos factores no pueden pasar desapercibidos si la auxiliar

de enfermería certificada va a ser empleada con provecho y debidamente guiada. El no tomarlos en cuenta al preparar las enfermeras profesionales, sólo agravaría los problemas existentes.

Algunas actividades esenciales

La función total de la enfermera profesional para guiar y supervisar a la auxiliar de enfermería certificada incluye numerosas actividades que requieren información específica sobre las auxiliares, además de la que ya existe en el plan de estudios básicos de enfermería. Las actividades esenciales que deben ser incluidas son:

1. Seleccionar a los pacientes que deberán estar a cargo de las auxiliares.
2. Seleccionar las labores de enfermería que deberán desempeñar las auxiliares certificadas mientras ayudan a las enfermeras profesionales.
3. Observar cuanto sea necesario y posible el trabajo de la auxiliar a medida que lo realiza.
4. Guiarlas tan de cerca como sea posible para realizar las labores de enfermería.
5. Evaluar la atención prestada en relación con las necesidades del paciente.
6. Seguir guiándolas, no sólo a través de la evaluación realizada por la enfermera profesional, sino también a través de la discusión en que la auxiliar hace observaciones sobre su propio trabajo, tanto desde el punto de vista de las necesidades del paciente como de su propia capacidad.

Mientras está en la escuela de enfermería la estudiante profesional adquirirá la mayoría de los conocimientos necesarios para desarrollar estas actividades; por ejemplo, conocer a los pacientes para determinar sus necesidades, y conocer el trabajo de enfermería para poder seleccionar las labores que asignará a los demás. Cuando la enfermera profesional se prepara para trabajar en equipo aprende también principios básicos de distribución de funciones, orientación, observación y evaluación. Los conocimientos adicionales que ella necesita si va a adquirir idoneidad en la supervisión de auxiliares certificadas, se relacionan específicamente con este grupo y con la enfermería auxiliar.

La selección del trabajo que deberá asignarse y su distribución—de hecho, todas las actividades supervisoras—están basadas en el conocimiento que la enfermera profesional tenga del trabajador a quien asigna la tarea. La estudiante que se está preparando para guiar y supervisar a la auxiliar de enfermería certificada necesita comprender los factores singulares del trabajo que afectan la interacción de las auxiliares certificadas y las enfermeras pro-

fesionales. Entre éstos se incluye el desarrollo histórico de las dos vocaciones y la semejanza de su función básica pero no así de su función total; la enfermería auxiliar como actividad relativamente nueva; la falta de exactitud en la definición de funciones y el problema del *status*.

Esta enseñanza deberá ser tan completa que permita a la enfermera profesional apreciar la naturaleza y el origen de estos factores y la capacite para reconocer e identificar la influencia que ejercen en todo momento en la relación enfermera profesional-auxiliar certificada.

Seis nuevos aspectos sugeridos

A este respecto, el contenido del plan de estudios no necesita ser muy extenso ni requiere un curso adicional o instrucciones especiales. Debe planearse de modo que refleje el aspecto de la responsabilidad que la enfermera profesional tiene hacia la enfermería auxiliar. Como exploración inicial se sugiere los siguientes puntos, divididos en seis grupos generales que no son necesariamente unidades consecutivas sino más bien aspectos que pueden ser incorporados a otras experiencias de aprendizaje que ya se encuentran en el plan de estudios básicos. Al entretrejerse estos aspectos, o "hilos", en el plan de estudios actual, servirán de guía para que la estudiante de enfermería profesional logre su objetivo, cual es la preparación adecuada para supervisar la auxiliar de enfermería:

El **Hilo I** incluye la comprensión y apreciación de la filosofía de la profesión de enfermería que ha reconocido un segundo nivel de trabajo en vez de sólo uno suplementado con funcionarios auxiliares capaces de realizar ciertas labores de enfermería, pero sin prestar cuidados de enfermería.

Con el **Hilo II** se da a conocer el *status* legal de la auxiliar de enfermería certificada y el de la enfermera profesional titulada en relación con el trabajo de la auxiliar certificada.

Con el **Hilo III** se desarrolla la comprensión de los dos papeles de la auxiliar de enfermería certificada.

El **Hilo IV** incluye información que lleve a la comprensión del nivel de preparación de la auxiliar certificada y las características principales del plan de estudios de la enfermería auxiliar.

El **Hilo V** considera lo que implica supervisar personas del grupo de edad de la enfermera certificada, con sus antecedentes educativos, sociales y económicos y sus posibles problemas de *status*.

El **Hilo VI** aumenta la capacidad de la estudiante para mantener una comunicación eficaz con la auxiliar certificada sobre el cuidado del paciente y los reglamentos de enfermería, proporcionándole el ambiente necesario para que la auxiliar encuentre apoyo, orientación e interés para trabajar.

El **Hilo I** debe proporcionar la base histórica de la carrera de la enfermería auxiliar, los factores sociales, culturales y económicos y las caracterís-

ticas del *status* actual de la enfermería auxiliar. Cabe mencionar aquí que, después de la Segunda Guerra Mundial, la organización de enfermeras profesionales reconoció que no había suficientes enfermeras profesionales para hacerle frente a las demandas de los servicios de enfermería, por lo que promovió la preparación de auxiliares e inició la legislación que les daría *status* legal. Las enfermeras profesionales aprobaron voluntariamente esta legislación como un deber profesional por el bienestar general, haciéndose responsables de la labor de la auxiliar de enfermería.

Es preciso aclarar el significado que en otra época tenía el término “auxiliar”, el cual designaba a la enfermera no adiestrada, y el efecto que la palabra—con todas sus implicaciones—ha tenido hoy día en lo que se refiere a la aceptación de la enfermera auxiliar. Es aquí donde tenemos gran necesidad de recurrir a los principios que rigen la semántica general, a fin de lograr, como dice Wendell Johnson, “deshacernos de un significado”. (1) Quizás resultara poco apropiado el término “enfermera auxiliar” cuando ya éste se había adoptado para distinguir una persona no adiestrada y no aceptada profesionalmente dentro de un determinado grupo.

Sin embargo, mucho más desafortunado es el hecho de que, entre algunas enfermeras profesionales prevalece el sentido original de la expresión. El término “enfermera auxiliar” aún *se interpone* entre las enfermeras profesionales y su aceptación realista y evaluación objetiva de la auxiliar como una persona adiestrada. Es necesario advertir a las alumnas de que existe este problema y hacerles comprender su razón de ser. La enfermera joven no sólo debe conocer estos antecedentes para así poder evitar confusiones cuando una enfermera profesional más antigua se refiera con menosprecio a las “auxiliares”, sino también para comprender el problema y, finalmente, eliminar esa actitud.

Aunque se ha progresado mucho en el sentido de aceptar a la auxiliar de enfermería, basta oír los comentarios de las enfermeras profesionales y las preguntas surgidas en las reuniones nacionales, estatales y locales para comprender que se está muy lejos de lograr que las auxiliares sean aceptadas en todo el país. Si desde el momento en que empieza sus estudios de enfermería la enfermera profesional recibe información acerca de los acontecimientos históricos y semánticos, adoptará una actitud realista, comprenderá mejor la responsabilidad que tiene con respecto al trabajo de la auxiliar certificada, y podrá orientar y ayudar a la auxiliar en situaciones difíciles.

En este terreno puede enseñarse la diferencia entre “enfermería” y “desempeñar algunas tareas de enfermería así como la importancia de esta distinción en lo que se refiere a las demandas actuales por servicios de enfermería.

Exponiéndolo de manera sencilla, la “enfermería” es el arte de servir, que

comprende la formulación de juicios sobre la extensión y naturaleza de las necesidades individuales de asistencia; el "desempeño de la enfermería" implica la ejecución de tareas específicas asignadas a las trabajadoras auxiliares por la persona adiestrada en enfermería. La auxiliar posee la preparación que le permite formarse ciertos juicios sobre las necesidades diarias de los enfermos; por lo tanto, es capaz de prestar cuidados sencillos de enfermería con el mínimo de supervisión inmediata, llenando así una necesidad que no puede ser satisfecha por los otros trabajadores auxiliares.

En el **Hilo II** se debe insistir en los hechos básicos del párrafo anterior aclarando que la licencia para ejercer que se otorga a la auxiliar de enfermería certificada tiene el mismo objetivo que la de la enfermera profesional —la protección del público.

Es necesario explicar y discutir otras semejanzas de las leyes relativas a los dos niveles de enfermería. Ambas asignan responsabilidades y permiten realizar el cuidado del enfermo. Ambas confieren *status*, identificando legalmente a la persona que ha cumplido con requisitos específicos para cuidar enfermos. En esencia, estas leyes difieren en las condiciones que establecen y en el tipo de atención al enfermo que les permite realizar.

La enfermera profesional encargada de supervisar a la auxiliar necesita conocer acerca de ésta los tres hechos siguientes: a) que posee ciertos requisitos mínimos de educación, b) que ha completado un programa en una escuela de auxiliares de enfermería aprobada por un Estado, y c) que ha rendido satisfactoriamente un examen para obtener su licencia. Esta información de ninguna manera es en sí suficiente, pero puede servir de base para iniciar la evaluación de la capacidad de la auxiliar certificada. Se debe aconsejar a la estudiante de enfermería profesional que se informe sobre los requisitos de admisión, la aprobación de las escuelas por las juntas de enfermería, y los exámenes para obtener la licencia. Las asignaciones escolares que giren alrededor de estos puntos brindarán a la alumna la oportunidad de investigar las fuentes de información y al mismo tiempo le darán experiencia, lo que reduciría la incertidumbre e inseguridad con las que tropieza la enfermera profesional joven que asume la responsabilidad de supervisar a la auxiliar de enfermería certificada.

Otro punto principal de diferencia reside en las definiciones de los tipos de enfermería que se les permite ejercer a la enfermera profesional y a la auxiliar de enfermería certificada. Comprender estas diferencias es aún más difícil que comprender la preparación y los requisitos legales de la auxiliar de enfermería certificada. En este sentido, las definiciones sobre la práctica de la enfermería establecidas por el Comité sobre Legislación de la Asociación Americana de Enfermeras y las observaciones que las acompañan, proporcionan una fuente básica para el desarrollo de la enseñanza. La

enfermería auxiliar se define así:

El desempeño remunerado de actos seleccionados para el cuidado del enfermo o del herido, bajo la dirección de una enfermera profesional, un médico o un dentista, que no requieran la especialización, el juicio y los conocimientos que exige la enfermería profesional. (2)

Debe insistirse en tres frases de la definición de la enfermería auxiliar: a) "actos seleccionados", b) "bajo la dirección de una enfermera profesional, un médico o un dentista" y c) "que no requieran la especialización, el juicio y los conocimientos que exige la enfermería profesional". Las dos primeras aportan las principales diferencias entre los dos niveles de la enfermería. La tercera sirve de guía para seleccionar los servicios, pero si no se logra discernimiento adicional, no responde a la necesidad de muchas enfermeras profesionales de tener una guía específica para determinar qué tipo de trabajo de enfermería puede asignarse a la auxiliar certificada. La mencionada explicación señalaba que la "*Declaración de las funciones de la auxiliar de enfermería certificada* aprobada por la Asociación Americana de Enfermeras y la Federación Nacional de Auxiliares de Enfermería Certificadas, es la autoridad principal para interpretar la definición legal de enfermería auxiliar". (3)

Aunque la Declaración provee una lista de funciones, se aplica específicamente a la labor de la auxiliar de enfermería certificada sólo por el uso de los términos siguientes: "bajo supervisión," "ayudar" y "seleccionar los procedimientos de enfermería en aquellas circunstancias en que no se requiera un juicio evaluativo profesional". Sin estas frases limitadoras, las funciones anotadas abarcan todas las áreas de responsabilidad de la enfermería profesional, excepto "aconsejar al enfermo", "mantener la salud o prevenir la enfermedad en los demás" (y esto se sobreentiende) y "supervisar y enseñar a otros funcionarios". (4) No es mi propósito criticar la definición de la práctica de la enfermería ni la declaración de funciones, sino destacar la importancia de estas frases limitadoras. La enfermera profesional debe basar sus juicios sobre la delegación de responsabilidades del trabajo de enfermería a la auxiliar de enfermería certificada en la interpretación exacta de las definiciones anteriores.

La estudiante puede evaluar la diferencia entre la educación profesional y la vocacional comparando la profundidad, la amplitud y la presentación de los principios de la enfermería en los programas de estudio de las auxiliares de enfermería y en los de las profesionales. La experiencia nueva y continua de aprender y aplicar dichos principios ayuda a la estudiante a realizar la citada evaluación y la lleva a identificar su responsabilidad de supervisar y designar las tareas a las auxiliares certificadas, como un aspecto más en el cual es necesario desarrollar un criterio profesional. Debe contribuir a

aumentar la comprensión general de la estudiante sobre la calidad de su propia preparación.

La incorporación de este hilo en el plan de estudios debe tomar en cuenta nuevos patrones de experiencia para analizar la posición de la enfermería, evaluar las necesidades de los enfermos y poder medir el grado de complejidad, estabilidad y otros factores que ayuden a determinar el nivel de conocimientos, de habilidades y juicio necesarios para cuidar a los diversos pacientes. Para obtener informaciones específicas la estudiante debe referirse a las *Guías para el desarrollo de los programas de estudio para la educación de las auxiliares de enfermería* (6), que podrán también ser de gran utilidad para el cuerpo docente cuando elaboren el contenido del plan de estudios aquí discutido.

La finalidad del **Hilo III** es demostrar la naturaleza de los dos papeles de la auxiliar de enfermería certificada y ayudar a comprender su razón de ser y a definir su posición dentro del campo total de la enfermería. En contraste con las primeras definiciones de la auxiliar de enfermería (que en general se describía como aquella preparada para cuidar del convalesciente y del enfermo crónico), las conclusiones del Consejo de Enfermería Auxiliar de la Liga Nacional de Enfermería y las Guías de la Oficina de Educación de los E.U.A. han fomentado el concepto de que la enfermera auxiliar debe ser preparada para desempeñar dos papeles. Estos son descritos por Neva Stevenson como "funciones que han estado siempre de manifiesto, pero que no han sido específicamente descritas". (6) Una de dichas funciones es cuidar al enfermo en forma independiente en casos relativamente libres de complicaciones," con un mínimo de supervisión inmediata por parte del médico del paciente". Su segundo papel es ayudar a la enfermera profesional en situaciones más complicadas. Estas descripciones están de acuerdo con la *Declaración de las funciones de la auxiliar de enfermería certificada*, antes mencionada, aunque la Declaración no se refiere específicamente a los dos papeles.

No hay nada único ni extraordinario en la evolución de las dos categorías de funciones de la auxiliar de enfermería certificada. La estudiante de enfermería profesional debe advertirlo de inmediato y relacionarlo con la demanda creciente de los servicios de enfermería. El desarrollo del concepto de dos tipos de funciones debe servir en especial para aclarar la responsabilidad de la enfermera profesional y además para resolver la dificultad de proporcionar "una lista de las tareas que puede desempeñar una auxiliar de enfermería certificada". Para el primer tipo de función dicha lista incluiría casi todas las acciones de cuidar al enfermo; y para el segundo, se limitaría a ayudar a la enfermera profesional de acuerdo con las indicaciones inmediatas para cada caso. En este momento se debe dar mayor énfasis al desarrollo del concepto de que las auxiliares certificadas *practican la enfer-*

mería—prestan cuidados que forman parte del trabajo de enfermería y del que las enfermeras profesionales son responsables.

El **Hilo IV** está reforzado por el informe sobre *Educación para las auxiliares de enfermería, 1960*, que enumera los hechos generales, cuantitativos y no evaluativos sobre los programas de la enfermería auxiliar en general. Este informe se basa en el estudio del cuestionario nacional de las escuelas de enfermería, llevado a cabo por el Departamento de Programas de Enfermería Auxiliar, de la Liga Nacional de Enfermería, con la ayuda del Servicio de Salud Pública de los E. U. A.

Junto con la lectura de dicho material, la estudiante se beneficiaría comparando el plan de estudios de una escuela de auxiliares de enfermería con el de su propia escuela. Tal comparación debe extenderse a los objetivos de los programas y de los cursos—inclusive los objetivos de las prácticas de laboratorio y de las experiencias clínicas—y por lo menos un estudio somero de los esquemas de los cursos, las listas de lecturas, tareas y demás. Como complemento de dicho proyecto, en las conferencias que se llevan a cabo con las alumnas para el estudio de casos, debe considerarse la forma en que podría utilizarse la auxiliar y la preparación que ella debería tener para cuidar de un determinado paciente, y cuales serían sus responsabilidades.

En el **Hilo V** la competencia parecería apropiada como parte de la experiencia de aprendizaje en la dirección de un equipo de trabajo. Así como en este nivel se espera que la estudiante ponga al servicio del paciente los principios de las ciencias de la conducta y la comprensión de los procesos de crecimiento, desarrollo y vejez, debe esperarse también que aplique los principios de las ciencias de la conducta para trabajar bien con las auxiliares de enfermería certificadas y los demás empleados. Es importante insistir en que éstos representan dos grupos diferentes, con habilidades, necesidades y problemas distintos. No debe ignorarse el penoso problema del *status*. Esta es una buena oportunidad para evaluar la comprensión, por parte de la estudiante, del desarrollo histórico de la enfermería profesional y auxiliar y el conocimiento fundamental de la conducta humana.

A menudo se presentan o se producen artificialmente situaciones que brindan a los grupos de estudiantes oportunidad para discutir cuestiones relativas a problemas de interrelaciones con las auxiliares certificadas de más edad que las enfermeras profesionales recién graduadas; la diferencia de preparación entre la enfermera vocacional y la profesional; posibles sentimientos de desigualdad en términos de obligaciones y salarios; relaciones apropiadas después del trabajo, y el significado de tareas y símbolos del *status*, como poner inyecciones, usar la gorra y la insignia, etc. A estas alturas, la estudiante no necesita hechos y conceptos nuevos, sino más bien aplicar lo que ya ha aprendido sobre las relaciones que mantendrá con las auxiliares certificadas.

El **Hilo VI** está supeditado a los cinco anteriores y a los principios básicos más destacados de la buena comunicación; es parte importante del programa. La estudiante de enfermería profesional necesita que se le brinde la oportunidad de poner en práctica estos principios a modo de aprendizaje en relación con la enfermería auxiliar. Ya al comienzo de sus programas de enfermería profesional se espera que la estudiante pueda identificar los problemas de comunicación con los pacientes, y durante su trabajo con las auxiliares certificadas, eso es importante también. La comprensión del nivel de preparación de la auxiliar certificada le ayudará a seleccionar el lenguaje apropiado para discutir con ella el cuidado del paciente y evitar dificultades de comunicación. En todo momento durante el cuidado del paciente, la enfermera profesional es responsable de interpretar los reglamentos del servicio de enfermería del hospital o institución al resto del personal que atiende al enfermo. Debe estar preparada para hacerlo, aunque a veces esta tarea se hace difícil.

Por último, y tal vez lo más importante, es que la estudiante debe estar preparada para asumir la responsabilidad de guiar, despertar el interés y desarrollar las potencialidades de la auxiliar de enfermería. La estudiante de enfermería profesional debe ser capaz de aplicar sus conocimientos sobre la técnica del aprendizaje; los factores que contribuyen a lograr la satisfacción en el trabajo; la necesidad de que se reconozca la cooperación, la iniciativa y el impulso para trabajar y, en especial, la necesidad de crear en la auxiliar certificada el sentimiento de pertenecer a un equipo de trabajo y formar parte de toda la labor de enfermería.

Fundamentalmente, el resultado de esta enseñanza debe ser el desarrollo de la capacidad para trabajar eficazmente con la auxiliar de enfermería certificada, poniendo en esta relación de trabajo, así como en la atención del paciente, verdadera fe en la dignidad y el mérito individual.

Secuencia de los hilos

El orden y la secuencia de los seis hilos, así como su contenido, variarán de acuerdo con cada programa profesional. Pueden ser incluidos en los cursos existentes empezando, por ejemplo, con el primer curso de introducción a la enfermería y culminando, en lo posible, en el último año, con prácticas en la dirección de equipos de trabajo. Pueden adaptarse y complementarse según las necesidades y los objetivos individuales. Se espera que las estudiantes de los programas universitarios sean capaces de examinar más a fondo los problemas de las interrelaciones, y de apreciar el efecto del cambio con respecto a la evolución de la enfermería auxiliar. Podrán también apreciar la importancia de estas interrelaciones en el desarrollo de las

potencialidades de las auxiliares en distintas fases del trabajo. El progreso constante de los programas de enfermería auxiliar depende de un cuerpo docente idóneo, y por lo tanto, las estudiantes universitarias deberán conocer las oportunidades que se les ofrece en los programas de educación de la auxiliar de enfermería.

Conclusiones principales

La incorporación de más información sobre la enfermería auxiliar en los programas básicos tendría una consecuencia importante: fomentaría de manera más realista la apreciación de la enfermería auxiliar como parte integral de toda la enfermería.

El grupo de enfermería auxiliar no se ha impuesto a la enfermería profesional, ni es una entidad rival separada o un "hijastro" adoptado por necesidad. Es un grupo a quien nosotras, las enfermeras profesionales, hemos creado para poder llenar nuestro cometido social y proporcionar buena atención de enfermería para todos. En vista de la trascendencia de este cometido, nuestra utilización, supervisión y dirección del grupo de auxiliares de enfermería certificadas debe estar basada en una amplia comprensión y una preparación plena.

REFERENCIAS

(1) Johnson, Wendell: *People in Quandaries*. Nueva York: Harper and Brothers, 1946. Pág. 204.

(2) Asociación Americana de Enfermeras (American Nurses' Association): *Definition of Nursing Practice*. Nueva York, 1959.

(3) *Ibid.*

(4) "Statement of functions of the licensed practical nurse. Approved by the American Nurses' Association and the National Federation of Licensed Practical Nurses". *Amer. J. Nurs.* 57:459, abril de 1957.

(5) U. S. Office of Education: *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*, por Dorothea E. Orem (Practical Nurse Education Series No. 2) Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1959. Págs. 80-83.

(6) Stevenson, Neva M.: "Roles of the Licensed Practical Nurse Should Determine Curriculum Design". *Nurs Outlook* 10:30-31, enero de 1962.

LA DIVERSIDAD DE PREPARACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y SU EFECTO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE*

Sor Charles Marie Frank†

Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Enfermeras Graduadas de Texas, celebrada en Houston, Texas, en abril de 1963.

A través del país y del mundo entero, las enfermeras le están prestando mayor atención al papel que se espera de ellas entre las disciplinas dedicadas a mejorar la salud. Un resultado de este esfuerzo es el haber concentrado la atención en una fracción de la necesidad total, cual es: el mejoramiento de la atención prestada al enfermo, especialmente en lo que se refiere a la atención, en un hospital o institución similar, de una persona física y mentalmente enferma. En tanto que este artículo se limitará a tratar la situación hospitalaria, deberá tenerse en cuenta que el carácter de continuidad implícito en el cuidado del enfermo comienza antes de su hospitalización y se prolonga más allá de su corta permanencia en la institución. Esa breve estadía y el cuidado que recibe posteriormente determinan el estado de salud de la cual el individuo gozará por muchos años.

Debido a la condición crítica del paciente y a la urgencia del tratamiento, no se puede permitir un planeamiento improvisado o descuidado de la atención de enfermería necesaria. La gravedad de la enfermedad tiene muy poco que ver con la calidad de la atención que se requiere. Cada caso de hospitalización tiene repercusiones en la vida del individuo. Por lo tanto, no pueden pasar desapercibidos ciertos factores que son importantes desde el punto de vista de un paciente postrado, por ejemplo, lo que significa para él la inseguridad del diagnóstico final, la eficacia o el fracaso del tratamiento, el daño residual o irremediable, el efecto en su familia, en sí mismo y en la sociedad. Hay que prestar el cuidado adecuado, de acuerdo con los recursos con que se cuente. Con respecto a este punto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Será posible prestar una buena atención de enfermería basada en la situación existente?

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *International Nursing Review*. El texto original, "The Effect of Diversity of Preparation of Nursing Personnel on the Quality of Patient Care", apareció en dicha revista, Volumen 10, No. 4, agosto de 1963, págs. 48-55.

† Sor Charles Marie Frank es Decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de América, Washington, D. C.

Al examinar esta cuestión nos enfrentamos con diversos postulados que generalmente han servido de base a nuestras actividades durante muchos años. Hay, por supuesto, excepciones aisladas. Dichos postulados son:

a) La enfermería se ha venido basando en el criterio de que la unificación en el cuidado del paciente únicamente puede lograrse a través de un solo tipo de persona preparada para ayudar al enfermo a satisfacer sus necesidades higiénicas inmediatas y cumplir con las órdenes del médico.

b) La enfermería ha estado destacando las tareas que deberán realizarse de acuerdo con las órdenes del médico y la rutina del hospital; las demás funciones tienen una importancia secundaria.

c) El método de la enfermería ha sido el aplicar el tratamiento prescrito desde el momento en que el paciente es admitido en el hospital, hasta que es dado de alta.

d) La enfermería ha seguido un enfoque impersonal en sus programas de adiestramiento, preocupándose en especial de la experiencia, el manejo de nuevos instrumentos, la introducción de nuevas rutinas, independientes de cualquier efecto predeterminado en el paciente y el personal.

Continuar con estos temas sería una pérdida de tiempo, implicaría volver a la práctica antigua, mirando siempre atrás.

Esperamos que algunos conceptos positivos y visionarios sobre nuestros problemas nos proporcionen nuevos campos de acción y mayor confianza, y nos permitan progresar en el camino debido. Dichos conceptos son:

a) La unidad se logra mediante una diversidad que tenga propósitos concretos. El más simple de los seres vivos es complejo. La enfermería es un servicio muy complicado y sólo puede funcionar unificando diversas actividades. Para atender las necesidades esencialmente humanas y terapéuticas del paciente se requiere la cooperación de numerosas personas.

b) Las funciones de las diferentes categorías del personal, más bien que sus actividades, son de la mayor importancia para lograr la unidad y la adecuada atención del enfermo. Las funciones específicas de la enfermera profesional son: evaluar las necesidades del paciente, planear su atención de enfermería, coordinar todas las diferentes actividades relacionadas con sus necesidades naturales y prescritas, y ayudar al personal a atender estas necesidades, mediante la comunicación, enseñanza y colaboración con el médico y otros miembros del equipo.

c) Cualitativamente, la atención de enfermería está relacionada con la salud integral de una determinada persona. La fase de hospitalización es sólo una etapa del *continuum*, y deberá verse desde este punto de vista.

d) Un enfoque personal para mejorar la atención de los pacientes hace hincapié en la educación en servicio, basada en conferencias sobre este tema, dirigidas por enfermeras profesionales que conocen las necesidades de algunos

tipos seleccionados de pacientes y que son, a la vez, expertas en su trabajo con ellos.

Mirando hacia el futuro, la apreciación de los conceptos anteriores con alguna referencia a prácticas pasadas, presentes y futuras, nos permitirá tal vez ahondar nuestra comprensión del problema y lograr algunas respuestas.

Distribución de funciones

La enfermería ha enfocado de diferentes maneras el problema de la diversidad. A veces, se han hecho tentativas fragmentarias para estudiar cada parte, separadamente. Debido a nuestra inexperiencia no vimos lo que ahora resulta muy obvio—los estudios sobre las actividades de la enfermería están bien orientados si conducen a una clasificación; es la clasificación la que se nos escapa. Las actividades han sido entregadas a personal de un nivel más alto o más bajo, a medida que se simplifican o se complican, o se produce una gran demanda. En enfermería hemos completado ahora el ciclo. Las actividades relacionadas con el cuidado del enfermo y la higiene de las habitaciones estaban a cargo de la auxiliar, quien las desempeñó hasta que surgió, hace poco menos de un siglo, la llamada enfermera profesional. Hasta la Segunda Guerra Mundial, la enfermera titulada asumió las funciones de la enfermera auxiliar no certificada. Desde entonces, y tal vez con reticencia, se las hemos devuelto a las auxiliares de enfermería, ahora adiestradas. A medida que la ciencia médica ha progresado y los instrumentos se han estandarizado, ciertas actividades, como tomar la presión sanguínea, administrar el tratamiento intravenoso, y los métodos de diagnóstico, se han confiado a la enfermera titulada, que se presume ha progresado en conocimientos y también en experiencia. Hemos sido liberadas del trabajo doméstico, de las tareas culinarias, de los servicios del aseo personal común y corriente del enfermo, actividades que toda una generación de enfermeras realizaron antes tan bien, además de cumplir con las limitadas demandas de la práctica de enfermería de su época.

Hoy día, en el vacío creado por esta nueva distribución de funciones, ha surgido la demanda para que la enfermera profesional realice funciones profesionales, como son evaluar las situaciones de enfermería, planear para hacer frente a las necesidades más complejas, coordinar los esfuerzos y colaborar como una asistente de médicos de la era atómica. Necesitamos con urgencia un enfoque de enfermería para la era atómica en tiempos de paz. Dicho enfoque exige un esfuerzo total para establecer un mejor servicio de enfermería, aunando muchos de los recursos para atender al paciente en forma unificada, como un todo.

Las buenas enfermeras se esfuerzan por satisfacer estas necesidades y a menudo tienen frustraciones. Sus esfuerzos no son reconocidos y con frecuencia su día está lleno de acciones inútiles, confusiones y contradicciones que producen cansancio físico y emocional. Existe también cierto tipo de enfermera cuyo símbolo es *el escritorio*. Por desgracia, tenemos enfermeras oficinistas en las salas de hospital. Una verdadera profesional está interesada en el cliente o en el paciente. Mediante una educación apropiada y aun con un poco de imaginación, una enfermera profesional se toma el trabajo de averiguar las necesidades inmediatas y mediatas de un paciente, de investigar todos los recursos y el personal comprometido en la situación y de coordinar hábilmente todas las fuerzas y los procedimientos en un todo unificado, vinculándolos con el único elemento unificador: *el paciente*. El trabajo puede dividirse pero el paciente y sus necesidades deben ser considerados como un todo.

Esta idea es apoyada por el Dr. Crosby, Vicepresidente Ejecutivo de la Asociación Americana de Hospitales, quien manifestó lo siguiente:

Creo que a la mayoría de la gente no le molesta que varias personas intervengan en un determinado proyecto. Hemos vivido mucho tiempo en una sociedad compleja e interdependiente y nos hemos acostumbrado a que diversas personas participen en una tarea. Sin embargo, la gente se disgusta cuando aparentemente las labores que algunas de ellas realizan no tienen sentido. No se trata de poner obstáculos a la especialidad—cuando se necesita. Todos están de acuerdo en que el médico de hoy no puede conocer el campo de la medicina en su totalidad. Se reconoce también que no es económicamente viable atender a todo tipo de pacientes—al ambulatorio, al agudo, al crónico—en el mismo tipo de servicio.

La gente también acepta la idea de que tiene que haber varios tipos de personal de enfermería, que tengan diferentes niveles de preparación, si el cuidado del enfermo se va a prestar de manera lógica, coordinada y comprensiva. Lo objetan sólo cuando demasiadas “enfermeras” duplican los servicios o, peor aún, cuando asumen la actitud de que “alguien más puede hacerlo”. Los enfermos necesitan atención y servicios eficientes. Ya sea dado por una o por 20 enfermeras; no importa, siempre que el paciente se sienta apreciado y tratado con respeto y comprensión.

La enfermera profesional asume, junto con los médicos del paciente, la responsabilidad final de la atención de enfermería del paciente; por lo tanto, debe transmitir a la auxiliar de enfermería, a la ayudante y a los demás, el interés por el paciente. Debe unir el equipo en un grupo armónico, en que cada uno de los miembros sabe exactamente lo que el otro está haciendo y por qué lo hace. Debe estar lista para atender directamente al enfermo cuando se requieran sus destrezas especiales. (1)

¿Debe la atención de enfermería centralizarse en el trabajo o en el paciente?

La tendencia a igualar la esencia de la enfermería con la realización de procedimientos se basa probablemente en nuestro propio limitado conoci-

miento, que nos llevó a simplificar en exceso la función de enfermería y el papel de la enfermera. Podíamos entender el procedimiento, ejecutarlo cuando se nos ordenaba, y terminar la tarea con la sensación de haber logrado nuestro propósito. Igual sucede cuando la persona que tiene cierta destreza manual realiza una buena disección. Se dice en broma que "la operación fue todo un éxito, pero el paciente murió". A menudo, cuando se trata de examinar el problema, se levantan voces exigiendo que afrontemos la realidad. Para que nos entendamos bien, quiero señalar que no hacemos frente a la realidad concentrándonos en incidentes aislados. La realidad exige discernimiento: saber y comprender lo que se debe hacer, por qué se hace, y prever hasta donde sea posible el resultado de la conducta y de la acción. Para muchas personas, la realidad consiste en afrontar los hechos de la vida. Es un hecho que las enfermeras necesitan revisar sus conceptos de enfermería y sus posibilidades para prestar un servicio de enfermería de buena calidad. Es urgente adelantar en el campo de la enseñanza y de la práctica. Nuestras antecesoras fueron valientes e intrépidas innovadoras de su tiempo. No hemos vivido de acuerdo con su espíritu dinámico. Para mejorar la atención del paciente ellas no se basaban en un enfoque individualista y centralizado. Para nuestras antecesoras, la especialidad tenía carácter secundario y era un medio incidental para impulsar su trabajo; ponían énfasis en la gente, especialmente en las enfermeras y en los pacientes. El ánimo está en los seres humanos, no en las cosas ni en las rutinas o en las tareas mecánicas.

En un informe reciente Scott se hizo las siguientes preguntas: ¿Por qué la enfermera se mantiene alejada de la enfermería? ¿Qué mantiene a la enfermera profesional alejada del paciente? La respuesta surge del examen de los datos inéditos de cerca de 200 estudios realizados con el propósito de identificar los problemas del personal de enfermería:

En general, los datos revelan que cerca de un cuarto o un tercio del tiempo del personal de enfermería se emplea en actividades que no requieren experiencia en enfermería. Además, sólo un poco más de la mitad del tiempo destinado a la enfermería lo emplea la enfermera en actividades relacionadas con el paciente. . .

De todo el tiempo disponible para el servicio de enfermería, cerca del 40%, como término medio, se empleó directamente con el paciente. Las enfermeras jefes de sala ocupan entre el 15 y el 20% de su tiempo con los enfermos, las enfermeras de plantilla entre el 34 y el 48% y las auxiliares de enfermería entre el 40 y el 68 por ciento. *Este tiempo incluye la atención prestada y la observación de la atención requerida. . .*

El grupo de enfermeras jefes emplea menos tiempo en actividades acordes con la pericia y el juicio que su trabajo requiere, que cualquier otro grupo del personal. En algunos casos, emplea menos de la mitad del tiempo. (5)

El espíritu de la enfermería es el conjunto del espíritu que cada miembro del personal aporta a su trabajo. Muy a menudo oímos hablar de los efectos fatales de la mecanización en el espíritu del hombre. ¿Es posible que la enfermería se haya afectado porque sus miembros aportaron un enfoque

individualista, centrado en la tarea y en la situación y no se han mantenido al día en los adelantos científicos y sociales? Esto está en desacuerdo con la misma sociedad en que vivimos. Prácticamente todas las tentativas sociales de nuestro tiempo están estructuradas en un esfuerzo cooperativo o esfuerzo de grupo. ¿Es el trabajo de equipo en enfermería una realidad?

En una exposición sobre la situación actual, "The Realities of Staffing", se establece lo siguiente:

La distribución del personal en los hospitales presenta un cuadro remendado producido por otras demandas de enfermeras. . . (2)

Las enfermeras eluden tímidamente las responsabilidades y creo que esto es comprensible. Deben asumir responsabilidades y deberes que en un tiempo estaban en manos de los internos. . . (3)

En el mismo trabajo, se dieron dos posibles soluciones al problema del personal y su efecto en la calidad del servicio prestado al paciente. Estos fueron:

. . . la adopción del sistema de equipos de enfermería fue mencionada por varios directores que buscan la solución para utilizar en mejor forma la experiencia del personal de enfermería. (4)

. . . Creemos que, mediante el sistema de equipo podemos llenar nuestras necesidades de personal de enfermeras de plantilla y auxiliares de enfermería. El problema más importante en el sector del trabajo en equipo es educar a la enfermera en su nuevo papel y ayudarla a mirarse como la que "presta cuidados de enfermería" en este nuevo grupo. En la actualidad, este parece ser nuestro mayor desafío. (5)

Estas tentativas exigen también un enfoque nuevo de la administración de los servicios de enfermería, que es tema aparte y demasiado amplio para tratarlo aquí.

Es necesario establecer que las enfermeras de todos los niveles observen el presente y miren al futuro, a fin de hacerle frente a las exigencias del a menudo mencionado "cambiante papel de la enfermera profesional de hoy". Ya es peligroso que vivamos de crisis en crisis o sigamos mal preparadas para ejercer las funciones que nos incumben de utilizar todo tipo de personal en un esfuerzo por darle al paciente una atención de buena calidad. El fracaso principal no es la diversidad del personal sino nuestra inhabilidad para usar el personal en forma efectiva y fusionarlos en un grupo unido, cuya finalidad sea brindar una atención de calidad. El objetivo es uno, singular, pero para alcanzarlo se requiere que el mayor número de miembros realice varias actividades diferentes.

El *continuum* en la atención del paciente

Ya está generalizada la idea de que un hospital no es una institución aislada sino una parte integral de todo el plan para mejorar los servicios de salud de la comunidad.

Dentro del hospital, el paciente ha dejado de ser un caso de diagnóstico aislado. Hay dos corrientes que afectan nuestro interés por planear el buen cuidado del paciente. La atención progresiva implica tanto el planeamiento externo como el interno. Crosby (6) analiza el aspecto externo en forma resumida:

El Servicio de Salud Pública de los E.U.A. ha dicho que el concepto de la atención progresiva al paciente se prolonga más allá del hospital, que el *continuum* de atención comienza y termina en el hogar, pasando por varias etapas intermedias.

En este *continuum*, el hospital desempeña un papel central. Debemos emplear todas las facilidades disponibles y trabajar para lograr una coordinación adecuada, en que el hospital desempeñe el papel de punto de reunión y de líder. En cierto modo, podemos decir que los hospitales y otras instituciones dedicadas a la atención de la salud están empezando a pensar en términos del "ser humano como un *todo*". . .

El aspecto interno se refiere a la manera más efectiva para hacer frente a las variables y complejas necesidades de los pacientes y reconoce que dichas necesidades deben atenderse mediante un planeamiento profesional. Este enfoque requiere imaginación e iniciativa de parte de cada enfermera profesional. Las normas estereotipadas no pueden satisfacer tales necesidades. La continuidad de la atención requiere servicios coordinados y comprensivos. El término "cuidado comprensivo" es una expresión que impresiona pero que no existirá a menos que se reconozca la necesidad de la atención de enfermería del paciente "como un *todo*", se planee, se coordine y se unifique en beneficio del paciente durante todo el tiempo que necesite dicha ayuda. El servicio de enfermería de calidad no es un producto derivado o accidental, es el resultado del planeamiento por parte de enfermeras competentes. El plan de atención de enfermería es el centro alrededor del cual se mueve, hacia donde va y se relaciona este planeamiento. Se deben tomar en cuenta la condición previa del paciente, sus necesidades actuales y el plan para la atención continua.

Un plan práctico que se ha ensayado en instituciones grandes y pequeñas, en servicios generales y especializados, se resume en la siguiente fórmula: (9)

$$(b \times d \times c \times) + m + n + h = \text{plan de atención de enfermería.}$$

b = componente biológico o físico, común al hombre.

c = componente cultural.

d = componente de diferencia individual.

× = desviaciones de lo normal para esa persona.

m = órdenes médicas o régimen médico.

n = medidas de asistencia de enfermería.

h = rutinas hospitalarias.

El componente biológico o físico se mide en términos de las funciones del organismo normal y sus desviaciones de lo normal para un paciente dado, a través de los informes escritos sobre el examen físico, los resultados de laboratorio, rayos X y otras pruebas de diagnóstico. Esto puede hacerse más o menos rápidamente.

Las diferencias individuales están relacionadas con las diversas etapas del crecimiento y desarrollo del hombre, desde la infancia a la vejez; con el nivel intelectual y su madurez emocional; con su actitud general y sus creencias. Algunos momentos de conversación con el paciente nos proporcionarán una guía.

Es más difícil analizar el componente cultural, debido a los antecedentes heterogéneos de nuestra población; sin embargo, una entrevista o una conversación inicial nos dará la información necesaria para nuestro plan. Por ejemplo, averiguaremos lo que se refiere a las costumbres alimenticias típicas del paciente, sus hábitos de higiene personal, los antecedentes familiares, sociales y religiosos, la ocupación de un día cualquiera, su actitud frente a los cambios de la vida que le impondrá su enfermedad. A la mayoría de los pacientes les agrada que se interesen por ellos y compartirán de buen grado dicha información.

Las órdenes del médico son las que probablemente ofrecen menos dificultades. Sin embargo, debe insistirse en la responsabilidad que la enfermera profesional tiene de observar los resultados del tratamiento y transmitir estas observaciones en forma precisa al médico y/o al personal paramédico.

Por desgracia, el eslabón más débil de toda la fórmula es el servicio de asistencia de enfermería, basado en las necesidades individuales del paciente, y en la prioridad de las necesidades, juzgada en términos de sólidos principios básicos del cuidado de enfermería que se presta a un paciente. Yo recomendaría las necesidades básicas que propone Virginia Henderson en su libro *CIE—Principios básicos de los cuidados de enfermería*.^{*} La responsabilidad del planeamiento, el uso y la evaluación de dicha atención descansan en la enfermera profesional. Esta es responsable de delegar, coordinar y unificar los servicios prestados por un gran número de personas que pueden y deben contribuir al cuidado del paciente.

Las rutinas del hospital afectan la atención al paciente. Estas rutinas deben examinarse a fin de averiguar hasta qué punto permiten y aun estimulan la buena atención que se presta al enfermo. Debe insistirse en la eficacia, no en la eficiencia. Se puede ser *eficiente* con las cosas, pero debemos luchar por alcanzar la *eficacia* en lo que se refiere a los *seres humanos*.

Cuando ya se tienen los elementos de la fórmula, se puede delegar la responsabilidad de fragmentos de ciertas actividades, identificar los componentes y hacer posible la evaluación final. Las reuniones o conferencias sobre la atención del paciente basadas en dicha fórmula, se convierten en algo más que una sesión informativa; cobran vida y, naturalmente, se prestan al análisis.

Ensáyese alguna vez como parte del adiestramiento en servicio en una sala de hospital seleccionada.

^{*} Versión en español por la Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica 57*, 1961.

Aumento y desarrollo de las capacidades

En la encuesta sobre "The Realities of Staffing" (2) una directora hizo el siguiente comentario:

La planificación de la educación en servicio es, a mi juicio, el punto de partida para el manejo de los problemas actuales—proporciona oportunidades educativas para mejorar las técnicas y los procedimientos, refuerza las comunicaciones, fortalece la unidad y alienta una conciencia de servicio.

Además de los programas de educación en servicio para ayudar a las enfermeras tituladas en su responsabilidad de supervisar al personal auxiliar, muchas directoras informan que los cursos de actualización han hecho volver a los hospitales a enfermeras que habían estado alejadas de la práctica durante varios años. (7)

El informe del Grupo Consultor en Enfermería del Cirujano General de los Estados Unidos manifiesta lo siguiente:

En enfermería, como en otros campos, los rápidos cambios de la ciencia y de la tecnología exigen una educación continua del personal y una buena orientación para los nuevos empleados. Dicha educación del personal se extenderá a todos los trabajadores, aun cuando su adiestramiento previo haya sido muy completo. (8)

En los programas de educación en servicio debe insistirse en el desarrollo del personal en lo que se refiere al mejoramiento de la atención del paciente. Por largo tiempo, nos hemos concentrado en los programas y en la solución del problema. Al mismo tiempo que la administración del hospital se aleja de una administración a través de la solución del problema y avanza hacia una administración a través del planeamiento, la enfermería debe aclarar sus conceptos sobre el cuidado del paciente como un *todo* y trazar los planes necesarios para encaminar sus esfuerzos para prestarle buena atención.

El programa común y corriente de la educación en servicio, mediante el cual el personal escucha conferencias, ve una película u observa la demostración de un vendedor, difícilmente merece el nombre de educación en servicio. Estas prácticas son complementos de un dinámico programa educativo; no son sustitutos.

En la llamada educación en servicio existen diferentes niveles. El adiestramiento en servicio se basa en las necesidades individuales relacionadas con las calificaciones para un trabajo, determinadas con anterioridad. Es el adiestramiento en destrezas específicas a fin de desarrollar habilidad para una determinada labor y actividad; se insiste en aumentar la eficiencia en el desempeño de trabajos rutinarios y eliminar ciertas deficiencias en destrezas.

La educación en servicio trata de ampliar el horizonte de la auxiliar de enfermería certificada, y de hacer de la buena auxiliar de enfermería o enfermera profesional una enfermera mejor, profundizando sus conocimientos y aumentando su destreza para mejorar el ejercicio de la enfermería. La filosofía de este tipo de educación es que representa un proceso progresivo

que tiende al mejoramiento de las enfermeras como grupo; hace hincapié en la habilidad, derivada de la educación y en la inteligente participación de grupo para alcanzar, en una situación dada, los objetivos de la enfermería y especialmente los objetivos profesionales. La educación en servicio se preocupa del progreso y del mejoramiento mediante la aplicación de los sólidos conocimientos y destrezas por parte de las participantes; no debe preocuparse de solucionar los problemas inmediatos, que pueden y deben considerarse en otro tipo de conferencias o de reuniones.

La educación continua caracteriza al profesional. En primer lugar, es una actividad individual destinada a evitar el estancamiento intelectual y la inconsciencia social u ocupacional. La continuación de la educación es una necesidad personal porque nuestra preparación inicial para la vida o para una profesión no intentó nunca ser definitiva. Las enfermeras deben asumir la responsabilidad de continuar su propia educación.

Los buenos programas de educación en servicio dan al personal la sensación de "pertenecer a un grupo", los alienta a mejorar la atención del paciente mediante su capacidad aumentada para trabajar, y mejoran las relaciones entre los diferentes grupos. De este modo, mejora el estado de ánimo y todos están satisfechos en el servicio. Si queremos mejorar la calidad del servicio de enfermería debemos contar con sólidos programas de educación en servicio.

Algunas conclusiones

De este breve ensayo sobre la influencia que ejerce la diversidad de preparación de personal de enfermería sobre la calidad del cuidado que se presta al paciente se deduce lo siguiente:

- Todo el personal de enfermería tiene la responsabilidad de prestar un servicio óptimo.
- Los progresos en el campo de la medicina y del medio social han hecho de la enfermería un servicio muy complejo. Para satisfacer las necesidades complejas fue necesario contar con distintos tipos de personal con diversa preparación. La totalidad de la labor de enfermería no puede ser desempeñada por una sola persona.
- Toda la responsabilidad de evaluar, planear, coordinar y valorar la atención de enfermería prestada al paciente descansa en la enfermera profesional en colaboración con el médico.
- A fin de desempeñar sus tareas y funciones en forma satisfactoria, las enfermeras profesionales deben concentrarse en el paciente. Asimismo, deben tener conciencia de grupo al emplear personal de enfermería.
- El cuidado que se brinda al paciente debe ser continuo. El hospital ya

no es una isla sino una parte integral de todo el esfuerzo de la comunidad por mantener la salud. El servicio de enfermería que no está organizado para atender en forma continuada al paciente está negándole el derecho de alcanzar su recuperación total. El plan del servicio de enfermería debe ser orgánicamente estructural, funcional y capaz de ser evaluado.

● Una educación en servicio encaminada a hacerle frente a las necesidades del servicio de enfermería y a mejorar el cuidado del paciente es fundamental para el trabajo de equipo y para el progreso del servicio.

Respuesta a la pregunta inicial

Al comienzo de este trabajo nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Será posible prestar una buena atención de enfermería basada en la situación existente, con la diversidad de personal que existe hoy?

La respuesta debe ser obvia. No sólo podrá lograrse, por medio de sólidas medidas administrativas, sino que *debe* lograrse. Aquella idea de que debe haber sólo un servicio y sólo una tarea es una imagen del pasado. El actual período de progreso científico y social ha tenido influencia en todos los aspectos de la vida, incluso en la enfermería. Las realizaciones de hoy se han logrado empleando la diversidad del grupo, bajo una orientación profesional, a fin de obtener una unidad de propósitos, que para nosotros se traduce en una excelente atención de enfermería para cada uno de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

- (1) Crosby, Edwin L.: "Co-ordination or Fragmentation". *Nurs Outlook* 11: 43, enero de 1963.
 - (2) "The Realities of Staffing". *Amer J Nurs* 62: 57, noviembre de 1962.
 - (3) *Ibid.*, pág. 58.
 - (4) *Ibid.*, pág. 60.
 - (5) Scott, Jessie M.: "Seeing Nursing Activities as They Are". *Amer J Nurs* 62: 57, noviembre de 1962.
 - (6) Crosby, *op. cit.*, pág. 42.
 - (7) "The Realities of Staffing". *op. cit.*, pág. 61.
 - (8) *Toward Quality in Nursing—Needs and Goals*. Informe del Grupo Consultor en Enfermería del Cirujano General. Washington, D. C.: Superintendent of Documents, 1963, pág. 101.
 - (9) Frank, Sister Charles Marie: "Viewing the Patient from the Stratosphere". *Nurs Outlook* 11: 62-65, enero de 1963.
-

EL CRITERIO DE UN HOSPITAL CON RESPECTO AL TRABAJO EN EQUIPO EN ENFERMERIA*

Dorothy F. Corona, Eunice E. Black†

El formular por escrito una filosofía y unos objetivos para el departamento de servicios de enfermería logró que su personal comprendiera, aprobara y pusiera en práctica el trabajo en equipo para atender a los enfermos.

A pesar de todo lo que se ha dicho y se ha publicado sobre el método de trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes, muchas enfermeras y administradores de hospitales aún no lo entienden. Esto lo pudimos apreciar en el Hospital Deaconess de Spokane, Washington, E.U.A., cuando nuestro plan de trabajo en equipo estuvo a punto de fracasar. Fue establecido en 1953; el adiestramiento en servicio había acompañado este esfuerzo pionero y se informó que funcionaba "bastante bien". ¿Por qué entonces estaban desalentadas las enfermeras jefes y las supervisoras y, en algunas ocasiones, quisieron retroceder al sistema de asignar funciones?

Se pidió ayuda al departamento de educación en servicio y su personal se reunió con el personal administrativo del servicio de enfermería, con el propósito de estudiar algunos de los problemas. El estudio reveló que había muy poca unanimidad de opinión sobre lo que significaba la atención de enfermería, lo que esta atención abarcaba, y mucho menos en lo que es un equipo de enfermería. Las enfermeras de plantilla, las enfermeras jefes y las supervisoras tardaron casi un año en ponerse de acuerdo sobre la definición de enfermería que se da a continuación:

La atención de enfermería es una parte integral del plan de salud basado en una relación individual entre la enfermera y el paciente, lo que comprende saber interpretar las necesidades y los deseos psicológicos y sociales del paciente. La evaluación y la "referencia" (*referral*) forman parte de este plan.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "One Hospital's Approach to Team Nursing", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 7, julio de 1963, págs. 506-507.

† La Sra. Corona (B.A. Whitworth College, Spokane, Washington, E.U.A.; M.N., Frances Payne Bolton School of Nursing, Western Reserve University, Cleveland, E.U.A.) es Directora del Servicio de Enfermería y de la Escuela de Enfermería, Deaconess Hospital, Spokane, Washington, E.U.A.

La Srta. Black (St. Luke's School of Nursing, Spokane, E.U.A.) es supervisora a cargo de educación en servicio en el Deaconess Hospital, y es candidata al grado de licenciatura en Whitworth College, Spokane, Washington, E.U.A.

El arte de la enfermería abarca la aplicación de los principios básicos de enfermería y el ejercicio de la pericia para resolver los problemas, a fin de ayudar al paciente a pasar del estado de dependencia al grado máximo de su propia capacidad. La enfermería comprende, además, la prevención y el cuidado de la enfermedad y la deformación, así como la promoción de la salud de la comunidad.

Se usó entonces esta definición como guía para desarrollar y formular por escrito la filosofía y los objetivos del servicio de enfermería y algunas semanas más tarde el mismo grupo de enfermeras, jefes y supervisoras, realizó un seminario de trabajo de dos días, para discutir la "relación de la enfermera profesional con la filosofía y los objetivos de la atención de enfermería de este hospital". Trabajaron en grupos y resumieron los informes en una declaración que titularon "El papel de la enfermera profesional". La declaración que sigue se incorporó a la filosofía y en los objetivos del servicio de enfermería.

La enfermera profesional está capacitada para evaluar las necesidades del paciente y para asignar y delegar funciones que aseguren, en lo posible, una buena atención de enfermería. Posee sólidos conocimientos de los principios básicos y es capaz de aplicarlos a una buena práctica de enfermería, empleando las técnicas científicas para solucionar el problema.

La enfermera profesional orienta y ayuda a la auxiliar de enfermería en el cuidado del paciente, con quien se comunica en forma efectiva, manteniendo buenas relaciones interpersonales y públicas. Colabora en la enseñanza del paciente y demuestra su deseo de aprender participando en la educación en servicio.

La enfermera profesional se ha enfrascado de tal modo en los procedimientos de rutina de la enfermería que es limitado el tiempo que destina a la enseñanza del paciente, a la supervisión de su cuidado y a comunicarse con él.

Este grupo sugiere aumentar, en los servicios de enfermería, el número de personal auxiliar competente, bien adiestrado, lo que le permitirá dedicar más tiempo a aquellos pacientes que necesitan el apoyo y la atención de una enfermera profesional.

La discusión de la declaración, de los elementos básicos de enfermería y de la actitud de la enfermera frente a las labores señaladas, le ayudó al grupo a reconocer de inmediato la necesidad de realizar un trabajo en equipo. Surgió entonces la cuestión de cómo encontrar un número suficiente de enfermeras profesionales que pudieran dirigir en forma eficiente un equipo de enfermería. La respuesta se hizo evidente: No hay disponible este tipo de enfermeras. La solución obvia es adiestrar enfermeras que estén empleadas en la actualidad.

El departamento de educación en servicio, responsable de la preparación en servicio, se unió con las enfermeras jefes y las supervisoras para elaborar un plan que permitiera al personal de enfermeras de plantilla llegar a convertirse en buenas líderes de equipo. Después de aprobar el contenido a ser estudiado, el grupo de planeamiento elaboró un curso simple de cinco sesiones que comprendió la filosofía del trabajo de equipo en enfermería y el papel de la líder del equipo y de los miembros.

La primera clase

En la primera sesión debería discutirse a fondo el papel de la enfermera jefe y el concepto de la atención de enfermería, poniendo énfasis en el paciente. Se suplementaría la discusión con diagramas de organización y estructura.

En la segunda sesión se discutirían las técnicas sobre la comunicación tanto verbal como no verbal. Esta sesión se destinaría al análisis de los principios y objetivos de la entrevista y especialmente al desarrollo del diagnóstico de enfermería. Seguiría a la discusión una reproducción en cinta grabada sobre una entrevista con el paciente para que el equipo pudiera apreciar su valor.

La tercera sesión estaría relacionada con uso de planes escritos sobre la atención de enfermería, refiriéndose especialmente a la formulación y al registro de dichos planes. La identificación de los problemas evidentes y los disimulados, los conocimientos y actitudes que deberá poseer la enfermera para realizar un plan eficazmente podrían demostrarse mediante la discusión y el papel que desempeña. El grupo discutiría las implicaciones y los enfoques para resolver los problemas y conocer las necesidades de los pacientes.

El grupo pensó que la sesión anterior podría ayudar a la enfermera a comprender mejor los diferentes aspectos del trabajo de enfermería, cómo evaluar las necesidades de los pacientes de acuerdo con los miembros del equipo y cómo delegar el trabajo. En este punto podría insistirse en una de las etapas más importantes del trabajo en equipo—las líderes deberían compartir los informes con los miembros del equipo de enfermería.

La sesión final debería destinarse al análisis de la conferencia sobre atención de enfermería. Para destacar los objetivos de la conferencia y los papeles del miembro del equipo y de la líder del mismo, podría emplearse la reproducción en cinta grabada de una conferencia en equipo.

La instructora de la educación en servicio opinó que el contenido aprobado podría darse en cinco horas de clases, distribuidas en sesiones semanales de una hora, si se lograba una participación máxima. Por lo tanto, se decidió limitar la asistencia a seis miembros seleccionados y nombrados por las supervisoras.

Algunas revisiones

Las primeras clases sirvieron como experiencia piloto y su evaluación indicó la necesidad de hacer algunos cambios. El más importante se derivó de la solicitud de las asistentes al curso de prolongar las clases, permitiéndoles

profundizar el material considerado más esencial. Por lo tanto, el curso se prolongó a seis sesiones semanales de una hora cada una. Se aumentó además el número de las asistentes, a ocho enfermeras por sesión. No disminuyó con esto la eficiencia ni la participación individual.

Al término de la segunda serie, se advirtió un mejoramiento del índice de progreso del curso. Se modificó de nuevo el curso para hacer algunos cambios pequeños en la distribución de su contenido durante las seis semanas; se exigió como condición de trabajo a todas las enfermeras tituladas del hospital la asistencia a una serie de clases. Estas se realizaron durante el horario de trabajo del hospital y se organizaron para que pudieran tomar parte las enfermeras de los tres turnos. Las que tenían turno de mañana y tarde asistieron a clases entre las 2:30 y 3:30 p.m. y aquellas que tenían turno de noche, entre las 10:30 y las 11:30 p.m.

Evaluaciones

A medida que el curso entraba a formar parte de un programa activo, se introdujo un sistema para evaluar su método y su contenido. Durante la última sesión las alumnas evaluaron el curso de acuerdo con los objetivos presentados en la primera sesión. Algunos de los cambios pequeños se basaron en estas evaluaciones. Los cambios principales se realizaron más en el método de instrucción y en la participación de la clase, que en el contenido del curso; su limitado tiempo obligó a organizar cuidadosamente la enseñanza.

Como era esencial saber también su efecto sobre el trabajo en las salas de hospital a fin de evaluar dicho programa en forma eficiente, se ideó un cuestionario que se distribuyó entre las supervisoras del personal que había participado en el programa. En esta forma se pretendió evaluar el trabajo y la conducta de la funcionaria después de haber completado el curso, comparándolo con el trabajo y la conducta anterior. También demostró ser útil la observación de la enfermera en el campo clínico, por otros miembros del personal administrativo del servicio de enfermería, y los resultados reforzaron la evaluación escrita: la conducta había cambiado.

En varios aspectos se observó cambios evidentes de procedimiento: los deberes del servicio de enfermería se describieron más detalladamente, mejoraron las comunicaciones escritas y verbales; y las líderes del equipo no se recargaron de trabajo sino que seleccionaron mejor a sus pacientes y a los de las demás enfermeras. Esto les permitió dedicar más tiempo a la atención de otros miembros del equipo y reveló mayor comprensión del concepto de la conferencia en equipo.

El empleo del sistema escrito de planes de atención de enfermería aumentó

casi de inmediato, pero los comentarios fueron superficiales y a veces sin sentido, hasta que un número mayor de enfermeras de plantilla, jefes y supervisoras participó en el curso. Las anotaciones se hicieron más atinadas a medida que aumentó el número de las enfermeras asistentes a las clases.

Este programa de educación en servicio se usa todavía para orientar en el trabajo en equipo a todas las enfermeras, y se practica en el Hospital Deaconess. Las clases se han realizado continuamente desde septiembre de 1960 (excepto durante las vacaciones de verano) y constituyen ahora una etapa bien cimentada del programa de la educación en servicio. Cuando una enfermera nueva se incorpora al personal, se le instruye sobre el plan de equipo en su programa de orientación, lo que le da la comprensión necesaria para ser un miembro útil del equipo hasta que pueda matricularse en el curso. Se espera que todas las nuevas enfermeras tituladas formen parte de un equipo; las recién llegadas esperan con gran interés las clases sobre el plan de equipo, a las que se incorporan cuando comienza el período siguiente. Como las clases se dan cada seis semanas, rara vez deben esperar un período más largo para matricularse.

Efectos imprevistos

Se están estudiando algunas consecuencias secundarias interesantes derivadas de este programa. Una de ellas es la necesidad de contar con planes de salud escritos para los pacientes. Esto permitiría a cada enfermera saber lo que se le ha dicho a su paciente sobre su enfermedad o lesión. Para enseñar al enfermo se ha recomendado el uso del método audiovisual y las enfermeras han solicitado un mayor adiestramiento en servicio sobre técnicas de entrevistas y métodos de enseñanza. Han aceptado a la secretaria de sala de hospital y desean utilizar en forma más efectiva sus servicios para poder destinar más tiempo al cuidado directo de los enfermos y menos al "papeleo".

Se ha tomado nota de todas estas ideas a fin de analizarlas oportunamente. Se hará lo que sea posible y a medida que se estudian, surgirán otras ideas demostrando con esto que el servicio de enfermería de este hospital es joven, dinámico y está orientado para brindar bienestar al paciente.

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACION APLICADOS A UN HOSPITAL PEQUEÑO*

Helen M. Donovan †

Estos principios funcionan tanto en un hospital de sólo 50 camas como en un gran centro médico.

Aproximadamente un 63 % de los hospitales aceptados en la nómina de la Asociación Americana de Hospitales—o sea alrededor de 4.368—son de 100 camas o menos. Estos hospitales constituyen la médula del sistema de asistencia médica en este país y en ellos se proporcionan cuidados a millones de pacientes de latitudes diversas que abarcan desde Cayo Hueso, Florida hasta el Puerto Angeles, en el Estado de Washington, y desde Balboa hasta Bangor, Maine. Además, estos hospitales son las instituciones que mantienen lazos más estrechos con la comunidad y en donde existe un sentimiento de mayor afinidad entre los pacientes y el personal, tanto en razón de su reducido tamaño como del de las comunidades a las cuales prestan sus servicios.

Tales hospitales, que están rindiendo un número cada vez mayor de servicios médico-terapéuticos y, en consecuencia, mayores cuidados de enfermería, se esfuerzan en proporcionar esos servicios en la forma que resulte más económica. La prudencia en los gastos es un asunto tan fundamental para el buen funcionamiento de esos hospitales como lo es para un gran centro médico, de manera que una administración más sólida y más definida resulta esencial para el bienestar general, tanto del hospital como de la comunidad. El mismo principio puede aplicarse al funcionamiento del departamento de enfermería.

Tanto en un hospital pequeño como en uno grande es necesario contar con visión y exactitud en lo que al servicio de enfermería se refiere. Quizá esto sea más asequible en un hospital pequeño puesto que su más estrecho contacto con la comunidad facilita el mutuo entendimiento. Solamente exponiendo por escrito y en forma de diagrama los lineamientos de autoridad

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "Principles of Administration Applied to the Small Hospital", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 8, agosto de 1963, págs. 568-570.

† La Sra. Donovan (Royal Victoria Hospital School of Nursing, Montreal, Canada; M.A. de la Universidad de Chicago, E.U.A.) ha escrito extensamente sobre el tema administración de enfermería para el *Nursing Outlook* y para otras revistas. Como consultora y conferenciante para servicios de enfermería, cuenta entre sus actividades con experiencia educativa y de enfermería. También fue consultora de enfermería de la UN Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA).

y de comunicaciones pueden realmente aplicarse los principios de administración relativos a “unidad del gobierno” y “ámbito de supervisión”, de lo cual se desprende que para un hospital pequeño es absolutamente indispensable contar con un diagrama de su organización. La “unidad del gobierno” es esencial para la satisfacción personal en cualquier organización y, particularmente, en una institución pequeña y compacta.

Tiene que haber una enfermera jefe a cargo de cada unidad, aun cuando se trate solamente de una unidad. Su título puede variar entre supervisora, enfermera jefe, o el título que se quiera darle—pero su cuidado primordial debe ser la actuación de todo el personal, y todas las personas que trabajan en el hospital a cualquier hora del día o de la noche, deben ser responsables ante ella de las obligaciones que desempeñan aun cuando alguna de las enfermeras de la tarde o de la noche pudiera asumir parcialmente las obligaciones de supervisora durante su turno de servicio. La enfermera jefe de la unidad es la que se ocupa del desarrollo y progreso a largo plazo del personal a su cargo y también del cuidado general que las enfermeras proporcionan a los pacientes.

Cargos y títulos correspondientes

Muy raras veces puede llegar a existir la necesidad de establecer numerosas categorías para el personal de un hospital de 100 camas o menos, y el puesto que menos se necesita es el de supervisora. En efecto, la enfermera jefe hace las veces de supervisora. En los hospitales pequeños por lo general no existe más que una unidad de medicina, una de cirugía, o quizá una unidad combinada médico-quirúrgica, una unidad de pediatría, otra de obstetricia, una sala de operaciones y un departamento central de suministros. Las enfermeras jefes encargadas de estas unidades pueden recibir orientación, ayuda y supervisión directas, ya sea de la directora de enfermería o de su ayudante. La única unidad que podría constituir una excepción es la de obstetricia. En esta unidad los tres elementos que la integran—la sala de partos, las salas-cuna y la sala de posparto—y su tamaño y el volumen de trabajo, habrán de determinar el número de enfermeras jefes que se necesitan y, a su vez, ese número determinará si es menester tener una supervisora. Un hospital pequeño puede recurrir tres enfermeras jefes y una supervisora, o una enfermera jefe y un grupo de enfermeras profesionales, o una enfermera jefe y auxiliares de enfermería certificadas del personal del hospital.

Otra de las excepciones a la “regla” de que no es menester tener una supervisora de sección, la constituyen las salas de operaciones. Empero, también en este caso el tamaño y el número de salas, el de los miembros del personal

y el de las operaciones que se realizan, determinan si la persona responsable de la unidad ha de ser una enfermera jefe responsable ante el director de enfermería, o una supervisora de toda la unidad.

También existe otro criterio importante que ayuda a establecer los títulos de los cargos: si existe una supervisora tiene, desde luego, que haber enfermeras jefes. Por ejemplo, si la nómina de empleados de la organización exige enfermeras permanentes para algunas unidades únicamente, la superiora debe ser la enfermera jefe y no una supervisora. El término "supervisora" se aplica con mayor propiedad a la persona que está a cargo de dos o más unidades bajo la jurisdicción de una enfermera designada y responsable que tiene a su cargo un grupo de miembros del personal. El título de "supervisora" no debe tampoco usarse para nombrar a una persona que está a cargo del servicio de enfermería diurno y nocturno. Estas personas son, en efecto, subdirectoras auxiliares del servicio de enfermería.

Los títulos de los cargos deben ser exactos y estar en proporción con las responsabilidades que se les atribuyen. Generalmente la nómina de sueldos se basa en títulos que corresponden exactamente a las responsabilidades que implican. No hay nada tan desmoralizador para el personal que una nómina desigual de sueldos, o que se encuentre basada en títulos confusos e imprecisos.

Una vez definidos los deberes de supervisión y los títulos, la directora de enfermería debe elaborar un esquema de la organización del servicio de enfermería indicando a cada uno de los miembros del personal respectivo a quién tiene que dar cuenta de sus responsabilidades. Esto resulta también útil para que el personal médico sepa a quién dirigirse cuando surjan problemas relacionados con los cuidados de enfermería de sus pacientes. El esquema de la organización protege a cada persona contra una doble supervisión y le proporciona ayuda, orientación y supervisión inmediatas y adecuadas para poder realizar un trabajo competente y satisfactorio. La mejor manera de preparar ese esquema es con la ayuda del personal administrativo directamente comprometido en las obligaciones enumeradas.

Los títulos que aparecen en el esquema deben ampliarse mediante la descripción de los cargos de todo el personal—aunque no sea más que un compendio de tal descripción. Esto permite elaborar una nómina de sueldos tan objetiva, eficaz y equitativa como sea posible, a la vez que muestra las razones por las cuales ciertas obligaciones particulares y específicas explican las diferencias de sueldos, tal como el caso de las salas de operaciones y la de partos. Si, como suele suceder en los hospitales pequeños, la supervisora de la sala de operaciones o enfermera jefe tiene a su cargo la supervisión del personal médico y la fijación del horario de operaciones, entonces su remuneración debe estar acorde con esas responsabilidades. Si bien existen otros factores que sirven para establecer la nómina de sueldos, el factor primordial es la responsabilidad que recae sobre el empleado. En este sentido, la dife-

rencia de sueldos entre los empleados diurnos y nocturnos es tan necesaria en un hospital pequeño como en uno grande.

Potencialidades y problemas del personal

El reclutamiento y mantenimiento del personal requieren tanta agudeza y cuidado en las áreas rurales como en las grandes urbes. A la enfermera hay que inducirla a salir de su hogar para hacerse cargo de trabajos a tiempo parcial que le parezcan atractivos y bien remunerados, y que se ajusten hasta donde sea posible a sus necesidades personales. Hay algunas enfermeras que tienen obligaciones familiares pero que se encuentran interesadas en trabajar parte de la tarde o de la noche, y habría muchas más si se suministrara orientación y supervisión apropiadas y se hicieran todos los esfuerzos posibles por aliviar la carga de trabajo que a menudo se les impone. Cierta pequeño hospital que conozco, empleó por primera vez una secretaria de sala para el turno de la noche que era cuando su efectividad resultaba más evidente. Este mismo hospital asignó a su mejor auxiliar certificada como ayudante de la enfermera profesional que era "supervisora nocturna" (subdirectora de enfermería). A la auxiliar se le encargó ocuparse del trabajo rutinario y preparatorio en la sala de emergencias el cual había sido anteriormente la principal ocupación de la enfermera profesional. Este sencillo cambio administrativo liberó a la enfermera profesional de esas responsabilidades y le permitió dedicar más tiempo a trabajos verdaderamente profesionales en que era menester su criterio, o su ayuda en los problemas administrativos o clínicos. Efectivamente, ella regresa a sus responsabilidades familiares con una mayor ecuanimidad y satisfacción de la que de no ser así hubiera podido disfrutar. En realidad, es posible que ella se haga cargo de esa pesada responsabilidad profesional año tras año gracias al estímulo que se le ha dado.

El hospital pequeño que tiene que suministrar servicios de taxi, ya sea comerciales o voluntarios, para las personas que en él trabajan, por la tarde y por la noche en horas en que se suspende el servicio de transporte público, difiere un poco del de las grandes metrópolis, el cual tiene que proveer tanto taxis como acompañantes hasta y desde el punto de parada del transporte público para seguridad de sus empleadas. Ambas prácticas son bastante comunes.

Algunos hospitales han contratado mujeres del vecindario para que proporcionen cuidados en sus hogares a los niños de los miembros del personal. Esto constituye un sistema menos costoso y que presenta para los niños más características de un hogar que el que suministran algunas ins-

tituciones grandes. Cierta hospital incluso permitía a una de sus enfermeras ir a su casa a amamantar a su infante. ¿Y por qué no? Los hospitales pequeños se ven precisados a echar mano de soluciones únicas para resolver determinados problemas de su personal.

El programa de orientación y la capacitación en el terreno son tan importantes para el hospital grande como para el pequeño. Ese programa puede consistir en la asignación, por unas pocas horas, de una enfermera profesional empleada del hospital. Tal programa puede lograr éxito si la enfermera tiene aptitudes e interés en enseñar, y si la directora de enfermería se ha dado cuenta de sus capacidades. El empeño que la directora pone acerca de la necesidad de tal trabajo puede redundar en un programa educativo de fácil funcionamiento y efectivo tanto en los hospitales pequeños como en los grandes.

No existe un sustituto para las reuniones regulares del personal tanto profesional como no profesional—ya sea en combinación o separadamente—durante las cuales se identifiquen y analicen los problemas, se evalúen y consideren los puntos débiles y los fuertes, y se discutan y exploren las necesidades de los pacientes y los cuidados de enfermería. La cohesión e informalidad existentes en un hospital pequeño podrán hacer más efectivas las reuniones regulares pero en ningún caso podrán sustituirlas. La regularidad es la médula de la educación en servicio o de los programas de fomento, y es a través de ellos que pueden enfocarse las verdaderas necesidades del paciente y del personal si se encuentra bajo el dominio de un doctor competente.

Orientación dinámica

Dicha orientación debe estar en manos de la directora de enfermería. Sólo ella puede establecer la pauta y el ambiente para una evaluación justa, sincera y real del servicio de enfermería. Solamente ella puede infundir ánimos, tanto físicos como intelectuales, a su personal, para lograr captar realmente los problemas. Solamente ella puede elevar la carrera de la enfermera desde un nivel mecanizado y mediocre hasta que alcance el carácter de un trabajo noble, excelente y satisfactorio que puede llegar a tener. Tal influencia es necesaria para dar rienda suelta a las fuerzas creadoras y constructivas que necesitamos para poder reconsiderar nuestro trabajo de enfermeras, el cual, por desgracia, resulta a menudo prosaico y rutinario.

Únicamente a través de reuniones regulares y planeadas de antemano y bajo una orientación de tal naturaleza, podrá el personal de enfermería reconocer y satisfacer las ansiedades de las familias que están en las salas de espera y suministrarles información periódica sobre la mejoría de los seres

queridos que se encuentran en la sala de operaciones, de partos o de recuperación. Solamente en una atmósfera así puede considerarse tanto la soledad de los pacientes como los cuidados de podiatría que necesitan los ancianos, o encontrarse los medios para permitir que los pacientes moribundos mueran en su hogar si así lo desean, o estimularse el correcto registro de datos de entrada y salida.

La motivación del personal y la simplificación de los procedimientos, o las esperanzas y aspiraciones del personal pueden producirse y satisfacerse en un hospital que cuente con una orientación de esa clase. No es esto característico del hospital grande ni del pequeño, empero, la directora de enfermería de un hospital pequeño tiene sobre la de un hospital grande la ventaja de funcionar en un ambiente mucho más íntimo tanto en lo que respecta a personal como a los pacientes y a la comunidad. En efecto, el tamaño del hospital en sí constituye una gran diferencia.

Simplificación del trabajo

El personal de enfermería de un hospital pequeño tiene que poner tanto empeño en simplificar el trabajo como el personal de un hospital grande. Esta práctica es una costumbre o manera de pensar que exige observación analítica siempre y en todo lugar. Una vez adquirido ese hábito cualquier tarea puede simplificarse. Por ejemplo, sólo en términos del número de pasos que hay que dar: ¿Era ese encargo realmente necesario? ¿Podría haberse combinado con otra diligencia? ¿Se utilizó la menor distancia y el tiempo más reducido para hacerlo? Y aun en el caso de haber sido así, ¿era esa la persona indicada para efectuarlo, o debiera haberse mandado a otra persona?

Simplificación significa buen planeamiento. ¿Se han colocado copias de los horarios mensuales (sí, mensuales) en cada unidad y en el salón de descanso y también en la oficina de enfermería? ¿Se ha ordenado la lista de días de vacación que el personal prefiere de manera de tachar los días preferidos por ellos y evitar errores y superposiciones? ¿Está todo el equipo necesario en un solo sitio—no solamente el equipo de enemas, sino también el que sirve para administrar medicamentos? Tuve la oportunidad de ver el mejor cuarto de medicinas que es posible imaginar en un hospital de 100 camas. No obstante, si bien el refrigerador de medicamentos estaba separado de la otra unidad de refrigeración, se encontraba todavía cerca de la conexión en donde se había instalado originalmente y los narcóticos y el equipo hipodérmico se encontraban almacenados y se distribuían desde un congestionado puesto de enfermería. Se necesitó que alguien de fuera viniera y sugiriera lo que era a todas luces obvio— que había que trasladar el refri-

gerador, los narcóticos y la distribución de éstos al excelente cuarto central de medicina.

Hay algo de estimulante y entusiasmador en una institución en donde el personal se encuentra siempre alerta a buscar los medios y arbitrios necesarios para proporcionar el mejor y más idóneo cuidado a los pacientes. En los hospitales pequeños el personal tiene la tendencia a veces a pensar que debido al tamaño de su hospital no tiene necesariamente que estar alerta. No obstante, el hospital pequeño es un recurso real, que existe hoy y existirá mañana en nuestra sociedad. Puede ampliar constantemente sus servicios sin tener necesariamente que aumentar su tamaño o su personal.

La mayor eficacia de un hospital pequeño estriba en que su tamaño le permite mantener relaciones conducentes a un mayor conocimiento y apreciación de cada uno de sus empleados, de cada uno de sus pacientes y de la comunidad en general. Los principios de administración aplicados a un hospital pequeño son capaces de lograr el fruto de una mayor satisfacción para ese paciente, para ese personal y para esa comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS, PRACTICOS Y ASEQUIBLES PARA LA ADMINISTRACION DE UN SERVICIO DE ENFERMERIA HOSPITALARIO*

Grace G. Peterson†

El material comprendido en este artículo fue presentado en el seminario para enfermeras jefes, celebrado en 1962, auspiciado por la Liga de Illinois y la Asociación de Hospitales de Illinois, bajo la dirección de Margaret Giffin Ellsworth.

Para elaborar objetivos específicos, prácticos y asequibles del servicio de enfermería, es necesario comprender las razones por las cuales existen los hospitales. ¿Cuáles son los móviles que llevan a la fundación de un hospital? ¿Cuáles son sus objetivos? Consisten éstos en a) ¿Proporcionar facilidades a los pacientes internos y externos a fin de que reciban los cuidados que se dan a enfermos y personas incapacitadas? b) ¿Conducir actividades de carácter educativo vinculadas con el cuidado de enfermos y lisiados y el fomento de la salud? c) ¿Impulsar y conducir investigaciones científicas relacionadas con el cuidado de enfermos y lisiados? o d) ¿Participar en actividades elaboradas y realizadas con el fin de mejorar la salud general de la comunidad? (1)

¿Cuáles son los objetivos de su hospital? ¿Cuál de ellos tiene prelación?

Los objetivos de la mayoría de los hospitales están basados en la *filosofía* de sus propios fundadores. Generalmente, esta filosofía encierra la convicción básica de que la gente es importante y que exige nuestros cuidados, y que debe existir un lugar especial al que puedan ir en busca del remedio para sus males, cuando se encuentran enfermos o han sufrido alguna lesión. El Dr. Malcolm MacEachern ha sintetizado este aserto de la siguiente manera: “El hospital es la expresión del derecho inalienable del hombre de gozar de buena salud, y constituye el reconocimiento expreso de la comunidad de la responsabilidad que tienen de proporcionar los medios para que el hombre goce de buena salud o para que logre recuperar la salud perdida”. (2)

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, “Specific, Practical, and Attainable Objectives. . . For hospital nursing service administration”, apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 5, mayo de 1963, págs. 341-343.

† La Srta. Peterson (St. Luke's Hospital School of Nursing, Cleveland; M.N.A. de la Universidad de Minnesota, Minneapolis) es Profesor Asociado en Enfermería de la DePaul University, Chicago. Su especialidad es la administración de enfermería.

Los hospitales han experimentado una metamorfosis y han superado la fase en que únicamente suministraban "alimentos, techo y escasos cuidados médicos a los enfermos indigentes, al ejército, a los que sufren de enfermedades contagiosas, a los enfermos mentales y a aquellos que necesitan tratamientos de emergencia". Y agrega que "ellos suministran atención médico-quirúrgica experta y cuidados a todo el mundo". (3)

De la filosofía del hospital se derivan sus objetivos y su razón de existir. Sus *objetivos*, tal cual aparecen en su carta orgánica, constitución y estatutos, determinan las actividades del hospital—su orientación y finalidades—y ejercen influencia sobre las funciones de cada uno de sus departamentos. Si, por ejemplo, la investigación no constituye uno de los objetivos de un hospital, dicha actividad o la colaboración que se pueda prestar a la misma, no pueden constituir una función de ninguno de los departamentos de ese hospital. Esto quiere decir que el departamento de enfermería no intentará llevar a cabo ninguna investigación relacionada con asuntos de enfermería ni colaborará en ningún estudio que se esté realizando, como en el caso de los estudios que realiza la Liga Nacional de Enfermería o la Fundación Americana de Enfermeras.

Si bien los *objetivos* de un hospital influyen en las funciones y actividades de cada uno de sus departamentos, recíprocamente cada uno de sus departamentos contribuye al logro de los objetivos del hospital, no importa cuán diversas sean sus actividades y funciones. Por lo tanto, los *objetivos* de un hospital emanan de su *filosofía* propia y encauzan más concretamente las actividades del mismo que son indispensables para el logro de sus finalidades.

El departamento de enfermería de un hospital es apenas una sección de éste y su objeto es ayudarle a alcanzar sus objetivos. Tiene, asimismo, su filosofía propia que guarda correlación con la del hospital—un concepto fundamental del servicio de enfermería, un credo básico que es la expresión de las razones de su existencia, de la naturaleza del servicio de enfermería y de los fines que tal servicio persigue. (4) Si la filosofía de un hospital hace hincapié en la importancia de la educación del personal dedicado a las profesiones de la salud, la filosofía del servicio de enfermería deberá también dar relevancia a la educación del personal. En casos como ese el cuidado de los enfermos ocuparía un segundo lugar con respecto a las actividades educativas.

Ya sea que la filosofía del servicio de enfermería se encuentre o no escrita, ella es la razón fundamental de todas las actividades de ese departamento. ¿Quién tiene más importancia, el paciente o el personal? ¿Es el cumplimiento de los reglamentos lo más importante? ¿Son todas sus convicciones igualmente importantes? Cualesquiera sean esas convicciones constituyen el verdadero cimiento filosófico de sus objetivos y la base que determina dichos objetivos.

El diccionario Webster define el vocablo *objetivo* como “la meta o finalidad de una acción; el blanco al que hay que acertar, llegar, etc.” Dimick amplía un poco más la definición y señala que un objetivo es algo por lo que hay que esforzarse y que entre más claro se defina “más evidentemente habrán de conformarse a ellos cada uno de los elementos de la administración y cada una de sus políticas”. (5)

Su significación debe ser clara

En la formulación de objetivos hay que satisfacer tres criterios fundamentales: a) la clase de comportamiento implicado (¿cómo?); b) el contenido implícito con que el comportamiento tiene que ver (¿qué?); c) el alcance de lo que se debe lograr (¿cuánto?). El tercero de estos criterios es el que establece la distinción entre un objetivo y una función. (6)

Supongamos que el objetivo más común de cualquier servicio de enfermería es “prestar atención de enfermería”. Este objetivo no es específico ni indica tampoco la forma de lograrlo. Un objetivo más claramente definido pudiera ser: “proporcionar la mejor atención de enfermería” o “proporcionar la mejor atención posible de enfermería integral”. No obstante, ninguna de esas dos declaraciones indica en qué forma se puede llegar a lograr ese cuidado; de manera que los términos “mejor posible” e “integral” tendrán que ser objeto de discusión por parte del departamento de enfermería, el cual tiene que llegar a un acuerdo sobre su significación. El objetivo es más específico cuando se formula así: “Proporcionar la mejor atención posible de enfermería integral mediante la cual el paciente pueda satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales”. Por lo tanto, el logro de este objetivo depende de la comprensión individual de lo que significa. Los criterios de “cómo”, “qué” y “cuánto” están abarcados en esa declaración para servir de pauta en el logro del objetivo.

Un objetivo relacionado con el campo de la investigación en asuntos de enfermería podría expresarse como sigue: “Conducir y participar en el campo de la investigación”. Esto abarca los dos criterios de “Cómo” y “Qué”. Pero, si se expresara de esta manera: “Conducir y participar efectivamente en una investigación encaminada a lograr el mejor cuidado posible de los pacientes”, el personal contaría con una meta más claramente definida hacia la cual podría dirigir sus esfuerzos. Ellos sabrían que la naturaleza de la investigación en que podrían verse implicados sería aquella encauzada hacia “el mejor cuidado posible de los pacientes”.

Deben manifestarse por escrito

Para mayor claridad y efectividad, deben tenerse en cuenta los siguientes factores al esbozar los fines que se persiguen:

1. *Los objetivos deben ser compatibles con la filosofía del servicio de enfermería.* Tales objetivos emanan de la filosofía y de las convicciones formuladas para el servicio de enfermería en una institución determinada. Por ejemplo, si la filosofía del servicio de enfermería comprende declaraciones tales como "defender la dignidad del hombre", "educación sanitaria para pacientes y personal", o "investigaciones relacionadas con la enfermería y campos afines", uno de los objetivos podría ser "tratar en forma inteligente, bondadosa y comprensiva a todos los que están enfermos".

2. *Los objetivos deben ser pocos.* Diez a lo sumo; siete u ocho es el número habitual. Si son muchos, se torna difícil diferenciar cuáles son los que tienen mayor o menor importancia. Por ejemplo, si damos por sentado que el objetivo "mantenerse al tanto de las innovaciones introducidas en el servicio de enfermería y campos afines", es compatible e inherente a un servicio de enfermería que funciona bien, no hay necesidad de incluirlo en la lista de objetivos. Cuanto menos objetivos se señalen, mayores probabilidades existen de realizarlos con éxito.

3. *Cada declaración debe contener un solo objetivo.* Esto evita malos entendimientos o errores de interpretación y ayuda a la pronta identificación de cada uno de ellos.

4. *Los objetivos deben ser prácticos.* Esto es, deben ser factibles para que el personal pueda llevarlos a cabo. "Conducir un continuo programa de estudio e investigación que ayude y mejore los servicios de enfermería en este hospital, y contribuya a aumentar el acopio de conocimientos en el campo de la enfermería", es un objetivo bastante desalentador, pues un programa de investigación "continuo" es algo que no se acaba nunca y puede tornarse aburridor. Es menester que las cosas tengan un principio y un fin para lograr la sensación de haber alcanzado éxito, y la verdad es que lo que se estudia en un programa continuo quizás no contribuya al "acopio de conocimientos en el campo de la enfermería" aunque tal vez pudiera "ayudar y mejorar los servicios de enfermería en este hospital". Esto no es tanto un asunto de inasequibilidad sino más bien de que el objetivo abarca conceptos demasiado amplios. Lo que se necesitaría para hacerlo más práctico sería expresarlo en distinta forma.

5. *Los objetivos deben ser asequibles.* Deben estar al alcance del personal pues de no ser así éste se desalienta y cesa de esforzarse por alcanzarlos. "Pro-

porcionar a todos los pacientes los cuidados más modernos de enfermería” rebasa el límite de lo que puede aspirarse a lograr y, sin embargo, ha habido enfermeras que han redactado una declaración justamente de esa naturaleza.

6. *Los objetivos deben ser mensurables.* Si el objetivo es “proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes”, se necesita que la declaración refleje la forma en que esto ha de medirse. ¿Consiste acaso la medida del éxito en el promedio de horas de cuidados que se dispensan diariamente a los enfermos, en el número de quejas de los pacientes, en el número de elogios, en el número y naturaleza de los informes sobre incidentes concernientes a los enfermos, en el número de referencias que se hacen a los organismos de la comunidad, o en el tiempo que se invierte educando a los pacientes? Cualquiera o varios de estos puntos necesita especificarse, o el objetivo mismo tiene que expresarse de manera que el personal pueda determinar la forma en que habrá de medirlo.

7. *Los objetivos deben ser realistas.* A menos que estén en el ámbito del servicio de enfermería tales objetivos no tendrán un verdadero valor. Objetivos tales como “proporcionar a la comunidad y al personal médico los recursos, el equipo y el personal necesarios para el tratamiento de pacientes en el hospital” pudiera quizá resultar relativamente realista para el hospital, pero ciertamente no lo es para el servicio de enfermería.

8. *Los objetivos deben manifestarse claramente.* Si se hace necesario explicar lo que significa un objetivo, entonces éste no está claro y debe definirse nuevamente. Por ejemplo: “Suministrar cuidados *adecuados* y *expertos* a los enfermos y lisiados”, hace surgir ciertas dudas. Cabe preguntarse si existe la posibilidad de proporcionar a la vez cuidados “adecuados” y “expertos”. La combinación de palabras da lugar a confusión. Aquello que resulta adecuado puede muy bien no ser experto, ni lo experto resulta siempre adecuado para un determinado paciente.

9. *Los objetivos escritos no deben ser demasiado largos.* La idea principal de un objetivo puede perderse en el laberinto de palabras y de las otras ideas abarcadas por una declaración. Por ejemplo: “Proporcionar a los pacientes el mejor cuidado posible, tanto físico como mental y espiritual, ayudarles para que su estancia en el hospital sea lo más breve posible y emplear el mínimo número de horas en los cuidados de enfermería”, encierra por lo menos tres ideas: la consideración de las necesidades del paciente, la filosofía del hospital y el propósito del departamento de enfermería.

10. *Los objetivos no deben ser tan específicos ni tan detallados.* Aunque quizá estuviesen claramente definidos, existe el riesgo de que el lector se pierda en los detalles de los objetivos implicados hasta el punto de perder de vista su finalidad y propósito. El lector que se encuentra ante un objetivo como

éste: "Determinar las necesidades del servicio de enfermería y establecer las pautas para el personal y determinar las políticas del mismo y las prácticas del hospital", podrá releerlo cuantas veces sea necesario para llegar a comprender el significado que encierra y, después de todo, puede muy bien suceder que no lo averigüe y, en consecuencia, ni lo adopte ni lo retenga en su memoria.

11. *Los objetivos no deben formular funciones inherentes a la administración.* El planeamiento, la organización, regulación y coordinación, son funciones que caen bajo la jurisdicción de las prácticas administrativas. E inherente a esas prácticas es la obligación del departamento de enfermería de "defender y mantener las políticas y reglamentos del hospital", y "cooperar con los departamentos afines en el cumplimiento de las políticas y funciones del hospital". Este departamento, como todos los demás del hospital, existe como parte integrante del mismo y funciona dentro de la estructura institucional y política del hospital. Por ese hecho, la razón de que el departamento de enfermería exista es la de llevar a cabo los objetivos del hospital. En consecuencia, debe fijar sus propios objetivos a fin de garantizar la ejecución de aquellas funciones de enfermería necesarias para satisfacer el objetivo del hospital.

No hace falta que el departamento de enfermería cuente con objetivos tales como: "Formular políticas que estén en armonía con las del hospital", "cooperar con los médicos y con otros departamentos"; "proveer personal y supervisión 24 horas al día"; "mantener programas internos de orientación y capacitación para el servicio", o cosas parecidas. Todas las actividades antes mencionadas son funciones inherentes a la administración; por lo tanto, no constituyen objetivos.

El cuidadoso escrutinio de cada objetivo habrá de ser útil si las personas que los formulan tienen presente la diferencia que existe entre las verdaderas funciones que corresponden a un departamento y los objetivos del mismo.

Y deben, además, ser prácticos

Una vez comprendido esto, los objetivos pueden formularse de manera que satisfagan los criterios, a fin de que resulten prácticos. Solamente entonces pueden todos los miembros del servicio de enfermería familiarizarse con ellos, y solamente así les será posible evaluar su trabajo. Además, todos los miembros del departamento deben llegar a familiarizarse completamente con los objetivos del mismo.

Los objetivos no se encuentran escritos en bloques de piedra a fin de que se les rinda reverencia y eterna adhesión. Requieren un cuidadoso escrutinio

cada tres o cinco años con el objeto de modificarlos, si fuere necesario. Las innovaciones ocurridas en el campo de la investigación médico-científica pueden variar considerablemente los servicios de enfermería y lo mismo puede suceder en razón de las cambiantes circunstancias sociales, económicas y locales.

Quizás la pauta más sencilla para el personal de enfermería a quien se le encarga preparar los objetivos es tener presente las razones por las cuales existe el hospital, y su filosofía. Los objetivos emanan de dicha filosofía. El departamento de enfermería, como parte integrante de la organización del hospital, comparte los esfuerzos en pro del logro de sus objetivos. Si la meta primordial del hospital es la educación del personal de salud y no el cuidado de enfermos, entonces los objetivos del departamento de enfermería deben reflejar este criterio, pero sin que por ello sufran menoscabo los pacientes cuyo cuidado se les ha confiado.

Cuanto más claramente se expresen los objetivos “más evidentemente habrán de conformarse a ellos cada uno de los elementos de la administración y cada una de sus políticas”, (7) y mejor capacitado estará el departamento de enfermería para realizar sus funciones.

OBJETIVOS PARA EL MAÑANA

Por Margaret Giffin Ellsworth, Exdirectora de Enfermería Hospitalaria, Departamento de Enfermería Hospitalaria de la Liga Nacional de Enfermería de los Estados Unidos.

Me parece que, aunque ocurrirán un sinnúmero de novedades en los próximos 10 años—nuevos conceptos, nuevos métodos, etc.—la mayoría de nosotros estaremos apenas tratando de no quedarnos a la zaga o de apresurarnos para poder siquiera mantener nuestra posición actual.

Si la enfermería contase con declaraciones escritas sobre la filosofía de sus servicios y finalidades, que las mismas enfermeras hubieran compartido y desarrollado; si la enfermería realmente identificara las necesidades personales de los pacientes en la estructura de las instituciones en donde reciben asistencia, y si formulase un plan para satisfacer esas necesidades; si la enfermería reconociera que la ayudante de enfermería presta cuidados a los enfermos y que gran parte de éstos son tan buenos como los que proporcionaban las enfermeras hace solamente unos pocos años—entonces podríamos hacer uso de la capacidad de la enfermera profesional para identificar la necesidad de asistencia y dirigir y supervisar esa asistencia y

evaluarla. Y nos sentiríamos menos culpables de no estar prestando la asistencia que podríamos dar.

Al considerar sincera y objetivamente esa evaluación, podríamos enfrentarnos al hecho de que tenemos muchas que no estamos practicando evaluaciones tan sencillas como es la de observar si la medicina que se ha administrado para un dolor ha, en efecto, aliviado ese dolor. Hemos hecho tanto hincapié en la importancia de evaluar la actuación individual del personal de enfermería que hemos cesado de ser objetivas con respecto a la evaluación del cuidado que se da a los pacientes. Las notas que las enfermeras escriben sobre los pacientes son, por lo general, lamentables. Debemos esforzarnos en verificar las cosas que pueden ser verificadas y también en escribir notas completas acerca de la reacción de los pacientes al tratamiento terapéutico. ¿Qué razón existe para que la enfermera y el médico no usen las mismas notas sobre la mejoría del paciente? Ambos se interesan por el progreso del paciente. Necesitamos hacer planes conjuntamente con los médicos, evaluar juntos el cuidado del paciente, comunicarnos mutuamente —en formas que no consistan únicamente en las órdenes escritas por el médico.

Hoy día los hospitales emplean un número mayor que nunca de personal de enfermería que ha recibido capacitación en ese campo y existe la tendencia a que los servicios que prestan los hospitales adquieran cada vez mayor alcance. La declaración expresada en 1962 por la Asociación Americana de Hospitales sobre el cometido de éstos en el cuidado a largo plazo de los enfermos indica que los hospitales comunitarios deben ampliar el alcance e importancia de sus servicios a fin de cubrir breves tratamientos psiquiátricos, servicios sociales y programas efectivos de rehabilitación. Esto quiere decir que las enfermeras tendrán una mayor necesidad de formular objetivos y planear sus metas.

No obstante, si aceptamos y practicamos los conceptos ya aceptados por enfermeras y por los grupos dedicados a la enfermería, las enfermeras de los hospitales se encontrarán mejor preparadas para lo que el futuro les depara.

El informe mimeografiado que se intitula "Tangible Evidences of Sound Organizational Planning for Hospital Nursing Services" ("Evidencias tangibles de un sólido plan de organización para los servicios de enfermería hospitalarios"), distribuido por la Liga Nacional de Enfermería en 1959, resulta muy interesante. Empieza por señalar la necesidad de contar con una definición clara de la filosofía y de los objetivos y sugiere que la elaboración de una filosofía de la enfermería debe ser un esfuerzo de grupo. "Creemos . . .", debe representar verdaderamente las convicciones del personal de enfermería, de lo contrario no podrá servir de guía verdadera de su comportamiento. No puede existir un servicio de enfermería eficaz a menos que

los esfuerzos de todo el personal se encaucen hacia las mismas metas. Solamente cuando el grupo formula categóricamente sus objetivos, puede su comportamiento conducir a los resultados que se pretenden.

REFERENCIAS

- (1) Asociación Americana de Hospitales: *Model Constitution and Bylaws for A Voluntary Hospital*. Chicago: The League, 1956, página 11.
- (2) MacEachern, M. T.: *Hospital Organization and Management*. Segunda edición. Chicago: Physicians Record Co., 1946, página 29.
- (3) Commission on Hospital Care: *Hospital Care in the United States*. Nueva York: Commonwealth Fund, 1947, página 471.
- (4) Heidgerken, Loretta E.: *Teaching in Schools of Nursing*. Segunda edición. Filadelfia: J. B. Lippincott Co., 1953, página 58.
- (5) Dimock, M. E.: *A Philosophy of Administration*. Nueva York: Harper and Brothers, 1958, página 126.
- (6) Tyler, R. W.: *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. Chicago: University of Chicago Press, 1950, página 30.
- (7) Dimock, *op. cit.*

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Enfermeras (American Nurses Association): "ANA Statements of Functions, Standards, and Qualifications; Institutional Nursing Service Administrators Section". *Amer J Nurs* 56: 1165-1168, septiembre de 1956.
- Asociación Americana de Hospitales (American Hospital Association): *Nursing Service—Philosophy, Purposes, and Objectives*. Chicago: La Asociación, 1961 (mimeografiado).
- Bredenberg, Viola C.: "Nursing Service Management; A Checklist for Self-Appraisal". *Hosp. Progr.* 40: 410, 419-436, febrero de 1959.
- Finer, Herman: *Administration and the Nursing Services*. Nueva York: Macmillan Co., 1952.
- Johnson, Dorothy E.: "A Philosophy of Nursing". *Nurs Outlook* 7: 198-200, abril de 1959.
- Liga Nacional de Enfermería (National League for Nursing, Department of Hospital Nursing): "Continued Study; One Hospital's Philosophy of Nursing Service". *Doings, Highlights, News* 4: 1, diciembre de 1959.
- "Here is One Hospital's Philosophy of Nursing". *Idem.*, octubre de 1959.
- Nahm, Helen: "Trends in Nursing Function". *Southern Hosp* 17: 36-38, junio de 1949.
- Schleh, E. C.: "Management by Objective". *Manage. Rev.* 48: 26-33, noviembre de 1959.
- Shea, E. J., y Johnson, Helen R.: "Another Administrative Role; Building Unity of Purpose". *Hospitals* 34: 55-60, 116-118, enero de 1960.

ADMINISTRACION DEL PERSONAL—DESDE EL ANALISIS DE LOS PUESTOS . . . HASTA LA ADMINISTRACION DE LOS SUELDOS*

Sor Mary Vincent, Edward J. Spillane,
Sor Mary Brian y Dr. John A. Bradley†

El verdadero problema de los hospitales de hoy estriba en la falta de un programa básico, claramente definido y realista para la gestión de personal y el mejoramiento del trabajo, y de un programa de administración de sueldos justo y real.

“Con el despertar del interés por la administración del personal hospitalario algunos años atrás, también ha surgido, casi como resultado secundario, la creencia errónea de que una administración del personal justa y realista puede resultar provechosa aunque no se realice el programa total. Es evidente que los hospitales han subrayado sólo una fase de dicho programa y luego han esperado obtener los mismos resultados que únicamente se lograrían a través de un programa completo. Cuando dichos resultados no se materializan, generalmente se tiende a culpar el programa de administración del personal y sus múltiples aplicaciones, alegándose que es un instrumento poco práctico, diseñado con fines comerciales y lucrativos, que no puede aplicarse al hospital. Esto es verdaderamente lamentable”. §

El siguiente estudio describe las tentativas de un hospital para poner en práctica el programa completo de administración del personal propugnado por la Asociación Católica de Hospitales (Catholic Hospital Association,

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Hospital Progress*. El texto original, “Personnel Administration—From Position Analysis . . . To Wage Administration”, apareció en dicha revista en septiembre de 1963, págs. 57-71.

† Sor Mary Vincent es Administradora del Centro Médico Santa Rosa, San Antonio, Texas.

El Sr. Spillane es Subadministrador del Centro Médico Santa Rosa, San Antonio, Texas.

Sor Mary Brian es Directora Asociada en Enfermería de la División de Enfermería del Incarnate Word College, San Antonio, Texas.

El Dr. Bradley es Administrador Asociado del Centro Médico Santa Rosa, San Antonio, Texas.

§ W. I. Christopher, *Hospital Progress*, junio de 1962.

CHA). Con la aprobación administrativa—el estímulo más importante y esencial—el Centro Médico Santa Rosa, de San Antonio, Texas, inició su programa de administración del personal en diciembre de 1960. Gracias a su programa de administración de sueldos, en enero de 1964 se hizo efectivo el quinto aumento. Expondremos aquí todas las etapas, algunas muy penosas pero la mayoría de provecho, desde el análisis del puesto inicial hasta los aumentos del último sueldo, a fin de que otros hospitales puedan apreciar su valor.

Los cuatro artículos que se presentan a continuación son adaptaciones de los originales que presentaron sus respectivos autores en la Convención de la CHA en 1963. Las estadísticas y conclusiones que aparecen en los cuadros se recogieron durante entrevistas con los autores y con W. I. Christopher.

1. OBJETIVOS

Sor Mary Vincent

La esencia de este mensaje es la historia de una experiencia que tuvo éxito—una historia que cada hospital puede imitar y aun mejorar. Contamos con los hechos y las estadísticas y queremos presentar con claridad el programa del análisis del puesto y de la administración de sueldos en el Centro Médico Santa Rosa.

Toda empresa se enfrenta al impostergable problema de seleccionar un método que le permita ajustar proporcionalmente el sueldo y el trabajo desempeñado, de acuerdo con el concepto de justicia y caridad. Sin embargo, el hospital se enfrenta a una situación especial: los principios económicos básicos, casi mecánicos, válidos para la industria no pueden aplicarse al hospital exactamente como se aplican en la industria o en los negocios. El artículo con el cual comercia el hospital es el servicio—ayudar y atender al ser humano durante cada minuto del día. En este sentido, la caridad cristiana asume un papel importante e integral en lo que se refiere a los reglamentos del hospital—bien a los que se relacionan directamente con el paciente como a los que se refieren a la estructura interna del personal de la institución.

Las finalidades humanitarias de la gerencia del hospital no están ni pueden estar limitadas a las clínicas de pacientes externos, a donde llegan los casos de "caridad". El principio de justicia y caridad es la piedra angular sobre la que descansa todo el sistema y los procedimientos del hospital. Una de las facetas más importantes de esta política es la que se refiere a la gestión de personal y la administración de los sueldos. El objetivo de este simposio es

considerar estas dos funciones dentro del hospital y tratar de discutir las ampliamente.

Aún hay muchos que permanecen escépticos en cualquier discusión sobre la gestión administrativa y de personal, ya sea porque no están bien informados o porque no han obtenido una explicación adecuada. Este simposio demostrará la facilidad con que funciona el programa, la claridad de los resultados a largo plazo y la necesidad actual de contar con dichos programas en todos los hospitales. La historia del éxito del programa de análisis de los puestos y de la administración de sueldos en el Centro Médico Santa Rosa es más que un hecho establecido: es un programa vital que puede y debe ser incorporado a cada hospital como sistema clave y básico.

2. METODOS—UN ENFOQUE REALISTA AL MECANISMO DE LA ADMINISTRACION DE PERSONAL

Edward J. Spillane

El programa de análisis de puestos y administración de sueldos en el Centro Médico Santa Rosa se puede describir exactamente como “realista”. El realismo se define como una “preocupación por los hechos o realidades y el rechazo de lo impráctico y visionario”. El autor espera que, después de leer este artículo, no habrá quien sugiera que este programa “suena bien en teoría” o “puede dar resultados en la industria o en el comercio, pero no en el hospital”. El lector debe preocuparse sólo de saber que este programa es de hecho una “realidad” y que no ha sido “rechazado por impráctico o visionario”.

La administración hospitalaria y los directores de personal y de hospitales no han sabido distinguir entre el *problema* fundamental de la gestión de personal y los síntomas del problema. Los hospitales han pretendido eliminar varias situaciones que en realidad no son problemas sino sólo síntomas de un problema fundamental. Debe hacerse todo lo posible para resolver el problema fundamental en lugar de tratar de solucionar las crisis que surgen en la administración o en la supervisión.

Los síntomas o problemas del Centro Médico Santa Rosa y los de la mayoría de los hospitales, en casi todos los departamentos y dentro de la mayoría de los equipos de los departamentos, no se relacionan necesariamente con el personal del servicio de enfermería. Pero como el servicio de enfermería comprende la mayor parte del personal de hospital, tal vez éste sea el servicio que mejor se presta para introducir mejoras.

Algunos de los síntomas que probablemente necesitan enmiendas son: número insuficiente de enfermeras graduadas; demasiado “papeleo” o muchas funciones ajenas a la enfermería desempeñadas por las enfermeras, lo que les deja menos tiempo para los servicios de su especialidad; una tasa muy alta de renovación de personal de enfermería; falta de una verdadera norma para evaluar la atención de enfermería y, además, la idea que prevalece entre las enfermeras de que se les paga poco y no se les acredita el *status* que merecen.

Los síntomas ya mencionados son libremente discutidos y admitidos por la administración del hospital. Pero hay otros que no se mencionan ni se admiten, son los que se refieren a enfermeras ineptas o incompetentes, que la administración no despiden porque “peor es nada”; supervisoras que en realidad no ejercen funciones de supervisión porque la organización del hospital es deficiente o porque no se las fiscaliza debidamente y, como consecuencia, la supervisora realiza el trabajo que debería delegar, o no supervisa porque no es lo suficiente competente para dirigir—son buenas enfermeras pero completamente incapaces de supervisar (sólo son supervisoras por antigüedad).

Otros síntomas son la falta de enfermeras bien preparadas para desempeñar los cargos de supervisoras cuando quedan vacantes; el estigma de los hospitales católicos basado en la creencia de que “las enfermeras que quieren hacer carrera no deben trabajar en ellos porque las hermanas ocupan todos los cargos importantes, no importa cuales sean sus calificaciones o capacidades”. El último síntoma se refiere a los diferentes tipos de enfermeras que ocupan los cargos actuales y se presentan para llenar las vacantes. Por

RESULTADOS POSITIVOS DEL PROGRAMA (Después de dos años)

- La renovación del personal se redujo al 50%.
- Los salarios aumentaron de \$35 a \$75 mensuales.
- La atención del paciente, los servicios y días de atención al paciente aumentaron en un 40%.
- Los gastos diarios incurridos por el paciente se redujeron casi \$2 diarios.
- Se redujo el número total del personal.
- El índice de personal por paciente se redujo de 2,3 a 1,9.

ejemplo, si un cargo queda vacante el día lunes, puede ser ocupado por una enfermera titulada, que haya seguido un programa universitario; si el puesto todavía está vacante el martes puede ser llenado por una enfermera titulada, o que haya seguido un programa de tres años de estudio; si aún está disponible el miércoles, se dará la vacante a una enfermera titulada, que haya cursado un programa de dos años y, por último, si el cargo sigue vacante el jueves y nadie se presenta para ocuparlo, la supervisora dirá a la directora del servicio de enfermería del hospital: “Bueno, si no puede conseguirme una enfermera titulada, bastarán dos auxiliares de enfermería certificadas o una auxiliar certificada y dos ayudantes”. La directora del personal, que sin duda debe llenar los cargos vacantes, contrata día a día sin ningún plan de reclutamiento a largo plazo, y de acuerdo con los títulos y no con las especificaciones.

En resumen, está tratando de reclutar sin saber el tipo de persona que está buscando.

El problema

Estos síntomas describen lo que *aparentemente* es un problema real. Pero éstas y muchas otras situaciones similares no son las verdaderas causas. El verdadero problema interno de los hospitales de hoy estriba en la falta de un programa básico de administración del personal, claramente definido y práctico, del mejoramiento del trabajo y de un programa realista de administración de sueldos. El objetivo debe ser el siguiente: una verdadera, justa y completa administración del personal, un mejoramiento productivo del trabajo y un programa justo y realista de administración de sueldos.

El fin tanto de administradores como de supervisores es lograr la consecución efectiva de una tarea, lo que implica el perfeccionar y dirigir a las personas. El supervisor debe dirigir y motivar a los demás para que hagan lo que él ha determinado a fin de alcanzar uno o varios objetivos específicos. (La mayoría del personal hospitalario a veces no entiende bien su trabajo y nunca lo entenderá a menos que sus funciones se establezcan por escrito y se defina claramente su responsabilidad, autoridad y objetivos.) Es necesario que el supervisor comprenda la *necesidad* inherente de cada puesto y lo que se espera para lograr los objetivos del cargo. En otras palabras, toda persona responsable de una función supervisora o administrativa debe saber, para comenzar, lo que sus subordinados inmediatos *están haciendo*—no lo que cree que hacen ni lo que deberían estar haciendo, sino lo que *realmente* están haciendo. Debe asegurarse de que sus subordinados inmediatos averigüen lo que están haciendo las personas que trabajan bajo su responsabilidad. El primer punto (al cual se debe dar la máxima importancia) es que los supervisores,

los directores, los administradores y todo el personal que supervisa debe saber lo que realmente hacen aquellos que están bajo su responsabilidad. Este es el propósito del análisis del puesto, y debe reflejar con exactitud el verdadero rendimiento del trabajador. El análisis del puesto no es un instrumento o una técnica para supervisar—es la supervisión.

En el análisis del puesto se anota cada una de las funciones que desempeña el empleado: *por qué* la desempeña, *cómo* y *cuán a menudo*. Este es el punto de partida para alcanzar otros objetivos tal como establecer la descripción de los cargos, determinar las normas de rendimiento, establecer una base para la evaluación de la actuación, preparar el plan general de adiestramiento y orientación, crear un programa completo de administración de sueldos, de evaluación de los puestos, y el mejoramiento del trabajo y de los reglamentos destinados a regular un programa de promoción interna. Puede tener muchas otras aplicaciones semejantes, según las necesidades individuales de cada hospital o departamento del hospital. Su punto de partida es el análisis del puesto, un registro de los *hechos*, que en sí mismo nada significa hasta que se aplica a la administración del personal, al mejoramiento del trabajo útil y a un programa realista de administración de los sueldos.

Las soluciones

A través del análisis del cargo se examina *lo que* hace el empleado, *cómo* lo hace y *por qué*, y las calificaciones que debe poseer para realizar su trabajo. El supervisor determina las exigencias del trabajo en términos de responsabilidad, conocimientos, competencia, aplicación mental, destreza, exactitud, experiencia, actividad física, incluyendo condiciones de trabajo y riesgos. Una o dos líneas breves definiendo el nivel de cada requisito de trabajo completarán el análisis del cargo.

Después de este análisis—detallando lo que debe hacerse y cuáles son los requisitos para una buena ejecución—sólo entonces puede fijarse la descripción del trabajo, indicando el tipo de individuo que se necesita para el cargo. El director del personal puede entonces planear, organizar y poner en acción sus programas de contratación, entrevistas y exámenes. Después que el supervisor aprende a conocer en qué consiste el trabajo, y qué tipo de persona se necesita para desempeñarlo, el paso siguiente es determinar los requisitos de orientación indicados. La orientación puede dividirse en tres etapas: orientación sobre la *institución*, sobre el *departamento* y sobre el *cargo*.

La orientación sobre la institución es función básica del departamento del personal. La orientación sobre el departamento y sobre el cargo es responsa-

ESQUEMA DEL PROGRAMA

- Aprobación administrativa
- Análisis del cargo
- Especificaciones del cargo
- Orientación para el cargo
- Adiestramiento para el cargo
- Evaluación de la actuación*
- Mejoramiento del trabajo*
- Normas de contratación
- Administración de sueldos†

* En períodos determinados con anterioridad se hizo una evaluación del adiestramiento, de la actuación y del mejoramiento del trabajo.

† Aumentos de sueldos en cinco intervalos.

bilidad del supervisor. El análisis del cargo, de tarea en tarea, considera no sólo lo que el empleado hace sino la forma en que lo hace. Cada vez que haya una persona, un departamento, un servicio, un reglamento o un sistema que el empleado deba conocer, estos datos serán anotados y constituirán los factores necesarios para la orientación.

Otra responsabilidad del supervisor es la enseñanza. Todo empleado nuevo debe ser adiestrado. La supervisión se define como el desarrollo del individuo para que progrese como tal y como empleado. Cada puesto implica tres tipos de adiestramiento: 1) alguien debería prepararse para reemplazar al empleado actual; 2) el empleado debería recibir adiestramiento continuo para que pueda realizar en forma más eficiente la tarea asignada y 3) el individuo debe estar capacitado para captar un adiestramiento adicional que lo prepare para su próximo cargo o promoción.

Otra función importante del supervisor es evaluar la actuación del funcionario. Aunque el supervisor conoce el trabajo que debe hacerse, ha seleccionado al que puede cumplir con los requisitos del cargo, lo ha adiestrado y orientado adecuadamente, necesita poseer algún método para evaluar su rendimiento—evaluación de la actuación. El supervisor tiene la obligación de mantener al empleado al corriente sobre la manera cómo se desempeña. La evaluación del trabajo es un medio para comparar la actuación *real* con la *deseada*, y la diferencia entre las dos brindará la oportunidad para mejorar el trabajo o para emplear la educación en servicio a fin de lograr la superación cualitativa y cuantitativa.

Evaluación continua

El mejor método para evaluar la actuación de un empleado es fraccionar las tareas en que toma parte, determinar el índice de actuación de cada uno, y después revisar y evaluar las características del trabajador: actitud, iniciativa y reacción a la supervisión. (Según la experiencia del autor en la evaluación de la actuación, los grupos profesionales son más deficientes en características de trabajadores.) Por medio de la diferenciación de la evaluación de la *tarea* y la evaluación de las *características del trabajador*, el supervisor está capacitado para localizar el área en que el empleado necesita consejo, mayor supervisión o más adiestramiento.

Uno de los objetivos básicos del análisis del cargo es lograr un programa comprensivo y amplio de administración de sueldos. Dado que el trabajo tiene primacía sobre el trabajador y los requisitos de trabajo determinan el tipo de empleado que se considerará para el cargo, el trabajo reflejado en el análisis del cargo debe determinar el valor del puesto. Este debería medirse en términos de los requisitos de su actuación. En Santa Rosa se estableció el *objetivo* de salario mínimo de \$1.15 la hora. A medida que las condiciones de la actuación exigían más conocimientos, mayor esfuerzo físico, más supervisión o ninguna supervisión y más educación, los valores fueron determinándose por medio de un sistema de puntos—puntos que en una base calculada y determinada por el desempeño individual, dio un número total de puntos para cada cargo, representando el valor del cargo en relación con los demás.

El análisis del cargo y las calificaciones necesarias para desempeñarlo proporcionaron el instrumento para determinar sistemáticamente un adecuado programa de sueldos para que el Centro cumpliera con la obligación de pagar al empleado un sueldo justo, basado en la labor realizada de acuerdo con el estándar, y de asegurar al paciente la cantidad y calidad de atención correspondiente al precio pagado por ella. Los factores que fomentan el mejoramiento del trabajo son: la evaluación continua, el examen y el análisis de los cargos, tarea por tarea, a fin de suprimir labores, procedimientos o aun cargos que no son necesarios; la eliminación de repeticiones y duplicaciones y de este modo, establecer métodos de trabajo más eficientes y adecuados.

Este breve ensayo del programa del análisis del puesto y de la administración del sueldo no puede ser muy detallado. Pero debería ser evidente que el programa exige tiempo y mucho trabajo de oficina; revela las áreas deficientes e incompetentes y pone en guardia a la administración y al personal. Implantar dicho programa no es tarea fácil, pero una vez en acción, los empleados y supervisores se preguntarán cómo hacían antes el trabajo.

Idealmente, el mejor enfoque debería empezar desde arriba y seguir el organograma trazado por la institución. El administrador debe analizar el

trabajo de cada subordinado inmediato. Debe determinar y destacar lo que el supervisor debe hacer, cómo debe hacerse y por qué, definiendo claramente su responsabilidad, su autoridad y sus objetivos. Los supervisores deben analizar los cargos de sus subordinados inmediatos y ellos a su vez deben determinar lo que debe hacerse, cómo debe hacerse y por qué. Estos subordinados deben a su turno analizar a sus respectivos subordinados, etc. Este sistema se extiende a todos los niveles hasta que cada persona que supervisa analiza la situación de sus subordinados inmediatos.

Plan por etapas

A continuación se expone, en forma breve, el programa de Santa Rosa:

1. Para cada puesto en el hospital existe un *análisis del cargo*, que indica lo que debe hacerse.

2. Existe un esquema que *especifica la tarea* para cada cargo, que refleja el tipo de trabajador que se requiere, de modo que podemos localizar dentro y fuera del hospital a las personas más competentes y por medio de nuestra base de selección elegir a la más adecuada.

3. Existe un esquema de *adiestramiento y orientación* para cada cargo, que establece cada una de las medidas que deben tomarse para que el empleado

FECHAS DEL PROGRAMA

| | |
|--|--|
| Dic. 1960 —Análisis del cargo | Otoño 1961 —Planes para aumentar los sueldos |
| Enero 1961 —Especificaciones del cargo | Enero 1962 —Primer aumento de sueldos |
| Esquema del programa de orientación y adiestramiento | Julio 1962 —Segundo aumento de sueldos |
| Marzo 1961 —Evaluación de la actuación | Enero 1963 —Tercer aumento de sueldos |
| Simplificaciones del trabajo | Julio 1963 —Cuarto aumento de sueldos |
| Reevaluación de las normas sobre la composición del personal | Enero 1964 —Quinto aumento de sueldos |

se familiarice, física y socialmente, con el ambiente y las personas relacionadas con su cargo.

4. Existe un programa de *evaluación de la actuación* que permite medir el rendimiento en el trabajo, en comparación con las normas determinadas, y acusa las diferencias entre el trabajo que debería hacerse y el que se está haciendo. Esta diferencia se traduce entonces en procedimientos para mejorar el trabajo mediante consejos, una mejor supervisión o la educación en servicio.

5. Existe un *programa de administración de sueldos*, justo y amplio, que refleja exactamente lo que el trabajo exige en términos de lo que el empleado debe aportar de sí al cargo.

6. Existe un *programa de mejoramiento de la administración* en que cada nivel de la supervisión se ha examinado para proporcionar a aquellos que la ejercitan los instrumentos y las técnicas de la supervisión. Estamos prestándole más atención al servicio de enfermería porque éste, a raíz del avalúo de la actuación, parece ser el que posee un mayor potencial de mejoramiento.

7. Ahora, por primera vez existe una base para determinar *nuestras propias normas* de trabajo, especialmente en el servicio de enfermería. Sabemos qué tipo de persona queremos, qué clase de adiestramiento debe poseer y cuál es su norma aceptable de trabajo.

8. Puesto que tenemos un programa de administración de sueldos y una base para efectuar la selección, podemos y debemos exigir mejores individuos para ocupar los cargos; y existe una norma del hospital que no permite traer de afuera una persona para llenar una vacante (ascenso interno). Si esto significa un ascenso, llenamos los cargos más bajos con los recién llegados y, por supuesto, el adiestramiento y los requisitos de actuación requeridos son menos estrictos. Esto ha dado un gran empuje a la moral de los empleados.

9. Como todo el personal está comprometido en el programa, todos conocen los instrumentos para *mejorar el trabajo*. Por esto, las mejores sugerencias son las de aquellos que están realizando el trabajo diario.

10. Cada uno está aparejado con el trabajo que le acomoda, utilizando al máximo toda la capacidad y experiencia que posee.

Este programa puede ser realizado. Aunque el hospital no es un negocio en el sentido comercial de la palabra, no existe ninguna razón para que no pueda funcionar como tal.

La eficacia del análisis del cargo y del programa de administración de sueldos depende definitivamente de la manera en que se ajusta a la esfera de actividades y a la complejidad de los servicios ofrecidos por cada institución. Esta "personalización" del programa es el punto en que el mayor volu-

men de trabajo, de planeamiento y de re-planeamiento se hace evidente y necesario. Se impone el escrutinio completo de cada fase de las operaciones del hospital; los errores deben reconocerse abiertamente; los puntos sólidos deben utilizarse y fortalecerse por medio de una administración efectiva; los programas y las normas mediocres deben evaluarse y ajustarse en cada departamento a una política administrativa completa y bien organizada.

En este programa deben descartarse muchas viejas tradiciones porque no se ajustan a las más nuevas y amplias actividades. Pero al descartarlas, debe realizarse a la vez una evaluación de las nuevas ideas y una investigación sobre su calidad práctica. La combinación efectiva de esta evaluación, investigación y planeamiento constituye la actitud progresista que es absolutamente vital para el hospital que trata de marchar al compás de la comunidad y sus necesidades en constante aumento.

Sor Mary Vincent

3. EDUCACION—PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS ESQUEMAS CAMBIANTES DEL HOSPITAL

Sor Mary Brian

El problema actual de la profesión de enfermería se centraliza en la relación entre los métodos y actitudes tradicionales y el complejo moderno de las obligaciones y servicios exigidos de la enfermera profesional. Como dijo G. H. Chesterton, tradición no quiere decir que lo vivo está muerto, sino que lo muerto está viviendo. La tradición puede ser fuente de inspiración y orgullo, pero también puede empañar nuestra realidad. No pueden usarse en forma efectiva trozos aislados y fragmentos del conocimiento tradicional o método; el individuo asimila más bien la amalgama "tradicional" que le permite lograr y enfrentarse positivamente a las situaciones más nuevas y exigentes. La re-aplicación y la re-definición son conceptos clave para comprender el papel y la tradición de la vida contemporánea.

En el pasado las enfermeras se amoldaron bien a los esquemas tradicionales de una situación relativamente estacionaria. La sociedad moderna no es estática, en general, sino más bien dinámica. El ritmo afiebrado de la civilización moderna no permite al personal del hospital ceñirse a las rígidas normas de la tradición. Sin embargo, las enfermeras se han asido instintivamente a las tradiciones que las han albergado por generaciones, sin preguntarse si podían disponer de mejores medios valiéndose de la re-definición, re-avaluación y re-aplicación.

Para la educación, un programa de dirección del personal en un hospital implica que se ha llamado a la enfermera titulada de un programa de cuatro años para asumir funciones de liderazgo, y que ella debe entender muy bien la coordinación entre todos los niveles de enfermería. En un programa de cuatro años que lleva a un título en enfermería, la educación de una profesional debería proporcionar comprensión y conocimientos esenciales en distintas áreas principales del aprendizaje—ciencias naturales y sociales, las humanidades y bellas artes. Debería permitirle conocer las fuerzas culturales sociales y económicas que moldean el mundo moderno.

Como profesional, la enfermera debería actuar individualmente y como miembro del equipo de salud. La atención de enfermería, como componente del ejercicio de enfermería, interviene en el cuidado directo e indirecto. La atención directa es el trabajo relacionado con el paciente y/o su familia. Está planeada de acuerdo con las necesidades del paciente, y los planes que se evalúan a medida que se realizan. Las actividades del servicio indirecto de enfermería son aquellas que se realizan lejos del paciente y/o su familia. Incluye la coordinación de los servicios y obligaciones con los de otros trabajadores profesionales y no profesionales y/o agencias vinculadas al hospital.

El propósito del programa de cuatro años es preparar a una enfermera profesional que pueda actuar al nivel de principiante en todas las áreas de enfermería. Intenta también capacitar al estudiante para que adquiera poco a poco una crítica analítica y constructiva, buscando prácticas más efectivas mientras aplica sus conocimientos a la solución de los problemas. La graduada que adquiere experiencia puede ser capaz de asumir rápidamente posiciones de mayor responsabilidad sin educación adicional o debe poder emplear su educación como base para estudios más especializados.

Al ponerse en práctica estos ideales, muchos han tenido conciencia de la preocupación de los médicos y de los pacientes, así como de las enfermeras, porque el progreso educativo de la enfermera podría significar una menor calidad del servicio de cabecera. Muchos han expresado esta preocupación, lamentando “los buenos tiempos antiguos” y “la buena antigua enfermera de cabecera”. Sin embargo, estos están actuando de manera confusa; por una parte, hablan de la “buena antigua enfermera de cabecera” y por otra, esperan que la enfermera actual asuma funciones cada vez más complejas.

Las enfermeras saben que, a partir de la Segunda Guerra Mundial, la imagen de la enfermera y el papel de la enfermería han sido dramáticamente alterados. El gran aumento del personal auxiliar en el hospital tuvo repercusiones emocionales. Pero, tal vez la reacción más desgarradora fue la de la enfermera de plantilla. Atada a la tradición y perpleja por el papel cambiante, adoptó un poderoso frente defensivo. Su situación se tornó tensa y frustrada, pues se vio obligada a descuidar las labores de cabecera que para ella eran tan importantes.

Escasez de recursos humanos

La administración del servicio de enfermería se enfrenta además al problema constante de la falta de personal calificado. Frustrada ya por su número insuficiente, la administradora hace frente a la constante renovación del personal de su departamento. Sabiendo que los sociólogos predicen un aumento constante de la población, especialmente dentro de aquellos grupos que utilizarán los servicios hospitalarios, ella anticipa aun para el futuro una mayor escasez de personal.

Los servicios hospitalarios de mejor calidad están al alcance del público sólo en proporción directa al número de personal calificado disponible para dar abasto al enorme aumento y construcción de los servicios de salud y de hospitales. Sin embargo, en los 8.000 hospitales a lo largo de todo el país hay escasez de enfermeras, especialmente de enfermeras tituladas, para la atención del paciente. Este problema debe resolverse en forma efectiva e inmediata. El programa de administración del personal ofrece la solución más comprensiva y práctica. Sin embargo, su realización implica gran esfuerzo y experiencia en el campo general de la enfermería.

La enfermera profesional de hoy está clamando que se defina su papel mientras delega paulatinamente algunas de sus más preciadas tareas. Toda la realización de su objetivo—cuidar al paciente—depende hoy en gran parte de su habilidad para delegar labores que no están relacionadas directamente con el cuidado de los enfermos, y para poder juzgar cuáles son las actividades que no incumben a la enfermería. En general, está hoy a cargo de asignarle tareas al personal auxiliar que trabaja bajo su supervisión. Está sintiendo el peso de la creciente responsabilidad y la imposibilidad de multiplicarse para hacer frente al número constantemente creciente de pacientes, lo que la obliga a detenerse y re-avaluar su *status* dentro de la jerarquía del hospital. De la demostración objetiva de sus deberes, defendidos hasta ahora con tanto celo, surge un cuadro más realista de su trabajo actual. A esta revelación se agrega el hecho de que otro nivel de personal está desempeñando un servicio de cabecera, que muchos otros pueden hacerse cargo de los equipos, preparar los pedidos, etc. Muchas tareas hasta ahora veneradas por la enfermera están reorganizadas en un nivel no profesional, dejando a la enfermera una parte importante de su tiempo para destinarlo a estrictas labores profesionales.

Para que estas ideas se hicieran realidad, el Centro Médico Santa Rosa, con 600 camas y 1.100 empleados, inició el análisis de puestos en diciembre de 1960. El objetivo del programa fue lograr una administración del personal amplia y realista, un mejoramiento positivo del trabajo y un programa de administración de sueldos justo y real. Este era sin duda un objetivo noble, pero, ¿cuáles serían las medidas necesarias para que se realizara con éxito?

La primera de estas medidas fue el análisis de los puestos. Este es un instrumento, no una finalidad en sí. Conduce lógicamente a la especificación, orientación, adiestramiento, evaluación del cargo, administración de sueldos para cada empleado y, por último, al objetivo de todo hospital: mejorar la atención del paciente.

Durante el primer análisis del puesto se hicieron las evaluaciones periódicas de las actividades del personal de enfermería, para encontrar el medio de re-assignar los deberes, a fin de aumentar el tiempo destinado al cuidado del paciente.

Dichos estudios revelaron que la enfermera destinó gran parte de su tiempo a actividades que no están al nivel de sus experiencias profesionales, como trabajos de oficina y otros.

A raíz del análisis del puesto hubo muchos cambios que mejoraron la atención del paciente, como la centralización de los servicios de manteni-

OBSTACULOS PARA LA REALIZACION DE UN PROGRAMA COMPLETO

- *Tiempo.* Los supervisores dirán que no tienen tiempo para “perderlo” en el análisis de puestos.
- *Trabajo de oficina.* No se reconoce el valor del trabajo necesario de oficina. Supervisores que no saben supervisar desestiman el valor del análisis de puestos para mejorar la administración.
- *Falta de control.* Algunos hospitales carecen de la organización necesaria para realizar un control adecuado. Por esto, muchos miembros del personal no están bajo ninguna supervisión y en cambio algunos supervisores tienen demasiada gente bajo su “control”.
- *Supervisores ineptos.* Los supervisores están haciendo tareas que deberían ser delegadas. Para mantenerse ocupados desempeñan funciones que no son de supervisión. Sabiéndose inhábiles para administrar, temen el análisis de su propio cargo.
- *Indiferencia de la administración superior.* La administración considera que el análisis del puesto es solamente un deber del supervisor. Todos los miembros del personal deben someterse a dicho análisis.
- *Resistencia al cambio.* Una resistencia tradicional al cambio impide a los administradores, supervisores y empleados beneficiarse de los resultados del análisis del puesto.
- *Falta de motivación continuada.* A menudo la administración obliga en vez de motivar. Se impacienta por obtener resultados aun de datos incompletos.

miento, por ejemplo, compras, manejo del establecimiento, lavanderías, central de abastecimientos y demás; el empleo de la clasificación del paciente, que permite usar la experiencia del personal en un sistema de tratamiento del paciente que aprovecha mejor el uso de las destrezas de las enfermeras; y la determinación de objetivos del programa dietético, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y no a voluntad del personal. El buen resultado de estas innovaciones hace recordar una declaración del Papa Pío XII durante el discurso radial de la Primera Conferencia Católica Internacional de Salud, en 1958: "Puede suceder que un enfermo esté sometido a lamentables medidas administrativas que, en primer lugar, son de conveniencia para el personal. De este modo el elemento humano e individual, a pesar de su importancia decisiva, queda relegado a un lugar secundario".

Esfuerzo de equipo

¿Qué relación tiene esto con el programa de educación de enfermería? Cuando se inició el programa del análisis de puestos la autora asistió a los seminarios sobre administración del personal y pensó que ella llevaba la ventaja por estar relacionada con la educación y por lo tanto, quedaba en la periferia de todo el programa. Creyó, además, que no sería responsable de poner en práctica las sesiones de trabajo a través de objetivos y planes concretos. Sin embargo, pronto se dio cuenta de que la teoría y la práctica deben coordinarse, pues en caso contrario ambos se perjudicarían.

¿Cómo pueden coordinarse? Uno de los objetivos de la educación de enfermería es preparar a la estudiante para que contribuya a la salud y al bienestar de la sociedad de la que forma parte. Como ya dijimos, la sociedad es dinámica y sufre cambios constantes más o menos drásticos. Por lo tanto, en Santa Rosa tenemos que poner a nuestras estudiantes universitarias del último año en relación con el programa de administración del personal, y mientras asimilan una educación orientada más bien en forma tradicional, se preparan de acuerdo con las tareas que se les exigirá.

El primer paso fue ajustar la descripción del puesto con la experiencia de líder de equipo. Para que el análisis del puesto sea efectivo, los educadores deben coordinar sus energías a fin de contribuir a su éxito—sólo en forma colectiva podrán el servicio y la educación alcanzar resultados favorables. Iniciamos específicamente dos cursos: administración de salas de hospital y liderato de equipo de enfermería.

El curso sobre administración de salas está destinado a dar a conocer a la estudiante los principios en que se basa la comprensión de la administración. La filosofía del curso descansa en el concepto cristiano del hombre y en el concepto de que el cuidado del enfermo depende en esencia de la calidad de

la administración. La gestión administrativa en este caso implica aunar los servicios, los equipos, los abastecimientos y el personal necesarios para proporcionar una buena atención de enfermería. De este modo, la administración logrará sus objetivos a través del planeamiento, la organización, la coordinación, la motivación y el control. En este curso la alumna estudia las calificaciones, las normas y las funciones del personal del servicio de enfermería. La aplicación de la teoría se hace en la unidad asignada a la estudiante para su práctica de liderato de equipo. Esta se entera de la amplia variedad de los programas educativos que preparan a aquellas que se inician en el servicio de enfermería, y que forman tipos de personal de enfermería con potencial diferente para progresar y desarrollarse. Estudia las diversas necesidades del servicio de enfermería y de este modo le parece lógico que los que emplean personal de enfermería puedan ponerse de acuerdo sobre los niveles en que esperan que realicen su labor las graduadas de cada tipo. Comprende, además, el papel complementario de todos los niveles de enfermería y mediante una aplicación práctica del análisis del puesto, aprende a coordinar y administrar las diversas actividades del equipo.

La dirección del equipo de enfermería es una experiencia que refleja la filosofía que se preocupa por satisfacer las necesidades individuales de los pacientes. Los objetivos incluyen: el desarrollo de la capacidad para diagnosticar las necesidades de los pacientes, reuniendo la información esencial en las fuentes adecuadas y evaluando la información obtenida; la utilización de la información en las conferencias en equipo y la formulación de planes de atención de enfermería; el desarrollo de su experiencia como líder del equipo planeando y coordinando las actividades de los miembros de su equipo para lograr la satisfacción de las necesidades de los pacientes. La estudiante lo realiza a través de la interacción directa con los miembros del equipo, coordinando un plan de acción para proporcionar el bienestar de sus pacientes, a través de observación personal y conferencias en equipo. Adquiere habilidad en asignar las tareas diarias y aliar las destrezas de los miembros de su equipo con las necesidades de sus pacientes. Se emplean aquí de nuevo los principios del análisis de puestos. Además, la estudiante aprende su responsabilidad por la supervisión de aquellos a quienes delega el cuidado de los pacientes.

Por medio de estos programas, las estudiantes aprenden que cada tipo de personal debe desempeñar un papel distinto e individual. Cualquiera que sea la tarea asignada, la contribución individual es muy importante, y cualquiera que sea el nivel, el fracaso de un individuo para desempeñar sus tareas puede reducir los resultados efectivos de los esfuerzos de todo el grupo. Con la aplicación del análisis del puesto por supervisoras, la posibilidad de este fracaso se ha reducido bastante.

La estudiante de enfermería profesional piensa que esta práctica con las

diversas facetas de la administración del personal contribuye a desarrollar su habilidad para comunicarse y para enseñar, la que usará para guiar a los miembros del equipo a satisfacer las necesidades de los pacientes. Ella observa el comportamiento verbal y no verbal de su paciente y emplea lo observado para dirigir las conferencias en equipo en que se formulan los planes para el bienestar de los pacientes, discutiendo las actitudes para con los enfermos, observando la conducta de éstos y los problemas analizados en las etapas previas. Además, identifica las necesidades de guía e instrucción de los pacientes y del personal, y logra la contribución potencial de cada miembro del equipo. A fin de obtener mayor beneficio de los talentos de cada miembro, el líder deberá distribuir las labores de acuerdo con las capacidades de cada uno. Para realizar esta distribución en la forma más eficaz posible, es de especial valor la descripción del puesto para cada categoría del personal.

Evaluación del personal

Se le ofrece también a la estudiante la oportunidad de aprender mientras trabaja en otro aspecto de la gestión administrativa—la evaluación del personal. Es capaz de anotar y analizar los datos que, como líder del equipo, ha escrito sobre los miembros del equipo que dirige, así como también se espera que evalúe su equipo profesionalmente. Esto le servirá a la instructora para evaluar la habilidad de la estudiante en la evaluación del trabajo de los miembros del equipo.

Durante esta discusión de la ejecución del plan de administración del personal dentro de la educación de enfermería, los programas se analizaron más bien como cosas frías y mecánicas, considerando la “atención del paciente” como concepto en vez de una viva realidad. Sin embargo, a medida que se desarrollaba el programa, un grupo de estudiantes ideó y desarrolló un concepto muy valioso. Su idea es un ejemplo excelente de la asimilación de la tradición y el desarrollo lógico de la capacidad individual, con la re-aplicación y la re-definición de los conceptos tradicionales.

El problema tal como lo plantearon estas alumnas, estriba en que hoy la demanda creciente de la enfermera la ha obligado a destinar cada vez menos tiempo al paciente. Si las enfermeras profesionales deben servir a la humanidad, tienen que aprender, por lo tanto, otra técnica. Es la de dejar “su presencia” con el paciente.

Esta “presencia” puede compararse con la sensación de seguridad que tiene el pequeño cuando sabe que su madre está trabajando en la cocina, o la del moribundo que descansa tranquilo cuando sabe que su mujer está junto a él. Es el saber que una enfermera comprensiva y competente es

capaz de aceptar la individualidad única de cada enfermo—que está formado de un alma y de un cuerpo, hechos a la semejanza de Dios, y que su deseo de que se le acepte, se le proteja y se le ame ha sido interpretado y cumplido.

Un auto-conocimiento consciente

Esta técnica exige un auto-conocimiento consciente. La enfermera debe estar siempre a tono con las necesidades de cada individuo. Aunque no pueda identificarlos a todos de una vez, tendrá un punto a su favor si domina los más importantes. Su quieto y preocupado saludo puede transmitir este sentimiento. Su tranquila seguridad personal para realizar una tarea—su reconocimiento tácito del dolor—pueden inspirar un sentimiento que perdura aun mucho después que la enfermera se haya ido.

Presencia prolongada

De este modo, si una enfermera puede estar con un paciente sólo cinco minutos de una hora, estos cinco minutos deben ser tan dinámicos e interesantes, que su presencia acompañará al paciente durante los próximos 55 minutos, hasta que pueda volver a verlo. Los factores que contribuyen a la habilidad de la enfermera para que deje su “presencia” con el paciente incluye la posibilidad de estar disponible cuando realmente la necesita. La respuesta pronta a un llamado despierta en el enfermo un sentimiento de seguridad y de atención individual. La actitud tranquila y confiada de todas las actuaciones de la enfermera, su posición serena e interesada en sus relaciones con los pacientes, les hace sentir que aun el breve instante que la enfermera permanece con ellos es importante y que cuando se vaya tendrán la seguridad de ser bien atendidos.

Aunque es cierto que algunas personas nacen con personalidad y temperamento agradables, todas las enfermeras que se esfuerzan y desean prestar una atención completa de enfermería pueden dejar su “presencia” con el paciente y así “multiplicarse”, resolviendo muchos de los problemas producidos por la gran escasez de enfermeras. Esta técnica parece ser un eslabón valioso entre la tradicional enfermería de cabecera y el líder del equipo contemporáneo—eslabón que proporcionará la relación paciente/enfermera y al mismo tiempo permitirá al líder del equipo realizar sus funciones de supervisión.

Hay otros dos conceptos importantes del aspecto educativo de la enfermera que la vinculan a los programas de administración del personal del hospital: la orientación y la educación en servicio.

Seminario de un día

El programa de orientación es considerado indispensable para el funcionamiento uniforme y eficaz del hospital. La estudiante de enfermería del último año participa en la orientación de un día. Lo que parecería ser un día perdido para las que han estado incorporadas a las actividades del hospital durante tres años, termina siendo uno de los días más provechosos de su educación. El seminario de un día le proporciona la apreciación y comprensión de toda la filosofía, las pautas, medidas para la salud y seguridad, relaciones públicas y responsabilidad comunal, funciones educativas de las instructoras y relaciones interdepartamentales del Centro Médico. Aunque el administrador del hospital no necesita ejecutar cada fase del programa de orientación, es necesario contar con un coordinador que mantenga una actividad preventiva de orientación, que no sólo es importante para los empleados, sino también para los estudiantes.

Además, debe orientar al departamento y a los trabajadores de todos los niveles para que exista una debida comprensión y apreciación de sus aportes. Cuando se les permite a los mismos trabajadores explicar sus labores en este proceso de orientación, se sienten con mayor *status* y más considerados, a la vez que se inicia una buena relación de trabajo.

La educación en servicio, como una actividad consciente y organizada para todo el personal, tiene como propósito el mejoramiento del servicio mediante el desarrollo individual. De este modo, es un medio para lograr una finalidad y debe incluirse en la categoría de *necesidad* y no de lujo. El administrador y el empleado se ven obligados a preguntarse: ¿Podemos dejar de tener un programa de educación en servicio? ¿Podemos tener personal de segunda clase desempeñando una labor desorientada en el campo hospitalario que hoy representa una de las mayores industrias de los Estados Unidos?

Concepto correcto de atención al paciente

Uno de los factores más importantes en la educación de enfermería es la enseñanza del concepto adecuado de la atención que se debe dar al paciente. A fin de cumplir con los objetivos educativos, debe hacerse un esfuerzo común para desarrollar cada aspecto; debe existir una comprensión general, entre el servicio y la educación, de lo que es fundamental para una buena atención de enfermería; ambos deberían estar convencidos de la importancia de este concepto tan básico. Esta convicción ejercerá influencia en la enseñanza y la práctica de la enfermería en todos los niveles de habilidad y capacidad del personal. El empleo y el desarrollo efectivo del personal de enfermería producen el aumento lógico de la satisfacción en el trabajo y mejoran

**PROCESO PARA COLOCAR A UNA PERSONA
EN SU CARGO**

1. *Análisis del puesto*—Lo que necesita hacerse.
2. *Especificación del puesto*—¿Qué clase de persona se necesita para desempeñar el cargo?
3. *Contratación*—Reclutar candidatos competentes para llevar a cabo la tarea.
4. *Selección*—Determinar cuál candidato está mejor capacitado.
5. *Colocación*—Poner al candidato en su trabajo, física, social y mentalmente.
6. *Orientación*—Familiarizar al empleado con las personas, las instalaciones y los equipos, las normas y procedimientos con que tiene que trabajar.
7. *Adiestramiento*—Enseñar los conocimientos y las prácticas necesarias.
8. *Evaluación*—Determinar cuán bien trabaja en términos de lo que se espera de él.
9. *Cesantía*—Cese del trabajador, por ascenso, traslado, jubilación o destitución.

Tomado de *Doing Your Own Position Analysis*, por W. I. Christopher, Catholic Hospital Association.

el desempeño de la labor, factores inseparables en un adecuado ambiente de trabajo.

Identificación y selección oportuna de las estudiantes

Además, el análisis y la descripción del puesto permiten y alientan la identificación y selección oportunas de las estudiantes que pueden llenar papeles bien definidos, y también permiten al individuo progresar o cambiar de puesto de acuerdo con su capacidad.

En resumen, la enfermera profesional se encuentra en el cargo de líder de equipo y por lo tanto, dispone de menos tiempo para el cuidado de cabecera del paciente. Tendrá que supervisar dirigiendo el trabajo de los demás miembros del equipo. Pero no podrá renunciar al concepto tradicional de

“enfermera”. Más bien, deberá re-definirlo y aplicarlo, aprendiendo a dejar su “presencia” en cada sala y con cada paciente. De este modo, alcanzará su finalidad como enfermera y cumplirá además con las exigencias de su papel contemporáneo.

4. PROGRESO—EFECTO DEL PROGRAMA EN EL PACIENTE, EL EMPLEADO, EL MEDICO, EL HOSPITAL Y LA COMUNIDAD

John A. Bradley, Ph.D.

El progreso dentro de un programa determinado tiene efectos tangibles e intangibles. El progreso puede describirse como el mejoramiento gradual demostrado por hechos reconocidos. En el Centro Médico Santa Rosa el análisis de la posición y del programa de administración de sueldos ha cumplido con el más estricto de los requisitos para lograr el éxito. Para comenzar, cabe advertir que el Centro Médico se beneficia también de los efectos intangibles.

Abordaremos este tema examinando los efectos concretos y evidentes dentro del marco de los cinco grupos interesados—el enfermo, el empleado, el médico, el hospital y la comunidad.

El paciente mira este proyecto con ojos del beneficiario principal. El programa del mejoramiento continuo de la calidad de la atención del paciente se hace más aparente a medida que el que la recibe es testigo de su eficiencia creciente. Esto ha sido posible especialmente porque cada persona comprometida en el esfuerzo del equipo para atender al paciente tiene tareas específicas y conoce sus responsabilidades.

En Santa Rosa tuvimos en el pasado duplicación del trabajo, esfuerzos desorientados y, desgraciadamente, notoria ineficiencia. No puede culparse de esto al personal de enfermería, que trataba de prestar una buena atención pero fracasaba por falta de esfuerzo organizado. Todas comprendían sus responsabilidades, pero en efecto, estaban duplicando su trabajo en muchas áreas y dejando vacíos en otras. A través del análisis del puesto se definió cada labor detalladamente, de acuerdo con sus obligaciones, y el análisis colectivo del equipo comprendió todos los aspectos del cuidado del paciente, eliminando así las deficiencias.

Más aún, se ha producido una fusión de las responsabilidades y los talentos. La enfermera titulada no está preocupada ya de las tareas que no corresponden a su nivel de preparación. Estas han sido adecuadamente dele-

gadas. La administración ha sido acosada durante mucho tiempo por gritos y clamores para que se permita a la enfermera volver a la atención de cabecera; sin embargo, le han proporcionado tareas sencillas aunque necesarias, poniéndole con ésto mayores obstáculos. No ha sido culpa de la enfermería sino más bien de la administración que no se ha tomado el tiempo suficiente para analizar qué es *lo que* se necesita para prestar una atención de calidad y, mucho más importante, saber quién la ha de dar. Esto se está haciendo ahora y el paciente se beneficia del trabajo de equipo organizado y coordinado.

Hoy día el mandato de aquellos a quienes atiende el hospital es brindar una atención de alta calidad al enfermo, a un costo más bajo que antes. La reacción inmediata ha sido de una lógica inconcebible: a medida que los servicios aumentan debería aumentar en forma equivalente el costo de estos servicios. En Santa Rosa ha sucedido lo contrario gracias al programa de administración de personal. El efecto de este análisis de puestos ha ido más allá del personal de enfermería y ha tocado cada faceta de las actividades del hospital. Como resultado, desde que se inició el programa el *costo diario* ha disminuido en un 10 por ciento. Las causas son diversas: la renovación del personal, la fusión de cargos, personal mejor calificado, atención a los costos, economía en los abastecimientos, etc. Durante este período hubo un aumento del 40% del volumen de trabajo con sólo el 13% del alza de los costos. Esto confirma el juicio de que un personal mejor calificado, familiarizado con sus cargos y sometido a un constante avalúo de su trabajo, puede rendir mayor volumen de trabajo sin gran aumento del costo. Santa Rosa no sólo ha intentado proporcionar mejor atención al enfermo, y dar al paciente el personal mejor calificado para realizar estas funciones, sino que al mismo tiempo ha logrado que esa atención se dé a un menor costo *diario*.

Beneficios intangibles

Al evaluar los beneficios recibidos por el empleado a través de este programa, debe recordarse que muchos de estos beneficios son intangibles. Factores como los que levantan la moral, se pueden observar, pero no se prestan fácilmente a evaluaciones estadísticas. Sin embargo, hay otros aspectos que pueden analizarse en forma estadística y que confirman nuestro aserto de que nuestros empleados están permaneciendo más tiempo con nosotros y se benefician con todo el programa.

Antes de presentar el estudio de las estadísticas sobre la renovación del personal y el cese en el servicio, conviene citar algunos antecedentes sobre los programas de análisis de puestos y administración de sueldos en Santa Rosa. Desde mediados de 1961 hasta mediados de 1962, todas las super-

visoras participaron en la tarea exigente de redactar el análisis del puesto, las especificaciones de los cargos y en otros trabajos preliminares, antes de iniciar el programa de administración de sueldos. A fines de 1961 se decidió que este programa consistiría en cinco aumentos que se darían en intervalos de seis meses, desde el 1 de enero de 1962 hasta el 1 de enero de 1964. Se analizó cada puesto, se preparó la especificación de los mismos y un comité especial revisó los cargos. Se designó a cada cargo un número de puntos de acuerdo con su valor para la organización, se calculó una escala monetaria correspondiente a los puntos fijados y a cada puesto se le asignó el valor monetario acordado por la institución. Si la persona que ocupaba el cargo, de acuerdo con el avalúo de su actuación, merecía los aumentos, recibiría cinco que serían distribuidos a partir del 1 de enero de 1962. El espacio no nos permite analizar todo el mecanismo empleado. El trabajo para organizar este programa se efectuó durante el período de 1961-1962.

Renovación del personal

Durante el período del análisis de puestos, Santa Rosa acusó una tasa muy alta de renovación del personal. En 1961 fue del 86 por ciento. Esta cifra había sido constante durante los años anteriores y fue una de las diversas razones que indicaban la necesidad de establecer una política más adecuada para el personal. En 1962 los sueldos se aumentaron dos veces y esta demostración de que se intentaba tomar en consideración todas las necesidades del grupo de empleados resultó en un descenso del 20% en la renovación del personal, o sea una tasa de 66% para todo el año. Hay muchos factores que contribuyeron a este descenso, pero el programa de administración de sueldos fue la razón principal para que los empleados decidieran permanecer más tiempo en el Centro Médico Santa Rosa, que sus colegas de 1961. En 1963 la cifra tiene aún mayor significado y es más satisfactoria que en 1962. Los primeros cinco meses de 1963 acusaron una tasa de renovación del personal de 18,3%, comparada con el 28,3% de los primeros cinco meses de 1962. Si se mantiene esta tendencia, la tasa total para 1963 tal vez no excederá del 42 por ciento. De este modo, a fines de 1963 habremos completado cuatro de los cinco aumentos del programa de la administración de los sueldos y reducido en un 50% la tasa de renovación del personal en dos años, 1961-1963.

Costo del adiestramiento

Las ventajas de tener empleados que permanezcan en una organización por largo plazo son obvias. Definitivamente, el gasto para adiestrar al em-

pleado que reemplazará al que ya ha sido adiestrado es alto. La reducción de la renovación del personal ha sido otro medio para reducir el costo diario del paciente.

Es interesante también examinar las razones para el cese en el trabajo. Durante los cinco primeros meses de 1963 las razones principales fueron: *embarazos*, 15%; *servicio militar* y otros cambios, 17%; *matrimonios*, 15%; *renuncias por motivos de salud*, 5%; regreso a la *escuela*, 8%, y la más importante de todas: *renuncias para ocupar mejores cargos*, sólo el 1 por ciento. Por supuesto, ninguna institución espera no tener renovación del personal. Distintas razones obligan al personal a partir. El hecho de que sólo el 1% se retire para ocupar mejores puestos es evidencia de que nuestro programa es un éxito.

Santa Rosa ha mantenido un extenso sistema de entrevistas con personal que renuncia puesto que le interesa mucho saber por qué sus empleados dejan sus cargos. Hace poco una enfermera titulada renunció porque había tenido dificultades con el eterno problema de la cuidadora de sus niños. Aseguró que en el Centro Médico Santa Rosa el empleado sabe exactamente lo que se espera de él, gracias al análisis del puesto y además porque los supervisores se han interesado realmente por sus empleados. Agregó que estaba muy satisfecha del sistema de evaluación de la actuación porque le permitía conocer sus defectos y le proporcionaba una amplia oportunidad para corregirlos.

Una auxiliar de enfermería certificada renunció porque estaba embarazada. Declaró que el sistema de administración de sueldos había sido de gran aliento para su moral porque sentía que la organización se preocupaba de ella como individuo. Opinaba que era un sistema justo y que el hecho de que los aumentos dependían de la evaluación de la actuación permitía demostrar a un empleado su propio valer. Para citar otro ejemplo, una mecanógrafa del servicio médico renunció para ocupar un cargo mejor. Declaró que la orientación al hospital y a su cargo habían sido excelentes. Había trabajado antes en otro hospital local y sentía y pensaba que su actuación en el puesto anterior hubiera sido mejor de haber podido contar con un programa de orientación similar.

Personal insatisfecho

Estos son sólo tres ejemplos, pero, por supuesto, hay otros. Al mismo tiempo, algunas personas estaban muy descontentas con el programa. La mayoría de éstas eran individuos cuya actuación era deficiente y no aprovecharon el plan de mejoramiento del trabajo, señalado por sus supervisoras. Dichas personas habían trabajado así por algún tiempo y cuando se vieron obligadas a demostrar lo que valían, no pudieron cumplir con el estándar exigido.

Estos ejemplos indican que el empleado conoce bien el programa y lo aprecia, y que el programa ha sido muy útil para reducir el número de empleados insatisfechos que se retiran para ocupar un cargo mejor.

El éxito del programa, demostrado por las reacciones de los empleados, puede medirse por: 1) la reducción de la tasa de renovación del personal, 2) el grado de satisfacción del trabajador afectado, y 3) y probablemente el más importante en el aspecto intangible, el creciente aumento de la moral del empleado.

El personal médico ha comentado sobre la mejor calidad del personal como consecuencia del programa. Los médicos han mencionado que muchos de estos empleados no son nuevos; el empleado antiguo sometido a este nuevo programa, ha acusado un mejoramiento constante de su actuación. Esto es una prueba más de que la mayoría de los empleados podrían haber mejorado, pero sus supervisoras anteriores no se lo exigían. Mediante el programa de mejoramiento del trabajo y el de evaluación de la actuación, las supervisoras han descubierto un gran porcentaje de personas con talento entre los empleados que antes pasaron inadvertidos.

Todo representante de hospital fue testigo en el pasado de muchas tentativas inútiles para ofrecer una atención de calidad porque las órdenes de los médicos, las indicaciones, etc., no se ejecutaron en forma adecuada. Nuestro análisis del problema reveló que muy a menudo hacía falta un programa sistemático que pudiera permitir al médico dejar indicaciones con la debida persona, de quien se esperaba que las cumpliera. Todos hemos pasado por experiencias en las que hubo olvido de indicaciones y errores en las recetas, pero desde que implantamos los programas de análisis del puesto y de administración de los sueldos, hemos notado un descenso muy marcado de estas deficiencias. También los médicos se han dado cuenta de ésto, y han apreciado la tentativa del hospital de encaminar todos sus esfuerzos para asegurarle la mejor atención posible al paciente.

¿Cuál ha sido el beneficio derivado por el hospital? De este programa han surgido muchas ventajas pero la más importante es que ahora la persona idónea ocupa el puesto que le corresponde. El análisis de puestos y la especificación del cargo han permitido designar a la persona adecuada para ejercer una determinada función. En el pasado, los cargos se crearon y se determinaron de acuerdo con el personal contratado, lo cual era incorrecto, pues lo que se debe considerar primero es *el puesto*.

Estímulos para la contratación

El programa ha permitido también que el Centro Médico Santa Rosa planee la contratación del personal de salud de la manera más ventajosa.

El personal que se dedica a la atención del paciente se encontrará integrado a una organización que se preocupa del "hombre entero" y sus necesidades. En general, el impacto en la comunidad ha sido considerable. El Centro Médico Santa Rosa ocupa su lugar como un miembro vital de la comunidad.

Resumen

En resumen, algunos de los problemas relacionados con el programa de administración del personal son los siguientes:

- Antes de la iniciación del programa no había un número suficiente de personal de enfermería. Luego se difundió la noticia de que el Centro estaba ofreciendo a su personal un amplio programa que les aseguraba una carrera satisfactoria y productiva. Es cierto que siempre estamos necesitando personal calificado y que este programa ha facilitado su contratación.

- Debido a la alta tasa de renovación del personal, había sido difícil mantener, de manera constante, el sistema de buena atención del enfermo. Es significativo que, en dos años, esta tasa ha bajado aproximadamente en un 50 por ciento.

- No había anteriormente un estándar para evaluar la atención de enfermería. La evaluación de la actuación de cada empleado de la institución y el plan de mejoramiento del trabajo dieron origen al programa estándar de evaluación. El personal se sentía estancado en sus puestos porque no existía una identificación de sus cargos y en muchas áreas no había oportunidad para ascender. A través del programa de análisis de puestos se re-denominaron muchos cargos y se estudiaron en detalle muchas áreas para ofrecer la posibilidad de ascensos internos. Por ejemplo, el puesto de la enfermera jefe y el de la supervisora son totalmente distintos. Ya las supervisoras no desempeñan los cargos más altos en la escala de mando. El título de "directora del área" ha abierto a la supervisora la posibilidad de ascenso a un cargo en que será responsable de más de una unidad. Esto ha creado muchas oportunidades y ha aumentado la eficiencia, porque una directora de área tiene ahora el potencial y los recursos de varias unidades para realizar los objetivos de atención al paciente, dentro del área total.

- Anteriormente conservábamos al personal no calificado porque no teníamos métodos descriptivos para precisar las áreas en que no podían desempeñarse bien. Por medio del análisis del puesto, de la evaluación de la actuación y de los planes para mejorar el trabajo, se ha eliminado a los empleados no idóneos.

- Otro problema era el de las supervisoras que no supervisaban. Muchas de éstas eran técnicamente competentes en el campo de su elección, pero

no tenían preparación administrativa. Se desarrolló un programa activo para aumentar la preparación administrativa de todas las supervisoras, jefes de departamentos y personal con responsabilidades menores de supervisión.

En Santa Rosa creemos que este programa ha dado excelentes resultados. Al mirar las estadísticas y su proyección futura, vemos que el trabajo que representan es sumamente valioso. Las cifras demuestran que el hospital funciona más eficientemente, y en forma más progresiva, y que marcha al compás del rápido índice de progreso de la comunidad. Por esto, el hospital es capaz de ofrecer a la comunidad la mejor atención al paciente, los servicios requeridos para satisfacer las crecientes necesidades de la colectividad y una organización que permitirá no sólo la ampliación de los recursos físicos, sino también un mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, basados en la estabilidad de la estructura del personal.

Sor Mary Vincent

EL CAMBIANTE PAPEL QUE DESEMPEÑA LA ENFERMERA JEFE*

Jean Barrett †

Si no modificamos nuestros métodos y organización tradicionales en materia de enfermería, hemos de tropezar con dificultades en el planeamiento actual y futuro cuando se preparen enfermeras jefes en su nuevo papel como especialistas.

Una mirada retrospectiva a los cambios experimentados en una situación resulta a menudo conveniente. En lo que respecta a este artículo, el estudio de la situación en que se encontraba la enfermería en los Estados Unidos de América en la década de 1920 constituye un buen punto de partida. Aquellas que practicaron la enfermería durante los años que median entre 1920 y 1960 pueden complacerse en echar una ojeada a lo que ha pasado con el trabajo de la enfermera jefe; y las enfermeras jóvenes quizá se interesen en apreciar la diferencia entre lo que es la enfermera jefe de hoy día y lo que fue en los años anteriores al inicio de su carrera de enfermeras.

La década de 1920 a 1930

¿En qué consistía el trabajo de la enfermera jefe hace unos 40 años? En ese entonces, había pocas enfermeras y el personal de los hospitales más grandes estaba constituido por estudiantes. Las instituciones pequeñas y los hospitales estatales empleaban ayudantes y auxiliares de enfermería para que se encargaran del cuidado de los pacientes. En 1928, el 73 % de los hospitales carecía de una enfermera graduada "a cargo del piso", como entonces

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "The Head Nurse's Changing Role", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 11, noviembre de 1963, págs. 800-804.

† La Srta. Barrett (Iowa Methodist Hospital School of Nursing, Des Moines, Iowa; M.A. Teachers College, Columbia University), quien hasta hace poco desempeñaba el cargo de Profesora de Educación en Enfermería y Presidenta del Departamento de Educación de Enfermería de la Universidad de Syracuse, N. Y., es en la actualidad profesora visitante en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale.

Este artículo está basado en la segunda conferencia pronunciada en memoria de Dorothy Williams Alling en el Grace-New Haven Community Hospital, New Haven, Connecticut.

se les llamaba (1). Había una o dos dietistas entre el personal del hospital, y las estudiantes se ocupaban de la preparación de las dietas especiales y de las cocinas de las diferentes salas. En el informe Goldmark publicado en 1923, intitulado *Nursing and Nursing Education in the United States* (La enfermería y la capacitación en enfermería en los Estados Unidos) se indica que entre las obligaciones de las enfermeras estaban las de lavar lechugas, limpiar el refrigerador, arreglar y llevar las bandejas, y lavar los platos (2). Las enfermeras hacían toda la limpieza, con excepción de la de los pisos, y cada unidad contaba con un equipo propio cuya limpieza estaba a cargo del personal—es decir, de las estudiantes de enfermería.

En las mejores escuelas se enseñaba a las estudiantes teoría y conocimientos de enfermería, pero según el *Report on the Grading of Nursing Schools* (Informe sobre la clasificación de las escuelas de enfermería), publicado en 1928, el 13% de las escuelas carecía de profesoras enfermeras; toda la enseñanza la impartían los médicos (3). En algunas instituciones la enfermera jefe desempeñaba la doble tarea de enfermera jefe y de instructora. Daba clases de enfermería médica, quirúrgica, pediatra, u obstétrica y además se encargaba de la enseñanza en su sección (4). Aun en las escuelas que contaban con instructoras especiales la enfermera jefe hacía las veces de supervisora de las estudiantes de su unidad. Cualquier enseñanza que las enfermeras recibieran fuera de clase constituía más que todo la responsabilidad de la enfermera jefe. Una enfermera jefe típica tenía a su cargo un promedio de nueve estudiantes a quienes enseñar y supervisar (5).

Las estudiantes tenían que aprender por su propia experiencia pues a la enfermera jefe de los hospitales no le quedaba ni siquiera una hora diaria para dedicarla a sus estudiantes y en ese tiempo tenía que impartir órdenes y recibir informes (6). Durante su ausencia o cuando estaba de vacaciones, quedaba en su lugar una de las estudiantes antiguas. Algunos hospitales no tenían enfermera jefe graduada; al frente de ese cargo estaba una de las estudiantes más capacitadas.

En 1923, como resultado de las recomendaciones hechas en el informe Goldmark, se organizaron dos escuelas experimentales de enfermería en la Universidad de Yale y en la Universidad Western Reserve. El Hospital New Haven, que era donde hacían su práctica las estudiantes que asistían a la Escuela de Enfermería de Yale, comenzó a emplear ayudantes de sala para que hicieran las tareas de limpieza, y criadas para que se encargaran de preparar las dietas de los pacientes, arreglar las bandejas y lavar los platos. Se contrataron enfermeras graduadas para poder liberar a las estudiantes de toda actividad que no fuese "estrictamente educativa".

Esto sucedió hace cosa de 40 años. Todo cambio es siempre gradual y no ocurre en todas las instituciones a la vez. No fue sino hasta hace 30 años, en la década de 1930, que los trabajos domésticos efectuados en los distintos

departamentos de las grandes instituciones estaban a cargo casi totalmente de las sirvientas y de los mozos de servicio. Un ama de llaves, que a veces tenía que responder ante el servicio de enfermería, estaba a cargo de aleccionar a esas personas, pero puesto que no le quedaba tiempo para supervisarlas, y si le quedaba era muy poco, dicha tarea siempre tenía que desempeñarla la enfermera jefe ante quien las sirvientas eran directamente responsables.

La típica enfermera jefe pasaba un poco más de la cuarta parte del tiempo desempeñando tareas domésticas y dirigiendo el trabajo de la servidumbre (7). En esa época, la mayoría de las veces ella tenía la obligación de velar por todo lo que pasaba en su sala. Supervisaba a la cocinera, asignaba enfermeras para servir las bandejas de comida, ponía en orden la ropa blanca y los suministros, y se encargaba de enviar los equipos a reparación. Periódicamente tenía que hacer un inventario y, ya fuese ella o una de las personas empleadas en el hospital, se encargaba de esterilizar los instrumentos y equipos de la división y envolver los clisters y equipos de infusión que se usaban para esterilizar los instrumentos de la sala de operaciones. La enfermera jefe debía estar al tanto de comprobar si los lavabos y tolvas estaban en buenas condiciones y también de impartir órdenes para que fuesen reparados en caso necesario. Así que entre los años 1930 y 1935, si bien las estudiantes habían sido liberadas de muchas actividades ajenas a la enfermería, la enfermera jefe, en cambio, no lo había sido.

Las décadas de 1930 y 1940

En la década de 1930 las enfermeras, exceptuando las de los servicios de salud pública, estaban trabajando *para* sus pacientes en vez de estar tratando de independizarlos. Las mejores escuelas de enfermería hacían verdadero hincapié en enseñar a los pacientes, pero era muy poca la instrucción que normalmente se daba sobre el cuidado del paciente en el servicio de enfermería del hospital. La práctica médico-quirúrgica era sencilla en comparación con lo que es hoy día. Los pacientes permanecían en el hospital durante dos o tres semanas después de haber sido operados, y la mayor parte de ese tiempo lo pasaban en cama—se levantaban a una silla por momentos dos o tres días antes de que se les diera de alta. Todo el trabajo de enfermería lo hacían las enfermeras profesionales y las estudiantes. Estos eran los días de la depresión económica y por lo general había suficiente personal para poder proporcionar al paciente eficientes cuidados físicos y darle plena atención para que se sintiese cómodo y satisfecho.

¿Cuál era en ese entonces la responsabilidad de la enfermera jefe en lo

que respecta a la educación de las estudiantes? En 1938, Mary Marvin Wayland, hablaba en su libro *The Hospital Head Nurse* del planeamiento de la práctica de la enfermera jefe y de la supervisora para preparar estudiantes de enfermería y ayudarles a que aplicaran lo que habían aprendido en clase o en sus estudios (8). Si bien la autora indicaba que había cierta diferencia de criterio en cuanto a si una instructora de sala, libre de deberes de carácter administrativo, debiera ser responsable del aprendizaje y supervisión de las estudiantes de las diferentes secciones, o si este aprendizaje podría suministrarlo con más eficiencia la enfermera jefe, en opinión de la señora Wayland, la enfermera jefe que desempeñaba el doble papel de enfermera y administradora del piso, tenía mayores oportunidades de ascender a supervisora, pues ésta tenía siempre a su cargo tanto el servicio como la educación. En la segunda edición de este libro (publicada en 1944), revisada por Louise McManus y Margene Faddis, se adoptaba el mismo criterio (9). Dichas autoras subrayaban la gran importancia de que la enfermera jefe participase en el programa de enseñanza para estudiantes de enfermería y recalcan que la enfermera jefe necesitaba disponer de tiempo para preparar las clases de su sección. Dos declaraciones muy interesantes apoyan este criterio: "Todos los cuerpos docentes deben tener presente . . . que a fin de cuentas las estudiantes pueden aprender más de una buena enfermera jefe, si ella se esfuerza en sacar ventaja de las oportunidades que se le presentan, que de cualquier otra instructora clínica" (10). Y de acuerdo con dichas autoras, se suponía que la enfermera jefe "tendría que cuidar de que las estudiantes comprendieran la forma en que deberían aplicar los conocimientos adquiridos en clase . . . de remediar las deficiencias de tales conocimientos . . . de que las estudiantes recibiesen ayuda para identificar y resolver satisfactoriamente los problemas de enfermería peculiares de sus pacientes . . ." y de que se les ayudara a "adquirir conocimientos de enfermería, administración y reajuste social; a mejorar su estabilidad emocional y otras cualidades parecidas" (11). La enfermera jefe debería saber lo que se estaba enseñando en clase y coordinar sus asignaciones de acuerdo con la instrucción que las estudiantes recibían.

Cinco años más tarde, en 1949, Margaret Randall en *Ward Administration*, y yo misma en *Ward Management and Teaching* (12, 13) reconocimos que, si bien no incumbía a la enfermera jefe el asunto de la instrucción impartida en clase, era importante que ella tomara parte en el programa educativo. Nosotras indicamos que la enfermera jefe debería planear las asignaciones de conformidad con la enseñanza teórica, conducir las clases de la sección y ocuparse de evaluar el progreso de la estudiante. Gipe y Sellew, en su texto publicado el mismo año, subrayaban también la responsabilidad que pesaba sobre la enfermera jefe en materia de enseñanza. (14)

Cambios operados en las responsabilidades de la enfermera jefe

De manera que podemos apreciar que, durante las tres décadas de 1920, 1930 y 1940, la enfermera jefe desempeñaba un papel importante en el aprendizaje de enfermería. ¿Qué más hacía la enfermera jefe en la década de 1940, aparte de enseñar a las estudiantes? ¿Cuáles eran sus deberes administrativos? Durante los años de la Segunda Guerra Mundial y de la reconstrucción fueron muchos los cambios que se operaron en el ámbito de sus obligaciones. Más y más hospitales se estaban dando cuenta de la necesidad de subdividir muchas de las actividades que hasta entonces habían estado a cargo del servicio de enfermería. El departamento dietético comenzó a responsabilizarse de la alimentación de los pacientes. El personal que se ocupaba del trabajo doméstico y administrativo pudo asumir mayores responsabilidades con respecto a la supervisión de esas tareas en las distintas salas del hospital. A mediados de la década de 1940 empezó a aceptarse la urgencia de tener oficinistas en las salas. Empero, estos cambios no tuvieron un carácter universal.

El informe Ginzberg, publicado en 1949, indicaba que en algunos hospitales, el 30 % de su tiempo lo pasaba la enfermera jefe ocupada en trabajos domésticos, de empleada, mensajera y de ama de llaves (15).

Fue en la década de 1940 que se comenzó a dar importancia a las ventajas que aportaría centralizar el equipo y no pasó mucho tiempo antes de que casi todos los hospitales hubiesen establecido un departamento central de suministros. Algunas enfermeras líderes abogaron porque los materiales que necesitaban las enfermeras, tales como ropa blanca, medicinas, suministros y equipo, fuesen enviados directamente del departamento de suministros al sitio donde fueran a usarse y en el momento preciso, en vez de que la enfermera jefe perdiese su tiempo ordenando, recogiendo o distribuyendo dichos suministros.

Personal auxiliar

Durante los años de la guerra, alrededor de 1941 a 1945, las ayudantes de enfermería se encontraban capacitadas para ayudar a cuidar a los pacientes y se aumentó y mejoró el número de escuelas de auxiliares de enfermería. De ese modo, la enfermera jefe empezó a hacerse responsable de supervisar a un personal de enfermería con distintos grados de capacitación. De entonces a esta parte la situación no ha cambiado y si acaso se ha vuelto más compleja.

En 1949 se sugirió establecer equipos de enfermería, a fin de que la enfer-

mera jefe pudiera compartir con las enfermeras de plantilla la responsabilidad de supervisar a la mayoría del personal auxiliar (16). Algunos hospitales habían adoptado esta práctica anteriormente, pero no en la forma en que nosotras la conocemos.

Nuevas drogas y nuevas prácticas

Otros de los cambios ocurridos entre 1940 y 1945 también influyeron en el trabajo de la enfermera jefe. Hicieron su aparición nuevas drogas que vinieron a modificar radicalmente la práctica de la medicina—entre ellas las sulfanilamidas y los antibióticos. Los pacientes se levantaban de la cama más pronto y regresaban a sus hogares días o semanas antes del tiempo acostumbrado. Las camas que dejaban inmediatamente eran ocupadas por otros pacientes que requerían tratamientos y cuidados intensivos.

A fines de la década de 1940 más y más hospitales veían la necesidad de impartir instrucciones a los pacientes y de referirlos a las agencias de la comunidad, las cuales se encargarían de velar por su cuidado desde el momento en que se les daba de alta en el hospital (17). A consecuencia de los cambios experimentados por las prácticas en materia de medicina y de enfermería, las enfermeras provenientes de instituciones menos avanzadas que llegaban a los grandes hospitales-escuela, necesitaban orientación, y el servicio de enfermería e incluso las enfermeras jefes reconocían y aceptaban esta responsabilidad en un grado cada vez más alto.

Como resultado de las demandas que se imponían al servicio de enfermería, la enfermera jefe tenía muy poco tiempo para poder participar activamente en la educación de las estudiantes. Poco a poco las escuelas de enfermería se fueron dando cuenta de que para poder proporcionar una capacitación adecuada a las estudiantes, era menester contar con instructoras preparadas. Por lo tanto, desde hace unos 10 ó 15 años, la mayoría de las escuelas de enfermería vienen empleando instructoras clínicas cuya sola obligación ha sido la de supervisar y enseñar a las estudiantes en la esfera clínica. Por desgracia, esta práctica a menudo a tendido a producir una separación casi total entre el aprendizaje y el servicio de enfermería y, en consecuencia, la enfermera jefe se siente muy poco responsable de la capacitación de la estudiante y de ahí que se interese poco en el asunto. A su vez, las instructoras, no teniendo responsabilidad alguna en lo que concierne al servicio, pocas veces alcanzan a comprender los problemas inherentes a la enfermera jefe.

Las décadas de 1950 y 1960

Otro cambio que empezó a operarse en algunos lugares poco después de la Segunda Guerra Mundial, y que se había generalizado ya en 1955, fue el de la reorganización del horario de trabajo de todo el personal de enfermería, el cual después de trabajar el día corrido (desde las 7:00 a.m. hasta las 7:00 p.m., con un período libre y sus horas para las comidas) durante una semana de seis días, pasó a trabajar ocho horas diarias consecutivas en una semana que consistía sólo de cinco días. Esto aumentó notablemente el problema de proporcionar constante atención a los pacientes durante las 24 horas del día. Entonces los pisos se encontraban repletos de personal al medio día, que es el período en que los pacientes tradicionalmente descansan o están ocupados con sus visitantes y cuando son pocos los tratamientos programados; en cambio, al final de la tarde no había personal suficiente, y era precisamente entonces cuando ya los pacientes se sentían cansados y necesitaban mayor atención y que, además, había que tener ayuda para servir la cena y para otras cosas.

Esta situación exigía que se hiciera una reorganización de las actividades y que se planearan formas constructivas de utilizar el tiempo de las enfermeras durante las horas transcurridas entre la 1:00 p.m. y las 3:00 p.m. Algunas de ellas aprovechaban la oportunidad para conocer y aconsejar a las familias, llevar a cabo conferencias del personal sobre problemas y necesidades de los pacientes y plantear la forma de satisfacerlos. No obstante, en muchos lugares no se hizo nada al respecto, con el resultado de que se desperdiciaban las horas de trabajo del personal y, podría añadir, que aún siguen desperdiciándose (18). El día corrido de ocho horas también implicaba que la enfermera jefe veía a sus pacientes apenas durante un momento y, por lo tanto, se le dificultaba aún más asumir las responsabilidades de su cuidado durante las 24 horas del día.

Ya para 1955 a la enfermera jefe no se le hacía responsable de ser de todo para toda la gente de su división. Tenía menos responsabilidad directa acerca del ambiente que rodeaba a sus pacientes, de vigilar que recibieran las dietas apropiadas, y de proveer el equipo necesario a doctores y enfermeras. Aunque se le había liberado de la supervisión y enseñanza de las estudiantes, se había puesto a su disposición diferentes tipos de personal de enfermería que ella tenía que vigilar. La renovación del personal era más frecuente y la enfermera jefe tenía que ser "orientadora," maestra y supervisora de los nuevos miembros del personal.

Los equipos de enfermería ayudaron a la enfermera jefe en estas actividades, pero su responsabilidad abarcaba entonces la supervisión y capacitación de las jefes de esos equipos. Además, el cuidado de enfermería se había

vuelto más complicado como resultado de los cambios experimentados en asuntos médico-terapéuticos.

En vista de que muchos hospitales se encuentran todavía en el proceso de lograr los cambios antes descritos, echemos una ojeada a las innovaciones que han tenido lugar en la práctica de los hospitales y de la medicina, así como en el aprendizaje de la enfermería desde 1955, innovaciones que han influido en las responsabilidades atribuidas a la enfermera jefe. Una de las más recientes ha sido la de organizar los servicios de medicina y enfermería de acuerdo con las necesidades de los pacientes en vez de clasificarlos de acuerdo con las enfermedades. Durante los últimos años se han instituido, en la mayoría de los hospitales más progresistas, divisiones separadas para cuidado intensivo, cuya importancia en salvar las vidas quedó demostrada durante la Segunda Guerra Mundial. Por el hecho de existir sectores separados para los pacientes capaces de cuidarse a sí mismos y para aquellos que requieren largos tratamientos, la constitución de grupos más homogéneos ha venido a simplificar los problemas de las enfermeras jefes en el planeamiento y la delegación de las responsabilidades relacionadas con el cuidado de los enfermos. Asimismo, la importancia atribuida a la rehabilitación, enseñanza y planeamiento coordinado por parte del personal para determinar y resolver todas las necesidades de los pacientes ha exigido más de la enfermera jefe en cuanto a capacitar y supervisar al personal y a disponer del tiempo para lograr esos objetivos.

En los últimos años, otros hospitales han llegado a reconocer la importancia de mantener administradoras y secretarias ejecutivas expertas en las salas del hospital. En 1952 eran pocas las instituciones que habían empleado administradoras de salas, y esta innovación no llegó a popularizarse sino hasta hace poco. En aquellos hospitales en donde se ha llegado a apreciar su verdadero valor se ha podido liberar completamente a la enfermera jefe de las tareas administrativas y de coordinación que pueden ocupar tan gran parte de su tiempo (19). ¿Existe alguna razón verdadera por la cual una persona inteligente, aunque lega en materia de enfermería, no pueda hacerse cargo de ver que se efectúen los contactos necesarios con los otros departamentos, que haya quien reciba a los visitantes del piso y los ponga en contacto con la enfermera o con un médico si lo desean, que vea que las instrucciones del médico se trasladen al Registro Cardex, así como que la enfermera jefe verifique las tarjetas de las medicinas, que cuide de que el equipo necesario se encuentre siempre a mano, y que las existencias de suministros estén al día? Cuando se puede ver la forma en que trabaja este sistema, como yo lo he hecho, resulta difícil comprender por qué somos tan reacios a aceptar la idea de que no es absolutamente indispensable que muchas de las actividades administrativas sean desempeñadas por una enfermera. Una

administradora de unidad inteligente, que sea organizadora y administradora capaz, puede coordinar las actividades de su departamento con las de otros departamentos, organizar y administrar todas las actividades que no tengan conexión directa con el cuidado de los pacientes, dirigir y supervisar empleados y desempeñar funciones de recepcionista (20).

Quizá se pregunten ustedes: "¿Qué es lo que haría entonces la enfermera jefe?" Aunque la administración y coordinación han constituido siempre gran parte de su tarea, estas responsabilidades han alcanzado proporciones tan grandes que a la enfermera jefe le falta tiempo para dedicarse a esas actividades que requieren los conocimientos, la habilidad y comprensión de una enfermera profesionalmente preparada. Ningún lego está en posición de determinar las necesidades del paciente—al menos no todas. Ninguna persona desconocedora de la materia podrá hacer planes para resolver estos problemas de índole física, psicológica y social, ni puede tampoco decidir quién, entre el personal, es capaz de resolverlos. Esa persona tampoco podrá supervisar el cuidado del paciente y evaluar la eficacia de dicho cuidado, o adiestrar al personal de enfermería para que proporcione cuidados individuales a cada paciente. Estas responsabilidades son con mucho las más importantes para lograr la comodidad, el bienestar y la recuperación del paciente. Y, sin embargo, la mayoría de las veces, éstas son las responsabilidades de las que menos se encarga cuando el tiempo y la energía de la enfermera jefe se emplean en asuntos administrativos, de coordinación y resolviendo problemas de los empleados, que alguien más sin su capacitación especializada podría desempeñar en forma competente. Tales actividades administrativas son de vital importancia y si nadie está capacitado y preparado para llevarlas a cabo, es la enfermera quien tiene que hacerlo. No obstante, debido a eso, deja el cuidado del paciente en manos casi exclusivamente del personal de la sala, muchas de las cuales son nada más ayudantes, auxiliares de enfermería y, algunas veces, enfermeras profesionales mal preparadas. Esta es la situación que impera en la mayoría de los hospitales en la actualidad.

¿Es que vamos a dejar que la enfermera jefe desempeñe eternamente la tarea de administradora de sala? o ¿van los hospitales y el personal administrativo de enfermería, y las enfermeras jefes mismas, a aceptar por fin el hecho de que necesitamos otra clase de enfermera jefe si es que los pacientes han de recibir el cuidado que tienen derecho a esperar? En *Newer Dimensions in Patient Care* (Nuevas dimensiones en el cuidado de los pacientes) (21), Esther Lucile Brown describe dicho cuidado. Probablemente la renuencia o vacilación de la enfermera jefe a dejar estas responsabilidades, que siempre han estado asociadas con su cargo, se debe a la idea que existe sobre la incapacidad de usar en forma constructiva el tiempo sobrante que tal reorganización les dejaría. Los estudios realizados han demostrado que en efecto sería así (22).

El porvenir

El doctor Edmund Pellegrino, presidente del Departamento de Medicina del Centro Médico de la Universidad de Kentucky, opina que la futura enfermera profesional debe volver al pie de la cama del paciente, no como la enfermera del "siglo XIX con su lámpara" sino como una especialista clínica capaz de determinar las necesidades del paciente, observarlo y guiar a las personas menos capacitadas en la realización de las funciones de enfermería (23).

Si ella ha de ocupar su lugar entre las que luchan por la conservación de la salud, dice el Dr. Pellegrino, tiene que saber enfermería general, y debe tener un conocimiento total de las ciencias biológicas, físicas y sociales. Debe estar muy bien capacitada para hacer observaciones científicas relativas a diagnóstico, terapéutica e investigación. El Dr. Pellegrino se imagina a la enfermera haciendo observaciones útiles a los miembros del grupo encargado de la salud y contribuyendo activa e inteligentemente al planeamiento y a la administración general del cuidado de los pacientes. Para ello requerirá estar en estrecho contacto con los pacientes y tener tiempo suficiente para conversar con ellos y con sus familias. Y, agrega, esto quiere decir que las actividades administrativas y ajenas a la profesión tendrán que estar a cargo de alguien más, a fin de que la enfermera profesional quede libre para hacerle frente a las exigencias legítimas que se le harán en el futuro.

Si el Dr. Pellegrino tiene razón, y en mi opinión la tiene, podemos entonces concebir que las actividades actuales de la enfermera jefe se dividirán en dos trabajos distintos—una gerente de unidad y una especialista clínica—y no existiría una enfermera jefe tal como la conocemos ahora. La enfermera jefe sería una especialista clínica, una enfermera bien capacitada, con preparación avanzada en su especialidad, sea ésta médico-quirúrgica, de pediatría, maternidad o psiquiatría. Como tal, ella no solamente tendría la responsabilidad de suministrar cuidados expertos a los pacientes sino que también desempeñaría un activo papel en el grupo de salud. La enfermera jefe clínicamente competente sabría que ella tiene mucho que compartir con el médico y con aquellos que trabajan en otras actividades de salud. Mediante su propia actitud de—"tenemos que trabajar juntos y yo tengo esto que ofrecer; yo necesito de ustedes ésto si juntos vamos a dar al paciente el cuidado que tiene todo derecho a recibir"—ella infundiría más respeto para ella misma y para su carrera profesional.

Tal como yo veo las cosas, en el futuro la enfermera jefe recibirá la ayuda de las líderes de grupo que serán enfermeras profesionales competentes. Estas habrán de ser responsables del cuidado de un grupo de enfermos y de miembros del personal de diferentes grados de capacitación—enfermeras profesionales y auxiliares, estudiantes y ayudantes—le ayudarán a la en-

fermera jefe y trabajarán bajo su jurisdicción. La líder del grupo recibirá preparación especial en el servicio para el desempeño de su cargo y se le asignará tal puesto. Esto infundirá estabilidad al servicio de enfermería. Otro miembro del grupo, profesional también, recibirá capacitación suficiente para reemplazar a la líder cuando ésta se ausente.

La líder del grupo se ocupará de llevar a cabo las instrucciones médicas y el plan de cuidados de enfermería, y delegará el cuidado de cada paciente a una persona calificada de su grupo, o incluso lo hará ella misma, supervisará el cuidado de los pacientes, y enseñará y observará a los miembros de su grupo. Los grupos necesitarán ser estables en su composición y han de cuidar del mismo grupo de pacientes, y su asignación obedecerá al emplazamiento de los pacientes en la división.

La responsabilidad más importante de la enfermera jefe o especialista clínica será, a mi modo de ver, la de trabajar conjuntamente con la líder del grupo y con su grupo en la prognosis de las necesidades de los servicios de enfermería para sus pacientes. Esto deberá empezar tan pronto el paciente llegue al hospital, y continuará durante toda su estadía en el mismo, ya que las necesidades se van descubriendo a medida que las enfermeras van conociendo al paciente y están sujetas a variar a medida que la condición del paciente va cambiando.

¿Qué hacen las enfermeras para diagnosticar los cuidados que requiere un paciente? En primer lugar, es importante que una de las enfermeras profesionales establezca un acercamiento frecuente con el paciente, a fin de que llegue a conocerlo. En la prestación de esos cuidados la enfermera debe crear un ambiente en que él se sienta con libertad de expresión. El adoptar una actitud reposada y serena frente a él, puede ser más importante que el tiempo que ella pase a su lado. En segundo lugar, necesita brindar al paciente la oportunidad de hablar, demostrar interés en lo que dice y alentarle con palabras cuidadosamente escogidas. El hecho de confortarlo, consolarlo y cuidarlo físicamente hace que el paciente sienta una afinidad estrecha con la enfermera y le hace ver que ella se interesa por él y quiere ayudarlo. En tercer lugar, ella debe estar atenta a lo que el paciente pudiera tratar de comunicarle y debe comprender que las personas pueden expresarse no sólo con palabras sino también con la mirada, tensiones y movimientos del cuerpo y mediante el tono e inflexión de la voz.

¿Qué papel desempeñará la futura enfermera jefe en el proceso de diagnosticar las necesidades de los pacientes? Creo que ella misma tendrá que llegar a conocer a cada paciente y sus necesidades para poder ayudar a la líder del grupo a seleccionar a la persona mejor calificada para atenderlo, aquella que sea capaz de acercarse a él y de cooperar con el grupo de manera que, mediante sugerencias, preguntas y orientación, puedan observar su comportamiento y analizar su significado.

Otra responsabilidad que incumbe a la enfermera jefe, a quien podemos ahora considerar como una especialista clínica, será la de cooperar con cada grupo para planear el cuidado de los pacientes de acuerdo con sus necesidades particulares. Ese planeamiento debe comenzar en el momento que el paciente llega al hospital, y aun antes si el personal de enfermería está al tanto de su llegada. Hay ciertas necesidades que pueden descubrirse de inmediato y a éstas se les debe prestar pronta atención; por ejemplo, brindar protección a los niños, a los ancianos, a los que se encuentran perplejos, y a los que necesitan orientación sobre el nuevo ambiente que les rodea y en relación con los procedimientos. Será menester hacer otros planes a medida que se van conociendo las necesidades y deseos del paciente, y llevar un registro de ellos para que todo el personal se entere. Parte del plan escrito debe ser también la información acerca del paciente: qué clase de persona es, cuál es su comportamiento, y la forma en que se ha podido lograr que él responda naturalmente y con libertad.

Los planes para el cuidado de los pacientes se basarán en objetivos determinados. Un objetivo primordial del cuidado de un paciente que sufre de paraplejía es evitar que éste desarrolle decúbitos. El plan de cuidados de enfermería incluiría instrucciones para cambiarlo de posición con regularidad, velar por el cuidado de su piel y vejiga y por el funcionamiento normal de sus intestinos, y porque reciba una dieta nutritiva que le apetezca para que coma todo lo que le sirven. Otro objetivo para este tipo de paciente sería probablemente ayudarlo a vencer su desaliento y a que tenga cierta esperanza en el futuro. Al principio, el plan de enfermería para satisfacer ese objetivo incluiría: escuchar con extrema atención lo que el paciente dice a fin de descubrir alguna señal sobre lo que siente y lo que le interesa; luego alentarle a ayudarse a sí mismo en la medida de sus posibilidades y, cuando él parezca dispuesto a hacerlo, conversarle acerca de su futuro.

Uno de los impedimentos principales para determinar exactamente las necesidades de los pacientes y efectuar un planeamiento creativo para satisfacerlas, es la falta de continuidad en el cuidado del paciente. Es necesario que entre éste y la enfermera exista una relación estrecha por algún tiempo si es que ésta ha de llegar a conocerlo y el paciente a sentirse libre para expresar sus preocupaciones y problemas. (24) El trato prolongado entre el paciente y la enfermera ha sido obstaculizado en razón de las prácticas comunes en los hospitales—la semana de cinco días, el cambio de los pacientes de una unidad a otra debido al sistema de tratamiento progresivo que se observa, el escaso contacto de los pacientes con las estudiantes que se concentran en una persona y le dan cuidados minuciosos y excelentes por unas pocas horas diarias, una o dos veces por semana; el gran número de enfermeras que trabajan a tiempo parcial, las pocas enfermeras profesionales que proporcionalmente existen, y la necesidad de encomendar el cuidado de los

pacientes a las auxiliares de enfermería o ayudantes durante el período de la convalecencia. En la práctica, estos cambios son en su mayoría necesarios y convenientes pero si el paciente ha de recibir cuidado continuo y cabal deben vencerse los obstáculos que estos cambios han ocasionado. Una parte importante del nuevo papel de la enfermera jefe será reconocer la necesidad que el paciente tiene de recibir un cuidado continuo e ingeniarse para encontrar la forma de proporcionárselo pese a las circunstancias que imperen.

La tercera responsabilidad de una enfermera jefe en el suministro de cuidado experto a cada paciente será enseñar y ayudar a las líderes del equipo. Es poco probable que ellas sean especialistas clínicas y por ello la enfermera jefe habrá de ocuparse de ayudarlas a desempeñar sus funciones. El adelanto del personal habrá de ser una de las principales funciones de la futura enfermera jefe.

La cuarta responsabilidad de la enfermera jefe será efectuar una constante evaluación del servicio de enfermería de la división, y colaborar estrechamente con la administradora de la unidad y con las líderes del equipo. También en este sentido revisten importancia los objetivos. El proceso de establecer objetivos y criterios para la evaluación del servicio de enfermería es un método excelente para el desarrollo del personal y debería emprenderlo toda enfermera jefe. El personal, bajo la dirección de la enfermera jefe, ha de llevar a cabo frecuentes evaluaciones sobre la calidad del servicio. Los objetivos se examinarán y se ampliarán continuamente a medida que el personal aprenda mejores métodos de enfermería a través de experimentos y ensayando ideas y teorías. Se usará el método científico para resolver los problemas de enfermería y para desarrollar mejores métodos sobre el cuidado de los pacientes.

Quinto, la enfermera jefe trabajará con la supervisora administrativa en el planeamiento de horarios y en la evaluación del personal. Es de esperar que el personal habrá de ser bastante estable, de manera que será menester hacer reajustes solamente por motivo de ausencias o en razón de las fluctuaciones en el volumen de trabajo de las enfermeras. Este asunto estará a cargo de la supervisora.

Estoy convencida de que esta clase de organización de las salas habrá de llegar pronto. Es más, ya está funcionando en algunos hospitales. Las enfermeras jefes necesitan estar preparadas para el cambio. No ocurrirá de un día para otro y quizá tome años antes de que se convierta en una práctica corriente. Quizá nunca ocurra en los hospitales muy pequeños. La situación de la enfermera jefe en estas instituciones pudiera tal vez permanecer tal como está hoy, y la persona que ocupe ese puesto habrá de hacer siempre las veces de administradora y de especialista clínica. Pero por lo que respecta a los hospitales grandes, con un mayor movimiento, ya sea para pacientes

con enfermedades agudas o crónicas, si la enfermería ha de ocupar el lugar que le corresponde en las artes curativas, tales hospitales deberán emplear enfermeras jefes preparadas, que se hayan graduado como especialistas clínicas, para que se hagan cargo del cuidado inmediato de los pacientes. Estas enfermeras jefes deben disponer de tiempo para dedicarse completamente a esta actividad de tan suma importancia. Alguien más—no tiene necesariamente que ser una enfermera—puede realizar muchas de las tareas que la enfermera jefe está desempeñando actualmente.

No pasemos privaciones por el simple hecho de insistir en seguir usando métodos y organización tradicionales. Observemos objetivamente lo que deberíamos estar haciendo—las cosas que sólo nosotras, las enfermeras, *podemos hacer*—y preparemos enfermeras jefes que puedan desempeñar el cargo de especialistas clínicas.

REFERENCIAS

- (1) Committee on the Grading of Nursing Schools (Comité para la clasificación de las escuelas de enfermería): *Nurses, Patients, and Pocketbooks*. Nueva York: The Committee, 1928.
- (2) Committee for the Study of Nursing Education (Comité para el estudio de la capacitación en enfermería): *Nursing and Nursing Education in the United States*. Nueva York: Macmillan Co., 1923.
- (3) Committee on the Grading of Nursing Schools, *op. cit.*
- (4) Committee for the Study of Nursing Education, *op. cit.*
- (5) Committee on the Grading of Nursing Schools, *op. cit.*
- (6) —, *Nursing Schools Today and Tomorrow*, Final Report. Nueva York: The Committee, 1934.
- (7) *Ibid.*
- (8) Wayland, Mary Marvin: *The Hospital Head Nurse*. Nueva York: Macmillan Co., 1938.
- (9) — y colaboradoras: *The Hospital Head Nurse*, segunda edición. Nueva York: Macmillan Co., 1944.
- (10) *Ibid.*, pág. 310.
- (11) *Ibid.*, pág. 361.
- (12) Randall, Margaret: *Ward Administration*. Filadelfia, Pensilvania: W. B. Saunders Co., 1949.
- (13) Barrett, Jean: *Ward Management and Teaching*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1949.
- (14) Gipe, Florence Meda y Sellow, Gladys: *Ward Administration and Clinical Teaching*. St. Louis, Missouri: C. V. Mosby Co., 1949.
- (15) Committee on the Function of Nursing (Comité sobre la función de la enfermera): *A Program for the Nursing Profession*. Nueva York: Macmillan Co., 1948.
- (16) *Ibid.*
- (17) Barrett, *op. cit.*
- (18) Barrett, Jean: *The Head Nurse*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 1963.
- (19) *Ibid.*

- (20) *Ibid.*
- (21) Brown, Esther Lucile: *New Dimensions of Patient Care*. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1961.
- (22) New, Peter Kong-Ming y Nite, Gladys: "Staffing and Interaction". *Nurs Outlook* 8: 396-400, julio de 1960.
- (23) Pellegrino, E. D.: "The Nurse Must Know—the Nurse Must Speak." *Amer J Nurs* 60: 360-363, marzo de 1960.
- (24) Jourard, S. M.: "How well do you know your patients?" *Amer J Nurs* 59: 1568-1571, noviembre de 1959.
-

EDUCACION EN EL SERVICIO Y EDUCACION CONTINUA EN EL SERVICIO PARA LAS ENFERMERAS*

Pearl Parvin Coulter†

La calidad del servicio de enfermería rara vez sobrepasa la calidad de sus líderes. Lo que más entorpece el progreso es la apatía.

A fines del siglo XIX, cuando se empezaban a crear escuelas auspiciadas por los hospitales para preparar enfermeras, muy pocas personas habrían podido prever los problemas que tendrían que afrontar los hospitales y la enfermería en general a mediados del siglo XX. En aquel entonces, habría sido difícil anticipar el avance de la sociedad que produciría cambios tan penetrantes que no habría persona o servicio que pudiera librarse de sus consecuencias.

En el desarrollo de la enfermería hubo un período bastante tranquilo durante el cual las enfermeras adquirían suficiente experiencia manual en una determinada tarea y esto hacía posible que las nuevas graduadas salieran adelante seguras de que poseían en sus manos y en un pequeño manual de trabajo la introducción a la preparación básica que se esperaba de ellas. Más aún, en la oficina de la escuela quedaba una ficha indicadora de que se le había enseñado un procedimiento determinado a la estudiante y ésta lo había practicado tal número de veces, lo suficiente para adquirir cierta práctica. El producto de la escuela se enorgullecía de llamarse a sí misma "una enfermera adiestrada". Se consideraba capaz de aplicar sus experiencias en los hospitales y en los hogares y de cumplir sin dificultad las órdenes del médico. Podía desempeñar el trabajo rutinario de ayudar al médico a cuidar "sus" pacientes. Se movía confiada en este medio en que más que todo se ponía énfasis en la tarea, y no se preocupaba mucho por la definición de la enfermería, la diferencia entre la práctica y la educación, o en la justificación para aspirar a ser miembro de una profesión. Sólo existía una categoría reconocida de enfermera y, en el mejor de los casos, era un conglomerado de bondad, pericia manual y obediencia.

Después de dos guerras mundiales, esta plácida existencia fue poco a poco sacudida por un cambio tan perturbador que la enfermera y su empleador

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Hospital Progress*. El texto original, "Inservice and Continuing Education for Nurses", apareció en dicha revista en diciembre de 1963, págs. 77-82.

† La Sra. Coulter es Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Tucson, Arizona, E.U.A.

se vieron obligados a examinar el concepto de enfermería. Este análisis puso en evidencia el hecho de que no se podía seguir pasando por alto los móviles de la enfermería con la esperanza de mantener, de ese modo, el *status quo*. En los últimos 50 años se había logrado un mayor acopio de conocimientos científicos que durante todos los períodos registrados en los anales de la historia. Pero la mayoría de estos conocimientos se aplicaban al campo médico, y nuevas dimensiones en la práctica de la medicina habían obligado a los médicos a delegar algunas de sus responsabilidades previas en otros miembros del equipo de salud. La población había aumentado rápidamente y su albergue, que hasta entonces había sido preferentemente rural, se hizo cada vez más urbano. La nación gozaba de una economía favorable que permitía al trabajador corriente satisfacer sus necesidades y darse algunos lujos. Surgieron con éxito los proyectos de seguros de salud y hospitalarios y el Gobierno Federal de los Estados Unidos desempeñó un papel importante en los programas de construcción de hospitales.

Durante este período de tan rápida transformación, la enfermería trató de ajustarse a las demandas de la sociedad. Una de las tentativas fue el desarrollo de diversos niveles de enfermeras y de personal auxiliar en los hospitales, lo que a su vez exigió nuevos tipos de adiestramiento y de programas educativos. La preparación de cualquier grupo de trabajadores—sea vocacional, técnico o profesional—debe responder al cambio social, económico y técnico del grupo o de los grupos que está destinado a servir.

A continuación se describen los tipos de programas más en boga:

Preparación vocacional para enfermeras. Ya en 1923 el informe Goldmark (1) ponía de manifiesto la necesidad de adiestrar a un grupo de trabajadores no profesionales para que ayudaran a la enfermera profesional en el cuidado del enfermo. A pesar de esta advertencia, antes de 1940 no llegaba a 10 el número de escuelas que se dedicaran a adiestrar a la auxiliar de enfermería. Luego cambió la tendencia y en la década siguiente aparecieron 150 escuelas de ese tipo y en 1960 su número llegaba a 662. Hace 50 años la demanda por los servicios de la auxiliar de enfermería se hacía más evidente en el hogar; ahora se ha extendido a las instituciones. Al comienzo, su única maestra era la práctica; hoy participa en un programa de estudios sistemáticos que dura generalmente 12 meses y que le permite a la estudiante rendir exámenes para obtener una licencia y ejercer como auxiliar de enfermería certificada o como enfermera vocacional. Participa abiertamente en las funciones de enfermería bajo la dirección de una enfermera titulada o de un médico.

Preparación técnica de las enfermeras. Todavía puede obtenerse el tipo tradicional de adiestramiento técnico de enfermeras en un programa mediante el cual se otorga un diploma en enfermería y que es, por lo general, regulado por un hospital. La innovación más reciente es el programa por el cual se

otorga un título de "asociado" (*associate degree in nursing*) y que a menudo se da en una universidad de la colectividad. Ambos programas ofrecen un extenso contenido de tecnología teórica y práctica; pero no brindan la oportunidad de ampliar la preparación humanista ni ofrecen cursos superiores de enfermería profesional. Las alumnas pueden presentarse a los exámenes que regulan el ejercicio de la profesión en la mayoría de los Estados y están preparadas para ejercer como enfermeras tituladas.

Algunos programas de dos años universitarios llevan al grado de "asociado" y se consideran finales, mientras que otros dan la oportunidad de continuar los estudios para obtener la licenciatura en enfermería (*baccalaureate degree*). En el primero, los programas están destinados a preparar estudiantes que trabajarán inmediatamente después de su graduación, en lugar de seguir perfeccionándose. El programa de dos años universitarios de enfermería es extraordinario porque representa un enfoque único y ha tenido éxito al incorporar a la corriente educativa el nivel técnico de la preparación de enfermeras. Para enseñar, no se fía del sistema de aprendiz.

Desarrollo de los programas para obtener la licenciatura

Preparación para la licenciatura en enfermería. El primer programa de enfermería reconocido como parte integral de una universidad se inició en 1909 en la Universidad de Minnesota. Estos programas comenzaron lentamente pero han aumentado ahora de tal manera que puede decirse con toda propiedad que la educación va siguiendo hoy día un rumbo definido. Este tipo de preparación se ofrece en todos los Estados y en las universidades públicas y privadas. Se caracteriza por un plan de estudios que, por lo general, está compuesto casi en el 50% de cursos en humanidades y, debido a esta amplitud y a los estudios superiores integrados a la enfermería, hay suficiente razón para creer que el resultado es de calidad profesional. Tiene la ventaja de que brinda a la enfermera la oportunidad de prepararse para seguir, sin más ni más, estudios graduados y de ese modo aspirar a una posición de liderato.

Hoy día hay reconocidas cerca de 200 escuelas de enfermería a nivel universitario.

Programas al nivel de graduados. La especialización en enfermería se debe dar al nivel de graduados. La enfermera que se especializara en el campo clínico o en el funcional—por ejemplo, administración, supervisión, enseñanza o investigación—deberá recibir preparación al nivel de licenciatura o incluso enseñanza a un nivel superior. La preparación para una especialidad en enfermería no debe confundirse con el trabajo en un campo especializado.

Tampoco se debe confundir el valor de la educación con el de la práctica. Esta última, por muchas recompensas que prometa, no sustituye la educación y no debe reemplazar ningún programa educativo. Por muchos años de experiencia que tenga una auxiliar de enfermería nunca será titulada, a menos que se inscriba en los programas y complete con éxito los estudios que la prepararán para rendir exámenes y obtener la licencia que la acreditará como enfermera titulada. A su vez, la enfermera que no siga estudios graduados y no realice la práctica esencial no podrá desarrollar toda su capacidad de líder.

Aquellos cuya responsabilidad es lograr un buen servicio de enfermería para los pacientes—quienes están clamando por una plena satisfacción a sus necesidades—deberían tener presente esta evolución de la enfermería. La solución de los problemas de enfermería del futuro podrá parecer difícil a los que han tolerado con orgullo sus propios prejuicios y todavía tienen muchas ideas falsas preconcebidas.

En la enfermería se ha estado produciendo una lenta revolución. Sus servicios sufren de problemas derivados tanto del exceso como de la falta de utilización. Hasta cierto punto, esto es producto de los cambios sociales y la enfermería debería ajustarse a los mismos cambios sufridos por todo el grupo social. Puesto que el número de profesionales preparados aumentó del 6% de todos los trabajadores en 1930 al 12% en 1960, podría esperarse que la enfermería aumentará también el porcentaje de su personal con preparación profesional. Un estudio realizado por el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos indica que es inevitable que se produzcan cambios importantes al nivel técnico, semiprofesional y altamente preparado. Y anticipa que hacia 1970 (2) el 50% de todo el potencial de trabajo estará distribuido entre esas categorías.

Personal auxiliar de enfermería. La ayudante de enfermería es un tipo especial de trabajador surgido de un conjunto de circunstancias. Después de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del enorme esfuerzo de reclutamiento, cuando surgió el Cuerpo de Enfermeras Cadetes (Cadet Nurse Corps) auspiciado por el gobierno, los Estados Unidos contaron con el mejor grupo de enfermeras que hasta entonces habían tenido, tanto en términos de cantidad como de calidad. A pesar de este favorable flujo de enfermeras todavía había una escasez de personal de enfermería, debido a los cambios ya mencionados. La experiencia realizada con los soldados en los hospitales militares había tenido un éxito razonable y los hospitales civiles habían ensayado el empleo de diversos tipos de personas, ya fueran voluntarias o pagadas, que asumían algunas de las funciones de enfermería bajo ciertas condiciones.

Al terminar la guerra, el número de enfermeras no había aumentado como se había esperado con tanta ansiedad. El concepto del trabajador auxiliar

quedó aceptado y su número, en relación con la categoría de las enfermeras, ha alcanzado tal proporción que han surgido serios problemas en cuanto a la seguridad de los pacientes hospitalizados y la calidad de su atención. Algunas instituciones, presionadas por la escasez de enfermeras, se han expuesto al peligro constante de utilizar en escala exagerada el trabajo de la ayudante de enfermería.

A fin de que los pacientes reciban siquiera un mínimo de atención, ha sido necesario que los hospitales recurran a sus propios medios para preparar a este grupo de empleadas, con muy poca experiencia técnica, a fin de que trabajen bajo la supervisión de la enfermera titulada. Estas empleadas no asisten, por lo general, a la escuela; sin embargo, cuentan con cierto tipo de preparación u orientación dado por el hospital. Su período de adiestramiento no es fijo y puede variar desde algunas horas hasta algunas semanas. Las que participan de estos programas generalmente reciben sueldo durante el período de preparación; en algunos casos reciben el sueldo completo y en otros, parte del sueldo inicial. En cualquier caso, empiezan con el sueldo más bajo del hospital y trabajan en el último grado del escalafón del servicio de enfermería.

A pesar de que la preparación de la auxiliar de enfermería es limitada, se le ha confiado una parte del servicio de enfermería que va en aumento constantemente. Parece que el trabajador auxiliar es un recurso necesario, producto de la escasez de enfermeras y la respuesta a los ruegos del administrador de hospital de que se le facilite una fuente de trabajo económica y estable. Analizando cuidadosamente esta situación surgen algunas dudas sobre el costo y la estabilidad de este tipo de trabajador y casi hay la certeza de que, a no medir una supervisión íntima, cuidadosa y continua, pueden transformarse en practicantes peligrosos.

Definición de términos

La evolución del concepto del cuidado del paciente, la creciente complejidad de la organización hospitalaria, el desarrollo de nuevos tipos de enfermeras, junto con la convicción de que todos los trabajadores del campo médico están sometidos a un alto grado de desgaste, ha creado una nueva nomenclatura y nuevas actividades que deben ser definidas. Algunos de estos términos se interpretan en forma tan deficiente o de manera tan diversa que la discusión del asunto sólo complicaría las cosas. Para los fines de este artículo, daremos las siguientes definiciones:

Preparación previa al servicio es el adiestramiento o experiencia educativa que prepara al individuo para un trabajo.

Educación en servicio es el programa desarrollado por una institución u organismo a fin de ayudar al personal a aprender y/o ampliar su preparación para realizar un trabajo de enfermería más eficiente (3).

Cursos de actualización son aquellos que permiten al individuo renovar sus conocimientos o poner al día su educación o adiestramiento previo (4).

Educación continua en servicio es una experiencia educativa que permite al funcionario progresar individual y profesionalmente. Dichos estudios pueden realizarse de manera informal, a base de la lectura, participación en organizaciones profesionales y evaluación de su trabajo; o de manera más formal, por medio de cursos de actualización, programas de educación en el servicio, cursos en instituciones y en academias especializadas (5).

Ampliación de las definiciones

Preparación previa al servicio. Los programas para la preparación de las diversas categorías de personal de enfermería han sido bastante bien estandarizados de modo que el empleador pueda apreciar la aptitud del funcionario, de acuerdo con las diferencias individuales. Económicamente, el empleador lleva la ventaja, si puede sacarle provecho a un programa de práctica o educación para su personal, sin tener que proporcionar dicha preparación. Los programas de educación para las enfermeras tituladas han sido bastante bien regulados, habiéndose legalizado las normas mínimas en los diferentes Estados. Esto es también válido para la auxiliar de enfermería o para la enfermera vocacional. La tendencia es que las enfermeras reciban su preparación previa en las escuelas financiadas mediante el pago de las estudiantes, los impuestos u otras fuentes generalmente usadas para ese objeto.

Educación en el servicio. En los últimos años ha sido corriente que los grandes hospitales ocupen a una enfermera para que se encargue de "la educación del personal o de la educación en el servicio". El antiguo término "adiestramiento del personal" se abandonó porque pareció preferible definir a esta funcionaria como la que asumía liderato de las enfermeras graduadas seleccionadas que necesitaban ayuda para mejorar constantemente su potencial profesional. En realidad, durante y después de la Segunda Guerra Mundial dicha persona pasó la mayor parte del tiempo adiestrando ayudantes de enfermería. El plan de adiestramiento varía entre algunos días de orientación previa y un período de clases elaborado y regular, demostraciones y práctica supervisada. De este modo, el personal de enfermería no tiene la ayuda de la asistente a menos que la supervisión quede en manos de personal adicional competente, y se pierde el estímulo de liderato que ella podría aportar a fin de ayudarles a desarrollar su potencial para atender eficientemente al enfermo.

Los hospitales deben decidir si su mayor responsabilidad reside en la preparación para el servicio o en el desarrollo del personal. Si se deciden por lo último, la directora de la educación en el servicio debe ser cuidadosamente seleccionada y poseer suficiente experiencia, conocimientos y juicio para guiar al personal de enfermería. Más que cualquier otra persona, podría ser ella quien marcara la calidad y el rumbo del servicio de enfermería.

Cursos de actualización. Como parte del esfuerzo para interesar a las enfermeras inactivas en el trabajo activo, se han introducido los cursos de actualización. Por lo general, estos cursos están a cargo del servicio de enfermería del hospital y constituyen la revisión de algunos de los procedimientos más modernos que la enfermera inactiva no había aprendido o necesita recordar. Generalmente destacan la administración de algunas de las nuevas drogas, área en que la mayoría de las enfermeras inactivas se muestran inseguras.

Parecería que los cursos de actualización serían más efectivos si funcionaran bajo los auspicios de las escuelas de enfermería con su cuerpo docente y equipo de enseñanza, que si fueran ofrecidos por cualquier hospital con el fin de atraer a las enfermeras inactivas.

Educación continua en el servicio. Este es un término más bien nuevo que ha surgido de la necesidad de muchos adultos de mantener al día sus conocimientos, debido al avance rápido de los nuevos descubrimientos científicos y de las nuevas técnicas. Este es el caso de las enfermeras. El período histórico en que el estudio estaba reservado para la juventud ha desaparecido para siempre. La idea del estudio para adultos y la necesidad de un personal competente y muy bien adiestrado que siga aprendiendo, ha surgido recientemente, al comprobarse que las vocaciones y las profesiones trabajan con principios derivados de las ciencias que se renuevan constantemente y a un ritmo acelerado. El Consejo Occidental para la Educación Superior de Enfermería (The Western Council on Higher Education for Nursing) ha desarrollado un sistema de educación continua en el servicio, utilizando la idea de una serie de conferencias de cinco días de duración cada una, interrumpidas por un período de regreso al trabajo, seguidas de visitas de consulta por las conferenciantes, destinadas a ayudar a la enfermera para que aplique los nuevos conocimientos en su propio trabajo (6).

Este sistema ha sido tan útil que lo han adoptado las universidades particulares y otros grupos como la Liga de Enfermería de Texas. Parece evidente que toda persona que desempeñe labores de enfermería debe dedicarse durante ciertos períodos a las nuevas técnicas y/o a repasar los conocimientos de enfermería profesional si quiere desempeñarse en la mejor forma posible. Esto significa que muchas instituciones de estudios superiores deben ofrecer a las enfermeras la oportunidad de enriquecer sus conocimientos y buscar nuevos métodos para ofrecer los cursos e interesar a los grupos de enfermeras.

Esto también quiere decir que los empleadores necesitarán considerar la concesión de licencias a las enfermeras, por períodos regulares, a fin de ponerlas al día, como parte legítima del presupuesto de las instituciones que dirigen. Deberán también hacer lo posible para que el servicio de enfermería utilice las nuevas ideas adquiridas.

Entre las enfermeras y sus empleadores hay distintos puntos de vista en lo que se refiere a la educación en el servicio. Estos pueden clasificarse como sigue:

1. *Mejoramiento a iniciativa del empleador.* Algunos administradores o directores de servicios de enfermería, en su celo por proveer mejor atención, designan a las enfermeras que deben concurrir a los cursos intensivos, a las conferencias, a los seminarios de trabajo o a otra actividad que les ayudaría a mantener su práctica al día. Si se le pregunta a la enfermera sobre su motivación, dirá que está allí porque se le ha enviado. No formula ningún objetivo ni tiene el propósito bien definido para utilizar la preparación en el mejoramiento de la práctica. A pesar de este enfoque, algunas de estas enfermeras han sido capaces más tarde de desarrollar los objetivos y han aprovechado la experiencia, aunque no tanto como se hubiera deseado si su preparación inicial hubiera sido mejor y su motivación más efectiva.

2. *Actitud de resignación.* A veces las enfermeras aceptan la experiencia con resignación, con la idea de que es algo que tienen que soportar. Les llegará su turno y, no pudiendo hacer nada para evitarlo, aceptarán la experiencia con filosofía. Según ellas, se puede echar a un lado la acumulación de conocimientos y tal vez ésto nunca tendrá mayores repercusiones en sus ya bien cimentados hábitos de práctica. Es algo parecido a una suave lluvia en el desierto: se evapora pronto y todo sigue igual; si se ignora, la víctima no será afectada. Con semejante actitud, la participante tiene todas las probabilidades de cosechar algunos de los resultados secundarios, tales como obtener puntos de prestigio en su evaluación.

A veces el salto al vacío prueba ser más insidioso de lo que se pensó y los individuos no son capaces de abandonar el campo sin complicarse. La experiencia puede llegar a ser en la realidad una jornada hacia lo interesante.

3. *Asueto de cinco días.* La conferencia normal de cinco días puede constituir un incentivo para que el funcionario se aleje de la rutina. Puede que la enfermera no tenga en sí el objetivo de perfeccionamiento, pero sí la finalidad de escapar de la rutina. Demás está decir que ésto lo logra cuando se aleja para asistir a la conferencia.

4. *Enfoque orientado hacia una meta.* La enfermera que llega dispuesta a aprender y ansiosa de mejorar su potencial como instrumento terapéutico puede considerarse incorporada a una fructífera sociedad con otros miembros del grupo y con los que dirigen la conferencia. Es capaz de extraer toda la utili-

dad posible de la situación y dominar a voluntad cada experiencia. Vuelve al trabajo con su reserva de entusiasmo renovada, con ideas nuevas y con un enfoque diferente para sus problemas.

Cualquiera que sea la motivación, la experiencia puede perderse o casi desaparecer a menos que exista un mecanismo que le permita compartir su experiencia con otros y planear la aplicación de las técnicas, ideas, actitudes o puntos de vista adquiridos. Parece extraño que las enfermeras que piden autorización para actuar en un nivel superior, a menudo informan que a su regreso se las sumergió en tanto trabajo que lo aprendido en las conferencias no les fue útil o que encontraron tanta oposición cuando sugirieron algunos cambios, que no fueron capaces de seguir adelante.

Cuando toda la enfermería se resumía en procedimientos manuales y técnicas sencillas no se alentaba a la enfermera hacia la educación continua en el servicio. Se han conmovido los más íntimos principios de la enfermería y es evidente que, además del nivel técnico, la enfermera debe poseer el conocimiento que no puede hacerse nunca rutinario, pero que se basa en un juicio y éste a la vez en todo el conocimiento científico. La enfermera está en vías de lograr una relación de colega con el médico, perfeccionándose para hablar el lenguaje de un profesional y desempeñarse también en un nivel profesional. En este ambiente, sus perspectivas para alcanzar nuevas dimensiones de comprensión y progreso son ilimitadas.

Mejoramiento de la calidad del servicio de enfermería

Hasta ahora se ha invertido mucho tiempo y dinero para contratar, adiestrar y educar a los distintos tipos de enfermeras. Ha sido un buen esfuerzo y debería continuar; sin embargo, ha producido un servicio de atención de enfermería poco menos que satisfactorio. Este es el momento de realizar un esfuerzo simultáneo para mejorar la calidad de las novicias y permitirles que continúen desarrollando su idoneidad para atender a los enfermos. Los ensayos parecen indicar que dos tercios de los trabajadores tienden, en general, a alcanzar un nivel potencial de trabajo más elevado del que están realizando en la actualidad. Si esto es válido también en lo que a las enfermeras se refiere, es responsabilidad de la administración estimular esta capacidad latente.

Suponiendo que exista un alto grado de correlación entre la calidad del cuidado de enfermería y la preparación de la enfermera, el adiestramiento o programa educativo a que ha sido sometida es un índice de la calidad de la atención. Es más, se puede suponer que la calidad de la atención podría mejorar mucho más aún si el proceso de aprendizaje se prolongara durante

el ejercicio de la profesión mediante la supervisión, cursos intensivos periódicos o algún otro plan de educación continuada en el servicio.

Como objetivo a largo plazo, la enfermera debería ser alentada a participar en un adiestramiento estándar o programa educativo que le permita practicar en un nivel superior al que ocupa en la actualidad. Esto significa que un razonable porcentaje de enfermeras y trabajadores auxiliares de cada categoría podrían ser autorizados a abandonar el trabajo por algún tiempo y estudiar. Significa que algunas ayudantes de enfermería empezarían a prepararse para convertirse en auxiliares de enfermería, que auxiliares de enfermería seleccionadas podrían elegir uno de los programas técnicos al alcance de las postulantes a enfermeras tituladas; que las enfermeras tituladas con preparación técnica y capacidad para dirigir podrían matricularse en los programas de licenciatura y aquellas que poseen títulos universitarios en enfermería podrían inscribirse en programas de estudios graduados. Debería iniciarse y mantenerse continuamente una reacción en cadena: cuando una enfermera se reintegrara a su trabajo otra debería estar lista para estudiar en su lugar.

Planeamiento para el futuro

Este es sin duda un programa a largo plazo y no resolverá los problemas actuales. El tiempo es pasajero y el mañana se convertirá pronto en el día de hoy. Si se divisan días mejores, en términos de la atención del paciente, el planeamiento debería iniciarse hoy. Si los problemas actuales parecen abrumadores, una mirada a los índices de población, al brote del índice de natalidad y al aumento de la longevidad indicará futuros problemas. Las decisiones que se tomen hoy con toda seguridad afectarán la calidad del servicio de enfermería de mañana.

La educación es siempre cara porque requiere locales, laboratorios, bibliotecas y personal docente. Si la organización empleadora desea un buen programa de estudios encontrará que, financieramente, es más factible contratarlo en una institución organizada y equipada por la sociedad para enseñar, que realizar sus propios programas de enseñanza.

Además de la economía financiera, el candidato a estudiante se beneficiaría del programa ofrecido en el curso estándar por los créditos que recibiría, suponiendo que el hospital pueda ofrecerle un programa de igual calidad. El crédito es importante para el trabajador y para la institución en que trabaja. El candidato que desee licenciarse para ejercer en una de las categorías de enfermería en que puede titularse, deberá haberse graduado en un programa aprobado de estudios para ser considerado por la organización que otorga la licenciatura. Dichos créditos como Bachiller en ciencias, título de

Master o uno superior en enfermería, constituyen requisitos para ciertas posiciones y sólo pueden ser emitidos por las instituciones que otorgan dichos títulos. El título mismo es un símbolo de los cursos que se requieren para obtenerlo. Representa una secuencia de estudios planeados que sería difícil duplicar fuera de un ambiente universitario. La mejor esperanza para el futuro de la enfermería parecería ser un liderato inspirado, informado y creador. Es mérito del hospital haber destacado este hecho a través del trabajo de muchos, para premiar la preparación con mejor escala de sueldos, fomentar el estudio a tiempo parcial, ajustando los horarios de trabajo y permitiendo a las enfermeras asistir a clases por un tiempo determinado y proporcionarles las becas para que se transformen por un tiempo en estudiantes con horario completo.

La filosofía popular indica que la "buena" enfermera sólo necesita tener experiencia para perfeccionarse en el cuidado del paciente o en su calidad de líder. Se implica que la enfermera con una sólida preparación educativa nunca trabaja muy bien y que la preparación y la aplicación práctica se excluyen mutuamente. Esto conduce a veces a otorgar una promoción sin considerar la capacidad potencial.

Hay una pequeña falacia en este punto de vista, aunque es cierto que las enfermeras que ahora aspiran a una mejor educación son especialmente auto-seleccionadas y algunas terminan el programa de estudios con más preparación que otras. Es posible que éstas sean las seleccionadas en los empleos. Si una enfermera posee todos los atributos necesarios para desempeñar una tarea específica, excepto la preparación y el beneficio que ésta aporta, merece educarse. Si ha logrado destacar su personalidad con poca o ninguna preparación, puede llegar a ser una enfermera verdaderamente dotada o líder de enfermeras, si puede aprovechar la feliz combinación de su capacidad natural y la preparación adicional. No es realista desestimar el valor de la educación o de la experiencia.

Se necesitan líderes de enfermeras

Aunque la enfermera se ha hecho acreedora al mejor programa de educación o adiestramiento disponible para el nivel de preparación que desee, el hospital tiene todavía una responsabilidad continua. Mediante la supervisión imaginativa, las enfermeras deben ser guiadas en el planeamiento de su desarrollo personal o en su progreso vocacional o profesional. La directora de la educación en el servicio puede servir de consejera y si tiene que dedicarse a la preparación de las auxiliares de enfermería, las supervisoras de la unidad podrían aceptar la responsabilidad de explicar a cada enfermera la necesidad de un plan. Dichos planes podrían incluir:

Oportunidades de progreso

Elaboración de una experiencia diversificada. Las enfermeras jóvenes recién recibidas pueden aprovechar ampliamente un plan rotativo de trabajo práctico. El programa que prepara para el grado no es especializado y la enfermera debería trabajar como enfermera de plantilla hasta alcanzar una experiencia suficientemente amplia que la capacite para seleccionar y prepararse en un área especializada. Por lo general, durante el trabajo llega un momento en que la enfermera logra un índice satisfactorio de progreso en la labor que está desempeñando. Podría ocurrir después de algunos meses o años de servicio. La disminución en el índice de progreso debería considerarse un indicador para cambiar de tipo de trabajo, aunque no sea necesariamente mediante una promoción. La enfermera debe tener en cuenta que el objetivo del cambio es proporcionarle una mayor oportunidad de progreso. Además, debe comprender que, mientras más flexible y versátil llegue a ser, más valiosa se hará para la institución. Deberá ayudársele a considerar el cambio como un aliciente. Además del trabajo de enfermería del hospital debería considerar trabajar también en salud pública, en las clínicas y en consultorios médicos.

Programas para mejorar la preparación educativa. Podrán darse en forma de cursos simples junto con el trabajo, de acuerdo con las necesidades y ambiciones de la enfermera. Por ejemplo, aquella que tenga problemas de comunicación y no pueda expresarse verbalmente o por escrito, con facilidad, debe ser alentada para que se inscriba en un curso universitario sobre comunicación, o la que quiera estudiar problemas de enfermería podría tomar un curso que le ayude a expresar los datos en forma estadística. Si se requiere un nivel más alto en técnicas especializadas y se requiere un juicio basado en principios científicos, podría seguir algún curso en fisiología, bioquímica o física para mejorar su trabajo en atención a los pacientes. Las enfermeras que trabajan en unidades médicas o de rehabilitación podrían tener necesidad de pulir sus conocimientos sobre ciencias naturales o de la conducta.

Si hay alguna universidad cerca, estas actividades podrían generalmente ser ajustadas de alguna manera al horario de trabajo. Aun en aquellas comunidades que distan de la universidad, si el grupo que desee tomar un curso dado es lo suficiente numeroso, la universidad, por lo general, podría brindarlo mediante cursos de extensión o de educación continua. En algunos casos, podrían ser útiles los cursos por correspondencia, aunque no son tan estimulantes como el trabajo de grupo.

Especialidad administrativa o clínica. Algunas enfermeras ambicionan trabajar en el campo administrativo o profundizarse en la especialidad clínica. Debería ayudárseles a planear un programa organizado de educación que les

permita alcanzar el título apropiado. El hospital se beneficiará si dicha persona quiere solicitar permiso para estudiar y volver después al trabajo para poner en práctica sus nuevos conocimientos. Algunos hospitales están en posición de conceder estas licencias para estudiar, proporcionando medio sueldo o ayudando a la enfermera a conseguir una beca.

Programas de lectura autoimpuestos

Programas de lectura planeados. Muchas enfermeras, por iniciativa propia, han desarrollado un plan de programas de lectura, que se llevan a cabo en un período determinado. Leen intensamente sobre un tema específico que quieren profundizar. Otras se dedican a leer durante algún tiempo, al azar, revistas especializadas. Mediante esta autodisciplina pueden mantenerse al día sobre los acontecimientos recientes, en el campo de su elección.

Cursos intensivos, seminarios y conferencias. Estas experiencias de corta duración no deben ser consideradas sustitutos de un programa educativo más interesante y extenso. La educación continua está indicada cuando se presume que ya se ha recibido alguna educación previa. Estos cursos no están destinados a proporcionar el programa previo sino a ayudar a la enfermera bien preparada a continuar estudiando. Se dictan, por lo general, bajo los auspicios de una universidad que realiza un programa aprobado de enfermería.

Sistema utilizado en el oeste de los Estados Unidos de América

El sistema que ha demostrado mayor éxito en el oeste de los Estados Unidos ha sido la serie de conferencias de cinco días con servicio de consulta para los participantes y aplicación de la teoría aprendida. En esta experiencia, los fondos para pagar los cursos y los gastos diarios de las participantes provienen de las subvenciones de ciertas fundaciones y de donaciones federales. La participante puede, por lo general, ausentarse del trabajo y recibe su sueldo mientras dura la conferencia y, en algunos casos, los gastos de viaje son costeados por la organización en la cual trabaja.

Participación en la enfermería organizada. El servicio de enfermería no debe desestimar el potencial de progreso para las enfermeras que participan en grupos de enfermería organizados. Ser asociada, es deseable, pero el verdadero compromiso, o sea, la responsabilidad de tener un cargo, la dirección de comités o participación en los programas, puede ser estimulante y de utilidad profesional. Estas actividades contribuyen en forma apreciable a brindar preparación de líder.

Participación en investigaciones en enfermería. Muchas enfermeras de plantilla disfrutan participando en los proyectos de investigación trazados y llevados a la práctica por la especialista en supervisión, administración o clínica en enfermería. Dicha participación bajo un liderato experto la ayuda a aplicar a la enfermería las técnicas para solucionar los problemas y eventualmente puede estimularla a prepararse para trabajar en forma independiente, en algún aspecto de la tan necesitada investigación en enfermería.

Participación en programas para estudiantes. Cada enfermera es responsable de una nueva generación de enfermeras. En los hospitales que ponen sus servicios a disposición de las alumnas de enfermería cada miembro del personal está consciente de su relación con las estudiantes. Algunos educadores opinan que un aspecto importante de la experiencia de aprendizaje de la alumna es su deseo de imitar a los modelos. Las enfermeras que se dan cuenta de esto son estimuladas por la presencia de las estudiantes y se enorgullecen de transformarse en dignos modelos.

Sería difícil exagerar la importancia del papel de la líder en enfermería. El desarrollo del personal depende más de la orientación creadora que de ningún otro factor. En los hospitales donde la directora del servicio de enfermería, sus supervisoras y enfermeras jefes son capaces de innovar, realizar experimentos e investigaciones, crear un clima propicio para el desarrollo de cada miembro del personal del servicio de enfermería, este servicio continuará progresando. La calidad del servicio de enfermería rara vez sobrepasa la calidad de sus líderes. El progreso del servicio de enfermería no puede ser obra de la directiva administrativa. Debe ser producto del planeamiento imaginativo y de una dirección dinámica. Puede exigir ciertos cambios que lo alejen de la tradición. Lo que más entorpece el progreso del programa de enfermería es la apatía, y su mayor esperanza es el liderato.

Resumen

Se ha intentado describir en forma breve los programas de adiestramiento y educación para las enfermeras y el personal auxiliar de hoy. La responsabilidad del empleador empieza cuando termina el programa de educación. Se mencionan diversas maneras en que la enfermera, ayudada por el empleador, puede mantenerse al día en su práctica. Se ofrece un plan para mejorar la calidad del trabajo de enfermería, mediante el progreso de sus miembros. Se sugiere que cada año se dé permiso a un número de personas de cada categoría para que estudie y pueda mejorar su posición en el escalafón de trabajo.

REFERENCIAS

(1) Committee for the Study of Nursing Education (Comité para el estudio de la capacitación en enfermería): *Nursing and Nursing Education in the United States*. Nueva York: Macmillan Co., 1923, pág. 16.

(2) The United States Department of Labor: *Manpower, Challenge of the 1960's*. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1960.

(3) Tentative definition formulated by a subcommittee of the Ad Hoc Committee on Long-Term Program Planning of the Western Regional Council of State Leagues for Nursing, 22 de marzo de 1963.

(4) *Ibid.*

(5) *Ibid.*

(6) Pearl Parvin Coulter: "Continuing Education for Nurses in the West". *Nurs Outlook*, febrero de 1962.

LA ENTREVISTA*

James W. Vander Zanden y
Marion V. Vander Zanden†

*¿Cuáles son las preguntas que debe hacer la enfermera?
¿En qué forma debe hacerlas?*

La enfermera que desee dar a su paciente excelentes cuidados debe ante todo comprender sus síntomas, actitud y sentimientos y averiguar qué es lo que él sabe acerca del estado de su salud. Para conseguir una información de esta naturaleza la enfermera necesita ayudar al paciente a describir los hechos en sus propias palabras, de manera que pueda averiguar lo más posible acerca de él.

Los requisitos básicos para lograr conducir con éxito una entrevista son tres: la compenetración con el paciente, la formulación de objetivos específicos y la forma de hacer las preguntas. Para que la enfermera logre compenetrarse con el paciente es menester que establezca con él relaciones caracterizadas por la armonía y la confianza, es decir, que logre crear un ambiente en el que el paciente se sienta completamente sosegado. El hecho de abordarlo de una manera afable, cortés y conversadora, que no sea ni demasiado solemne ni demasiado efusiva, ni exageradamente locuaz, pero tampoco demasiado tímida, permite crear ese ambiente. Asimismo, adoptar una apariencia sosegada, sin prisa, aun ante un horario de trabajo agobiador, y orientar la entrevista de una manera tal que no se emitan juicios ni morales ni éticos, ni sanción ni reproche sobre la actitud e ideas del paciente, son también factores importantes para poder establecer ese sentimiento de compenetración con el paciente.

Los objetivos deben definir la naturaleza precisa de la información que habrá de requerirse para atacar los males del paciente. Tales objetivos constituyen la base para el desarrollo del cuestionario. La determinación de objetivos es, más que todo, asunto de formarse conjeturas e ideas acerca de lo que podría resultar importante para abordar el problema. Con mucha frecuencia, en razón de las exigencias que implica la atención de enfermería,

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "The Interview—What Questions Should the Nurse Ask and How Should She Ask Them", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 10, octubre de 1963, págs. 743-745.

† El Dr. Vander Zanden (Ph.D., University of North Carolina, Chapel Hill) es Profesor Auxiliar en Sociología de la Ohio State University, Columbus.

La Sra. Vander Zanden (B.S., Ohio State University School of Nursing) es ama de casa.

a la enfermera no le es posible preparar de antemano todos sus objetivos específicos. Sin embargo, es importante que, durante el transcurso de la entrevista, ella avance progresivamente hacia el logro de una descripción más precisa, individual y clara de tales objetivos. Aunque en tales circunstancias la formulación de objetivos y el contenido y la forma de las preguntas pueden ocurrir casi simultáneamente, tales principios requieren procedimientos separados, y la atención que la enfermera preste a este factor puede mejorar sus dotes para entrevistar.

La experiencia y la investigación indican que cuando la persona que realiza la entrevista se vale de un cuestionario cuidadosamente preparado, tiene mayores probabilidades de comunicarse efectivamente con el paciente y obtener de él la información que desea. El hecho de que la enfermera no siempre tiene el tiempo suficiente para llevar a cabo ese planeamiento, o de que no le es posible saber de antemano el tema sobre el cual versará la entrevista, hace que su tarea se vuelva más difícil. Pese a que en la mayoría de los casos se ve obligada a depender de preguntas formuladas espontáneamente, no por ello dejan de tener validez ciertos principios y técnicas para la formulación de preguntas. Las observaciones generales contenidas en este artículo pueden, cuando menos, servir de orientación. Una enfermera puede muy bien observar religiosamente los principios y, sin embargo, fallar, pues el éxito de la persona que entrevista no estriba únicamente en la función de lo que hace, sino en la forma en como lo hace.

Siempre que sea posible déjese que el paciente haga su propio relato; después ayúdesele a completarlo. Si bien un relato libre es ordinariamente menos completo de lo que debe ser, no obstante, resulta más exacto que aquel en que se efectúa un número restringido de preguntas. Una vez que el paciente ha tenido la oportunidad de hablar con entera libertad, la enfermera puede ayudarle a completar su historia clínica mediante otras preguntas.

Las preguntas deben limitarse a una sola idea o referencia. “¿Qué cantidad de alimento le da a su niño, y qué cantidad come él?” constituye un ejemplo del intento de ahorrarse preguntas combinando dos temas en uno solo. Ambos tópicos tienen que tratarse por separado y dedicar una pregunta a cada uno de ellos. Asimismo, deben evitarse las preguntas largas, pues si resultan demasiado largas el paciente contestará posiblemente solamente una parte de ellas y pasará por alto algunas de las circunstancias que la enfermera tenía en mente.

El lenguaje—vocabulario y sintaxis—debe ser comprensible para el paciente. Este principio fundamental a veces se interpreta mal como si quisiera significar que la enfermera debe emplear los mismos modismos, expresiones e inflexiones que usa el paciente. El hecho de que la enfermera procure imitar tales características puede ofender seriamente al paciente, por cuanto

hace que sus circunstancias y posición parezcan incongruentes. El paciente tiene que darse cuenta de que tales esfuerzos son inusitados para la conducta de una enfermera, y llegar fácilmente a la conclusión de que por una u otra razón se le está tratando con cierta condescendencia.

Debe evitarse hacer preguntas sugestivas que den lugar a que resulte más fácil y más tentador para el paciente contestar una cosa en vez de otra. “¿No es cierto que se siente Ud. mejor ahora después de haber tomado su medicina?” es el tipo de pregunta sugestiva, tan fácilmente reconocible que no cuesta mucho llegar a la conclusión de que se ha logrado dominar el principio. Pero raras veces es posible reconocer que una forma más sutil de hacer esa pregunta podría ser: “¿No cree Ud. que se siente mejor ahora después de haber tomado su medicina?” Esta pregunta todavía encierra cierta insinuación. Al contestar que “sí” el paciente está meramente de acuerdo con el texto de la pregunta, la cual sutilmente sugiere que lo que se espera es una respuesta afirmativa y que se da por sentado que ya se siente “mejor”. Le sería más difícil contestar que “no” puesto que si lo hiciera parecería estar refutando la aseveración de la enfermera. En vez de ello podría preguntársele: “¿Cómo se siente después de haber tomado su medicina?”

La enfermera no debe estar convencida de que ha comprendido exactamente lo que el paciente le ha comunicado. A menudo resulta conveniente recapitular lo que el paciente ha dicho y preguntarle entonces si sus palabras han sido correctamente interpretadas antes de proceder a interrogarle sobre otro tema. Los errores y la falta de comunicación con el paciente pueden generalmente corregirse mediante este sistema. Además, tiene la ventaja de acrecentar el grado de compenetración con el paciente, pues indica que la enfermera es una persona capaz de compadecerse del paciente y de comprender sus sentimientos. Por ese motivo, el hecho de que el paciente escuche de labios de otra persona lo que él siente, le ayuda a exponer sus propios sentimientos y actitudes con mayor claridad y, por lo tanto, a abordar sus problemas.

Pregúntese acerca de hechos específicos recientemente ocurridos y no qué es lo que el paciente hace “habitualmente”. La investigación ha demostrado que el cuadro que surge cuando se pregunta a una persona qué es lo que “habitualmente” hace, puede ser engañoso. A menudo la gente comete errores al generalizar o dejar de reconocer sus propias características de conducta. Es más acertado preguntar al paciente su comportamiento o situación *hoy*, y proseguir después de haber escuchado su respuesta a hacer la pregunta acerca de lo que pasó el día de *ayer*, y para terminar preguntarle si eso es una cosa habitual.

Pregúntese primeramente lo que tenga menos probabilidades de provocar una actitud negativa o la resistencia del paciente a contestar. El hecho de que la enfermera empiece por interrogar al paciente acerca de asuntos que él puede y desea

contestar, le permite ganar su confianza, aminorar su resentimiento y fomentar su colaboración, mediante la formación del hábito y actitud dispuesta a responder a las preguntas que se le hacen.

Generalmente es de poco valor hacer preguntas que exigen respuestas que el paciente o bien no puede contestar en absoluto o no puede dar una respuesta fehaciente. En realidad el efectuar esa clase de preguntas puede plantear un problema difícil para el paciente. Cierta clase de información resulta a veces psicológicamente inaccesible. Interrogar directamente a un paciente sobre la naturaleza y grado de hostilidad que siente hacia su madre o acerca de los sentimientos de inseguridad básica o de ansiedad que experimenta, exige que éste tenga un conocimiento de sí mismo del que bien podría casi carecer o desconocer totalmente. Por esa misma razón, el sistema conceptual de coordinación entre la enfermera y el paciente probablemente habrá de ser distinto. La mayoría de los individuos prestan muy poca atención directa a los asuntos que se relacionan con la salud mental y se encuentran poco familiarizados aun con los conceptos más elementales de la psiquiatría.

Los problemas que el cuerpo médico generalmente asocia con la salud mental a menudo son considerados por el lego en la materia como asuntos de carácter moral o disciplinario. Es por esto que resulta tan difícil discutir directamente con un paciente muchos de los aspectos relacionados con la salud mental o con problemas de reajuste. No obstante, una enfermera observadora puede coleccionar considerable información durante el curso de una entrevista mediante preguntas indirectas y a través de indicios y señales que el paciente manifiesta, tales como el tono de su voz, la rapidez de su dicción, su mirada, y los tópicos que trata de eludir.

Los tópicos cuya discusión constituye un asunto delicado requieren cautela y técnicas especiales. A veces el paciente puede abrigar la idea de que su propia conducta y comportamiento infringen diversas normas sociales o están en pugna con la imagen que quisiera mostrar de sí mismo. Si el paciente ha de sentirse con libertad y calma, y sin impedimento alguno para poder dar una información exacta, es esencial que se le entreviste privadamente, es decir, sin que haya otros pacientes, amigos o parientes a su alrededor. La presencia de otras personas altera el ambiente profesional de la entrevista y acentúa los problemas asociados con la aceptación y sanción social. De no llenarse ese requisito, quizá sea aconsejable posponer la entrevista hasta que pueda garantizarse un mayor grado de intimidad. Cuando la enfermera tenga que abordar tópicos delicados, de aquellos que pudieran perturbar al paciente a un grado tal que se ponga a la defensiva o dé información parcial o incorrecta, a menudo resulta conveniente valerse de una o varias de las siguientes técnicas.

1) Indicar que, ocasionalmente, todos creemos o actuamos de una manera

que quizá pudiera considerarse inapropiada. Muchas personas tienen la idea de que es indicio de cobardía y falta de valor y de fortaleza expresar sentimientos de temor y ansiedad ante una operación quirúrgica inminente. La enfermera puede hacer el siguiente comentario: “Mucha gente se siente nerviosa cuando tiene que hacerse operar, ¿y Ud. qué piensa al respecto”?

2) Algunas veces el uso de eufemismos o el cambio de los términos que se emplean para formular las preguntas permite que éstas resulten más tolerables. En vez de decir a un paciente “¿Completó Ud. sus estudios secundarios?” puede preguntársele: “¿Hasta qué grado de la escuela secundaria cursó Ud.?”

3) Si se pide a un paciente que manifieste su opinión acerca de un individuo o una institución, a menudo resulta conveniente dejarlo que exprese primeramente sus elogios, pues quizá de otra manera se sentiría que está siendo injusto en criticar. Por ejemplo, cuando se cree oportuno determinar las actitudes y sentimientos de un paciente hacia determinado hospital sería bueno preguntarle: “¿Qué es lo que más le gustó acerca de ese hospital?” y luego, “¿Qué es lo que menos le gustó”?

4) Frecuentemente resulta provechoso valerse de ciertos ardides para ayudar al paciente a salvar las apariencias. Si se le pregunta “¿Pudo Ud. tomar su medicina la semana pasada?” tal vez se le brinde la oportunidad de admitir que no lo hizo. Pero no sucede así si se le dice, “¿Tomó Ud. su medicina la semana pasada?” De la misma forma, si en vez de interrogarlo directamente sobre el hecho de si está al tanto de ciertos asuntos, es posible que se cohiba menos si se le pregunta “¿Sabe Ud. por casualidad. . .?” De ese modo, “¿Sabe Ud. por casualidad en qué consiste una condición diabética?” tal vez intimidaría menos al paciente que si se le preguntara “¿En qué consiste una condición diabética?” pues pudiera darse el caso de que el paciente no supiese la respuesta.

5) A veces es preferible evitar las preguntas directas al paciente sobre tópicos delicados y hay más bien que procurar encauzar sus ideas y observaciones hacia el tópico en cuestión mediante cuidadosos tanteos. Asuntos que evidentemente requieren mucho tacto, tales como las desavenencias familiares, prácticas sexuales, sentimientos acerca de su raza o afiliación religiosa, a menudo son esbozados de manera superficial por el paciente mismo. Al llegar a ese punto de la entrevista puede pedírsele que haga comentarios más directos acerca de ellos. Por ejemplo, si se trata de esclarecer ciertas situaciones que dan origen a tensiones y ansiedades hogareñas en un paciente cardíaco a quien le es esencial disfrutar de tranquilidad y reposo, la enfermera puede indicar: “Ud. mencionó que tenía ciertas preocupaciones en su casa. ¿Puede decirme algo más sobre lo que le preocupa”?

6) Quizá no siempre sea posible hacer que un tópico resulte socialmente tolerable para el paciente. Tal vez sea necesario suponer que el paciente

tiene una actitud o comportamiento débiles y achacarle la culpa de lo que pasa. Así, en los casos en que la enfermera piensa que el paciente está tomando una medicina prohibida por el médico puede decirle: "Ud. está tomando tal o cual medicina, ¿no es cierto?"

7) Quizá sea conveniente que, al ayudar a un paciente a salvar una barrera de inaceptabilidad social, se fomente una fuerza contraria de motivación positiva. Puede ser que entonces el paciente tenga motivos para contestar, si la pregunta está ligada al deseo de recobrar su salud. "Las dificultades que Ud. menciona pueden ser causadas por diversos motivos. Uno de ellos es el alcohol. ¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consumió Ud. esta semana?"

Aunque tales técnicas pueden resultar útiles para ayudarle a salvar varias barreras social y personalmente inaceptables, vale la pena indicar que las personas expertas en realizar entrevistas raras veces se ven confrontadas con la negativa del paciente a contestar preguntas directas. Aparentemente la actitud del que entrevista tiene mucho que ver con la respuesta que seguramente habrá de obtener. Si la persona que conduce la entrevista se desconcierta o impresiona al tratar un tópico particular, inmediatamente comunica sus dudas al interpelado. Pero si tiene seguridad y espera una respuesta, es muy probable que logre obtenerla.

BIBLIOGRAFIA

Bingham, W. V. y Moore, B. V.: *How to Interview*. Cuarta edición. Nueva York: Harper and Brothers, 1959.

Fenlason, Anne F.: *Essentials in Interviewing*. Nueva York: Harper and Brothers, 1952.

"The Interview in Social Research". *Amer J Sociol* 62: 137-252, septiembre de 1956.

Kahn, R. L. y Cannell, C. F.: *Dynamics of Interviewing*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1957.

Kornhauser, A. W.: "Constructing Questionnaires and Interview Schedules". En *Research Methods in Social Relations*, Part 2. Marie Jahoda y otros, eds. Nueva York: Dryden Press, 1951, págs. 424-462.

Maccoby, Eleanor E. y Maccoby, Nathan: "The Interview; A Tool of Social Science". En *Handbook of Social Psychology*. Gardner Lindzey, ed. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1954, págs. 449-488.

UN CURSO COMBINADO EN ENFERMERIA DE NIÑOS Y DE ADULTOS*

Honor Dufour y
Juanita Robley Smith†

Después de un año de planeamiento y de trabajo conjunto, el cuerpo docente combinó el servicio de enfermería médico-quirúrgica y el de enfermería pediátrica en uno solo, con la ayuda de 500 diagnósticos de enfermería estudiados por las alumnas.

¿Cómo podemos dirigir la enseñanza de manera que la alumna aprenda las necesidades de los pacientes en vez de concentrarse en las enfermedades? ¿Qué podemos hacer para ayudar a las estudiantes a cultivar el interés por el desarrollo humano como un proceso activo a lo largo de la vida? ¿Cómo podemos prepararlas para que proporcionen una atención de enfermería que mejore tanto el bienestar físico como mental del enfermo? ¿Cómo podemos utilizar mejor el tiempo disponible en el programa de cuatro años de estudios del "San Jose State College", Estado de California, para ayudar a las alumnas a adquirir la comprensión, la apreciación y capacidad básicas necesarias para cuidar en forma inteligente a los enfermos de todas las edades, en una variedad de situaciones? ¿Cómo podemos guiarlas para que cumplan con los objetivos del plan de estudios tales como preparación para enfocar correctamente la solución de los problemas de atención al enfermo, capacidad para pensar en forma crítica, aptitud para actuar en sociedad y cooperar en forma democrática?

Estas fueron algunas de las preguntas que se hizo seis años atrás nuestro cuerpo docente, cuando proyectó un curso superior en enfermería de niños y de adultos. Las instructoras de enfermería médico-quirúrgica, pediátrica, psiquiátrica y de salud pública trabajaron juntas para elaborar las bases de

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "A Single Course in Nursing Adults and Children", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 7, julio de 1963, págs. 516-518.

† La Sra. Dufour (Escuela de Enfermería de Highland, en Oakland, California; M.Ed. del "Mills College" en Oakland) es Profesora Adjunta de Enfermería en la Escuela de Enfermería del "San Jose State College", San José, California.

Al escribirse este artículo la Sra. Smith (Escuela de Enfermería de Highland, en Oakland, California; M.Ed. del "Mills College" en Oakland) era Profesora Adjunta del "San Jose State College", San José, California. Actualmente ocupa el cargo de Profesora Adjunta en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Nevada en Reno.

un curso de dos semestres de 10 créditos cada uno, titulado: "Enfermería de niños y de adultos".

Durante el primer año las instructoras se reunieron tres horas semanalmente para cambiar ideas, discutir problemas y planear futuras actividades. Además, cada alumna preparó un estudio sobre el diagnóstico de un paciente y, con la ayuda de una instructora, identificó los principales problemas de enfermería del paciente, estableció los objetivos inmediatos y mediatos de la atención, estudió los enfoques adecuados de la enfermería e hizo una exposición razonada de los diversos aspectos de la atención. Se consideró al paciente como una persona y un miembro de la familia. Se describió y se evaluó su edad, su manera de vivir, trastornada por la enfermedad en su hogar o en el hospital, y las consideraciones especiales impuestas por los factores económicos, sociales y culturales. Estos estudios de diagnóstico en enfermería desempeñaron un papel importante para ayudar a las alumnas a elaborar y evaluar sus propios planes para la atención de enfermería.

Las alumnas se interesaron mucho por esos estudios, y la curiosidad del personal del servicio de enfermería se despertó con las sugerencias e ideas desafiantes que presentaron las estudiantes en las conferencias de equipo. Las enfermeras jefes de las dos unidades en que las estudiantes estaban realizando su práctica, les proporcionaron espacio en los ficheros para que compartieran con otros empleados sus ideas sobre los problemas principales de enfermería y las sugerencias para solucionarlos.

Al final del primer año académico, las estudiantes habían completado cerca de 500 estudios sobre diagnóstico en enfermería, que representaron sus esfuerzos para determinar los principales problemas de enfermería de los pacientes de todas las edades.

A continuación se presentó la difícil y larga tarea de clasificar y analizar los componentes específicos de los estudios, que ayudarían a planear el curso. Se recurrió tanto al enfoque evolucionista como al problemático, a medida que las instructoras aislaban, examinaban y resumían los puntos de interés.

Las instructoras estaban especialmente interesadas en determinar las facilidades para enseñar el crecimiento y desarrollo humanos en un programa que fusionara en un solo curso la enfermería de niños y la de adultos. Los estudios sobre diagnósticos de enfermería revelaron que las alumnas, bajo orientación, eran capaces de determinar problemas de desarrollo en todos los grupos de edad. El cuerpo docente resolvió, por lo tanto, que un plan de estudios cuidadosamente sintetizado podría llevar a las estudiantes a una apreciación más profunda del desarrollo humano. Empezaron a buscar maneras de asegurar en la estudiante la apreciación del niño como un ser que crece, progresa y cambia; la búsqueda de identidad por el adolescente; la necesidad del adulto de crear y producir y, por último, la culminación

del sentido de integridad en el individuo maduro. Como base para desarrollar este aspecto del curso, utilizamos el estudio de Erikson sobre el crecimiento de una personalidad sana.*

Una revisión cuidadosa de los estudios sobre diagnósticos de enfermería reveló que algunas estudiantes eran capaces de aplicar sus conocimientos previos sobre la familia sana a situaciones relacionadas con los pacientes. Pensábamos que el curso combinado en enfermería de niños y de adultos reforzaría y daría mayor profundidad a la apreciación de la familia y de la vida familiar. Los estudios de enfermería hechos por las alumnas indicaban que la clínica les había brindado amplias oportunidades para enfocar las necesidades de todos los miembros de la familia.

El cuerpo docente llegó a la conclusión de que la mejor manera de hacer que las estudiantes vieran en cada paciente un miembro de familia, era inculcándoles este concepto a lo largo de todo el curso. Los problemas del niño y los del adulto deberían ser estudiados en relación con su efecto en la familia y con la capacidad de ésta para hacer frente a los problemas más inmediatos, trabajando con uno de sus miembros.

Los 500 estudios sobre diagnósticos de enfermería fueron de gran valor para ayudar al cuerpo docente a organizar los datos que a su juicio deberían formar parte del curso de enfermería de niños y de adultos. Los análisis de los diagnósticos de enfermería revelaron que muchos problemas no respetaban límites de edad y eran comunes al lactante, al niño, al adulto y al anciano por igual. Cada edad, por supuesto, afrontaba el problema de una manera propia; cada persona requería de la enfermera una ayuda o apoyo distinto. Las familias tendían a considerar los problemas de manera diferente si se trataba de un niño en vez de un adulto. Sin embargo, se encontró que muchas características generales permitían y alentaban el enfoque de los problemas de enfermería, basado en el desarrollo.

La facultad encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes a quienes las estudiantes cuidaron durante el año experimental tenían problemas de enfermería asociados con enfermedades agudas. El resto sufría de enfermedades largas o de invalidez. Con esta base, el grupo empezó a trabajar, en forma tentativa, en un curso que destacaría en un semestre los problemas de las enfermedades agudas y en el otro, los problemas derivados de las enfermedades prolongadas. Estos últimos requerían mayor profundidad para comprender la alteración de la vida familiar, la capacidad de la familia para afrontar los problemas, y las consecuencias sociales, económicas y culturales. Por lo tanto, esta parte del estudio se situó en el segundo semestre, para permitir que la estudiante se familiarizara con el manejo de algunos de los problemas menos complicados de la enfermedad, antes de manejar los problemas más complejos de salud, de largo alcance.

* Erikson, E. H.: *Childhood and Society*. Nueva York: W. W. Norton and Company, 1950.

Primer semestre

Después de analizar los estudios sobre diagnósticos de enfermería, la literatura actual, y los últimos datos de morbilidad y mortalidad, el cuerpo docente dividió el semestre en que se analizarían los casos agudos en seis unidades de estudio:

1. El individuo cuya vida se altera debido a una enfermedad.
2. El paciente con desequilibrio alimenticio y líquido.
3. El paciente que sufre.
4. El paciente inconsciente.
5. El paciente que tiene una reacción aguda a una infección.
6. El paciente con tensiones psicofisiológicas.

La primera unidad se destinó a las estudiantes cuya experiencia previa en enfermería había versado sobre la forma de preservar y conservar la salud de la madre, de su lactante y de otros miembros de la familia. En la primera parte del curso se abarcaron los temas siguientes: 1) significado de la enfermedad para diversos grupos culturales; 2) efectos de la enfermedad en la estructura familiar; 3) recursos de conducta en salud mental para tratar la enfermedad y las situaciones tensas relacionadas con ella; 4) labores de desarrollo en los diversos niveles de edad, dando preferencia a aquellos aspectos en que la enfermedad puede alterar o afectar el éxito en iniciar y completar dichas labores; 5) el impacto de la hospitalización en el individuo y toda la familia; 6) papel de la enfermera para ayudar al individuo y a la familia a afrontar los problemas derivados de la enfermedad y la hospitalización; 7) preparación para aquellas tareas penosas y experiencias poco comunes, como las pruebas de diagnóstico o cirugía y 8) los muchos tratamientos que ahora se aplican a casi todas las enfermedades.

Durante esta parte del curso algunas estudiantes fueron designadas a una unidad médico-quirúrgica para adultos; otras adquirieron experiencia en una sala de pediatría y otras cuidando pacientes en el hogar o en los consultorios externos. Cada grupo tuvo, a la larga, la oportunidad de practicar con todos los niveles de edad y en las diversas situaciones. Se destinó a las estudiantes a trabajar, tanto como se pudo, con los pacientes recién llegados al hospital y con los enfermos en el hogar que sufrían por primera vez de enfermedades graves. Durante las clases las estudiantes compartieron sus experiencias, compararon reacciones y describieron su manera de abordar los problemas desde el punto de vista de la enfermería.

La segunda unidad, sobre el desequilibrio de sólidos y líquidos, se enfocó hacia los factores emocionales, mentales y físicos que afectan las necesidades alimenticias de individuos de todas las edades—del lactante a medida que se desarrolla; del adolescente que lucha para llegar a ser un adulto; y del que mantiene a la familia. Se examinaron las reacciones de los diversos grupos

culturales a la alteración de los patrones de consumo de alimentos y líquidos. El cuerpo docente incluyó en esta unidad el estudio de numerosos estados de la enfermedad. En cada uno de éstos, el desequilibrio de alimentos y líquidos creó un punto central en el que tanto el paciente como la enfermera podían concentrar su atención. El cuidado de una diabetes recién diagnosticada, de los enfermos con úlceras pépticas o estenosis pilórica, aquellos con diarreas o trastornos del riñón y aquellos recuperándose de una cirugía reciente, son algunos de los múltiples tipos de enfermedades que se estudiaron. En cada caso, la mayor parte de la atención de enfermería se relacionaba con el reajuste de la absorción de alimentos y líquidos. Las alumnas siguieron usando los estudios del diagnóstico de enfermería y durante los períodos de clase dichos estudios constituyeron una rica fuente de material.

Los miembros del cuerpo docente comprobaron que este sistema de organización del curso facilitó la correlación de la teoría y la práctica. Resultó más sencillo encontrar dentro del campo corriente de una unidad pediátrica un servicio de control de enfermería a domicilio, o una sala médico-quirúrgica típica, el número necesario de pacientes con desequilibrios de alimentos y líquidos, que encontrar grupos similares de pacientes con un diagnóstico médico específico.

Descubrimos también que, con el enfoque problemático, el estudio del progreso del hombre parecía formar parte lógica de todo el curso. Interesando al estudiante en el paciente que tiene un problema en vez de una enfermedad, la consecuencia natural fue tomar en cuenta a la familia, la alteración de sus funciones cotidianas y las consecuencias económicas, sociales y culturales de las posibles soluciones.

Las cuatro últimas unidades del primer semestre se organizaron en forma parecida y al final del período, tanto las estudiantes como los profesores se sintieron más de acuerdo con este nuevo enfoque.

Segundo semestre

El segundo semestre se planeó para dar mayor énfasis a la enfermedad o invalidez de larga duración. La base de organización para esta parte del curso consta de:

1. Rehabilitación—un tipo de necesidad a largo plazo.
2. Paciente con movilidad limitada.
3. Paciente con una imagen alterada de su cuerpo y de su mente.
4. Paciente impedido para toda la vida.
5. Paciente que tiene una expectativa de vida limitada.

La primera unidad se planeó para guiar a las alumnas a considerar la rehabilitación como un aspecto importante de toda la atención médica y

tal vez la fase más crítica del tratamiento de las enfermedades prolongadas. Se insistió en el desarrollo de las actitudes que alentarían al máximo la capacidad restante de cada paciente. Esta fue un área que traspasó los niveles de edad y fue de importancia para todos los grupos económicos y sociales.

A medida que las estudiantes comenzaban a trabajar como miembros del equipo de rehabilitación, se dieron cuenta de que es tan importante trabajar con los familiares como con el paciente; por lo tanto, en las conferencias de rehabilitación generalmente se incluyó a las familias de los enfermos. Se aprovechó cada oportunidad para ayudar a las alumnas a considerar a la familia como una fuente potencial de valor para los pacientes. Pudimos darnos cuenta de que estas estudiantes que se preocuparon de preferencia por las necesidades del paciente, en vez de ocuparse del diagnóstico médico, se adaptaron con facilidad a la filosofía de una unidad de rehabilitación.

Durante este período de estudio se asignó a cada alumna solo un paciente adulto y un niño. En la mayoría de los casos, se atendió a uno o a ambos en el hogar y en el consultorio externo. Por lo tanto, se dio mayor importancia a la motivación, ayuda y evaluación del progreso de dos personas que luchaban para emplear sus recursos al máximo. A menudo fue posible que las estudiantes continuaran visitando y alentando a sus pacientes durante el resto del semestre, insistiéndose siempre en las enfermedades de larga duración.

La mayoría de las estudiantes progresaron bastante sobre todo en el sector de la comunicación, mientras estudiaban el problema de la rehabilitación. La estudiante que trabajó en forma estable con dos familias, a menudo se encontró frente a situaciones que requirieron experiencia para guiar, consolar, informar, explicar, escuchar, discutir, alentar, motivar y convencer. Al evaluarse el trabajo individual, más de las dos terceras partes de las estudiantes demostró especial satisfacción personal por su labor.

En cada unidad siguiente, se destacó un importante problema de la enfermedad de larga duración. En la segunda unidad se consideraron los problemas físicos, mentales y emocionales producidos al restringirse la movilidad. Las fracturas, la artritis, la poliomielitis, los trastornos vasculares periféricos y los desórdenes cerebrales son algunos ejemplos de las múltiples enfermedades consideradas en la primera sección de esta unidad.

La última parte de la unidad se destinó al estudio de los problemas en que se restringe la movilidad para que el cuerpo goce de un reposo prolongado. Durante esta sección de la unidad se incluyó el estudio de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre reumática y la insuficiencia congestiva cardíaca. Dentro de los límites de esta unidad, se incluyeron pacientes de todas las edades. En vista de que cada uno de los problemas era de naturaleza prolongada, la interrupción de la vida cotidiana, el impacto sobre la vida familiar y la necesidad de rehabilitación y de planificación en grupo tenían suma importancia para cada paciente.

La unidad siguiente, "El paciente con una imagen alterada de su cuerpo y

de su mente”, puso énfasis en la rehabilitación de aquellos cuya enfermedad les impone un nuevo concepto de sí mismos. El niño con graves quemaduras, el hombre de edad que espera ser sometido a una prostatectomía, la mujer de mediana edad que había sido sometida a una mastectomía, el padre joven con lesión ocular que le llevó a una enucleación—se observó que todos estos pacientes compartían un mismo problema. Se insistió en la importancia de la motivación para ayudarlos a aceptar los cambios inevitables.

La introducción a la unidad sobre el paciente físicamente impedido para toda la vida proporcionó una visión amplificada de los problemas del que no ha disfrutado nunca de una vida completamente normal. En tanto que en la unidad previa se estudió la rehabilitación del paciente amputado, aquí se incluyó el cuidado del enfermo con parálisis cerebral. También se consideró el paciente congénito, mental o emocionalmente impedido. Se insistió en que era vital para la atención de enfermería ayudar a la familia a aceptar el problema y a tomar medidas para obtener los tratamientos especiales, y la educación y orientación necesarias.

Casi todo el trabajo de laboratorio relacionado con esta unidad se realizó en el hogar, en las escuelas y en organismos designados especialmente para ayudar al paciente impedido—escuelas para niños mental, emocional y físicamente impedidos; talleres bajo techo y centros de aprendizaje para adultos. La experiencia alcanzada en rehabilitación, la comprensión de los problemas de movilidad y la apreciación de los efectos de una imagen alterada del cuerpo y de la mente, fueron de indudable valor para las estudiantes mientras aprendían y trabajaban en los complejos problemas que se les presentaban.

Debido a que el cuerpo docente consideraba que el cuidado del moribundo requería el máximo de experiencia y capacidad del servicio de enfermería, la unidad que se refería al paciente con una expectativa de vida limitada se colocó al final del año. En esta unidad se atendieron pocas enfermedades, pero se insistió en que tanto el individuo como la familia deberían ser preparados para aceptar el hecho de que hay que hacerle frente a la muerte.

La reacción cultural a la muerte, la importancia de considerar la edad y la madurez del individuo y la necesidad de incluir a la familia en el cuidado y apoyo del enfermo fueron puntos en los cuales se insistió. Durante esta unidad se dividió a las estudiantes en tres grupos, asignándose uno al servicio de pediatría, otro al hogar para la práctica de la enfermera visitadora y el tercero al servicio de medicina y cirugía del hospital.

Evaluación durante tres años

Al final del primer año de este curso y durante los tres años subsiguientes, el cuerpo docente y las estudiantes trataron de evaluar los resultados de este

intento de enseñar un aspecto vital de la enfermería. Durante este tiempo, se hicieron algunos pequeños cambios tal como trasladar algunos de los enfermos de una unidad a otra. Descubrimos que muchos diagnósticos médicos podían ser considerados bajo diversos rótulos y resolvimos ensayar cuál era el más adecuado para estudiar mejor la enfermedad. Al evaluar el resultado de este curso todo el cuerpo docente advirtió que las estudiantes habían experimentado cambios de conducta.

Tanto el cuerpo docente como las alumnas lograron centralizar su interés en el paciente, alcanzando así un resultado positivo. A medida que avanzaba el año, las estudiantes mismas mejoraban notablemente su interés por el valor y la dignidad humana de sus enfermos.

Durante los primeros años del desarrollo de este curso, la combinación del servicio de enfermería para adultos y niños fue única y a menudo el cuerpo docente tuvo que verse obligado a explicarla y a defenderla. Después del primer año, aun el miembro más escéptico del cuerpo docente estuvo de acuerdo en que los alumnos aprendían mejor el desarrollo del niño mediante este enfoque que cuando se usaba el método convencional de enseñar la enfermería pediátrica o enfermería médico-quirúrgica, que excluye la atención del niño.

Los estudios sobre los diagnósticos de enfermería reflejaron sólidos progresos en la capacidad de las alumnas para poner en práctica los conocimientos sobre el desarrollo humano, para establecer los objetivos de atención a largo y corto plazo y determinar los enfoques del servicio de enfermería y su racional.

Empleando el enfoque de solución del problema, las estudiantes desarrollaron su juicio crítico y su habilidad para participar activamente en un grupo democrático. Al reunir a las alumnas de diversas especialidades clínicas y de áreas en que la diferencia de edades llama de inmediato la atención, se creó una atmósfera de discusión inteligente.

El intercambio de información entre el cuerpo docente fue para este curso una ventaja imprevista. El especialista en enfermería pediátrica y el profesor de enfermería domiciliaria ayudaron a otros miembros del cuerpo docente a preocuparse más del desarrollo humano y de la vida familiar. Los profesores de medicina y cirugía proporcionaron apreciables datos científicos y amplia comprensión fisiológica que contribuyó a que el cuerpo docente basara la experiencia de la enseñanza en principios científicos. Los especialistas del servicio de enfermería psiquiátrica a menudo nos mantenían bien informadas sobre los conceptos de salud mental. Tanto los profesores como las estudiantes mejoramos nuestra preparación para proporcionar una atención de enfermería amplia y comprensiva.

Según el cuerpo docente, la mayor desventaja del curso estuvo relacionada con el tiempo del profesor. Continuamente, hubo que disponer de varias horas fijas para planificar y tomó más tiempo orientar a nuevos miembros del

grupo en los nuevos enfoques que cuando se ponían en práctica los métodos tradicionales. Se empleó mucho más tiempo que el normal para instruir al personal del servicio de enfermería de los hospitales y organismos sobre los objetivos de este curso, el plan general de enseñanza y las obligaciones requeridas.

Aunque la facultad empleó con este método de enseñanza un tiempo considerable, para las estudiantes significó una notable economía de tiempo. Antes del cambio, muchas enfermedades generales se enseñaban primero en relación con el adulto y después, en un curso totalmente separado, en el servicio de enfermería para niños. El factor más importante que ha impulsado al cuerpo docente a continuar con este nuevo sistema de enseñanza durante los últimos seis años, es que tanto las estudiantes como los profesores han reconocido que se ha materializado la filosofía de todo el programa, cumpliéndose a la vez con el objetivo del plan de estudios.

LA ENSEÑANZA PROGRAMADA EN EL APRENDIZAJE DE ENFERMERIA*

George L. Geis y
Maja C. Anderson†

Parte 1. Algunos principios básicos de esta técnica y sus características esenciales.

La instrucción programada constituye una de las innovaciones más ampliamente discutidas del sistema moderno de enseñanza. El método de instrucción a base de máquinas usado en la enseñanza, ha sido objeto de estudio en escuelas primarias, universidades y en casi todos los campos de la educación.

La enseñanza programada es un sistema de instrucción que emana de la investigación básica realizada en materia de la psicología del aprendizaje. La investigación indica que el aprendizaje ocurre cuando se logra producir cierto comportamiento en el estudiante, al cual se le da de inmediato lo que técnicamente se llama "refuerzo". En términos generales el vocablo "refuerzo" puede equipararse al vocablo "recompensa". Un ejemplo sencillo de esto puede observarse cuando se elogia a un niño por sus buenos modales. El elogio hace los veces de "refuerzo" y por esa razón es muy posible que el niño vuelva a comportarse en la misma forma. En otras palabras, si se desea reforzar el comportamiento del estudiante ese comportamiento tendrá primeramente que manifestarse y luego acompañarse de ciertas consecuencias reforzadoras.

Los problemas básicos que se presentan a un programador son tres: a) ¿Qué es lo que se va a enseñar? b) ¿Cuáles son los pasos que se necesitan para producir el aprendizaje? c) ¿Cuáles habrán de ser los refuerzos que se necesitan para lograrlo?

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "Programed Instruction in Nursing Education—Part 1: Some Basic Principles of the Technique and Essential Features", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 8, agosto de 1963; págs. 592-594.

† El señor Geis es Profesor Adjunto de Psicología del "Hamilton College", Clinton, Nueva York, y autor principal del programa titulado *Hamilton College Introductory Psychology Program*.

La señorita Anderson (B.A. del "Connecticut College for Women", New London; M.N., Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut,) es directora de la Escuela de Enfermería de la "State University of New York Upstate Medical Center", Syracuse.

¿Qué es lo que hay que aprender?

La tarea más ardua del programador es elaborar la descripción detallada de lo que el estudiante tiene que aprender; a esto se le denomina "comportamiento final". En la elaboración de la lista de estos comportamientos el programador sigue una serie de pasos y emplea un vocabulario bastante diferente de aquel con el cual están familiarizados los educadores.

Tradicionalmente los objetivos del educador responden a la pregunta: "¿Qué es lo que deseo que el estudiante aprenda?" Al describir sus objetivos el educador usa muchas palabras como "comprender", "apreciar" y "saber". Además, a menudo termina por describir su propio comportamiento (por ejemplo, prepara una reseña de su conferencia o un plan descriptivo de la lección que va a desarrollar en clase).

El programador, por otra parte, comienza observando directamente al estudiante. Trata de analizar minuciosamente las respuestas que el estudiante deberá saber al final del curso pero que no hubiera sido capaz de contestar al principio. Los vocablos tales como "saber", "comprender", y "apreciar" resultan demasiado amplios para ese fin; el programador necesita detalles exactos. Así, en vez de decir: "Al final del curso el estudiante sabrá cuáles son los síntomas del choque nervioso", dirá: "En respuesta a la pregunta, ¿Cuáles son los síntomas del choque nervioso? el estudiante escribirá (o dirá) _____"; y "dada la diferencia de síntomas entre el choque nervioso y una hemorragia, el estudiante podrá distinguir correctamente los síntomas que se presentan en cada caso".

En una sección del programa que estamos usando en la escuela de enfermería, para describir el comportamiento final de la estudiante de enfermería, no se dijo "es capaz de usar correctamente los materiales asépticos" sino que en vez de esto el programador especificó en detalle qué es lo que la estudiante *habría de hacer* para evitar la contaminación de los materiales asépticos.

En la enseñanza programada el tradicional "texto descriptivo" se convierte en una descripción específica del comportamiento del estudiante. Existe una gran diferencia entre decir "lo que yo haré", en el caso del maestro, y "lo que él hará" en el caso del estudiante. El programador se ocupa de esta última cuestión al elaborar la lista de comportamientos finales.

Podemos establecer un paralelo conocido: Toda enfermedad se identifica por una serie de síntomas; para poder identificar una enfermedad el médico debe conocer y verificar cada síntoma específico. También el programador adopta un término general como "apreciación" o "comprensión" y lo descompone en sus "síntomas específicos". Es natural que el proceso de formular objetivos para un programa implique ordinariamente una catalogación y reseña bastante larga y laboriosa.

Al igual que el analista de trabajos industriales, el programador trata de

identificar cuáles son las actuaciones requeridas observando a la gente que ejecuta la tarea, conversando con los profesores y consultando libros de texto y exámenes. Por ejemplo, la simple tarea de aprender cómo debe hacerse una cama de hospital ha sido analizada para los fines de nuestro programa empleando diversos criterios. En primer lugar, debe existir un consenso en cuanto a lo que se considera una cama bien hecha. Después, partiendo de ese punto, se debe seguir el proceso en forma retrospectiva con relación a la secuencia de comportamientos requeridos hasta llegar al punto que produjo el comportamiento final.

¿Cuáles son las etapas?

Una vez que ha logrado determinar las metas del programa el programador se ocupa de establecer la secuencia del material que ha de presentar. Trata de catalogar los comportamientos finales en cierto orden—lo que constituye un área de especial interés en materia de programación. La secuencia se rige en parte por lo que el estudiante tiene que aprender antes de pasar a otro punto. Por ejemplo, pudiera suceder que nosotros quisiésemos que el estudiante aprendiera los nombres de los objetos antes de aprender a usarlos; o quizá pensásemos que ciertos conceptos emanan de otros y que, por lo tanto, habría que enseñarlos más tarde.

Cuando se trata de materiales sujetos a reglas generales, el programador puede optar por enseñar primeramente la regla y después ilustrarla con ejemplos; o bien, poner los ejemplos y dejar que el estudiante averigüe o establezca por sí solo la regla en cuestión (1). La secuencia puede ser histórica o resultado de la concatenación evidente de circunstancias del trabajo mismo (tal sucede en el ejemplo de cómo hacer una cama).

Cualquiera que sea la forma en que el programador determine la secuencia del programa, tiene que invertir gran parte de su tiempo reseñándolo una y otra vez. El empieza por clasificar los temas de mayor importancia (las unidades que abarcan comportamientos de mayor magnitud) hasta que encuentra una secuencia que le satisfaga. Luego prepara, por lo general, un bosquejo de cada una de las principales unidades, dividiéndolas en etapas más y más pequeñas. Finalmente obtiene una serie bastante numerosa de etapas que describen en forma individual una pequeña fracción del comportamiento final y que se encuentran enlazadas con las etapas que les preceden y con las que siguen.

Después pasa a la elaboración del programa mismo y escribe lo que se llama los "marcos". Cada marco consiste en una oración, un dibujo o una pregunta, o en cualquier otra cosa que obligue al estudiante a mostrar cierto comportamiento. En el más sencillo de los casos el marco consiste en una

frase con una palabra en blanco y el estudiante tiene que agregar la palabra que falta. Por ejemplo, un marco podría presentarse como sigue:

Para llevar a cabo cuidados adecuados en un hospital se necesita tanto de los médicos como de las enfermeras. El "grupo" que trabaja en un hospital está integrado por... y...

Cada marco proporciona un poco más de información que viene a complementar la del marco anterior. De manera que el conocimiento que el estudiante adquiere en el Marco 1 le permite contestar correctamente el Marco 2. Esto quiere decir que uno de los principios importantes del programa es que cada etapa del programa prepara al estudiante para la que sigue.

El programa no constituye un "examen de respuestas breves". ¿Qué es entonces lo que lo distingue de otros? Que sirve para enseñar y no para examinar; que su secuencia es tal que proporciona un acopio de conocimientos y que los marcos tienen por objeto brindar la oportunidad de obtener una respuesta correcta.

¿En qué consiste el refuerzo?

La mayoría de los programas se basan en la premisa de que el hecho de lograr una respuesta correcta constituye un refuerzo. Es la confirmación de su respuesta al marco lo que sirve de estímulo al estudiante. Es por eso que ya sea en una u otra forma, cuando el estudiante ha contestado la pregunta del marco, se le presenta la respuesta correcta. El comprueba la exactitud de su respuesta comparándola con la que da el programador. Ordinariamente el programa está constituido en forma tal que resulta posible lograr el máximo número de respuestas correctas. Así, a medida que el estudiante desarrolla el programa, va recibiendo un gran número de refuerzos y es mediante el estímulo que le proporciona la respuesta correcta que se van fortaleciendo gradualmente los comportamientos finales reseñados en el programa.

A medida que el estudiante desarrolla el programa se ve obligado a actuar en coordinación con el material. Por ejemplo, en el caso que aquí se presenta el estudiante debe cubrir la respuesta correcta con un pedazo de cartón hasta el momento en que él haya suministrado las palabras que hacen falta. Si encuentra dificultades, puede echar una ojeada a la indicación que figura arriba de la respuesta antes de ver la respuesta correcta que aparece abajo del marco.

Estos marcos ilustrativos indican la forma en que un ejemplo conocido puede servir de base para introducir el tema al estudiante. Este va a aprender que un paciente que padece de retención e incontinencia de la orina elimina con frecuencia pequeñas cantidades. El primer marco enlaza el ejemplo con el caso clínico, completando la última frase que figura en el Marco 29. En el

siguiente marco el estudiante percibe la frecuencia, mientras que en el Marco 31 se le proporciona un repaso e integración de los marcos anteriores. (En muchos programas no se da indicación alguna en la columna correspondiente a las respuestas. En este ejemplo solamente se incluyen de manera irregular. Por ejemplo, el Marco 31 no contiene ninguna indicación.)

¿Cuándo debe hacerse la revisión?

El trabajo del programador apenas comienza cuando ha terminado la versión del programa. De nuevo tiene que dirigirse al estudiante pues *solamente éste puede indicarle si el programa ha tenido éxito* (2, 3). No importa cuán atractivo pueda parecer el programa a un lector, el valor del mismo depende únicamente de su efectividad en producir el comportamiento final que se había señalado. La prueba de la “buena suerte” del programa es el comportamiento del estudiante durante y después. “Durante” quiere decir la forma en que el estudiante va desarrollando cada marco. Si comete muchos errores en el programa mismo hay que colegir que no está aprendiendo lo que el programa estaba llamado a enseñarle.

| MARCO | INDICACION Y RESPUESTA |
|--|---|
| 29. Al llenar un vaso hasta el punto de que se derrame el agua, eso no significa que el vaso quede vacío. El agua que se desborda generalmente constituye una pequeña porción y cesa de desbordarse tan pronto como el vaso es capaz de contener el agua que queda. El paciente que sufre de retención e incontinencia de la orina elimina solamente una ___ cantidad de orina cada vez. | no es grande |
| 30. Si se sigue agregando agua lentamente al vaso éste se sigue derramando en la misma forma. La orina se produce en el organismo a razón de una gota por minuto. Por lo tanto una vejiga llena tendrá que desbordarse con frecuencia. El paciente eliminará ___ en pequeñas cantidades. | pequeña ___ |
| 31. Se sospecha que el paciente padece de retención e incontinencia de la orina si elimina ___ en ___ cantidades. | frecuentemente frecuentemente, pequeñas |

El programador procede con la primera versión haciendo un examen sobre una serie de temas para determinar cuáles son los marcos que originaron el cálculo más elevado de errores. Tales marcos deben revisarse, pero no necesariamente en el sentido de hacerlos más fáciles mediante el suministro de más indicaciones. En vez de ello el programador busca las razones que dieron lugar a los errores. Pudiera suceder que la redacción de un marco resulte ambigua o el ejemplo confuso y que fuera de eso dicho marco sea perfectamente satisfactorio; quizá la razón de los errores se encuentre en los marcos anteriores, o tal vez el programador no hubiera preparado adecuadamente al estudiante. En este caso sería necesario revisar los marcos anteriores y no el marco que produjo errores.

Un buen programador también examinará los marcos que no dieron lugar a errores pues pudiera ser que si no los hubo fue por razones ajenas a la que realmente importa. La única razón legítima para que el estudiante dé una respuesta correcta es que posee suficientes conocimientos para contestar correctamente.

El programador puede muy bien escribir marcos que originan respuestas correctas por razones equívocas. Por ejemplo, el número de espacios en blanco en el marco podría ser indicativo de la respuesta que debe darse o puede también suceder que su forma sea muy parecida a la de marcos anteriores. Si se observan los marcos que se ilustran aquí la clave pudiera ser simplemente la palabra "eliminar". El estudiante podría responder "eliminar" con la palabra "frecuentemente" sin tener que leer el marco y, en efecto, ¡habría contestado correctamente! Estos marcos podrían volverse a escribir para evitar que las palabras clave fuesen demasiado formales. Si el estudiante se atiene a las palabras clave puede muy bien contestar sin tener siquiera que leer el marco. Existe actualmente un creciente número de publicaciones sobre "indicaciones equívocas" que se refieren a este problema.

Además de prestar atención a los errores, el programador observa también el comportamiento final del estudiante. Con frecuencia elabora un examen final destinado a determinar si el programa ha logrado enseñar lo que estaba destinado a enseñar. Un buen examen final toca todos los comportamientos que el programador había incluido originalmente en su lista de comportamientos finales. Si los estudiantes logran buenos resultados con el programa, éste es un instrumento verdaderamente efectivo para el aprendizaje.

La elaboración de cualquier programa parece requerir una intensa verificación y revisión. En consecuencia, la versión final que habrá de ser ampliamente difundida se logra sobre la base de esta constante "retroacción" por parte del estudiante.

Máquinas de enseñanza

Tanto el programador como otras personas interesadas en el programa deben determinar la forma en que éste habrá de presentarse. Después de varios años de experimentar se cuenta con una diversidad de máquinas de enseñanza. Estos son mecanismos que pueden servir para presentar el material programado. Por ejemplo, ayudan a impedir que el estudiante vea la respuesta de un marco hasta tanto no haya elaborado su propia respuesta.

No obstante, la mayoría de los programas que están saliendo a luz se encuentran en una forma parecida a la del libro de texto y no hace falta aparato alguno. El formato de los libros programados sirve hasta cierto punto para guiar al estudiante a través del material o para evitar que haga fraudes al contestar las preguntas, etc. Si bien un aparato puede ser útil para la presentación de un programa, el principal elemento de la enseñanza programada es el programa mismo. El proceso antes descrito da por resultado un programa; el montaje particular del programa, los libros de texto, los aparatos y otras cosas por el estilo dependen de criterios distintos.

Pretensiones y evidencia

La adquisición de programas cuesta dinero y su producción implica también tiempo y gastos. Además, es posible que después de presentar los materiales programados en una escuela, el profesorado tenga que hacer ciertas revisiones en el plan de estudios y en la rutina escolar. Por lo tanto, cabe preguntarse si la enseñanza programada es realmente una técnica eficaz.

La instrucción programada proporciona la situación ideal de enseñanza individual. Tanto la historia como los estudios de psicología modernos indican que el método "socrático" es el más eficaz (4). Sin embargo, en tanto que Sócrates debía estar presente cuando orientaba a cada uno de sus alumnos en sus polémicas "programadas", el texto y la máquina de enseñanza no requieren más que la presencia del estudiante. Al igual que Sócrates el programa provee los elementos útiles y esenciales para la buena enseñanza: a) Presentando el material en forma fragmentada, basando cada fragmento en el que le precede; b) Exigiendo la reciprocidad entre el estudiante y el material; c) Estimulando al estudiante cuando contesta correctamente (al confirmar su respuesta como lo podría hacer todo buen maestro); y d) Permitiendo que el

estudiante avance siguiendo su propio ritmo que es algo que un maestro particular puede hacer, pero no un maestro de clase.

Otro aspecto del programa que difiere del famoso método dialogado de Sócrates es que proporciona un registro permanente del comportamiento del estudiante. No sólo revela información sobre el *estudiante* sino también sobre el *programa*. Indica al maestro la situación del estudiante y al programador los puntos débiles del programa.

El programa brinda todas esas ventajas y, además, deja al maestro en libertad para realizar otros trabajos que exigen su presencia.

Habrán de pasar algún tiempo antes de que existan muchos programas y hayan sido ensayados por investigadores imparciales durante un lapso suficiente. Por lo tanto, no se ha acumulado aún la evidencia necesaria para determinar la validez que la educación programada tiene como técnica. No obstante, ciertas publicaciones sobre este tema indican que su eficacia es admirable (5). Además, existe un gran número de pruebas realizadas en los laboratorios de investigación psicológica que indican que los principios básicos de dicho sistema no sólo son sólidos, sino que constituyen el proceso básico del aprendizaje.

En resumen: a) para llegar a la conclusión de que un determinado programa es un recurso efectivo para la enseñanza, hay que basarse en la evidencia obtenida con dicho programa; b) por lo que se sabe acerca del proceso de aprendizaje, todo parece indicar que la educación programada dará buenos resultados; y c) según lo manifestado por un comité de educadores y psicólogos que se han ocupado de estudiar la programación, "debe estimularse la experimentación activa en las escuelas, con materiales y recursos autodidácticos, antes de adoptarla en gran escala" (6).

REFERENCIAS

(1) Evans, J. L. y colaboradores: *The Rule Systems for the Construction of Programmed Verbal Learning Sequences*. Pittsburgh: Universidad de Pittsburgh, Departamento de Psicología, 1960 (mimeografiado).

(2) Jacobs, P. I.: "Some Relationships between Testing and Auto-Instructional Programing" *Av. Comm. R.* 10: 317-327, noviembre-diciembre de 1962.

(3) Geis, George L.: "Some Considerations in the Evaluation of Programs". *Av. Comm. R.* 10: 64-69, enero-febrero de 1962.

(4) Jordan, J. A., Jr.: "Socratic Teaching". *Harvard Ed. R.* 33: 96-104, Winter 1963 (invierno de 1963).

(5) Deterline, W. A.: *An Introduction to Programed Instruction*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1962.

(6) "Interim Statement on Self-Instructional Materials and Devices". *Av. Comm. R.* 9: 207-208, julio-agosto de 1961.

LA ENSEÑANZA PROGRAMADA EN EL APRENDIZAJE DE ENFERMERIA*

George L. Geis y
Maja C. Anderson†

Parte 2. Forma de aplicar los principios de esta técnica en la confección de materiales.

Tres fueron las razones importantes por las cuales se resolvió intentar el desarrollo de material programado para la enseñanza de enfermería en el "Upstate Medical Center", de Syracuse: a) que a menudo la instructora se encuentra ante el problema, ya sea en la sala de clase o en el área clínica, de que no todas las estudiantes tienen el mismo nivel de conocimientos; b) que la enseñanza efectiva de habilidades motoras mediante el uso de métodos de enseñanza convencionales exige mucho tiempo; y c) que en enfermería a menudo resulta imposible lograr la correlación ideal entre la teoría y la práctica.

Con los métodos de enseñanza convencionales no puede saberse con certeza el verdadero nivel de aprendizaje que una estudiante ha logrado en una etapa cualquiera. Muchísimas veces la maestra cree que la estudiante ha aprendido lo que ella le ha enseñado y muy a menudo no sucede así. En otras palabras, la instructora no está segura de que la estudiante ha asimilado la información esencial o que tiene los conocimientos necesarios que habrán de servirle de base; y mientras la maestra repasa el material elemental con el ánimo de que todas las estudiantes tengan el mismo nivel de conocimientos, se desperdicia un tiempo precioso. A menudo ocurre una situación aún más deplorable—el no darse cuenta de la deficiencia de la estudiante y, por lo consiguiente, el aprendizaje no se logra ulteriormente pues la estudiante carece de los conocimientos básicos.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "Programed Instruction in Nursing Education—Part 2: Applying Principles of the Technique in Producing Materials", apareció en dicha revista, Volumen 11, No. 9, septiembre de 1963, págs. 662-665.

† El señor Geis es Profesor Adjunto de Psicología del "Hamilton College", Clinton, Nueva York, y autor principal del programa titulado *Hamilton College Introductory Psychology Program*.

La señorita Anderson (B.A. del "Connecticut College for Women", New London; M.N., Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut), es directora de la Escuela de Enfermería de la "State University of New York Upstate Medical Center", Syracuse.

No obstante, el programa permite tanto a la maestra como a la estudiante saber cuánto es lo que ésta ha aprendido. Además, el programa puede elaborarse de tal manera que la estudiante no pueda pasar a otro punto hasta no haber dominado completamente los puntos anteriores. Esto puede hacerse ya sea mecánicamente o mediante instrucciones. En el mejor de los casos, si dos estudiantes han mostrado un progreso paralelo en un programa, la maestra puede colegir que ambas están igualmente capacitadas en el material que han estudiado y que tienen igual cantidad de conocimientos sobre los cuales la instructora humana puede basar su enseñanza.

La enseñanza de habilidades motoras presenta también otras dificultades. La demostración efectuada en clase muchas veces no trae consigo el aprendizaje efectivo porque es imposible que todas las estudiantes que se encuentran en la sala de clase puedan ver bien y son pocas las que recuerdan cada detalle del procedimiento objeto de demostración. Por ejemplo, si la instructora demuestra a toda la clase cómo debe hacerse una cama, solamente las estudiantes que se encuentran cerca de ella pueden ver con toda claridad la forma de doblar las esquinas de la ropa de cama. Entre ellas habrá algunas que se sentirán confundidas y otras a quienes les será imposible recordar exactamente lo que hizo la instructora. Por otra parte, las demostraciones individuales o para grupos reducidos, que brindan la oportunidad de que las estudiantes puedan observar bien las demostraciones prácticas, requieren demasiado tiempo.

Un recurso educativo y de estudio desarrollado anteriormente en nuestra escuela suministraba una solución parcial del problema y ha dado muy buenos resultados en las áreas en que se ha empleado. (1) Tal recurso permite que las estudiantes puedan ver las demostraciones relativas a las técnicas cuando ellas lo consideran oportuno y tan a menudo como les resulta necesario hacerlo. No obstante, puesto que dicho recurso no requiere la participación activa de las estudiantes, pierde parte de su efectividad como instrumento de aprendizaje. Las primeras veces que se intentó usar un programa fue para complementar las demostraciones y se limitó a la presentación de materiales reales y objetivos.

Se elaboraron unas listas para verificar la efectividad de tales programas en el logro del comportamiento final deseado, y en los exámenes que se hicieron empleando papel y lápiz se incluyó información extraída de los programas. Pese a las deficiencias que presentaban estos primeros materiales, pronto se pudo observar que la educación programada podría llegar a ser un instrumento valioso en el aprendizaje de enfermería. En efecto, las estudiantes aprendieron a hacer las camas y a bañar a los pacientes con mayor eficiencia que mediante cualquier otro de los métodos convencionales.

Cuándo se debe o no programar

En enfermería, el problema de coordinar la teoría con la práctica se vuelve más intenso en algunas áreas. Por ejemplo, puede pasar un año, o tal vez más, desde que la estudiante aprende una técnica en clase hasta que tiene oportunidad de practicarla en un paciente. En este sentido también es muy valiosa la enseñanza programada. Los programas relacionados con estas áreas difíciles se encuentran siempre disponibles de manera que proporcionan una flexibilidad adicional al aprendizaje de enfermería. Puede suceder, por ejemplo, que la instructora no se encuentre presente cuando la estudiante tiene que efectuar un cateterismo, en cuyo caso la estudiante puede emplear el programa para aprender o repasar las técnicas que tiene que seguir con el fin de estar preparada para llevar a cabo ese procedimiento sin necesidad de acudir a la instructora. Son muchos los casos críticos como éste que surgen en las escuelas de enfermería. Una buena oportunidad de practicar algo se presenta a menudo cuando la clase no está estudiando ese problema en particular. No obstante, el método autodidáctico permite a la estudiante aprovechar esa experiencia pues el programa se encuentra siempre a su disposición.

Una vez que se ha adoptado la decisión de emplear material programado es preciso determinar cuáles son los temas que pueden enseñarse mejor mediante dicho método pues si bien la enseñanza programada puede resolver muchos de los problemas que surgen en la capacitación de enfermeras, no constituye tampoco una panacea, e indudablemente hay materias en que no daría buenos resultados. Existen casos en que puede ser en extremo difícil a la vez que ineficaz. Podría suceder que la mejor solución de un problema fuera un sencillo cambio en el ambiente, de manera que se produjera sólo un determinado tipo de comportamiento. (Por ejemplo, se puede elaborar un programa para que el personal de una sección aprenda que no se debe abrir determinado gabinete. Sin embargo, mejor y más efectivo sería en este caso cerrar con llave la puerta del gabinete en cuestión.)

No es posible desarrollar programas para enseñar los comportamientos finales apropiados para cada uno de los problemas que pueden presentarse en un hospital. Solamente un instructor humano puede conducir a la estudiante a través de todas esas dificultades hasta que ésta haya logrado la experiencia necesaria y adquirido suficientes conocimientos para determinar la forma en que debe proceder. Entonces, el uso de la enseñanza programada debe limitarse a aquellas áreas en donde sea posible identificar específicamente los comportamientos finales requeridos y donde no es posible enseñar los mismos temas con mayor efectividad y economía haciendo uso de métodos más sencillos.

A simple vista parecería que la programación se adapta mejor a la presentación de material real y objetivo que haya que memorizar. Sin embargo, un cuidadoso examen demuestra que son muy pocas las áreas de ese tipo que existen en enfermería. Es muy difícil encontrar comportamientos finales que puedan considerarse producto de una mera memorización. Por ejemplo, si bien es cierto que hay algunas cosas que la estudiante debe saber antes de aplicar una inyección intramuscular, para poder hacerlo en la práctica necesita de una destreza un tanto compleja.

Inculcación del aprendizaje

La programación de material que requiere destreza y habilidad presenta ciertos problemas interesantes. Simplemente no sabemos la forma en que el aprendizaje verbal contribuye al adiestramiento, a menudo suponemos que es un 100 % y nos causa desazón ver que muchas veces su eficacia es nula. Sin embargo, resulta más barato, fácil y eficaz usar textos siempre que sea posible y por ello quizá valga la pena tomarse el trabajo de averiguar el aporte del aprendizaje verbal a la práctica efectiva de una tarea. En efecto, en muchos casos resulta necesario proporcionar a las estudiantes materiales prácticos para que aprendan a manipularlos.

No parece factible que una estudiante aprenda bien a poner una inyección si no tiene la oportunidad de usar la aguja y la jeringa. De igual forma la estudiante tiene que tener práctica en ponerse los guantes estériles aunque verbalmente tenga el conocimiento exacto del procedimiento que hay que seguir. La experiencia nos ha demostrado, no obstante, que los materiales para la práctica no siempre resultan tan esenciales como antes se suponía. En muchos casos esos materiales se han dado a las estudiantes que los deseaban pero no han hecho uso intenso de ellos. Fue interesante observar que no hubo gran diferencia de actuación entre las estudiantes que usaron esos materiales y las que no los usaron.

Uno de nuestros programas se relaciona con el asunto de los vendajes quirúrgicos. Ordinariamente la meta de un programa de esa clase pudiera ser: "La estudiante debe comprender y apreciar las razones por las cuales hay que cambiar los vendajes y adquirir la capacidad necesaria para hacerlo". Un análisis y especificación del resultado final nos podría demostrar que con eso queremos decir muchas cosas. Damos a entender que la estudiante debería saber el nombre de los diversos tipos de vendaje, manifestar las circunstancias bajo las cuales tendrían que usarse, especificar las razones por las cuales se aplican, y expresar y seleccionar los materiales que ella usaría, etc.

El problema conexo de la técnica aséptica es otro ejemplo de la contribu-

ción del aprendizaje verbal a la actuación práctica. Es obvio que no es suficiente que la estudiante sepa decir cómo puede evitarse la contaminación; ella debe en efecto saber prevenirla mediante una acción efectiva al presentarse un caso real. Sin embargo, nosotros tratamos de ahorrarnos el tiempo que se invierte en la “capacitación en el terreno” enseñándole lo que debe hacer antes de que se le presente su primera experiencia. Al desarrollar este programa fue preciso decidir si debería enseñárseles “lo que se debe” o “lo que no se debe” hacer.

Lógicamente, la situación ideal parecería ser que todos los comportamientos finales fuesen positivos, y hacer hincapié en lo que la estudiante realmente hace y no en lo que no hace; pero en la práctica pudo verse que este procedimiento era sin duda laborioso en ciertos casos y particularmente en áreas tales como la de la técnica aséptica. Es posible que se necesiten varios marcos para manifestar en forma positiva lo que se presenta en forma negativa en uno solo de ellos. La evaluación de la actitud de las estudiantes indica que en estos casos ellas parecen aprender con mayor efectividad cuando el programa indica lo que *no* se debe hacer.

Muchos temas de carácter académico requieren comportamientos finales que habrán de demostrarse después en situaciones similares a las que se presentan durante el período de capacitación. Por ejemplo, un estudiante puede aprender a multiplicar quebrados mediante un programa de aritmética. Si a ese estudiante se le presentan problemas similares fuera del programa, sabrá en efecto multiplicar quebrados y lo hará exactamente en la misma forma. En enfermería la situación es bastante distinta. La estudiante de enfermería se ve generalmente precisada a demostrar sus capacidades ante otra persona. Esta necesidad de tomar en cuenta el ambiente social es inherente a la educación en enfermería. Además, el material programado es aún más distinto en la vida real que en la sala de clase. Al desarrollar un programa es importante tener en cuenta el efecto que otra persona—el paciente—ejerce sobre el comportamiento final de la estudiante.

La programación de las relaciones personales entre la enfermera y el paciente

Se está haciendo un esfuerzo para hacerle frente al problema elaborando un programa de relaciones interpersonales. Mediante los métodos convencionales se enseñaría a las estudiantes a “comprender” y “aceptar” a sus pacientes. No obstante, es ilógico esperar que cuando una estudiante empieza sus estudios pueda comprender al paciente; quizá fuera más fácil aceptarlo, pero al igual que comprenderlo resulta ser un término demasiado amplio y

general. Estos términos deben descomponerse y traducirse en comportamientos específicos. Lo primero que habría que hacer sería establecer los comportamientos ideales que permitan hacer frente a una diversidad de situaciones típicas.

En seguida, decidir cuáles son los comportamientos que lógicamente pueden esperarse de la estudiante. Si el comportamiento ideal está muy alejado de la realidad, es probable que su enseñanza resulte ineficaz. Sencillamente no serviría para ejercer influencia alguna sobre el comportamiento del estudiante en el momento en que se encuentre frente a un caso real. Es fácil comprender que durante sus primeras experiencias en el hospital la estudiante se preocupe de su habilidad para llevar a cabo las tareas que se le han encomendado. Ella quizá quiera "considerar al paciente como a una persona", tal como se le ha enseñado, pero inevitablemente lo que le preocupa es su propia capacidad. No obstante, si la enseñanza programada para que adquiera conocimientos específicos ha logrado éxito, ella llevará a cabo su tarea en forma competente y tendrá confianza en sí misma. Esta confianza le dará tranquilidad y podrá emprender con naturalidad sus relaciones sociales con el paciente.

El programa relativo a las relaciones interpersonales no está destinado a lograr gran cosa. Pensamos que habría de ser suficiente proporcionar a la estudiante un conocimiento específico sobre "lo que debe hacer", y que fuera suficientemente fácil de recordar en el momento en que se encontrase bajo tensión, y suficientemente amplio como para que pudiera adaptarse a las circunstancias. Algunas áreas implican convenciones sociales, tales como la forma de presentar una persona a otra, que pueden fácilmente traducirse en términos concretos; pero otras implican mayores dificultades. Por ejemplo, demos el caso de que una estudiante joven pueda sentirse desconcertada ante una situación aflictiva que ocurre en el hospital y queremos proporcionarle algunas orientaciones para que pueda controlar sus emociones sin inquietar al paciente. Por otra parte, si damos demasiada importancia a las posibles reacciones emocionales, lo que quizá lograríamos únicamente sería provocar la actitud que precisamente deseamos evitar. En otras palabras, si a la estudiante se le enseña que probablemente se va a sentir desconcertada y ella no experimenta una reacción tal, puede pensar "a mí me pasa algo raro".

En cierto modo este programa tiene por objeto exclusivo lograr que la estudiante se sienta más tranquila ante una situación difícil. El fomento de las buenas relaciones personales es algo mucho más sutil y complejo y en este aspecto hay que depender del instructor. Cuando la estudiante se sienta cómoda probablemente se comporte en forma natural y apropiada y el instructor humano puede sencillamente aprobar y estimular esa actitud en la estudiante. Por lo tanto, esperamos que el programa produzca la "materia prima" de comportamiento en el cual la instructora pueda basar su trabajo.

La participación de la estudiante en la programación

La meta original de otro programa era asesorar al personal de enfermería respecto al cuidado de pacientes que están recibiendo tratamientos de radio. No hay duda de que este parecía ser el programa más real y objetivo que pueda concebirse. No obstante, un análisis más detallado nos hizo ver que el comportamiento final deseado implicaba algo más que altas notas en el examen sobre las habilidades motoras de la estudiante. Nuestro verdadero objetivo era vencer la incertidumbre y los temores que acosaban al personal de la sección a cargo de esos pacientes. En otras palabras, estábamos tratando de modificar sus actitudes. Fueron tres las estudiantes que se interesaron en formar parte de este programa. Ellas llegaron rápidamente a la conclusión de que puesto que hay tantas jóvenes y mujeres que se encuentran completamente convencidas de que “no pueden aprender” matemáticas y física, debería presentarse el material objetivo con todo cuidado y claridad y, a la vez, por lo menos parte de dicho material, si es que se deseaba modificar la actitud hacia el programa.

Las estudiantes parecieron aceptar gustosas el reto que les ofrecía este complejo programa. Cuando se creyeron suficientemente familiarizadas con la teoría de la radiación, presentaron la información a sus compañeras de clase en discusiones en grupo. En el curso de esas discusiones las estudiantes que estaban efectuando la programación descubrieron cuáles eran las áreas que a las otras estudiantes les resultaban más difíciles de aprender y adquirieron práctica en elaborar explicaciones sencillas y ejemplos interesantes. Una vez que lograron captar ese conocimiento se sintieron dispuestas a proseguir con el programa mismo. Aunque este programa se encuentra todavía en pañales, es obvio que las estudiantes que lo están desarrollando no sólo han aprendido mucho acerca de los tratamientos de radio sino que han llegado también a interesarse en los problemas de enfermería y del aprendizaje de enfermería en forma intensa y personal. Esto indica que la elaboración del programa mismo puede convertirse en un método importante de aprendizaje.

Los programas del “Upstate Medical Center”, los cuales se encuentran todavía en una etapa inicial, se han presentado a las estudiantes en forma mimeografiada. Se les ha provisto de cubiertas de cartón para que puedan cubrir las palabras clave y las respuestas durante la exposición de cada cuadro. No cabe duda de que siempre ocurren fraudes, especialmente al principio, pero las estudiantes pronto se dan cuenta de que se espera que ellas aprendan los materiales del programa y que si hacen fraude les será imposible asimilarlos. Ordinariamente los programas se dan una semana antes del día en que se cree que deben haber aprendido ya el material. Sin embargo, algunos de ellos, tales como los que se refieren a cateterismo y vendajes quirúrgicos, se encuentran casi siempre a la disposición de las estudiantes.

Ellas usan los programas cuando quieren, pero se les exige devolverlos en una fecha determinada como prueba de que han completado la unidad de trabajo. Una vez que los programas han sido verificados en lo que respecta a los errores que han cometido, se devuelven a las estudiantes. El análisis de las respuestas se utiliza como "materia prima" para las revisiones ulteriores del programa.

Reacciones de las estudiantes y de la facultad

La reacción de las estudiantes a la enseñanza programada ha sido muy interesante. La mayoría de las estudiantes nuevas han oído hablar de los aparatos de aprendizaje y se muestran al principio interesadas y entusiasmadas. Sin embargo, algunas se decepcionan cuando se les presenta un material mimeografiado en vez de un aparato, y a menudo su entusiasmo inicial decae y a eso sigue cierto resentimiento. Aparentemente muchas de ellas tienen la idea de que todo aprendizaje debe ser necesariamente difícil y que un programa que se desarrolla por etapas cortas es desconcertante. Una pregunta común que hacen es "¿Cree usted que somos estúpidas?" Pero a esa reacción generalmente sigue otra de sorpresa después de su primer examen o experiencia clínica. Los programas han logrado que las estudiantes obtengan buenas notas y que su actuación sea competente. Aunque algunas siguen mostrando falta de entusiasmo, la reacción final es por lo general de aprobación del programa. Por lo tanto la reacción que experimentan las estudiantes de enfermería con respecto a la educación programada es distinta a la de los estudiantes de otras materias (2).

Desde el punto de vista del cuerpo docente el programa tiene indudables ventajas. Puesto que las instructoras saben que todas las estudiantes llegan a clase o al área clínica con los conocimientos necesarios, ellas han podido dedicar más tiempo a discutir los puntos más difíciles. Consideran también que, con un uso más intenso de la programación, en el futuro les será posible enriquecer el plan de estudios con trabajos más avanzados de los que pueden desarrollarse en la actualidad. Los maestros también se dan cuenta de que disponen de más tiempo para dedicarse a las estudiantes menos aventajadas. A menudo sucede que, en razón de la presión del trabajo, la instructora se ve obligada a dejar que la estudiante resuelva por sí sola el problema de quedarse o dejar la escuela, pese a que sabe que esa estudiante posee cualidades que la capacitarían admirablemente para dedicarse a ciertas ramas de la enfermería. Por desgracia a menudo esa estudiante abandona la profesión de enfermería. El aprendizaje programado podría contribuir a reducir esa tasa de estudiantes que abandonan la carrera de enfermería.

Las instructoras, liberadas de las faenas de la sala de clase, pueden dedicar más tiempo a la estudiante más aventajada. Por ejemplo, podrían quizá encomendarle determinados proyectos. El programa sobre tratamientos de radio puede servir como ejemplo. Este es el caso de un proyecto que sirve para “alimentar” a otro. En este ejemplo a las estudiantes con talento les fue posible explorar nuevas ideas y desarrollar otras capacidades mediante el trabajo que efectuaron en el programa. (A propósito, ese trabajo parece haber atribuido mayor importancia a esas jóvenes en particular. Las otras estudiantes las admiran y, en efecto, algunas se han acercado a la directora para decirle “si yo obtuviera mejores notas, cree usted que podría también trabajar en un programa?” Esta ha sido una consecuencia que no se esperaba.) Todo este proyecto parece demostrar la importancia de disponer de más tiempo para poder impartir enseñanza a las estudiantes.

La evaluación de la actuación de una estudiante en el área clínica se facilita grandemente mediante la elaboración de una lista de comportamientos finales. El programador tiene que identificar específicamente lo que la estudiante hará cuando haya adquirido los conocimientos necesarios. Esto puede también servirle a manera de lista, lo cual resulta altamente valioso a la instructora para determinar si en efecto la estudiante ha alcanzado el nivel de aprendizaje que se esperaba.

Con frecuencia la instructora se ha visto obligada a fiarse de un criterio subjetivo, especialmente cuando se trata de asuntos como las relaciones interpersonales.

El hecho de que el programador puntualice sus metas y las exprese en comportamientos precisos facilita la tarea de evaluación. Por ejemplo, el dirigirse a un paciente llamándole por su nombre es importante para éste pues le ayuda a mantener su identidad en un ambiente extraño para él. Este punto podría incluirse en el catálogo de comportamientos finales y luego trasladarse a la lista de verificación, lo que permite comprobar si la estudiante menciona el nombre del paciente en la conversación. Esta última lista es, por lo tanto, otro efecto valioso de la educación programada.

Experimentos con imaginación

Nuestra experiencia en educación programada en el “Upstate Medical Center” indica que ésta habrá de constituir un valioso recurso para el aprendizaje de enfermería. Persisten, no obstante, ciertos problemas importantes. En muchas áreas la identificación de los comportamientos finales puede tornarse difícil, como en el caso de las relaciones interpersonales. El grado en que el conocimiento verbal puede contribuir a desarrollar las

habilidades motoras es otro ejemplo de un problema difícil que necesita aún estudiarse.

Definitivamente, la enseñanza programada parece contribuir a la solución de algunos de los problemas educativos. Permite que las estudiantes adquieran el mismo nivel de conocimientos en un tiempo mínimo de aprendizaje y, por lo tanto, la instructora queda en libertad para poder enriquecer el plan de estudios y dedicar más tiempo tanto a la estudiante retardada como a la excepcionalmente dotada. Además, la instructora se encuentra mejor equipada para poder evaluar la actuación de la estudiante en el área clínica. Esto es importante para la estudiante y también para que la instructora pueda identificar las áreas específicas en que debe mejorarse el aprendizaje.

La educación programada no podrá nunca reemplazar al instructor humano, muy al contrario, quizá habrá de exigirle mucho más que los métodos de enseñanza convencionales. Cabe la posibilidad de que algunos maestros carentes de imaginación pudieran encontrar difícil adaptarse a esta nueva situación, pero, por otra parte, quizá les ayude a reavivar su interés y entusiasmo en la educación.

El trabajo preliminar necesario para la preparación de un programa brinda al educador la oportunidad y método para efectuar un análisis tanto de su trabajo como de las metas que persigue. Pero, más que nada, la educación programada ha venido a infundir nueva vida y entusiasmo en materia de educación.

REFERENCIAS

- (1) Anderson, Maja C.: "A New Aid to Teaching and Learning" *Nursing Outlook* 9: 677, noviembre de 1961.
 - (2) Geis, G. L. y Reyser, C. P.: "Survey of Reactions of College Students to a Program in Introductory Psychology. Auto-Instruction Devices for Education and Training". 2: 208-210, enero de 1963.
-

EL POTENCIAL DE LA ENFERMERA PARTERA URBANA*

Mary I. Crawford†

Las enfermeras parteras en los Estados Unidos no están tratando de ser médicos ineficientes, sino enfermeras hábilmente preparadas. Una de ellas expresa su preocupación porque los cuidados que se prestan a las pacientes de maternidad en las clínicas de los grandes centros médicos urbanos parecen más bien una línea de montaje. Sugiere un recurso que acabará con los métodos tradicionales en materia de personal y de asignación de funciones.

En la mayoría de los países bien desarrollados, la capacitación en partería ha evolucionado a la par de la enseñanza impartida en otras profesiones dedicadas al cuidado de la salud. En los Estados Unidos, sin embargo, la partería no médica se encuentra en una situación bastante insólita. Después de haber sido casi totalmente eliminado, el concepto de partería ha vuelto a hacer su aparición debido al reciente reconocimiento de determinadas necesidades y a la mayor amplitud de criterio que existe.

La experiencia nos ha inducido a creer que en nuestra cultura, en términos concretos, la mayoría de los miembros del personal de un hospital es capaz de proporcionar los buenos cuidados que requiere el mayor número de madres en el hospital. En tal situación, aquellos que ejercen las profesiones de salud, se encuentran disponibles para atender al mayor número de madres y de lactantes. Tienen a la mano los equipos requeridos en casos de emergencia; se pueden proporcionar cuidados más seguros tanto a las madres como a los lactantes y, además, se ha ampliado el campo de la investigación. Ahora hay posibilidades de conocer más y en un corto tiempo acerca del embarazo, parto, alumbramiento, puerperio y sobre el recién nacido.

No obstante, a medida que se ha logrado proporcionar cuidados más

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Nursing*. El texto original, "Potential of the Urban Nurse-Midwife", apareció en dicha revista, Volumen 63, No. 9, septiembre de 1963, págs. 129-131.

† La Srta. Crawford (B.S., Universidad de Michigan; M.N., Universidad Western Reserve; M.A., Universidad de Columbia) tiene certificado de enfermera obstétrica de la "Maternity Center Association", ciudad de Nueva York. Es Profesor Asociado y Coordinadora de salud materno-infantil de la Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería de la Universidad de Columbia y del "Presbyterian Hospital" de Nueva York. Fue presidenta del "American College of Nurse-Midwifery" de 1950 a 1961.

seguros de maternidad, hemos aprendido también algo más. En términos generales, el servicio de hospitalización no ha contribuido gran cosa al suministro de cuidados a las madres en el amplio sentido en que han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud:

Los cuidados de maternidad en su sentido más estricto consisten en la asistencia que se brinda a la mujer durante el embarazo, alumbramiento feliz, examen posnatal, cuidados del recién nacido, y el mantenimiento de su lactancia. En términos generales, esos cuidados empiezan mucho antes con las medidas destinadas a fomentar la salud y bienestar general de los jóvenes que van a ser los padres del mañana, y con la ayuda que se les presta para adquirir una actitud sana hacia la vida de familia y al lugar que ésta ocupa en la comunidad. (1)

A veces la hospitalización quizá haya llegado a constituir un obstáculo para el suministro de esos cuidados en general. La madre es alejada de su propio ambiente y las más de las veces del apoyo moral de su familia, en un momento en que va a vivir una de las experiencias más importantes de su vida. Los miembros de su familia tienen, si acaso, experiencia muy limitada en relación con el proceso total de la maternidad, e ignoran la forma en que podrían prestar su ayuda.

La madre, en su calidad de ser humano que necesita de apoyo moral y de suficiente comprensión del proceso de la maternidad para poder ayudarse a sí misma, a menudo tiende a pasar desapercibida en esta cadena de producción. Los hospitales se encuentran repletos, las clínicas atestadas de pacientes, y las madres quizá tengan que viajar grandes distancias para visitar la clínica prenatal, tan sólo para verse enfrentadas a la fatiga de la primera visita y a prolongadas esperas durante las visitas sucesivas para poder ver al médico por unos pocos minutos, y cada vez a uno distinto.

Los miembros del personal profesional confrontados asimismo con una interminable y confusa procesión de caras, pierden el hábito y la satisfacción que emana de las cálidas relaciones humanas con las madres a quienes prestan sus servicios. Las enfermeras, agobiadas con los problemas de orientar el tráfico del hospital, asistir al médico en sus exámenes, y verificar las hojas clínicas, pues los médicos carecen de tiempo para hacerlo, han estado tratando heroicamente de solucionar esos problemas estableciendo sistemas de citas y de conferencias en grupo.

Mientras tanto, la madre, que es un ser humano con necesidades individuales, se encuentra todavía perdida entre la muchedumbre. Muy a menudo la enfermera conferencista no es para ella sino otra cara más entre otras muchas. Son muchísimas las madres que llegan a inscribirse en nuestras clínicas para no volver jamás a consulta, y sigue aumentando de día en día el número de aquellas que nunca llegan a inscribirse.

Cuando las madres llegan al hospital se ven confrontadas con una situación que ha sido acoplada al cuidado de enfermos y lisiados, y es natural que éstos tengan precedencia sobre los pacientes sanos. Las madres, entonces,

se ven sujetas a ciertas rutinas y procedimientos y rodeadas de aparatos especialmente equipados para el cuidado de enfermos. Todas las disciplinas necesarias para las complicaciones, están tratando de supervisar y proporcionar cuidados a cada una de las madres, tanto normales como anormales. La madre con embarazo normal recibe al salir del hospital una cuenta que está también acoplada a los cuidados que se prestan a enfermos y lisiados, y se encuentra poco preparada para poder enseñar a sus hijos actitudes favorables hacia la maternidad.

Personal inadecuado

He aquí solamente unos pocos de los problemas relativos a los cuidados de la maternidad que surgieron durante los dos días de trabajo de una conferencia que se celebró en el "Maternity Center Association" durante los días 2 y 3 de marzo de 1961, (2) a la que concurrieron destacados obstétricos, pediatras, psiquiatras, anestesistas, enfermeras y enfermeras parteras, administradores de hospital, dietetistas, sociólogos, trabajadoras sociales, ginecólogos, educadores, funcionarios de salud pública y padres de familia. Este grupo se enfrentó al problema de nuestra falta de facilidades para el cuidado de las madres así como también al hecho de que para 1970 habrán aumentado en un 50% el número de lactantes que nacerán anualmente en los Estados Unidos, sin que quepa suponer un aumento equiparable en el personal profesional. Este grupo sabía que, según los registros, existen anualmente en este país unas 100.000 madres que no reciben absolutamente ningún cuidado obstétrico durante la maternidad. Un grupo más numeroso es asistido por personal sin capacitación, aunque los registros no lo indican porque el médico firma el certificado de nacimiento. Una de las recomendaciones que emanó de la conferencia fue que se explorase el papel de la enfermera partera para determinar el aporte que ella puede prestar en materia de cuidados para las madres. El término enfermera partera fue definido por el "American College of Nurse-Midwifery" en su reunión anual celebrada el 12 de mayo de 1962, como sigue:

La enfermera partera es una enfermera titulada que, en virtud de los conocimientos adicionales que ha adquirido a través de un programa organizado de estudios y experiencia clínica y que ha sido reconocida por el "American College of Nurse-Midwifery", ha ampliado los límites [límites legales de su jurisdicción en donde la obtiene] de su práctica en el ámbito de la administración de cuidados a las madres y lactantes durante todo el ciclo de la maternidad, hasta tanto el progreso concuerde con los criterios aceptados como normales.

Una de las más importantes funciones de la enfermera partera en el porvenir será la de estudiar y mejorar la asistencia a las madres normales y a los recién nacidos. La escasez de tiempo no habrá de forzarla a dedicar la mayor parte de su tiempo a las pacientes que presentan complicaciones

agudas, puesto que a la primera señal de tales complicaciones se pondría la administración de esos cuidados en manos del médico. Si las funciones de la enfermera partera radicaran en el número de pacientes y no en su asignación convencional a un área física determinada durante ciertas horas del día, podría lograrse una mayor satisfacción para el médico, para las enfermeras y para el paciente, y asimismo, para la enfermera partera. Pero ¿cómo podría lograrse esto? Con el costo actual en los hospitales, sabemos que es imposible aumentar el personal ya existente. En mi opinión, se podría romper la tradición en cuanto a las asignaciones en enfermería y entonces podríamos lograrlo con unas pocas personas más solamente.

Modificaciones clínicas

Permítanme ilustrar lo que quiero decir. Imagínense una clínica prenatal en la que se está viendo cada tarde unas 120 madres, aproximadamente, entre las cuales hay 12 que están en la etapa inicial del parto. Tres son los médicos que las asisten a todas. Durante el lapso de cuatro horas cada uno de esos médicos está asistiendo completamente a cuatro madres que están dando a luz y dando consulta a otras 36 madres. Si el médico pudiera atender 25 minutos a cada una de las madres que están dando a luz, le quedarían entonces cuatro minutos para cada una de las que llegan a consulta. En esos cuatro minutos tendría que ver su hoja clínica, examinarlas, contestar sus preguntas, completar sus registros y recetarles, si necesario fuere. Para que la línea de montaje pueda avanzar a tal ritmo, todos los otros deberes tendrían probablemente que distribuirse entre nueve miembros del personal de enfermería más o menos en la forma siguiente:

| <i>Deberes</i> | <i>Personal necesario</i> |
|--|-------------------------------|
| Ayudar a los doctores y servir de chaperonas durante los reconocimientos médicos | 3 |
| Orientar el tráfico de pacientes y explicar las instrucciones del médico; hacer arreglos para los análisis especiales de laboratorio, admisiones en el hospital, etc. | 1 |
| Limpiar y esterilizar el equipo | 1 |
| Tomar la presión sanguínea y pesar a todas las madres | 1 |
| Revisar 120 hojas clínicas para comprobar si los análisis de laboratorio y de sangre se han hecho en el momento oportuno | 1 |
| Celebrar conferencias en grupo para explicar qué es lo que se puede esperar del examen inicial, y la rutina clínica durante todo el periodo del embarazo y del parto | 1 |
| Encargarse de señalar fechas para las consultas | 1 |

Supongamos que las últimas cuatro personas de esa lista fuesen enfermeras parteras y que cada cual tuviese asignado un número de 20 madres aproxima-

damente. Cada madre tendría que ser vista por el médico al comenzar los dolores del parto y habría que dedicarle una enfermera partera en caso de no presentarse complicaciones aparentes. En las visitas subsiguientes sería atendida por la enfermera partera. Si se presentase cualquier indicio de anormalidad habría que consultar al médico y decidir si dicha madre debería o no ser trasladada a su clínica. La enfermera partera no necesitaría de una chaperona. Ella misma podría pesar a las madres y tomarles la presión, verificar sus hojas clínicas y concertar sus propias citas. Enseñaría a la madre un poco más de información en cada visita y contestaría sus preguntas mientras está haciéndole el examen. La madre volvería a la misma sala y a que la viera la misma persona, así que la orientación del tráfico de pacientes sería limitada. Quedaría todavía una persona disponible para hacer arreglos especiales y administrar la clínica. También se necesitaría que alguien se encargase de la limpieza del equipo y de hacer otras diligencias. Cada madre recibiría aproximadamente 12 minutos en vez de cuatro. Pese a que no sería ésta la situación ideal, la continuidad en los cuidados favorecería grandemente la satisfacción del personal del hospital y de las madres en cuestión.

En las salas de maternidad

Todavía mejor sería el caso de que se aumentaran a 10 las enfermeras parteras y que cada una de ellas dedicara dos tardes a la clínica prenatal y dos turnos de 12 horas cada uno a la sala de partos y alumbramientos. El número de personas dedicadas a esta sala sería equivalente a seis enfermeras trabajando en turnos de ocho horas durante una semana de 40 horas. Aún más, sería posible concebir que se formasen grupos compuestos por una residente, dos enfermeras y una enfermera partera que pudieran encajar en este arreglo proporcionando aún mayor satisfacción en el trabajo para todos y mayor continuidad en los cuidados prestados a las pacientes.

La enfermera partera se encuentra capacitada para suministrar cuidados de enfermería y, además, para ayudar a las madres durante el parto y el alumbramiento. Por lo tanto, ella está preparada para colaborar con las enfermeras para desarrollar cuidados de enfermería y asimismo para hacer todo el trabajo referente a las madres con embarazos normales. Podría también liberar al médico para que éste se concretara únicamente a las pacientes anormales sin el temor de pensar que está descuidando a las pacientes normales.

En esta aspiración para el futuro, yo contemplo a la enfermera partera trabajando 32 horas por semana. Durante el resto de su tiempo, así como en aquellas ocasiones en que inevitablemente se reduce la cantidad de

trabajo en la sala de partos, podría dedicarse a atender a sus propias pacientes, es decir, a las mismas madres que vio durante todo el embarazo. Podría cooperar con el personal de enfermería para llevar a cabo un plan de cuidados para cada madre durante el período del sobreparto, el cual se basaría en la comprensión que esta madre y su familia hayan llegado a adquirir durante el embarazo de aquélla. Si se presentara la necesidad particular de sus conocimientos, la enfermera partera podría ofrecer sus servicios en el momento en que hubiera que resolver uno de esos problemas. No sería asignada a la sala de sobrepartos durante un lapso determinado, pero sí sería responsable de las pacientes 24 horas al día, siete días a la semana. La madre contaría con una persona conocida a quien podría consultar durante todo el período del embarazo y del puerperio.

Servicios descentralizados

Habiendo enfermeras parteras disponibles cabría la posibilidad de cumplir con dos recomendaciones emanadas del trabajo de la conferencia celebrada en 1961: a) El desarrollo de clínicas satélites afiliadas al hospital central, en donde las madres que no tuvieran complicaciones podrían recibir consulta a una hora que les resultara conveniente sin tener que dejar solos a sus niños y viajar grandes distancias para llegar a la clínica, y b) la reorganización de las unidades de maternidad de los hospitales en unidades comunitarias para madres normales y una unidad central para las madres que presentasen complicaciones.

El papel potencial de la enfermera jefe se describe aquí en un solo ámbito: el de los grandes servicios de maternidad existentes en las áreas urbanas. No se discute el papel potencial que ella podría desempeñar en las áreas rurales, en los hospitales pequeños que tienen poco o ningún personal residente, y en la práctica privada ayudando a los médicos obstétricos. Tampoco se hace mención del papel que está desempeñando actualmente como consultora para los servicios estatales y federales, como profesora de enfermería obstétrica y administradora de servicios de maternidad. Solamente se ha mencionado en forma breve el aporte que podría prestar para el mejoramiento de los cuidados de maternidad mediante la investigación y estudio de los problemas de las madres normales y de los lactantes. No obstante, estas labores son más fáciles de distinguir que aquella que realiza en los grandes servicios de maternidad que aparentemente cuentan con un personal médico adecuado.

La capacitación en partería

La enfermera partera en los Estados Unidos no está tratando de ser un médico mal preparado. Cifra su aspiración en formar enfermeras experta-

mente preparadas. Está tratando de desarrollar una filosofía sobre cuidados de maternidad que considere tanto a la madre como al niño como parte de una familia, cuyos miembros sin excepción alguna sufren el impacto de dicha experiencia y que experimentan a causa de ella problemas mentales, emocionales y espirituales, a la vez que físicos.

Hasta ahora hemos pensado que esa clase de filosofía y de comprensión de esas necesidades puede adquirirse mejor mediante una continua experiencia en los cuidados que se suministran. En otras palabras, la enfermera partera que se especializa llega a conocer cierto número de madres recién comenzado el embarazo y las observa durante todo el ciclo de la maternidad; conoce a su familia inmediata y, además, por lo menos así se espera, llega a conocer a los demás miembros de la familia. Ella conoce directamente sus problemas.

Otra cosa por la que estamos luchando es, desde luego, por un mejor discernimiento y conocimientos—cualidades ambas que sólo se desarrollan a través de la experiencia práctica en situaciones diversas. Es cierto que el aprendizaje se realiza bajo tutela, pero también es cierto que esto se hace en circunstancias en que los resultados de las acciones de la enfermera partera constituyen su propia responsabilidad. La motivación para aprender logra entonces su más elevado nivel.

Finalmente, deseamos que nuestras estudiantes salgan de los programas siendo expertas en el arte de la comunicación y de la enseñanza y con una mente siempre alerta para encontrar nuevas y mejores soluciones. No importa lo que ellas habrán de hacer, esos conocimientos serán importantes si es que han de desempeñar una labor efectiva. La civilización no se estanca. Es posible que lo que la estudiante aprende hoy pudiera no serle útil 10 años más tarde, a menos que continúe su aprendizaje. Ella necesita poseer la preparación científica que habrá de infundirle confianza en sus propias ideas y que habrá de ayudarla a formarse sus propios juicios y a conservar una mente inquisitiva que le permita descubrir nuevos hechos y desarrollar nuevos recursos. Ella necesita convencer a los profesionales y a los legos en la materia respecto al valor de sus propias ideas. Debe comprender el comportamiento de los seres humanos y las influencias culturales lo suficiente bien como para poder adaptar sus opiniones y conocimientos a las ideas de otros y a las cambiantes situaciones que experimenta la civilización.

REFERENCIAS

(1) Organización Mundial de la Salud: *Expert Committee on Maternity Care*. First Report: A Preliminary Survey (Serie de Informes Técnicos No. 51). Ginebra, 1952. Página 3.

(2) Maternity Center Association: *Meeting the Childbearing Needs of Families in a Changing World*. Informe de una conferencia de trabajo celebrada los días 2 y 3 de marzo de 1961. Nueva York, 1962.

DAÑOS CAUSADOS POR LAS INYECCIONES INTRAMUSCULARES Y SUS COMPLICACIONES*

Daniel J. Hanson †

La formación de abscesos y quistes, necrosis, escaras, cicatrices, dolor prolongado, derrames intravasculares, periostitis y lesiones de los nervios periféricos con la consiguiente neuropatía, a veces provienen de inyecciones intramusculares.

La administración de varios agentes terapéuticos por la vía intramuscular constituye un procedimiento común y eficaz en la práctica moderna de la medicina. Por ejemplo, no es nada extraordinario que un paciente reciba diariamente de 6 a 12 inyecciones de varios medicamentos durante el período postoperatorio. Como consecuencia del uso tan generalizado de este método de tratamiento, no es de sorprender que de tiempo en tiempo ocurran complicaciones causadas por las inyecciones. Dichas complicaciones, que pueden llegar a ser desastrosas, no sólo causan un aumento en la morbilidad y en la incapacidad del paciente, sino que pueden dar lugar a litigios debidos a malas prácticas médicas. Se ha atribuido el origen de las complicaciones que se han presentado a raíz de una inyección, a una amplia variedad de drogas, pero en los últimos años los informes publicados en la literatura médica se han ocupado principalmente de las complicaciones resultantes de inyecciones intramusculares de antibióticos. . .

Entre las complicaciones que surjen a causa de inyecciones intramusculares se encuentran la formación de abscesos y quistes, necrosis y escaras de la piel, la formación de cicatrices, dolor prolongado, penetraciones intravasculares, periostitis, y lesiones de los nervios periféricos con sus consiguientes deficiencias neurológicas. Tanto la literatura médica norteamericana como la extranjera han llamado mucho la atención sobre esta última complicación que debilita y causa deformaciones. Los casos de lesiones sufridas por los

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Nursing*. El texto original, "Intramuscular Injection Injuries and Complications", apareció en dicha revista, Volumen 63, No. 4, abril de 1963, págs. 99-101.

† El Dr. Hanson es Patólogo Auxiliar del Departamento de Patología e Instituto de Investigaciones del "Mercy Hospital", en Toledo, Ohio.

En este artículo se presenta un extracto del informe por el Dr. Hanson, publicado en *General Practitioner*, 27: 109-115, enero de 1963.

nervios periféricos a raíz de una inyección intramuscular parecen ser más frecuentes de lo que antes se creía y no cabe duda de que se presentan más a menudo de lo que se informa en la literatura médica. En un período de cinco años, compañías de seguro alemanas han recibido notificación de que, como promedio, ocurre un caso cada tres semanas de lesión en los nervios debido a una inyección intramuscular.

Una o varias inyecciones de diferentes antibióticos, sulfonamidas y otros agentes han dado origen a lesiones graves del nervio ciático con parálisis de la pierna, incapacidad de fijar la pelvis, analgesia, atrofia y deformaciones y trastornos atróficos de la piel tanto en los niños como en los adultos. Han ocurrido casos de parálisis completa del nervio radial debidos a una necrosis del nervio causada por una inyección de penicilina en la región del tríceps. Asimismo, las vacunas contra la tifoidea y las inyecciones de morfina han llegado a causar lesiones en el nervio radial. . . Algunas veces es imposible notar inmediatamente las complicaciones paralíticas que ocurren en los niños después de una inyección intramuscular. El aparecimiento ulterior de deformidades y cojera puede erróneamente atribuirse a otras causas, especialmente a la poliomielitis.

También se observan a veces serias inflamaciones y degeneración de los tejidos en el área en que se inyectaron los agentes terapéuticos. Desde luego, los casos menos graves de tales defectos son muy comunes. También se han dado casos de necrosis y degeneración de los tejidos de la nalga debidos a inyecciones de bismuto y de mercurio que han sido atribuidos a inyecciones intraarteriales. Abscesos glúteos asociados con hemorragia de la arteria glútea superior han resultado a consecuencia de inyecciones de quinina. Formación de abscesos en la nalga acompañados de supuración y de flúido adiposo han ocurrido algunas semanas después de aplicar una sola inyección de tetraciclina. . .

Cada vez que se administra una inyección se produce en los tejidos una lesión local de mayor o menor grado, según la naturaleza del flúido inyectado. Al elegir la sustancia que va a inyectar, la persona que administra la inyección debe estar al tanto de las diferencias que existen en el grado de tolerancia de los tejidos y debe controlar el punto de la lesión resultante introduciendo la punta de la aguja en una región intramuscular relativamente pasiva.

No pueden predecirse muchos de los casos generalizados de reacciones anafilácticas y otras reacciones afines resultantes de inyecciones intramusculares. Sin embargo, la mayoría de los accidentes causados por éstas se relacionan con el daño que sufren los tejidos en el lugar inyectado. Es posible evitar esta clase de accidentes. Los casos en que ocurren complicaciones pueden por lo general atribuirse al uso de una técnica errónea al administrar la inyección.

En vista de los hechos antes descritos se da aquí una lista de varios puntos que hay que tener particularmente en cuenta para evitar complicaciones de esa clase.

Agente apropiado

Siempre que sea posible, debe elegirse una sustancia que sea bien tolerada por los tejidos. En el caso de las inyecciones de antibióticos se ha demostrado que la penicilina procaína y la oxitetraciclina son las sustancias que causan menos reacción en el sitio inyectado. El succinato de cloromicetina y la tetraciclina causan los casos más graves de necrosis.

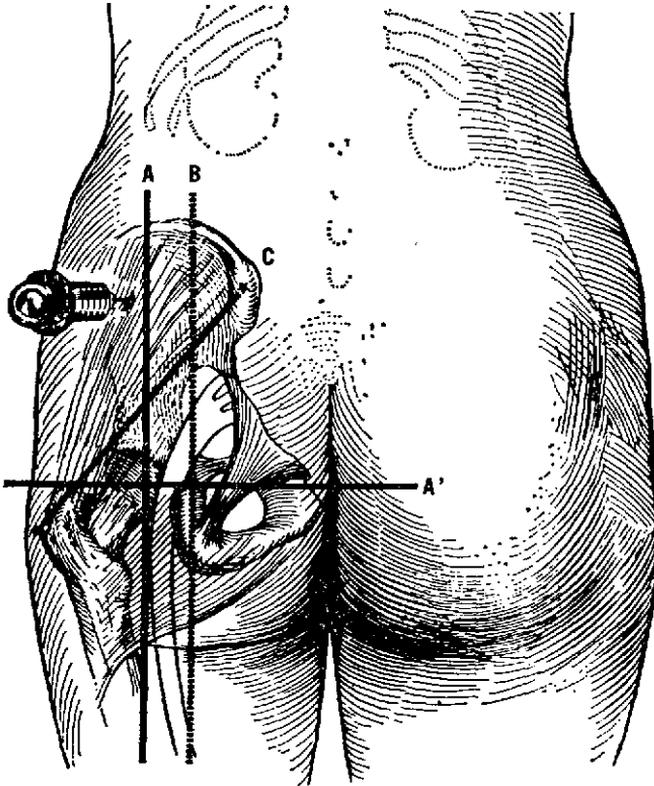
Lugar adecuado

En los adultos el lugar recomendado para administrar una inyección intramuscular es el cuadrante superior externo de la región glútea. Téngase presente que región glútea no es sinónimo de nalga. Al examinar anatómicamente el área puede verse que la parte denominada "nalga" comprende una zona de tejido adiposo situada abajo de la musculatura glútea adyacente al muslo posterior.

En el dibujo se muestran los métodos para determinar el punto de la región glútea en donde se debe inyectar. Empero, el método clásico de intersectar líneas perpendiculares entre sí puede resultar peligroso, especialmente en manos del personal no profesional, debido a la ausencia de señales bien definidas para trazar la línea vertical. Si la línea vertical se traza ligeramente mediata al sitio adecuado, su intersección con la línea horizontal estará situada en las inmediaciones del nervio ciático. Esto expondría el nervio ciático a la inyección, pese a que se supone que ésta entraría en el "cuadrante superior externo de la región glútea".

Nosotros recomendamos una ligera modificación de ese procedimiento para localizar el sitio apropiado para la inyección, mediante el uso de señales anatómicas definidas. Una línea trazada desde la parte superior del ilíaco espinal hasta el trocánter mayor del fémur se encontrará en una situación lateral y paralela al curso del nervio ciático. Cualquier inyección que se administre lateralmente o arriba de esa línea estará alejada del nervio ciático y dentro de la región en donde se encuentra la mayor masa glútea. . .

En las personas adultas deben evitarse las inyecciones en el deltoides y en los tríceps posteriores siempre que se trate de inyectar sustancias que no sean sino aquellas que causan el mínimo grado de irritación. Las masas musculares



Las líneas A y A' demuestran el método clásico de localizar el cuadrante superior externo de la región glútea. La línea B demuestra el área impropia para una inyección. La línea C indica la modificación recomendada para asegurar el sitio apropiado para la inyección. Reimpreso con el permiso de GP.

de que se dispone en estas áreas por lo general no son tan grandes como aquellas que se encuentran en la región glútea y cualquier inyección ligeramente mal colocada puede afectar el nervio radial. Además, tanto el dolor como la sensibilidad son más perceptibles para el paciente en esa región.

En el caso de los niños el problema es diferente. En ellos la región glútea es extremadamente pequeña y está compuesta sobre todo de adiposidades. En esa región, apenas si existe una masa muscular escasamente desarrollada. Cualquier inyección en esta área estaría peligrosamente cerca del nervio ciático. Además, un niño que se retuerce y lucha cuando le aplican una inyección acrecienta el peligro de que la aguja penetre en una región adyacente a dicho nervio. Para esa clase de pacientes se recomienda que las inyecciones intramusculares se apliquen en el muslo lateral o anterior. Estos músculos se encuentran mejor desarrollados al nacer y están lejos de cualquiera de los nervios principales. . . El área del deltoides [puede usarse] en los niños con resultados satisfactorios. La musculatura glútea se desarrolla al andar y, por lo tanto, puede usarse para inyectar al niño cuando tiene un año o más de caminar (ordinariamente a la edad de 2 ó 3 años). Debe hacerse una evaluación individual de la musculatura del paciente y quizá de ello pudiera resultar preferible usar el muslo aun cuando el niño tenga más edad. Cuando se trata de personas adultas puede usarse también esa región sin peligro alguno, pero el dolor es más perceptible que en la región glútea.

Señales anatómicas individuales

La necesidad de establecer estas señales salta a la vista si se toman en consideración las variaciones normales de la estructura anatómica. También pueden ocurrir variaciones a causa de deformidades congénitas o adquiridas. El sitio en que se va a inyectar debe palparse y no únicamente limitarse a hacer una identificación visual.

Necesidad de anteponer los resultados terapéuticos y la seguridad, a la modestia y a la conveniencia

Un método comúnmente usado para las inyecciones que se aplican en la región glútea en los pacientes ambulatorios, es que el paciente se pare cerca del borde de las mesa de examen, se agache ligeramente y extienda los brazos para apoyarse. En tales circunstancias las pacientes a menudo se levantan la ropa interior con una mano para dejar al descubierto las nalgas. Por consi-

guiente lo que queda al descubierto es un área extremadamente peligrosa para administrar inyecciones: la parte inferior de la nalga. Una inyección en esta región está directamente en el curso del nervio ciático y, además, el tejido es casi enteramente adiposo en vez de muscular. La posición correcta sólo puede lograrse bajándose la ropa interior.

Otra situación igualmente peligrosa se origina cuando se aplica a un hombre una inyección en el deltoides. Ordinariamente el paciente trata de dejar al descubierto el área subiéndose las mangas de la camisa. Lo que se logra con esto es exponer el ángulo inferior del deltoides, y una inyección en ese punto está peligrosamente cerca del nervio radial. Debe indicarse al paciente que se quite la camisa para lograr el emplazamiento preciso de la inyección.

Limpieza de la piel

Quizá parezca trivial hacer una alusión a este hecho; no obstante, como sucede con otros procedimientos rutinarios, las precauciones elementales que se toman se ejecutan a veces casualmente. El lugar en que se ha de poner la inyección debe limpiarse con un movimiento circular partiendo del punto central hacia la zona periférica.

Aunque el producto que más comúnmente se usa para hacer esta clase de limpieza es el alcohol, en mi opinión resulta mucho más eficaz efectuar la limpieza previa a la inyección con tintura de yodo o con acetona.

Administración consecutiva de inyecciones

Repetidas inyecciones de antibióticos aplicadas en el mismo lugar tienden a aumentar marcadamente el tamaño de las lesiones necróticas. Por lo tanto, es importante llevar una hoja de registro de los sitios en que han puesto las inyecciones anteriores de manera que todo el personal de enfermería tenga una información completa.

Succión de la jeringa antes de inyectar

Este procedimiento es de vital importancia para evitar accidentes al poner una inyección intravascular. Ocasionalmente, la punta de la aguja puede insertarse contra la superficie del endotelio de un vaso sanguíneo evitando

que la sangre penetre en la jeringa. Por lo tanto, la aguja debe moverse ligeramente durante el curso de esta maniobra.

“Derrame” de la droga en los tejidos superficiales

Las lesiones de índole necrótica producidas por las sustancias inyectables tienen una tendencia mucho mayor a propagarse en el tejido adiposo que en el músculo. La epidermis que cubre esas áreas es más susceptible a necrosis o escaras. Por lo tanto debe eliminarse cualquier acumulación de sustancia que haya quedado fuera de la aguja para evitar que inadvertidamente penetren sedimentos de la misma en el tejido adiposo subcutáneo.

El poner inyecciones con extrema rapidez con el ánimo de aminorar la reacción del paciente constituye una práctica deplorable. Esto generalmente hace que la inyección comience desde el momento en que se pincha la piel y siga durante todo el proceso de entrada a los tejidos profundos hasta que se saca la aguja y como resultado, quedan depósitos de la sustancia inyectada en todo el trayecto que sigue la aguja, incluso en el tejido adiposo subcutáneo. Además, con tal procedimiento se omite la aspiración. Por otra parte, es sumamente improbable que pueda lograrse la ubicación anatómica adecuada de la inyección siguiendo procedimientos tan apresurados.

Aguja de longitud apropiada

La tendencia a usar agujas cortas de calibre pequeño por la razón infundada de que así se suaviza la reacción del paciente está en pugna completamente con la evidencia experimental y con el procedimiento clínico recomendado. El tamaño de la aguja debe depender de la naturaleza de la sustancia que se va a inyectar y de las características anatómicas del paciente. El factor de mayor importancia es ubicar la punta de la aguja profundamente dentro de la masa muscular elegida y lo suficiente lejos de las regiones vitales.

Agujas y jeringas desechables

Una esterilización adecuada puede contribuir a evitar la transmisión de ciertas enfermedades infecciosas, particularmente la hepatitis. No obstante, pueden ocurrir deficiencias de técnica y fallas que pasan desapercibidas en el equipo de esterilización. Además, el afilar las agujas constituye un trabajo

tedioso que requiere tiempo y es generalmente un procedimiento inadecuado.

Las jeringas y agujas previamente esterilizadas y desechables son ahora fáciles de obtener y baratas. En algunos casos las sustancias inyectables están ya colocadas en dichas jeringas. La mayor seguridad, la tolerancia por los pacientes y la conveniencia de tales equipos, aconsejan su empleo.

Si las circunstancias impiden hacer uso de esos materiales, deben esterilizarse las jeringas y agujas en autoclave, junto con el uso rutinario de discos indicadores de color y exámenes bacteriológicos frecuentes para garantizar una esterilización adecuada.

SOLUCIONES QUE INTERVIENEN EN LAS COMPLICACIONES
PRODUCIDAS POR INYECCIONES

| | |
|-------------------------------|---|
| Alcohol | Morfina |
| Arsénico | Penicilina, incluso las preparaciones de benzatina |
| Bismuto | Preparados vitamínicos |
| Cafeína y benzoato sódico | Quinina |
| Cloromicetina | Sales de Calcio |
| Dextran ferroso | Sulfonamidas |
| Digitoxina | Sustancias pancreáticas |
| Diuréticos a base de mercurio | Tetraciclina |
| Emetina | Toxoide y antitoxina tetánicos |
| Estreptomina | Vacuna antitífóidica |
| Fenobarbital | Varios analgésicos |
| Globulina gamma | |
