

PERSPECTIVA GENERAL DE LAS ESPECIALIDADES
DE ENFERMERIA

(III Taller Pedagógico E.U.E.U.C.M., enero 1983)

por CONCEPCION GERMAN BES

INTRODUCCION

Dentro de este III Taller Pedagógico se nos ha propues-
to que realicemos una visión general de las Especialidades.
Sin duda es sugerente y complejo este tema, a la vez que ne-
cesario y urgente, ya que desde la transformación del plan
de estudios de A.T.S. al plan de Enfermería de 1977, han trans-
currido más de cinco años y ya son más de tres desde que sur-
gió la primera promoción del nuevo plan de Diplomados en En-
fermería.

Por tanto, la necesidad de adecuación y ordenación de
las especialidades lleva consigo el tener en cuenta las ne-
cesidades que han ido surgiendo en los últimos diez años, pues
han transcurrido más de ocho desde que se creó la última espe-
cialidad (Uro-Nefrología), y más de doce desde que se creó
la última escuela de nueva especialidad (Radiología).

Nos parece urgente no prolongar por más tiempo la situa-
ción heredada ya que, como se decía el pasado miércoles, hay
una contraposición de modelos en la mayoría de las especiali-
dades, que han tomado como referencia el modelo médico. Esta
situación se agudiza aún más cuando este modelo se ha trasva-
sado automáticamente a los egresados del plan de Enfermería,
por lo que se produce una contraposición de modelos que, en
principio, parece cuando menos incongruente. En pocas pala-

TOTAL 18 fogs.

Pag. 2 -

bras: las especialidades profesionales se nos han quedado obsoletas e insuficientes. Es urgente su renovación desde la nueva enfermería. Esa visión de conjunto es la que vamos a tratar de abordar a continuación.

Nuestros propósitos en el desarrollo de este trabajo son de dos tipos: por un lado, trataremos de delimitar un marco de referencia teórico tanto de la carrera base como válido en su continuación para las especialidades. Por otro lado, sugeriremos un bosquejo de las posibles especialidades en un futuro a la vista de las metas de enfermería en estos momentos y de las necesidades de salud de la población previsibles en un futuro.

Marco Teórico de Referencia

Definir filosóficamente una profesión suele ser tarea difícil por la amplitud de conocimientos que le son exigidos y por la necesidad de especialización creciente que la ciencia exige. Si bien cada vez más se nos exige conocer en profundidad y amplitud ciertos aspectos de nuestros diversos materiales de estudio, por otro lado se nos repite con frecuencia la necesidad de tener una visión de conjunto. La polémica "generalista o especialista" tiene un cierto desarrollo cíclico determinado por las modas; sin embargo, esta polémica es en esencia tan antigua como el hombre primitivo desde la Edad de Piedra. En nuestro campo sanitario y en nuestra meta central, el cuidado del ser humano, tiene sentido detenerse brevemente en este núcleo de la cuestión generalistas y/o especialistas.

Por un lado, nuestras intervenciones con el ser humano enfermo deben estar ajustadas a situaciones que nos exigen gran precisión, alto grado de seguridad, y en momentos impre-

vistos que no admiten demora; por otro lado, al ser nuestra meta el cuidado del ser humano, el conocimiento de sus necesidades exige una amplitud de conocimientos ilimitada, ya que lo que se viene llamando "cuidado integral incluye análisis de necesidades biológicas, psico-sociales, en el estado de salud y en el de enfermedad y en cualquier etapa del desarrollo del ser humano, desde el nacimiento a la muerte.

Por ello, no parecen oportunas las preguntas: ¿Especialistas más que generalistas? o la contraria ¿generalistas sobre especialistas?, ya que este planteamiento es falso, al ser contrapuesto, y no podemos contraponer el conocimiento del ser humano integral a la fragmentación del mismo, sobre todo porque la meta del enfermo será sanar, y la del sano, el bienestar. Además, la concepción de la especialización puede conducir a soluciones rígidas y, como podríamos analizar en la experiencia de nuestro pasado, poco operativas. Pongamos el caso de la especialidad de Uro-Nefrología, la cual nunca llegó a crear ninguna escuela. Es posible que una vez creada la especialidad y no satisfaciendo a ninguno de los dos campos decidieran no seguir adelante. Se ve en este un cierto mimetismo del modelo médico, hecho de forma apresurada, y se desprende quizá un cierto afán de "especialización" que, como se ve en este caso, y podríamos citar otros, ha resultado inoperante. Ahora bien, si tratamos de perfilar qué silueta profesional estamos formando de acuerdo a las necesidades de salud de la población y a las expectativas del sistema sanitario, deberíamos situar como eje central, a manera de tronco y raíces de un árbol, que dé soporte fuerte y flexible a las ramas, las especialidades.

Este símil del árbol nos ha parecido conveniente ya que,

considerando las ramas -especialidades- como parte de un mismo ser -planta-, el tronco -carrera básica-conocimientos básicos- y las raíces -historia de nuestra profesión-, siempre nos reconoceremos, nos identificaremos al tener algunos elementos conjuntos de la misma planta, según nuestra posición en ella.

Creemos, por tanto, que la primera meta a lograr será definir los elementos substanciales de la carrera base y los especiales. Nos referimos a aquellos elementos que identifican a un profesional, independientemente del lugar que ocupe o haya ocupado en el árbol -profesión enfermera-.

A continuación vamos a definir cuáles son los elementos que identifican la acción enfermera.

Para ello hemos repasado las aportaciones de diversos autores a la definición de cuidados y a la idea de enfermería.

En el Primer Taller Pedagógico de nuestra Escuela se dice: "Consideramos que la enfermería es un servicio orientado mediante una relación interpersonal, a satisfacer las necesidades de salud del individuo, la familia y la comunidad, en las áreas de promoción y prevención, de asistencia y rehabilitación"; esta visión de la enfermería es a la vez una meta de la Escuela, que trata de cumplir a través de su programa y sus objetivos pedagógicos, y mediante el equipo interdisciplinario de su profesorado.

Cualquier definición que elijamos, sea de la Organización Mundial de la Salud, o del Consejo Internacional de Enfermería, contiene los mismos elementos citados en el párrafo anterior que podemos resumir en los siguientes:

- concepto bio-psico-social del ser humano,

- atención integral, dentro del proceso salud-enfermedad y de las etapas del desarrollo humano;
- formación específicamente enfermera.

Ahora bien, para abordar la formación específica es preciso analizar cuál es la aportación esencial de la enfermería, qué son lo que venimos dando en llamar Cuidados de Enfermería. Los Cuidados son todas las actividades que el enfermero lleva a cabo para proteger la vida y la salud de las personas, para ayudarlas en el proceso de curación y para adaptarse a la normalidad, a las secuelas o a bien morir.

Orem, en 1979, estableció tres categorías de autocuidados:

1. Las que realiza una persona adulta y autónoma para resolver sus necesidades básicas; de ahí introduce el término "autocuidado" -hecho por uno mismo-.
2. Los autocuidados que se modifican por factores asociados a las etapas del desarrollo humano, que modifican las necesidades humanas básicas, como sucede en el embarazo o la ancianidad, por poner sólo dos ejemplos.
3. Los autocuidados que se derivan de la falta de salud, los que se dan generalmente en la enfermedad, que también modifican las necesidades humanas y que colocan al sujeto en situaciones de gran dependencia.

Henderson (1958) enfatizó precisamente el papel de suplencia-ayuda que realiza el enfermero; "a fin de que el paciente logre lo antes posible su autonomía".

Para Roy (1980), las acciones de cuidado de enfermería tenderán a promover la adaptación del ser humano de cuatro posibles maneras:

- en sus necesidades fisiológicas;

- en la imagen de sí mismo;
- en el dominio de su propio papel;
- en la interdependencia.

Para ello, el paciente realizará sus propios esfuerzos de adaptación (realizar cambios frente a la nueva situación), y el enfermero realizará una labor de sostenimiento y estimulación para lograr esa adaptación.

Otros autores, como Auger y Newman (1979) están desarrollando la teoría de sistemas de conducta en enfermería, y nuevas teorías de salud, que posiblemente nos desvelen nuevas expectativas cuando las conozcamos en profundidad.

Poletti, en 1982, exponía en una de sus conferencias en nuestro país, el siguiente esquema de John Travis (Ver Fig.1).

La medicina tradicional ha procurado sobre todo suprimir los signos, los síntomas y las enfermedades, y evitar una muerte prematura. Así, reconduciendo a la persona al punto neutro, la medicina había cumplido su misión.

En palabras de Diego Gracia, "¿estamos cumpliendo los sanitarios realmente el papel de tutela de la salud que nos ha encomendado la Sociedad?". Frente a la medicina tradicional, en la óptica de la salud holística, el punto neutro no es sino una etapa en la que la persona es aún muy vulnerable. Hay que ir más allá para que a través de una información, de una enseñanza, de una posibilidad de crecer, de desarrollar su potencial y de realizarse, la persona pueda alcanzar un alto nivel de bienestar.

El alto nivel de bienestar se caracteriza por los siguientes puntos:

1. Conocer sus necesidades reales y cómo satisfacerlas;
2. expresar sus emociones de manera que se comuniquen a los otros lo que uno siente;.

3. actuar afirmativa y no pasiva o agresivamente;
4. disfrutar o gozar de estar en su cuerpo por el ejercicio, la alimentación apropiada y la toma de conciencia de sus sensaciones;
5. estar comprometido en proyectos que son importantes para sí mismo y que concuerdan con sus propios valores;
6. saber cómo crear y cultivar relaciones significativas con los que le rodean;
7. ver los desafíos de la vida como ocasiones de crecimiento;
8. crear la vida que uno tiene realmente en vez de simplemente reaccionar a lo que ocurre;
9. ocuparse de los síntomas físicos para mejorarlos y para asimilar las razones de su presencia;
10. conocer sus propios ritmos físicos y emocionales, reconocer y comprender los signos emitidos por su cuerpo;
11. tener confianza en sus propios recursos en cuanto que son una fuente principal para la vida y para el crecimiento.

Estos criterios de bienestar de Travis ya vienen siendo reflejados por las enfermeras desde los años sesenta; no es momento de comparar minuciosamente lo que diferentes autores de enfermería vienen reclamando para la atención al paciente, familia o comunidad con los criterios aquí expuestos o con otras definiciones de salud realizadas últimamente por los revisionistas. Sin embargo, ese enfoque de ver al hombre o a la mujer, al niño y al anciano como personas que además están enfermas, esa complejidad del trato con el ser humano en una situación especial o en su fase de crecimiento es algo que las enfermeras vienen escribiendo y reclamando desde hace tiempo, y hay dos razones que a mi juicio lo explican:

1. Por su condición de persona cuidadora en estrecho contacto con otra u otras personas (pacientes);
2. por su condición de mujer, a la que se le ha asignado la atención de los dependientes, bien por la edad o por incapacidad.

El incontable número de actividades de enfermería que una persona realiza en su práctica profesional le hace adoptar diversos papeles que innumerables autoras han asociado a figuras familiares, entre las que ocupa un espacio fundamental el papel materno. Con esto se quiere señalar las relaciones que existen entre las figuras de la familia y cierta prolongación de ésta que se da en la vida hospitalaria. Si el papel materno ha sido decisivo, como dice de Francisco (1981), para el cuidado de la salud a lo largo de la historia, no sería lógico desperdiciar tan importante bagaje de experiencias, sino mejor analizarlo y aprovechar aquellos elementos dentro del contexto profesional.

El reconocimiento por la sociedad de ciertos valores atribuidos en el pasado con exclusividad al sexo femenino están haciendo posible que hoy podamos analizar nuestra profesión sin prejuicios.

Después de haber pasado revista a los autores de mayor incidencia en el mundo profesional, trataremos de sintetizar su contenido.

La profesión enfermera tiene como meta ofrecer un SERVICIO al ser humano mediante una relación terapéutica (proceso de interrelación) y creativa, desde que nace hasta su muerte, y para ayudarle a cuidar de su salud o atender su enfermedad, para ser lo más autónomo posible, y también para atenderle hasta la hora de su muerte.

Esta o cualquier otra síntesis nos obliga a fijar los criterios que nos han de servir para solicitar una formación especializada.

Criterios Clásicos.

Hasta la fecha, los criterios que se han seguido para crear especialidades han sido muy heterogéneos. Uno de los criterios ha sido cronológico. Tal es el caso de la especialidad de Matrona, cuyo campo de acción cubre una etapa muy concreta de la vida - embarazo, parto y puerperio-. Similar criterio se da en la especialidad de Pediatría, etapa infantil de la vida, para atender a niños enfermos. Sin embargo, el resto de nuestras especialidades han seguido otros criterios derivados de las necesidades que fueron surgiendo en el medio hospitalario (y a las que en esta etapa de 30 años de nuestro pasado inmediato hemos dado respuesta real, aun a costa de nuestra propia identidad). Así surgen las especialidades de Radiología (radiodiagnóstico-radioterapia-electroterapia), Análisis Clínicos, Instrumentista, Cuidados Intensivos....

Otro criterio diferente se desprende de las especialidades de Psiquiatría, Podología, Empresa o del Trabajo, pues aquí sectorizamos al ser humano en áreas biológicas, o psicobiológicas, y sociales.

En pocas palabras, los criterios de creación de especialidades que se han seguido en el pasado pueden resumirse en tres:

- criterio cronológico, etapa del desarrollo humano, con énfasis especial en la enfermedad;
- criterio de tecnología;
- criterio de área funcional.

Criterios que proponemos.

En lo anterior hemos tratado de precisar la esencia de la enfermería y hemos llegado a la conclusión de que es el CUIDADO INTEGRAL DEL SER HUMANO. Todavía decíamos más, el núcleo de la acción entre cuidado y cuidador es la relación y las necesidades básicas de ambos, pero en especial del cuidado, que a su vez es o está ocasionalmente dependiente (por limitación o incapacidad); ambos se proponen como metas LA AUTONOMIA Y EL BIENESTAR.

Hemos tenido que llegar hasta este nivel de abstracción para llegar así a encontrar ciertas palabras clave:

- relación terapéutica,
- necesidades básicas,
- dependencia,
- autonomía.
- bienestar.

La autora del autocuidado, término que indica ya un profundo significado de la posición y responsabilidad que el ser humano tiene de sí mismo y, por tanto, de su salud, establece lo que ella llama autocuidados terapéuticos, que deben atender a los siguientes resultados:

1. Mantener la vida y promover el funcionamiento normal;
2. mantener el crecimiento y desarrollo normales;
3. prevenir, controlar o curar la enfermedad;
4. prevenir y compensar la incapacidad.

La metodología, las técnicas y la manera de proceder en su actuación deberá conducir siempre a uno o varios de estos resultados.

.

Trataremos a continuación de fijar los criterios que deberán precisarse a la hora de proponer nuevas especialidades o introducir cambios en las actuales.

Consideraciones previas:

1. La Enfermería es un servicio en todas las etapas del desarrollo humano;
2. es un servicio en la salud o en la enfermedad, en la rehabilitación o para bien morir;
3. el ser humano tiene una serie de necesidades básicas que no siempre es capaz de cubrir por sí mismo;
4. el sistema de salud español, en un cambio previsible a corto y medio plazo, se propone una transformación en el sentido de una ampliación del campo extrahospitalario.

Criterios:

1. Deberá ser fundamental atender a las etapas del desarrollo humano;
2. deberán atenderse las necesidades básicas, tanto en la salud como en la enfermedad;
3. la relación terapéutica será uno de los componentes esenciales de la actuación profesional, ya sea para el desarrollo de la función asistencial, como la educadora, administradora, y a tener en cuenta la investigación;
4. dado el amplio campo de conocimientos que se ve necesario adquirir y que se preve lógicamente creciente, una vez delimitada una especialidad podrá tener materias optativas, de manera que el alumno pueda elegir los campos de su especial interés una vez cubiertos los mínimos;
5. consideramos el cuidado como la palabra clave que define nuestra actuación profesional.

Bosquejo de las especialidades que se proponen.

CUIDADOS PARENTO-INFANTILES (MATERNO-INFANTILES, EN EL PARTO Y PUERPERIO). Incluiría la especialidad actual de Matrona pero abarcaría el puerperio y cuidados del niño en el primer año (niño sano).

CUIDADOS DE LA INFANCIA.

Se consideraría al niño sano y al enfermo, incluye la pubertad y adolescencia. Deberían crearse varias materias optativas, por ejemplo sobre el neonato o el preescolar sano.

CUIDADOS ESPECIALES AL ADULTO.

Se incluyen aquí las especialidades clínicas que engloba la enfermería Médico-Quirúrgica.

CUIDADOS PROLONGADOS.

Estudiaría las diversas situaciones en las que se produce larga dependencia, en las enfermedades crónicas, incurables, o por secuelas, p.ej. renales, oncológicas, urológicas y neurológicas.

CUIDADOS COMUNITARIOS.

Los que se dan a grupos concretos, por ejemplo en el mundo del trabajo, en la escuela, en comunidades concretas: pueblos, barrios etc. Como todas, tendría materias optativas.

CUIDADOS DE LA VEJEZ.

A los mayores o en la Tercera Edad, incluye la tradicional geriatría y gerontología.

CUIDADOS PSIQUIATRICOS.

Incluiría la atención a todas las personas que se comportan anormalmente, entre los que se encuentran los enfermos mentales, grupos marginados: alcohólicos, drogadictos, etc.

Debería contemplar todas las edades y, por supuesto, también tendría materias optativas.

ADMINISTRACION DE CUIDADOS.

Para puestos de responsabilidad en administración de los servicios enfermeros.

Ubicación y acreditación.

El lugar natural para la enseñanza de las especialidades es la Escuela Universitaria; deberán utilizarse todos los recursos de la sociedad y para ello se establecerán convenios de colaboración con las entidades públicas y privadas que se estimen convenientes. En cualquier caso, las escuelas deberán tener la responsabilidad del cumplimiento de las directrices docentes.

El título o diploma acreditativo llevará el nombre genérico de:

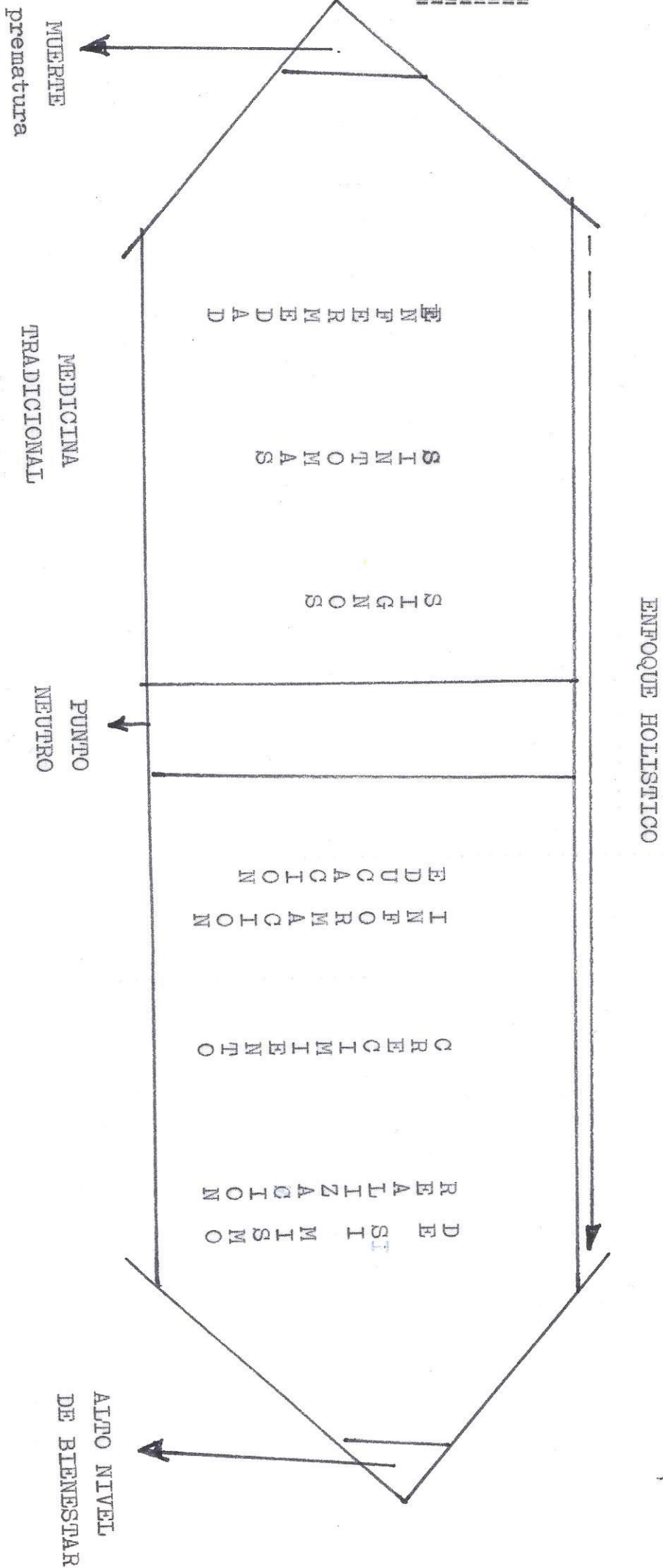
CUIDADOS PSIQUIATRICOS
(SUBINDICE)

.....

A fin de completar la propuesta se estudiarían las equivalencias entre una y otra especialidad, de manera que sea posible el traslado de una a otra así como la formación deseada.

Madrid, 2 de febrero 1983

Figura 1



(Según J. Travis)

ANEXO

ANALISIS METODOLOGICOS DE LOS CRITERIOS A TENER EN CUENTA PARA LA CREACION DE ESPECIALIDADES

Descomposición del ciclo vital.

- a) paternidad y maternidad responsable;
- b) gestación, periodo prenatal;
- c) parto y puerperio;
- d) lactancia;
- e) primera infancia (preescolar);
- f) segunda infancia (escolar);
- g) pubertad y adolescencia;
- h) adulto (joven, maduro y viejo);
- i) vejez y senectud.

Factores predominantes en el estado de salud.

De (a) a (g) del punto anterior:

Crecimiento,
desarrollo,
aprendizaje,
socialización,
detección de anomalías congénitas,
educación de salud,
prevención de enfermedades infecciosas,
morbilidad típica,
prevención de accidentes,
dependencia decreciente.

Para (h) del punto anterior:

Productividad,
prevención de accidentes laborales,

morbilidad según región,
prevención de secuelas,
autonomía.

Para (i) del punto anterior:
limitación funcional progresiva,
tiempo libre,
prevención y riesgos mínimos,
dependencia creciente.

Modificaciones que introduce la enfermedad.

Generales:

- dependencia,
- incapacidad,
- inseguridad,
- cambio de vida,
- dolor,
- amenaza a la propia vida,
- experiencia vital.

Específicas:

En enfermedades largas:

- reorganización de la propia vida,
- conexión permanente con el sistema sanitario,
- reeducación y autocuidados.

En enfermedades agudas:

- amenaza inminente de muerte,
- adaptación a una nueva situación imprevista,
- ruptura brusca con la vida habitual,
- dependencia de otros en alto grado. Delegación de auto-
cuidados

.17.

- incapacidad,
- dolor,
- regresión.

Modificaciones según las fisiopatología y polipatología.

(Se estudiará en otra sesión del Taller).

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

1. POLETTI, Rosette, 1979. Acta Nursologica, Ginebra.
2. HENDERSON, Virginia, 1958. CIE.
3. POLETTI, Rosette, 1980. Cuidados de Enfermería. ROL.
4. LORRAINE, O. y otros, 1979. Strategies for Theory Construction in Nursing. ACC, Connecticut.
5. I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA, Málaga 1982. Poletti cita el libro de John Travis: Wellness Workbook, published by Wellness Research Center, Mill Valey, California, 1977, pág. 37.
6. Conferencia inaugural del seminario de Historia en la asignatura de Enfermería Fundamental, curso 1981-1982 en la E.U.E.U.C.M.
7. La idea de la autora, de Francisco, se ha expuesto repetidamente en su Conferencia sobre la Enfermería en la historia, Club Siglo XXI, Día Internacional del Profesional de Enfermería, 12 de mayo de 1981 y posteriormente, junto con MAZARRASA y GERMAN en "La mujer en el Cuidado de la Salud". La tesis propuesta es que mientras el médico ha ~~tatado~~ la enfermedad, la mujer ha sido desde sus cuidados domésticos la auténtica promotora de la salud, desde el hogar y la atención a los otros, unas veces como madre, otras como vecina ...
8. Véase la conferencia del día 26 de enero, la primera de este Taller. Autores: SASTRE y FERNANDEZ.