

---

# 19

## *Docencia en enfermería en Atención Primaria*

---



---

## Cap. 19.1.

# Docencia en enfermería

---

MARÍA LORETO MACIÁ SOLER  
JOAQUÍN MONCHO VASALLO  
ASUNCIÓN ORS MONTENEGRO

*“La verdadera enseñanza no es aquella que infunde nociones bien definidas, sino la que capacita para que cada uno se forme por sí mismo buenas nociones”*

J. M. de Gerando

---

### Introducción

---

La función docente es una de las cuatro funciones que atribuye la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la enfermería junto con la asistencial, investigadora y gestora. Así mismo, la Ley General de Sanidad promulgada en abril de 1986 dedica dos títulos (VI y VII) con sus respectivos capítulos a la docencia y la investigación en el Sistema Nacional de Salud otorgándole la importancia que requiere la formación para el crecimiento y desarrollo profesional que redundará en una mejora de los Servicios de Salud (Ley 14/1986).

En la actividad asistencial de cualquier nivel (primaria, especializada o salud pública) los profesionales sanitarios están inmersos en un continuo proceso enseñanza-aprendizaje con los usuarios del sistema puesto que de manera continuada se mantiene un contacto directo entre el responsable de la provisión de un servicio de salud y el receptor del mismo. Esta condición hace que el proceso enseñanza-aprendizaje sea una acción continuada durante todo el tiempo que el usuario está en contacto con el sistema sanitario. Adquirir habilidades docentes, actitudes pedagógicas, trabajar en función de objetivos, saber escuchar e interactuar en las relaciones interprofesionales y profesional-

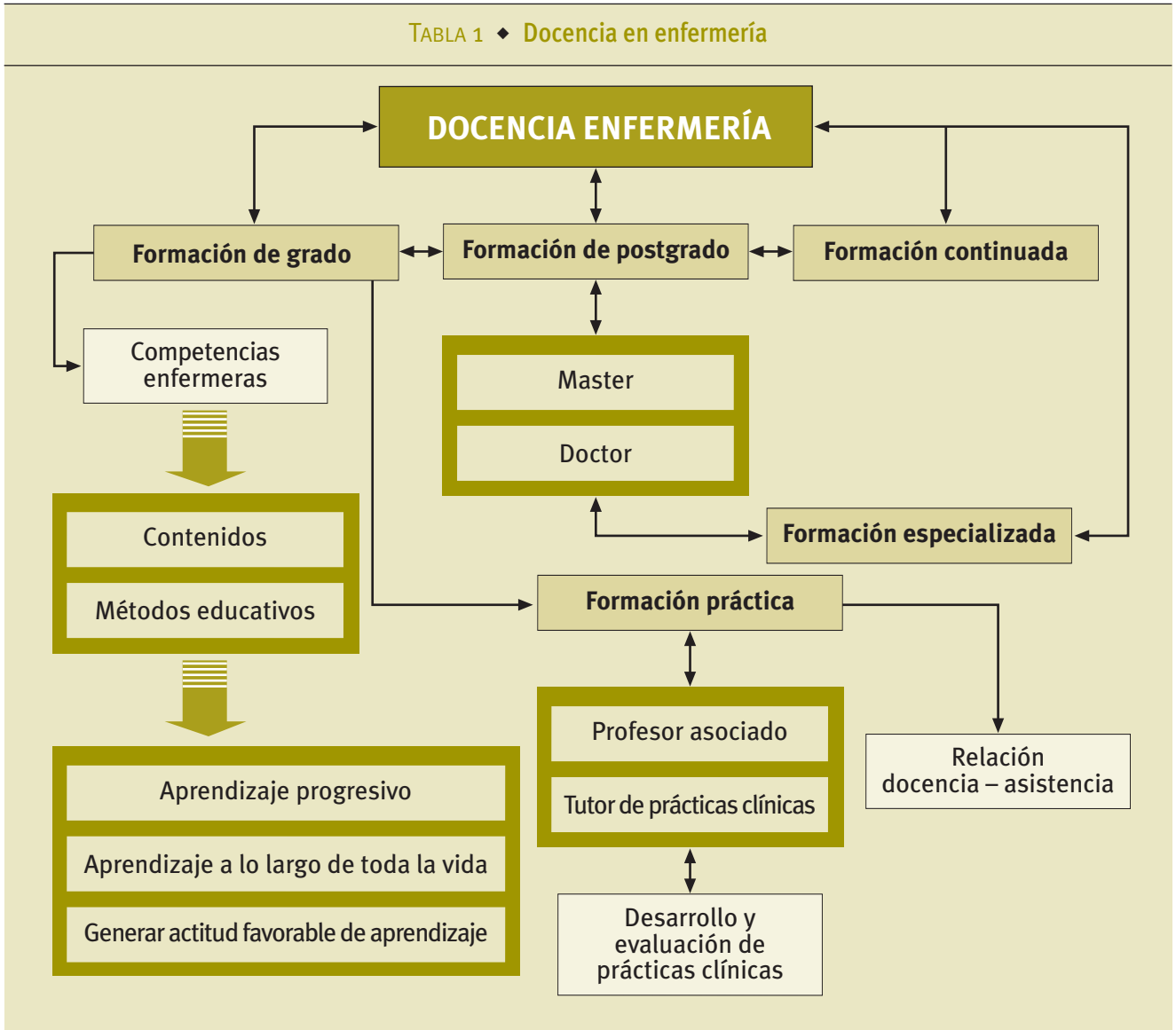
paciente se ha convertido en una necesidad que requiere conocimientos en habilidades, destrezas y actitudes que deben comenzar al inicio de la formación en la Universidad en la formación de grado, continuará con la formación especializada y de postgrado, acompañándose en todo momento por la formación continuada que se mantendrá durante toda su vida profesional.

La enfermería pertenece al grupo de titulaciones universitarias del ámbito de las Ciencias de la Salud con directivas comunitarias desde 1977, año en que en España los estudios de enfermería adquieren el carácter de universitarios. En un gran número de países de la Unión Europea y de otros continentes los estudios de enfermería se sitúan en el marco de la Universidad anterior o posteriormente a la realidad española, aspecto que sin duda facilita la movilidad de estudiantes y titulados en el mundo.

Además, los estudiantes son conscientes de que su inserción laboral es relativamente sencilla al tener una oferta amplia de puestos de trabajo, tanto en los sistemas de salud como en la empresa privada del sector sanitario y sociosanitario.

La mayoría de alumnos que acceden a cursar los estudios de Ciencias de la Salud en general, y de enfer-

TABLA 1 ♦ Docencia en enfermería



mería en particular, eligen este campo en primera opción y son conscientes de que desempeñarán la profesión para la que se han formado una vez finalizados sus estudios en un corto o medio plazo. Cuando ya se ha iniciado la carrera, la tasa de abandono de los estudiantes es baja respecto a la media (entre el 1 y el 3%) y el grado de dificultad se sitúa en torno a los 3,5 años respecto a los 3 que dura la titulación en España y en otros países del entorno europeo. Los datos sobre demanda, abandono y grado de dificultad son variables por Comunidades Autónomas y la oscilación de los mismos depende en gran medida del número de estudiantes, de los centros que ofertan ciencias de la salud, la expectativa laboral y, como en el res-

to de titulaciones universitarias desde finales del siglo XX, del descenso de la natalidad en Europa.

Cuando el estudiante accede a la universidad no conoce la posterior formación que comienza a preocuparles en los últimos cursos de carrera (Ver Tabla 1).

### *Formación de grado*

La legislación actual, los Reales Decreto de Grado (RD 55/2005) y Postgrado (RD 56/2005), de Suplemento Europeo al Título, de Acreditación y modelo de cré-

ditos ECTS (*European Credit Transfer System*), junto con la elaboración de futuras directrices que definan la duración de los estudios, propician un marco sin precedentes para regular una formación homogénea de las enfermeras que posiblemente sirva para introducir mejoras en el proceso enseñanza-aprendizaje de la titulación y generar un impulso al desarrollo profesional.

La formación de grado es el primer nivel de estudios universitarios que se estructura desde las competencias que una enfermera debe desempeñar (Ver Imagen 1). A partir de estas competencias se organizan los contenidos de los estudios y los métodos educativos. Existe una directriz común para todos los estudios de grado oficial que se elabora por expertos en el Ministerio de Educación y que contiene los contenidos mínimos que han de impartirse en todas las universidades. A partir de las directrices, y aplicando la legislación vigente, se elaboran los planes de estudio, incorporando a las materias troncales un grupo de materias que se conocen como obligatorias y optati-

vas propias de cada universidad que le otorgan la impronta universitaria individual y una flexibilidad formativa que perfila su futuro currículo.

Los contenidos de la formación de grado serán los que se precisan para desempeñar las competencias en el nivel de enfermera generalista, que incluyen contenidos relacionados con la enfermería de atención primaria y comunitaria, así como de la educación para la salud. La competencia de educar en salud se encuentra incluida en los seis grupos de competencias que se recogen en el *Libro Blanco de la Titulación de Enfermería* financiado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) (2004), en los programas de salud de los centros de atención primaria, en toda la asistencia especializada y en el ejercicio profesional de los centros de salud pública.

El soporte legal de los estudios de grado queda recogido en el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, que en su artículo 7 define las enseñanzas de grado como:



**Imagen 1.** La formación de grado es el primer nivel de estudios universitarios

*“El primer ciclo de los estudios universitarios comprenderá enseñanzas básicas y de formación general junto a otras orientadas a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional. La superación del ciclo dará derecho a la obtención del correspondiente título con la denominación que, en cada caso, acuerde el gobierno”.*

En el artículo 9 del mismo Real Decreto, su punto 3 especifica los requisitos de los títulos de grado. En los puntos c y d queda constancia de la declaración expresa en el contenido de la titulación del perfil profesional asociado al título, así como de la relevancia del título para el desarrollo de conocimiento y para el mercado laboral español y europeo. La duración de los títulos de grado estará comprendida entre 180 y 240 créditos ECTS, duración que será el resultado de la reforma de los planes de estudios de acuerdo al cambio legislativo y que está previsto realizar por las universidades españolas entre los años 2005 y 2007. Anticipar duración a cambio no parece perti-

nente puesto que primero los responsables universitarios analizarán perfiles y competencias de los titulados para, posteriormente, estructurar los contenidos de las enseñanzas que concluirán con la duración necesaria.

Todo este proceso no se puede realizar olvidando el entorno europeo y el proceso de convergencia puesto que la libre circulación de titulados de 2010 igualará a todos los enfermeros responsables de cuidados generales procedentes de los Estados miembros de la Unión Europea.

El cambio legislativo permitirá orientar los estudios hacia los siguientes objetivos:

- ♦ Una secuencia de aprendizaje progresiva que forme al estudiante desde lo sencillo hasta lo complejo, desde los problemas de salud hacia los procesos de enfermedad, respetando las etapas del ciclo vital (Ver Imagen 2).



**Imagen 2.** Hay que enseñar progresivamente al estudiante desde lo sencillo hasta lo complejo

- ♦ Generar en el futuro profesional actitudes positivas hacia la necesidad de aprender a lo largo de toda su vida profesional.
- ♦ Facilitar la adquisición de conocimientos básicos específica o transversalmente sobre iniciación a la investigación, legislación, ética, administración o historia que les permitan adquirir una actitud favorable hacia el aprendizaje que perdure durante su vida profesional. Las situaciones especiales o críticas se tratarán de manera muy superficial, reservando los contenidos de mayor complejidad a la formación continuada, especializada o al nivel postgrado/master.

Al amparo de las competencias y aportaciones conocidas, se podría definir a la enfermera como un miembro del equipo de salud capacitada para realizar funciones dependientes, interdependientes e independientes orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y responsabilidad sobre el cuidado de las personas enfermas cuando pierden la capacidad de cuidarse por sí mismas; atender a pacientes durante los episodios de enfermedad aguda o crónica, rehabilitación y, en caso necesario, asistir en una muerte digna. Todas sus acciones las realizará de acuerdo a un código ético y basando sus actuaciones en resultados de investigación.

La reforma de los métodos de enseñanza-aprendizaje, según se desprende de la Declaración de Bolonia, debe centrarse en el alumno. El proceso enseñanza-aprendizaje ha de ser interactivo, tratando de que el alumno piense en lugar de que absorba conocimientos, favoreciendo una actitud de aprender a lo largo de toda su vida. Sin embargo, será decisivo que el profesorado asuma su cambio de rol en este proceso.

Los contenidos deberían estar coordinados entre el profesorado de manera que no exista repetición de los mismos, sino una tendencia al aprendizaje por objetivos, casos o problemas como métodos educativos.

Durante el periodo práctico se realiza un esfuerzo integrador, de manera que el paso por las unidades asistenciales sea amplio en el tiempo y permita conocimiento de los pacientes en lugar de circunscribirse a la proporción de créditos que corresponden a cada asignatura.

Si la metodología docente se modifica con la orientación participativa prevista en el proceso de convergencia, posiblemente el aprendizaje de la educación sanitaria se vea favorecido al trasladarse además de los conocimientos propios del plan de estudios, las actitudes que el profesorado transmite.

Los resultados actuales son de formación de enfermeras con una aceptable integración en el mundo laboral, capaces de asumir diversos perfiles de pacientes, pero con dificultades para ver reflejada una parte de su formación. Sería deseable aprovechar este momento de cambio para aproximar teoría y práctica con el fin de disminuir las diferencias.

---

### *Estudios de postgrado*

---

La formación de postgrado que concluye con la obtención de un título de Master y/o Doctor otorga competencias de carácter investigador, científico o especializado. En el caso de las ciencias de la salud y, por tanto, también de la enfermería, la formación especializada se imparte desde los Ministerios de Educación y Sanidad mediante el sistema de residencia (Ver Imagen 3). Los responsables del posterior desarrollo legislativo del Real Decreto 56/2005 para obtener el grado de Master y Doctor deberán estudiar las posibilidades académicas de las ciencias de la salud en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior.

La formación Master en enfermería inicialmente parece que debe tener carácter científico con el fin de consolidar la formación de grado, permitiendo a los estudiantes que finalizan el grado profundizar en el conocimiento enfermero, discutir las bases teóricas y filosóficas de la enfermería, prepararse para desempeñar puestos de trabajo en la docencia, asistenciales en unidades muy concretas, estratégicos y de gestión, además de consolidar grupos de investigación que nutran la práctica asistencial, posibilitando la obtención del grado de doctor que actualmente se adquiere a través de otras disciplinas o por tortuosos caminos de estudios en el extranjero.



**Imagen 3.** La formación especializada se imparte mediante el sistema de residencia

No obstante, la formación Master debe ser flexible, competitiva y evaluable, según se desprende de la filosofía del Real Decreto de Postgrado. Una vez finalizado el estudio conducente a la obtención del título de master o cubrir 300 créditos ECTS entre los estudios oficiales de grado y postgrado, si el estudiante lo desea puede iniciar los estudios de doctorado.

En la actualidad ya se ha oficializado un Master en Ciencias de la Enfermería en diferentes universidades españolas (Alicante, Barcelona, Tarragona...), siguiendo las directrices de las titulaciones de postgrado en el Espacio Europeo de Educación Superior.

---

### *Formación continuada*

---

Un comité de expertos de la OMS, en 1973, definió la formación continuada como *“aquella formación que realiza un médico después de haber finalizado sus estudios básicos o los adicionales para una especialización con*

*el fin de mejorar su competencia y no con el de obtener una cualificación o diploma nuevo”* (Segovia de Arana et al, 1999).

En 1973 la definición afectaba exclusivamente a la profesión médica por razones coyunturales del momento. Actualmente en España es más amplio el número de profesiones sanitarias, tal como queda recogido en la propia Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 (Ley 44/2003 de 21 de noviembre), pudiéndose atribuir a la enfermería, por extensión y competencias, la misma definición de formación continuada de los expertos de la OMS de 1973 al ser considerada la enfermería por la OMS como profesión incluida en la “familia sanitaria”

La formación continuada es una responsabilidad profesional que responde a diversos objetivos.

- ♦ Percibir una necesidad de mejorar conocimientos de los profesionales durante toda su vida profesional. En este caso las acciones formativas y sus contenidos son elegidos por los alumnos que la realizan. Puede incluir sesiones informales de intercambio de conocimientos (Ver Imagen 4), sesiones de estudio de casos, formación en servicio, revisiones bibliográficas, lectura de artículos o cualquier acción que se proponga por un profesional o sus integrantes y sea posible con recursos propios del centro de trabajo.
- ♦ Mejorar la satisfacción de los empleados de una empresa de servicios a través de la formación continuada. Esta formación es promovida y financiada desde la propia empresa. Los contenidos de las acciones formativas se ajustarán a objetivos de gestión y, por tanto, estarán relacionados con el puesto de trabajo que desempeña el alumno.
- ♦ Asumir la responsabilidad de los centros de enseñanza acreditados con capacidad para impartir formación continuada acorde a unos objetivos propuestos. Los contenidos pueden responder a una oferta variada en función de los estudios de demanda que realicen los organismos proponentes y de acuerdo a la disponibilidad de recursos del centro.

En cualquier caso, la formación continuada debe incluir aspectos relacionados con el adiestramiento de



**Imagen 4.** Sesiones informales de intercambio de conocimientos

personal de nueva incorporación, la motivación y la comunicación (Senllé et al, 2000) de manera que cubran incentivos de mejora en la actitud y aptitud de los profesionales que producen servicios de salud.

En el caso de las Universidades, como Centros de Enseñanza Superior, existe tradición de continuidad de la formación académica tras finalizar una titulación oficial. La continuidad de aprendizaje a lo largo de toda la vida se recogió recientemente en el Comunicado de Praga emitido por los Ministros de Educación y Cultura de los Estados miembros de la Unión Europea en mayo de 2001:

*“Aprender de por vida es un elemento esencial del área europea en el espacio de la educación superior. En el futuro, Europa se construirá sobre una sociedad y una economía basadas en el conocimiento. Las estrategias de aprender de por vida son necesarias para hacer frente a los desafíos de la competitividad y del uso de nuevas tecnologías y mejorar la cohesión social, oportunidades, igualdad y calidad de la vida”.*

El Comunicado de Praga refleja la filosofía de las universidades de responder a demandas sociales a través de la formación y que forma parte de la propia historia de la Universidad (Ver Imagen 5).

Los contenidos de la oferta formativa universitaria son diversos y amplios. Con la legislación de posgrado vigente se adaptarán progresivamente a las nuevas demandas sociales y las universidades adecuarán los recursos disponibles en materia de docencia e investigación para continuar cumpliendo su misión social.

---

### *Formación especializada*

---

La formación especializada responde a necesidades formativas de profesionales que, en el ejercicio de su trabajo, requieren conocimientos, destrezas y habilidades concretas para ejercer en un campo específico la profesión para la que están titulados o han sido contratados.





**Imagen 5.** El Comunicado de Praga refleja la filosofía de las universidades de responder a demandas sociales a través de la formación y que forma parte de la propia historia de la universidad

La profesión de enfermería desempeña su ejercicio en todo el ámbito de la asistencia sanitaria y sociosanitaria, desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud hasta la atención en una muerte digna. Este desempeño de funciones tan amplio requiere algunos ámbitos de especialización.

En España la especialización en enfermería se regula al amparo del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril. Las condiciones de acceso al título de especialista, denominación de las especialidades, organización y evaluación se contemplan en el mencionado Real Decreto. Es destacable la obtención de la especialidad por el sistema EIR (enfermera residente), es decir, con financiación estatal de todo el periodo formativo y con docencia de contenidos teóricos impartida en unidades docentes acreditadas por los Ministerios de Educación y Sanidad. Además, el mencionado Real Decreto contempla el acceso al título de especialista por

la vía de la excepcionalidad. Durante un periodo de tiempo existirán las dos vías de acceso al título de especialista asumiendo que existen distintos requisitos para la obtención de una misma titulación, excepto en el caso de las matronas.

Si la formación especializada por la vía EIR conlleva determinados perfiles profesionales como en el caso de las matronas y un incentivo económico que diferencie al especialista del generalista, puede suponer una mejora en la calidad de los servicios prestados por enfermeras en cualquier ámbito asistencial y empresarial en general al tiempo que un desarrollo profesional importante. Si además en un futuro puede vincularse la formación de especialistas al entorno del Espacio Europeo de Educación Superior posiblemente, junto con la formación de postgrado, doctorado y continuada, se genere una oferta formativa que permita el desarrollo de la enfermería como ciencia. ♦

### *Resumen*

- ♦ Desde la incorporación de la enfermería en la universidad se han ido sucediendo diversos cambios que han influido en mayor o menor medida en el desarrollo disciplinar enfermero. Sin embargo, el denominado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) abre un nuevo panorama en los planteamientos docentes que van a suponer un cambio de gran calado tanto en los planes de estudio de enfermería que le van a permitir alcanzar los más altos niveles de desarrollo académico.
- ♦ Así mismo, las necesidades planteadas por la sociedad hacen necesario adaptar la realidad enfermera a las mismas mediante el desarrollo de especialidades y la oferta de una formación continuada que sitúe a las enfermeras en condición de dar respuesta a dichas necesidades.

### *Bibliografía*

- ♦ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.
- ♦ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
- ♦ Libro Blanco de la Titulación Enfermería. ANECA; 2004.
- ♦ Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado. BOE núm. 21, de 25 de enero de 2005.
- ♦ Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de postgrado. BOE núm. 21, de 25 de enero de 2005.
- ♦ Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. BOE núm. 108, de 6 de mayo de 2005.
- ♦ Segovia de Arana JM, Pera Blanco-Morales C, Goiriena de Gandarias JJ, Cabases Hita JM. La formación de los profesionales de la salud. Madrid: Fundación BBVA; 1999.
- ♦ Senllé A, Vilar J. ISO 9000 en empresas de servicios. Barcelona: Gestión 2000; 1997.

---

◆

## *Cap. 19.2.*

# *Las prácticas clínicas en atención primaria de salud: docencia vs asistencia*

---

◆

JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA

*“Esperando, el nudo se deshace y la fruta madura”*

Federico García Lorca

---

### *Introducción*

---

Las prácticas clínicas tienen un peso específico importantísimo en el currículo de enfermería, constituyendo la experimentación y aplicación de la teoría, metodología, procedimientos y técnicas en la práctica asistencial. Los créditos clínicos forman parte del plan de estudios según se establece en las directrices generales propias de los estudios de enfermería.

Tal y como dice Medina (2005), el currículo enfermero refleja una jerarquía donde el conocimiento práctico deriva y es consecuencia de otras formas superiores de conocimiento. El profesorado entiende que las prácticas de formación son el momento y el lugar adecuado para aplicar las normas y reglas del conocimiento científico aprendidas en el aula. Conciben la práctica como un entrenamiento donde los alumnos aprenden a comprender el funcionamiento de las reglas y técnicas en el mundo real de los servicios asistenciales y a desarrollar las habilidades para su aplicación. Sin embargo, las prácticas clínicas entendidas como la preparación técnica en la que se establece una transmisión de la manera de aplicar correctamente las reglas y normas aprendidas en el aula al cuidado de los pacientes tiene, en palabras de Medina, una visión estrecha y reduccionista que debe hacer variar la relación existente entre el conoci-

miento que los docentes transmiten con un ejercicio profesional competente.

En estos parámetros es donde, fundamentalmente, se establecen las grandes diferencias existentes entre la actividad profesional y la docente (universitaria) y en las que destaca el discurso académico muchas veces arrogante que ha silenciado las aportaciones realizadas desde el ámbito profesional enfermero.

Como refería Halfdan en 1985, *“es necesario sensibilizar a los estudiantes de enfermería de la importancia de conseguir que la comunidad participe en la asistencia sanitaria y de la necesidad de fortalecer los vínculos entre las Escuelas de Enfermería y los Servicios de Salud”*.

La distribución de las prácticas clínicas se realiza tanto en el ámbito de atención especializada como en el de atención primaria de salud (APS), según los planes de estudios de las diferentes Escuelas de Enfermería. La carga de créditos de prácticas clínicas en atención especializada supera en gran medida a la de los desarrollados en APS; sin embargo, cada vez se toma en mayor consideración la necesidad de aumentar el número de créditos en APS dado el peso específico y la importancia que tiene este nivel de atención en los servicios sanitarios, así como la gran capacidad de respuesta que se da a la comunidad desde el mismo.

Para poder llevar a cabo un adecuado y eficaz desarrollo de las prácticas clínicas se debe contar con el profesorado de las Universidades y con los profesionales de los diferentes centros y unidades de los servicios sanitarios, lo que pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de conjugar un equilibrio entre la docencia y la asistencia que facilite la óptima transmisión de conocimientos teórico-prácticos.

Además de las diferentes figuras docentes universitarias (profesores titulares, ayudantes, colaboradores, asociados...), hay que destacar dos figuras fundamentales en el desarrollo y seguimiento de las prácticas clínicas: el profesor asociado de prácticas clínicas y el tutor de prácticas, en las que confluyen de manera muy significativa los principales elementos de la interrelación docente-profesional.

### *Relación entre teoría y práctica*

Las aportaciones realizadas por Schön (1992) y Benner (1987) significaron un antes y un después en la visión y comprensión de la interrelación entre teoría y práctica, demostrando que los enfoques tradicionales estaban equivocados. Así mismo, han sido punto de

inflexión en los planteamientos posteriores de otros autores que fundamentan el distanciamiento entre teoría y práctica en la errónea comprensión de la naturaleza de la teoría y la prácticas y su relación y del tipo de teoría considerada idónea para la comprensión de la realidad social de la enseñanza y de la práctica de la enfermería.

Como ha sucedido en otros muchos análisis o planteamientos, desde la segunda década del pasado siglo las respuestas con relación a la interrelación teoría-práctica se han venido realizando desde una visión positivista que lleva a que lo práctico quede englobado en lo técnico, con la consiguiente sustitución del concepto de teoría orientada hacia lo práctico por una actividad de naturaleza técnica.

Medina (1999) distingue dos creencias en el discurso teórico-pedagógico de la enfermería:

- ♦ Existencia de una preeminencia de la teoría sobre la práctica. Es decir, la práctica profesional de la enfermería consiste en la aplicación sistemática del conocimiento teórico y científico aprendido en las escuelas. Lo que equivale a pensar que la teoría dirige la práctica o, lo que es lo mismo, que el pensamiento es preeminente a la acción (Ver Imagen 1).



**Imagen 1.** En el discurso teórico-pedagógico de la enfermería existe la creencia de una preeminencia de la teoría sobre la práctica

Que los modelos conceptuales de enfermería guían y orientan la práctica y que, por tanto, una buena práctica es aquella que está dirigida por un modelo o una teoría de enfermería.

- ♦ El abismo existente entre la teoría y la práctica es explicado con varios argumentos: la supuesta falta de conocimiento y comprensión que las enfermeras tienen de las teorías y los métodos que deben regir su práctica, la supuesta dificultad de las enfermeras para comprender la relevancia que las teorías de enfermería poseen para la resolución de los problemas con los que ellas se enfrentan, o la falta de deseos de las enfermeras por asumir las responsabilidades que conlleva una práctica autónoma derivada de la aplicación del método científico de resolución de problemas (PAE).

Sin embargo, en general se puede decir que el distanciamiento entre teoría y práctica se deben en realidad a la incierta y equívoca suposición (determinada por la mentalidad técnica) de que pueden generarse conocimientos y saberes (teorías enfermeras) en el ámbito de unos contextos teóricos y prácticos diferentes a los que en realidad deban aplicarse.

Desde este planteamiento, pues, se puede asegurar que la ruptura entre teoría y práctica no es la que se produce entre la teoría y la práctica del cuidado. Lo que sucede es que las teorías y modelos que se enseñan en las Escuelas de Enfermería son, en realidad, teorías diferentes a las que las enfermeras asistenciales ya utilizan para guiar su práctica profesional. Por lo tanto, es posible decir que la incomunicación entre teoría y práctica se debe al uso de lenguajes distintos, como distintos son los criterios usados por docentes y asistenciales, teóricos y prácticos, si se quiere, para valorar las diferentes teorías y modelos que pretenden regular la práctica del cuidado (Medina, 1995).

El conocimiento práctico de la enfermera, tal como ha demostrado Benner (1987), está conformado por diversas prácticas y actividades compartidas por la comunidad profesional. Los estudiantes de enfermería adquieren e interiorizan ese conocimiento práctico fundamentalmente durante el periodo de prácticas clínicas.

Según Medina (1999), el conocimiento práctico o *practicum* (no confundir con la asignatura de *practicum* existente en otras titulaciones y que concentra las prácticas en el mundo laboral en una sola asignatura) presenta las siguientes características:

- ♦ Es el hilo conductor en torno al cual se estructura y articula todo el currículo de enfermería. Los contenidos de las diferentes asignaturas deben construirse a partir del cuestionamiento de todo aquello que se presenta cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.
- ♦ No es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. Así pues, y lejos de rutinas empíricas que modelan la práctica del cuidado, el saber hacer sólo puede resultar útil si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción.
- ♦ Supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción. El conocimiento del aula únicamente puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés.
- ♦ Es un proceso de investigación. El *practicum* que los alumnos llevan a cabo se convierte en un proceso de investigación más que de aplicación.
- ♦ Debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos. Si se acepta que el conocimiento práctico es holístico y personal permitiendo a la enfermera intervenir de modo competente en situaciones complejas e inestables, las modalidades de enseñanza clínica que se adoptarán y las experiencias que se pondrán a disposición de los alumnos deberán ayudarla a comprender que las modalidades de intervención profesional basadas en la racionalidad técnica refuerzan la fragmentación analítica, la cosificación de la persona e ignoran que la realidad es holística.
- ♦ El papel del profesor de prácticas clínicas es sumamente relevante (Ver Imagen 2). El conocimiento práctico es difícil de enseñar y casi imposible de ser transmitido en el aula, de aquí que el profesor de prácticas clínicas adquiera un papel relevante en los procesos de enseñanza del saber práctico que no



**Imagen 2.** Importancia del profesor de prácticas clínicas en el proceso de enseñanza

siempre se tiene en consideración ni se valora convenientemente.

### *Relación entre docencia y asistencia*

Antes de la entrada en la universidad, la enseñanza de la enfermería se hallaba sólidamente anclada en la práctica profesional con la que mantenía una profunda relación. Con la entrada en la universidad se produjo un complejo proceso de alejamiento, cuando no de divorcio, entre la academia y el colectivo profesional sujeto a diversas interpretaciones y valoraciones, pero que se puede decir que inicialmente se debe a la búsqueda y reivindicación de la identidad y autonomía profesional a través del desarrollo de un cuerpo propio de saberes y los primeros intentos de teorización que todavía hoy preocupan se llevaron a cabo influidos, obviamente, por paradigmas de otras disciplinas y por la formación que el profesorado de

enfermería había recibido. Las asunciones que con mayor frecuencia se manifestaban en esos trabajos eran las del positivismo lógico, pero sin base empírica.

En el interés por encontrar una “teoría general de la enfermería” se empezó a utilizar un lenguaje altamente abstracto y en ocasiones simplista y reduccionista que no aportaba soluciones prácticas a los problemas del cuidado, lo que condujo a que las enfermeras asistenciales evitaran y rechazaran su uso, ignorándolo de manera genérica. Rechazo que aún se mantiene con relación a diferentes desarrollos teóricos y que ha conducido a que el uso de las “teorías y modelos” quede relegado, con mucha frecuencia, al ámbito académico.

La nomenclatura académica, por lo tanto, no ha estado, y aún hoy sigue sin estar, en sintonía con el lenguaje profesional, hecho que ya es percibido por los alumnos antes de su graduación. Además, se participa en una compleja dinámica de achaques y reproches entre



**Imagen 3.** Tanto el profesor asociado como el de plaza vinculada realizan una labor asistencial y docente

docentes y asistenciales en torno a la no utilización de las teorías y modelos, ligando este planteamiento a problemas de identidad, autonomía, reconocimiento social y liderazgo. Por una parte, los docentes plantean que cualquier mejora en la calidad de la práctica pasa por una adecuación a los modelos teóricos y conceptuales propuestos por los docentes. Por su parte, las enfermeras asistenciales perciben con escepticismo la posibilidad de aplicar un modelo de enfermería o el PAE tal cual es formulado desde las escuelas.

En este escenario, por lo tanto, se han de desarrollar las prácticas clínicas de los alumnos, lo que genera no pocas situaciones de falta de entendimiento e incluso de conflicto entre los profesionales de las instituciones sanitarias y los docentes universitarios. A pesar de ello aún se pueden establecer puentes que faciliten el acercamiento entre ambas posturas gracias a las figuras de los profesores y los tutores de prácticas clínicas, que por su vinculación en ambas “orillas” de los primeros y la visión realista y cercana de los segundos se consi-

guen consensuar y alcanzar objetivos comunes, aunque sigan existiendo puntos de discrepancia.

### Profesor de prácticas clínicas

Las figuras de profesor asociado y de profesor con plaza vinculada nacen como refuerzo de la colaboración entre la docencia y la asistencia, en el marco de los concertos entre las universidades y las instituciones sanitarias. Ambas figuras contemplan la realización de una labor tanto asistencial como docente (Ver Imagen 3). Si bien dichas figuras no tienen una especificidad en el campo de la docencia de las prácticas clínicas, la verdad es que, por su situación de puente entre la asistencia y la docencia, han sido utilizadas en muchos casos para la docencia de las prácticas clínicas. Con el fin de no inducir a error en este texto se denominará al profesor encargado de las prácticas clínicas, independientemente de que su plaza sea vinculada o de asociado, como profesor de prácticas clínicas.

La figura del profesor asociado se definía en el artículo 33 de la Ley de Reforma Universitaria de 1983 (LRU) como *“especialistas de reconocida competencia que desarrollen normalmente su actividad profesional fuera de la universidad”*. Con la Ley de Ordenación Universitaria de 2001, esta figura sufre modificaciones en cuanto a su vinculación contractual, quedando definida en su artículo 53 como aquéllos que *“...serán contratados, con carácter temporal y dedicación a tiempo parcial, entre especialistas de reconocida competencia que acrediten ejercer su actividad profesional fuera de la universidad”*. Así mismo, la figura del profesor con plaza vinculada queda recogida en el artículo 105 de la Ley General de Sanidad, en donde se establece que *“en el marco de la planificación asistencial y docente de las Administraciones Públicas, el régimen de concierto entre las universidades y las instituciones sanitarias podrá establecer la vinculación de determinadas plazas asistenciales de la institución sanitaria con plazas docentes de los cuerpos de profesores de universidad”*.

El número de profesores de prácticas clínicas se establece en función de los conciertos entre cada universidad y los servicios sanitarios/instituciones sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas, pudiendo acceder a las plazas convocadas todas las enfermeras que estén contratadas como personal fijo de plantilla en las instituciones con las que se tiene establecido concierto, según las normativas correspondientes que regulan dicho acceso.

La regulación contractual se establece, con carácter temporal y a tiempo parcial, tal como se ha comentado anteriormente, debiendo tener en consideración el reconocimiento previo de compatibilidad, según lo recogido en la Ley de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, por la que se establece la posibilidad de desarrollar de manera conjunta las actividades docentes y asistenciales en una misma jornada laboral, sin que pueda existir incompatibilidad horaria entre ambas.

En su vinculación con la universidad, los profesores de prácticas clínicas, a parte de la actividad docente específica por la que son contratados, pueden desarrollar otras actividades docentes e investigadoras.

En cualquier caso, la contratación, asignación y distribución de profesores de prácticas clínicas es muy desigual en las diferentes Comunidades Autónomas y aún más en los responsables de las prácticas clínicas de atención primaria de salud. Así, se puede encontrar desde las universidades que cuentan con profesores asociados en cada una de las Zonas Básicas de Salud, las que tienen uno o dos profesores por cada área de salud, o incluso las que tienen tan sólo un profesor para cada dos o más áreas de salud. La conocida dispersión geográfica de la atención primaria de salud, conjuntamente con las características propias de este nivel de atención, se configuran como elementos distorsionadores o de dificultad en el normal seguimiento de las prácticas clínicas de los alumnos por parte de los profesores. Por otra parte, el hecho de que hasta la fecha la contratación de esta figura docente tan sólo tenga repercusión presupuestaria sobre la universidad, a pesar de su implicación en la actividad asistencial de las instituciones sanitarias, ha hecho que en muchas ocasiones no se puedan atender todas las necesidades planteadas por razón de presupuesto. Actualmente están en fase de revisión muchos de los convenios que estaban vigentes entre universidades y servicios de salud para tratar de llegar a acuerdos compartidos en cuanto a la corresponsabilización presupuestaria de las figuras docentes de los profesores de prácticas clínicas, a parte de otras cuestiones de organización, planificación y formación.

El profesor de prácticas clínicas, en general, tiene como objetivos:

- ♦ Participar, conjuntamente con el resto de profesores de la universidad, a la planificación, puesta en marcha, desarrollo y evaluación de las prácticas clínicas en los diferentes centros y unidades de los servicios de salud.
- ♦ Contribuir a la integración teórico-práctica de las enseñanzas recibidas.
- ♦ Facilitar a que los estudiantes definan el rol de enfermería en los diferentes centros y unidades de los servicios de salud.
- ♦ Promover el desarrollo de habilidades y técnicas enfermeras necesarias para identificar y atender los problemas de salud de los pacientes.



- ♦ Integrar a los estudiantes en la dinámica funcional de los diferentes centros y unidades de los servicios de salud.
- ♦ Actuar como nexo de unión y de referencia entre los profesionales-docentes y la universidad, favoreciendo la comunicación bidireccional.
- ♦ Potenciar la implicación de los profesionales de enfermería como tutores de prácticas clínicas en la docencia de los estudiantes en los diferentes centros y unidades de los servicios de salud.

## Tutor de prácticas clínicas

A pesar de las dificultades descritas la figura del profesor de prácticas clínicas está regulado y bastante estudiado en la bibliografía de enfermería. Sin embargo, la figura del tutor de prácticas ha sido objeto de escaso interés en la literatura de enfermería.

Hasta la fecha la relación existente entre la enfermera asistencial y el estudiante en el desarrollo de las prácticas clínicas se basa fundamentalmente en un método de enseñanza basado en la imitación y la repetición, lo que genera una situación de dependencia y no favorece un sistema preciso de evaluación, todo lo cual justifica la necesidad de desarrollar e implantar la figura del tutor de prácticas.

La figura del tutor de prácticas clínicas (“*tutor*”, “*mentory*” o “*preceptor*”), sin embargo, cuenta con gran tradición e interés en otros países del entorno y sobre todo en los de origen anglosajón en donde esta figura cuenta con gran tradición y prestigio, tal como se desprende de los artículos científicos y de opinión existentes al respecto.

Armitage y Burnard (1991) definen la figura de tutor como “*enfermeros experimentados que facilitan y evalúan el aprendizaje del alumnado en el trabajo real del propio entorno clínico*”. Por su parte, Letizia y Jennrich (1998) añaden que “*...sirven como fuente de apoyo y modelo en la adquisición de roles profesionales*”.

En España la figura del tutor de prácticas empieza a suscitar interés y ya son varios los servicios de salud

que han empezado a desarrollar estrategias para su definición y asignación de competencias y funciones. Así, se puede destacar el documento de base elaborado por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña (2003) o la Guía del Tutor de Pregrado de Enfermería de la Comunidad de Madrid (2005).

En el documento de Cataluña se define al tutor de prácticas como “*el enfermero asistencial que en su servicio o unidad guía el proceso de aprendizaje de estudiantes en prácticas durante el periodo que establece la escuela universitaria de enfermería con el centro sanitario y que es un referente y un soporte pedagógico en estos temas de formación*”.

Por su parte, en el de la Comunidad de Madrid se hace como “*el profesional de enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico clínico de los estudiantes en su ámbito de trabajo y durante su jornada laboral, planificando, coordinando y evaluando dicho aprendizaje; siendo referente y soporte pedagógico del estudiante*”.

Aun siendo muy similares ambas definiciones, cabe destacar la puntualización realizada sobre la voluntariedad de su asunción y el hecho de señalar la coincidencia de la actividad docente con la laboral llevada a cabo en la definición de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al perfil del tutor, en el documento catalán queda más claramente identificado, aunque genéricamente coincide casi plenamente con el de la Comunidad de Madrid basándose en los siguientes requisitos:

- ♦ Estar incorporado en la plantilla del centro sanitario y con presencia estable en el servicio o unidad.
- ♦ Conocer los objetivos y los valores del centro sanitario.
- ♦ Tener experiencia asistencial.
- ♦ Poseer actitudes y aptitudes pedagógicas y una formación docente de enfermería actualizada.
- ♦ Haber asistido a actividades de formación continuada.
- ♦ Conocer el currículo base de la diplomatura de enfermería de la escuela de referencia.
- ♦ Haber participado en la planificación y/o docencia de actividades de formación (Ver Imagen 4).



**Imagen 4.** El tutor de prácticas clínicas debe haber participado en la planificación y/o docencia de actividades formativas

- ♦ Haber sido partícipe de las líneas o programas de trabajo establecidas por la institución.
- ♦ Haber desarrollado indicadores de calidad para medir la calidad de los cuidados.
- ♦ Haber participado en grupos de mejora y en grupos de investigación.
- ♦ Haber publicado artículos científicos.

Este perfil coincide bastante con el que se describe en el estudio llevado a cabo por Navarro Moya et al (2002), aunque en éste los encuestados identificaban también los siguientes requisitos para el tutor:

- ♦ Reunir los siguientes valores:
  - Capaz, competente y eficiente.
  - Responsable, formal y fiable.
  - Abierto, liberal y tolerante con las diferentes ideas y creencias.
  - Inteligente, lógica y racionalmente.
  - Creativo, imaginativo y original.
  - Flexible, con capacidad de adaptación.
- ♦ Tener motivación personal. Ser buen comunicador y disponer de tiempo suficiente.

- ♦ Ser autocrítico. Tener claras las características y funciones de su profesión y ser humanitario y comprensivo con el paciente.

Por lo que se refiere a las funciones y competencias y continuando con el documento catalán, se destaca que las funciones van estrechamente ligadas a las competencias que tendrá que adquirir para poderlas desarrollar, diferenciando las funciones según:

- ♦ Planificación de las prácticas:
  - Participar con el profesorado de la escuela de enfermería en el establecimiento o revisión de los objetivos de las prácticas.
  - Participar con el profesorado de la escuela en la elaboración y/o revisión de los métodos de evaluación de las prácticas.
  - Organizar el proceso de aprendizaje práctico conjuntamente con el alumno, teniendo en cuenta sus necesidades y objetivos específicos del programa.
- ♦ El aprendizaje de la profesión y la relación con el centro sanitario:

- Facilitar el aprendizaje en la adopción de un modelo de enfermería y en la aplicación de un método sistemático de trabajo.
- Transmitir el compromiso de la profesión de enfermería y sus valores actuales.
- Transmitir los objetivos y los valores del centro sanitario.
- Respetar y transmitir los derechos de los usuarios.
- Aplicar y transmitir los principios éticos en la toma de decisiones.
- Fomentar la participación del alumno en las reuniones de equipo.
- Fomentar la práctica reflexiva.

♦ La relación con el alumno:

- Ser el referente del alumno en la unidad o servicio.
- Ayudar a la resolución de problemas y dudas (Ver Imagen 5).
- Promover una actitud responsable del alumno hacia su actuación.
- Ayudar al alumno a tener una actitud de reflexión de la práctica diaria.
- Promover la comunicación afectiva y asertiva con el alumno.
- Informar al alumno de su progreso de acuerdo a los criterios de evaluación establecidos.

♦ Su capacidad pedagógica:

- Fomentar en la práctica clínica la transferencia de los conocimientos teóricos.
- Incorporar y poner en práctica las metodologías docentes.
- Organizar e integrar las actividades docentes con las asistenciales.

Estas funciones, como ya se ha comentado, deberán ligarse a las competencias que quedan establecidas siguiendo el mismo esquema que con las funciones:

♦ Planificación de las prácticas:

- Sabe organizar el proceso de aprendizaje con cada alumno de acuerdo con los objetivos.



**Imagen 5.** El tutor de prácticas clínicas debe ayudar al alumno a la resolución de sus problemas y dudas

- Sabe interpretar los instrumentos de evaluación.
- Es capaz de proponer mejoras en los instrumentos de evaluación.

♦ El aprendizaje de la profesión y la relación con el centro sanitario:

- Es capaz de explicar los objetivos y los valores del centro sanitario.
- Puede enseñar a desarrollar el proceso de cuidados de enfermería como método de trabajo, evaluando el aprendizaje adquirido por parte del alumno.
- Enseña a obtener la información que hace referencia a los valores familiares, culturales, políti-

cos y sociales del entorno en el que vive el paciente, evaluando el aprendizaje adquirido por parte del alumno.

- Muestra la aplicación de los cuidados de enfermería mediante diversos métodos pedagógicos, evaluando el aprendizaje adquirido por parte del alumno.
- Es capaz de discutir dilemas éticos sobre relaciones asistenciales que cuestione el alumno a partir de planteamientos teóricos, valorando conjuntamente con el alumno la decisión tomada.
- Hace participar al alumno en las reuniones de equipo.

♦ La relación con el alumno:

- Es capaz de integrar al alumno en la unidad o servicio.
- Lidera el proceso de aprendizaje del alumno.
- Es capaz de motivar al alumno hacia su proceso de aprendizaje en la unidad o servicio.
- Sabe aplicar las habilidades de comunicación para fomentar la relación con el alumno.
- Sabe aplicar el procedimiento para la resolución de problemas.
- Es capaz aplicar la relación de ayuda con el alumno.
- Sabe hacer preguntas no inducidas para conseguir un *feedback* de cada situación de aprendizaje.
- Sabe aplicar la técnica de la asertividad en la comunicación con el alumno.
- Fomenta la actitud crítica del alumno en la reflexión del proceso de aprendizaje.
- Fomenta la relación de confianza con el estudiante.
- Es capaz de aplicar la técnica de la escucha activa en la comunicación con el alumno.
- Es capaz de aplicar la empatía en la relación con el alumno.

♦ Su capacidad pedagógica:

- Puede detectar sus carencias para facilitar el proceso de aprendizaje de los alumnos.
- Sabe aplicar las teorías de aprendizaje centradas en el alumno.
- Es capaz de hacer reflexionar sobre la técnica de la entrevista con el alumno.

- Sabe utilizar las técnicas e instrumentos de evaluación formativa.
- Tiene la capacidad de usar la reflexión como método de aprendizaje.
- Sabe emplear los conocimientos teóricos a la práctica diaria.

Tanto las funciones como las competencias descritas coinciden mayoritariamente con las planteadas en las descripciones de la figura de tutor (“*preceptor*”) de los países donde tiene una larga tradición e implantación. Tan sólo cabría destacar la incidencia que en éstos se hace como figura que trate de minimizar al máximo la distancia entre teoría y práctica frente a docencia y asistencia.

En cualquier caso esta figura es tan sólo, de momento, objeto de análisis y estudio, no estando plenamente desarrollada ni implantada en el desarrollo de las prácticas clínicas. Esto determina que la figura del tutor de prácticas clínicas quede circunscrita al campo de la voluntariedad, al no requerir hasta la fecha de una acreditación, aunque ya se contemplan diferentes criterios (experiencia laboral, formación continuada, experiencia docente...) para alcanzar lo que debe ser un aspecto clave de inclusión en el desarrollo de la carrera profesional. Por otra parte, tampoco existe la exigencia de acreditación de los centros de salud como centros docentes en pregrado, lo que se configura como un nuevo elemento de dificultad en todo el proceso del aprendizaje práctico.

Por su parte, la universidad no tiene establecidos criterios formativos que permitan adecuar o mejorar el perfil de los tutores de prácticas clínicas, dejando también en manos de la buena voluntad y del interés personal el que los que voluntariamente accedan a ser tutores de prácticas clínicas tengan las capacidades adecuadas para dicho cometido.

Por lo tanto, la indefinición y la falta de reconocimiento de la figura de tutor de prácticas clínicas por parte tanto de la universidad (docencia) como de las organizaciones sanitarias (asistencia) incorporan un elemento más a la persistencia, cuando no aumento, de la distancia existente entre ambas.

## Evaluación de prácticas clínicas en atención primaria de salud

Todo proceso formativo tiene que estar rigurosamente planificado atendiendo a una serie de criterios establecidos previamente para que, con el máximo rendimiento de las experiencias de aprendizaje, se logre alcanzar el objetivo final del proceso: proveer al discente de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que capaciten para el desarrollo de su actuación profesional.

La comprobación de esa capacitación pasa necesariamente por la aplicación de un sistema de evaluación. El problema surge al tener que elegir y aplicar un proceso evaluador que permita adaptarse a la formación práctica de los alumnos de enfermería.

Además hay que destacar que la evaluación de la práctica clínica no puede basarse única y exclusivamente en la repetición de una determinada técnica, ni en la demostración de la destreza necesaria, sino que debe contener la evidencia de que el estudiante posee el razonamiento necesario para saber el cómo y el por qué y que es capaz de sustentarlo con bases teóricas y referencias bibliográficas.

Tal como se ha indicado anteriormente, el hecho de que el tutor de prácticas clínicas lo sea en función de su voluntad y no cuente con una formación específica –no tan sólo para desarrollar el proceso de aprendizaje sino para poderlo concluir adecuadamente con el proceso evaluador– lleva a que, la ya de por sí compleja evaluación, se convierta en un problema difícil de resolver y con criterios poco claros y uniformes para desarrollarlo.

La no existencia de un instrumento de medida universal, válido y fiable para calificar las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería, deja a criterio de la experiencia de la enfermera que esté ejerciendo de tutora de prácticas la evaluación del alumno. A esta circunstancia que ya de entrada cuenta con una importante carga de subjetividad, hay que añadir otros elementos como los de una falta de percepción por parte de los profesionales de la importancia de

las prácticas clínicas de los alumnos, lo que hace que sean, en muchas ocasiones, consideradas como un proceso que “inevitablemente” deben de pasar los alumnos y “asumir” ellos, con lo que se incorporan al proceso de evaluación nuevos elementos de subjetividad tales como la simpatía o el paternalismo desde cuya óptica se basan muchas veces los criterios de evaluación. A esta situación contribuye, sin duda, la distancia existente entre la docencia y la asistencia que impide tener un conocimiento mutuo de las necesidades en ambas partes y la necesaria adecuación de un escenario para que las prácticas clínicas puedan alcanzar los objetivos para los que se planifican.

Hay que destacar antes de nada que la enfermería comunitaria es una asignatura de carácter troncal con implicación docente en los tres cursos, lo que determina que los profesores responsables de las asignaturas conjuntamente con los profesores asociados de prácticas clínicas de atención primaria de salud y con los tutores de prácticas clínicas de los diferentes centros de salud deban planificar objetivos que permitan capacitar a los alumnos para:

- ♦ Describir las funciones y actividades de salud pública que lleva a cabo el profesional de enfermería para mantener y promover la salud de la comunidad.
- ♦ Aplicar el proceso de enfermería enfocado hacia la consecución de un mayor nivel de salud en el ámbito de la atención primaria de salud.
- ♦ Identificar la atención primaria de salud como ámbito de desarrollo de la enfermería comunitaria.
- ♦ Utilizar la Historia de Salud del individuo como soporte documental de las actividades relacionadas con el Plan de Cuidados de Enfermería.
- ♦ Identificar las distintas situaciones en que una enfermera se apoya en las diferentes teorías y modelos de enfermería.
- ♦ Participar con las enfermeras del equipo en las actividades de enfermería relacionadas con la función asistencial a las personas sanas y enfermas.
- ♦ Identificar el papel de la enfermería en los cuidados básicos y habituales, ligados al sustento y continuidad de la vida y cuidados de curación y tratamiento encaminados a asegurarla.

- ♦ Distinguir los factores determinantes de la salud de la población, utilizando las técnicas específicas de observación y recogida de datos.
- ♦ Recopilar la información necesaria para iniciar estudios de salud de la comunidad, en su faceta demográfica.
- ♦ Realizar la valoración de riesgos ambientales de la comunidad elegida como parte integrante del estudio de salud de la comunidad.
- ♦ Conocer las vacunas de uso sistemático (calendario vacunal vigente) y no sistemático.
- ♦ Saber los aspectos prácticos que se utilizan en el centro de salud.
- ♦ Describir los registros que se emplean en el centro para llevar a cabo el control de las personas vacunadas.
- ♦ Identificar los consejos de educación para la salud que se indican en los programas de crónicos.
- ♦ Valorar la dependencia del paciente geriátrico.
- ♦ Valorar el riesgo de úlceras por presión (UPP).
- ♦ Movilizar los recursos comunitarios de la población a la que atiende.
- ♦ Desarrollar actividades en los diferentes programas de salud instaurados en los diferentes centros de salud.
- ♦ Identificar al grupo familiar como una unidad de atención de enfermería.
- ♦ Utilizar los instrumentos de identificación de problemas en la unidad familiar.
- ♦ Identificar la red de apoyo social con que cuenta el individuo/familia.
- ♦ Elaborar, junto a la unidad familiar, un estudio de la situación de salud de un grupo familiar.

En función de estos objetivos (que pueden variar en función de las escuelas y de sus respectivos planes de estudios) se deberán establecer los criterios que permitan su evaluación. Sería complejo y extenso hacer una descripción detallada de los diferentes instrumentos diseñados por cada una de las escuelas para evaluar las prácticas clínicas. Es por ello que tan sólo se describirá el instrumento (Ver Imagen 6) diseñado por García Vallejo (2003), dado que permite la evaluación de las prácticas clínicas de enfermería comunitaria en atención primaria de salud, independientemente del plan de estudios que se curse en cada escuela, puesto que lo que hace es relacionar y aglu-

TABLA 1 ♦ Escala de Likert

Valor	Correspondencia
0	No lo sabe, no lo hace, nunca quiere, no lo intenta...
1	Sólo a veces, muy poco, debe mejorar
2	Su trabajo es adecuado, correcto; cumple con lo propuesto
3	Muy bien, mucho, siempre, dispuesto, destaca sobre la media
4	Excelente, destaca de manera extraordinaria

tinar las actividades y tareas de enfermería de atención primaria en unos cuantos apartados comunes. Asimismo, se cambia la escala de evaluación numérica (0 a 10) por una escala de Likert (puntuación de 0 a 4), según las correspondencias de la Tabla 1.

A falta de unos criterios homogéneos en cuanto al perfil y competencias del tutor de prácticas clínicas, resulta importante, cuanto menos, poder contar con determinadas herramientas o instrumentos que faciliten su actividad docente.

Finalmente destacar la necesidad de que se regule adecuadamente el reconocimiento oficial y la acreditación de los tutores de prácticas clínicas con el fin de poder alcanzar una mejor calidad de la formación práctica que tanta importancia tiene en la formación general de las enfermeras.

### *La formación especializada*

Con la publicación del Real Decreto de Especialidades de Enfermería se regula la formación de los enfermeros especialistas en:

- ♦ Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).
- ♦ Enfermería de Salud Mental.
- ♦ Enfermería Geriátrica.
- ♦ Enfermería del Trabajo.

ALUMNO/A..... CURSO: .....

CENTRO DE SALUD:.....

ROTACIÓN: ..... HORAS: ..... DEL: ..... AL: .....

NOMBRE DEL TUTOR/A ..... DNI .....

PROFESOR REFERENTE:



A) Aspectos relacionados con el perfil de actitud del alumno (20%)	0	1	2	3	4
A.1. Responsabilidad					
A.2. Capacidad de organización					
A.3. Iniciativa, motivación					
A.4. Integración-relación con el equipo					

TOTAL A:

B) Capacitación en conocimientos y habilidades (80%)	0	1	2	3	4
B.1. Relación-comunicación con el usuario y/o familia					
B.2. Actividades en consulta a demanda y concertada (siguiendo el proceso enfermero)					
B.3. Visita domiciliaria (siguiendo las 5 etapas)					
B.4. Actividades de EpS grupal en el centro de salud (diabéticos, fumadores, relajación...)					
B.5. * Actividades de intervención comunitaria fuera del CS (colegios, residencias, centros de mayores...)					
B.6. Conocimiento de los programas y protocolos del Área (adulto, mujer, niño, inmobilizado, terminal...)					
B.7. Aplicación de cuidados enfermeros (intervenciones, procedimientos, técnicas...)					
B.8. Conocimiento y utilización de registros (H <sup>3</sup> de Salud de AP)					
B.9. Realización de sesión clínica sobre PAE, charla de EpS...					

\* Se califica si se ha realizado

TOTAL B:

**Observaciones al dorso**

Nota final: (Total A x 0,125) + (Total B x 0,222)

NOTA FINAL

¡Si no ha habido actividad de intervención comunitaria, B se multiplica por 0,25!

**Instrucciones para la cumplimentación de la hoja de evaluación**

Para calificar los apartados el tutor marcará con una X la casilla correspondiente a la nota otorgada en cada indicador (A1, A2, etc.); luego sumará las casillas y pondrá el resultado del total A y total B; después multiplicará el valor de A por 0,125 y el de B por 0,222; finalmente se suman y ésta es la nota final (0,125 y 0,222 son los factores de ponderación calculados por el 20% y 80% de la nota de los apartados correspondientes).

En el caso de que el alumno participe en su rotación (por el motivo que sea) en una actividad de EpS grupal, el tutor consignará en la casilla B4 (EpS grupal) el mismo valor que se otorgó a la realización de la sesión clínica (B9), dado que son actividades de "similares" características. Seguidamente se enumeran unas referencias que orientarán al tutor en la cumplimentación de la evaluación:

**A) ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PERFIL DE ACTITUD DEL ALUMNO**

**Responsabilidad:**

- Mínimos: el alumno llega tarde. Se va antes de hora. Actúa sin reflexionar, apresuradamente.
- Normal: llega y se va a su hora. Actúa cuando está seguro. Sigue los procedimientos. Pregunta cuando desconoce una técnica o actividad.
- Máximos: cumple con puntualidad y responsabilidad, anteponiendo las oportunidades de aprendizaje a su propio horario. Comprueba los pros y contras de todas sus acciones. Sabe derivar o pedir ayuda cuando la situación lo requiere y procura aprender para otra ocasión. Calcula y planifica las actividades anticipadamente.

**Capacidad de organización:**

- Mínimos: desordenado. Pierde o no encuentra documentos, registros. No termina nunca a tiempo. Los usuarios son atendidos con mucho retraso.

Fuente: García Vallejo R (2003)

- Normal: todo está en su sitio. Los usuarios son atendidos en el tiempo estipulado.
- Máximos: tiene preparados y valorados los registros antes de comenzar la actividad diaria. Al terminar la consulta o sala de curas todo está recogido, ordenado en su sitio y preparado para volver a ser utilizado (reposición).

**Iniciativa-motivación:**

- Mínimos: nunca acude voluntariamente a nada. Nunca expone ninguna idea de mejora, sugerencia, etc. No pregunta nunca.
- Normal: a veces solicita participar en actividades nuevas. Expresa opiniones. Lo habitual es que realice lo que se le pide.
- Máximos: le gusta dar el primer paso, comenzar las actividades (cuando ha demostrado que domina la situación). Constantemente hace sugerencias o aportaciones (previa reflexión) a las actividades diarias, a los protocolos. Intenta aplicar conceptos nuevos aprendidos en la escuela al trabajo diario.

**Integración-relación con el equipo:**

- Mínimos: pasa desapercibido. Sólo se comunica si se le pregunta. Está mucho tiempo solo, no habla con los compañeros.
- Normal: con quien más se relaciona es con su enfermera tutora. Con el resto se lleva bien.
- Máximos: participa activamente en todas las actividades. Le gusta conocer las opiniones del resto de miembros del equipo. Siempre está dispuesto a ayudar a cualquiera.

**B) ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PERFIL APTITUDINAL DEL ALUMNO**

Los conocimientos y habilidades se valoran según los objetivos conseguidos atendiendo a los procedimientos enfermeros realizados según cartera de servicios.

Imagen 6. Registro de evaluación de prácticas de enfermería en AP

- ♦ Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- ♦ Enfermería Familiar y Comunitaria.
- ♦ Enfermería Pediátrica.

El desarrollo de dicho Real Decreto, por lo tanto, supondrá la acreditación de las unidades docentes correspondientes a cada una de las especialidades, tal como se recoge en el artículo 6, con el fin de que se determinen las escuelas de enfermería y los dispositivos docentes y asistenciales que deberán conformar, como mínimo, la unidad docente en donde se impartan los programas formativos desarrollados por las comisiones nacionales de cada una de las especialidades.

Así pues se tendrán que concretar, además de los contenidos teóricos, las prácticas clínicas que será necesario realizar para poder obtener la especialidad correspondiente. Es por ello que además de la acreditación de centro asistencial, en donde desarrollar las prácticas (los centros de salud en el caso de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria), habrá que determinar los criterios que faculten y acrediten a determinados profesionales de estos centros para que ejerzan de tutores de prácticas de los alumnos de la especialidad para evitar que suceda como con las prácticas de pregrado, tal como ya se ha comentado. ♦

### *Resumen*

- ♦ Las prácticas clínicas tienen una gran importancia en el currículo de la carrera de enfermería y se constituyen como elemento fundamental en el proceso de aprendizaje de los alumnos.
- ♦ Posiblemente sean las prácticas clínicas el mejor exponente de la distancia que, todavía hoy, sigue existiendo entre docencia-asistencia.
- ♦ El análisis de los planteamientos realizados desde la teoría (docencia) y la práctica (asistencia) puede hacer más comprensibles las causas que determinan el distanciamiento.
- ♦ En el necesario proceso de aprendizaje de las prácticas clínicas juegan un papel determinante las figuras del profesor asociado y el de tutor de prácticas clínicas, aunque su definición está poco clara y no cuenta con unos criterios uniformes de perfil y acreditación, lo que dificulta no sólo el desarrollo de las prácticas clínicas, sino también el de su evaluación.



## *Bibliografía*

- ♦ Agencia Laín Entralgo. Guía del Tutor de Pregrado de Enfermería. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
- ♦ Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. *Nurse Education Today* 1991;11:225-9.
- ♦ Benner P. *Práctica progresiva de Enfermería*. Barcelona: Grijalbo; 1987.
- ♦ García Vallejo R. Los alumnos realizan prácticas de enfermería comunitaria. ¿Cómo evaluarlas? *Rev ROL Enferm* 2003;26(3):237-40.
- ♦ García Vallejo R. Valoración de los estudiantes sobre sus prácticas en enfermería comunitaria. *Metas de Enferm* 2004;7(2):20-26.
- ♦ Gaztelu Sanz MT. Profesor Asociado Hospitalario. Una experiencia. *Rev ROL Enferm* 1995;205:59-65.
- ♦ Gutiérrez Izquierdo MJ, Latorre Fernández J. Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes de primer curso. *Metas de Enferm* 2002;5(49):50-53.
- ♦ Institut de Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. El Tutor d'Enfermería. Perfil, funcions i competencies. Documento provisional. 2003.
- ♦ Laino-Curran D. Elegir al tutor. *Nursing* 1996;2:43.
- ♦ Letizia M, Jennrich J. A review of preceptors-hip in undergraduate nursing education: implications for staff development. *J Contin Educ Nurs* 1998;29(5):211-6.
- ♦ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).
- ♦ Ley 53/84, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas (BOE núm. 4, de 4 de enero de 1985).
- ♦ Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria (BOE núm. 209, de 1 de septiembre de 1983).
- ♦ Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades (BOE núm. 307, de 24 de diciembre de 2001).
- ♦ Martínez Marcos M, Custey Malé MA. Acreditación de tutores y centros de salud para la formación básica de enfermería. *Metas de Enferm* 1998;1(1):16-20.
- ♦ Martínez Riera JR. Enfermería. Sencillamente complicado. *Rev ROL Enferm* 2005;28(4):15-24.
- ♦ Martínez Roche ME, Carrillo García C, Nicolás Viguera MD, Murillo Murillo R, Campos Aranda M. Enseñanzas prácticas en Enfermería Comunitaria. *Metas de Enferm* 2000;3(26):34-39.
- ♦ Medina JL. Epistemología y Enfermería: paradigmas de la investigación en enfermería. *Enferm Clín* 1995;5(1):32-45.
- ♦ Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes; 1999.
- ♦ Medina JL. Las preguntas. El difícil equilibrio académico y profesional en la España Pre-Europea (I). *Rev ROL Enferm* 2005;28(2):7-10.
- ♦ Medina JL. ¿Teoría? ¿Práctica? El difícil equilibrio académico y profesional en la España Pre-Europea (II). *Rev ROL Enferm* 2005; 28(4):6-8.
- ♦ Medina JL. Redescubrir el saber práctico de la enfermería. El difícil equilibrio académico y profesional en la España Pre-Europea (III). *Rev ROL Enferm* 2005;28(7-8):7-10.
- ♦ Medina JL. Las respuestas a las preguntas. El difícil equilibrio académico y profesional en la España Pre-Europea (IV). *Rev ROL Enferm* 2005;28(10):9-10.
- ♦ Navarro Moya FJ, Martínez Ros MT, Viguera Llorente MD, Rodríguez González MC. Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Un estudio cualitativo. *Index Enferm* 2002; 11(39):16-9.
- ♦ Routh B. Convertirse en tutor. *Nursing* 1996;2:41-2.
- ♦ Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje de los profesionales. Madrid: Paidós MEC; 1992.

