

LA REALIDAD DE LA PROFESIÓN ENFERMERA TRASLADADA AL AULA.

**M.J Busto, M.E Castelao, E.Agudo.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Europea de Madrid.**

INTRODUCCIÓN:

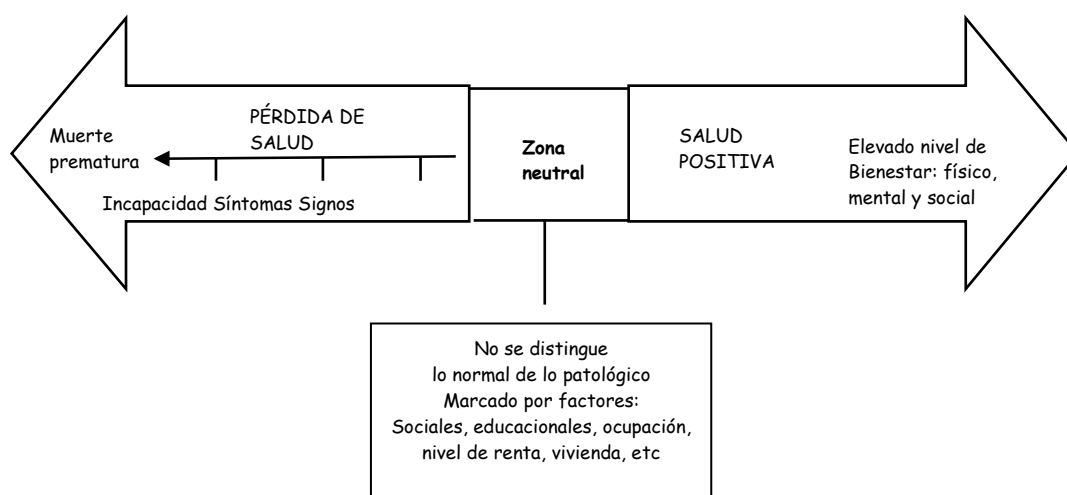
La salud, que es el objetivo de las profesiones sanitarias, no es una identidad, una realidad, sino que es una abstracción, o mejor, como indicaba Bertrand Russel, hace referencia a una circunstancia humana. No existe la salud única, y sólo disponemos de su definición ¹, pues es la que construye el concepto de salud, y como puede haber y hay múltiples definiciones, hay diversos conceptos de lo que es la salud.

Cada persona tiene una percepción y vivencia personal de lo que es la salud de acuerdo con lo que considera normal, su experiencia personal, su nivel cultural y socioeconómico, religión, forma de vida, etc. y los conceptos que los grupos sociales en los que participan tienen de ella.

Los profesionales de enfermería evalúan la salud en virtud de las influencias de los individuos y grupos que conforman la sociedad donde desarrollan su profesión. El ejercicio de la profesión enfermera está influido, además, por el desarrollo educativo, tecnológico, económico, político, etc. y, de modo muy particular por la situación de salud y prevalencia de enfermedades existentes en dicha sociedad. Por ejemplo, un mismo consumo calórico puede ser magnífico en términos de salud en África o en el Sudeste Asiático y sinónimo de mala salud en Europa o Norteamérica.

Así Milton Terris ² en 1980 definió la salud como "Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Terris establece el concepto de salud dinámico y subjetivo, con dos polos: el del bienestar y el del malestar, en los cuales las personas se mueven, dependiendo de su edad, situación sociocultural, economía, política, etc. Además al introducir el concepto de funcionamiento del organismo la salud y la enfermedad formarían un continuo en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo, en cuyo extremo estaría la muerte, y la salud ocuparía su polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud. (Figura 1).

Figura 1. Continuo salud enfermedad, Terris 1980



(Extraído del Tratado de Medicina Preventiva y Salud Pública de Piédrola Gil ¹)

La definición de salud pública adoptada por la OMS es la enunciada por Winslow (1920)³ “Salud pública es la ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad”. Tabla 1.

Tabla 1.

OBJETIVOS DE LA SALUD PÚBLICA SEGÚN LA OMS
1.- Saneamiento del medio
2.- Control de las enfermedades transmisibles
3.- Educación sanitaria
4.- Organización de los servicios médicos y de enfermería
5.- Desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud

El personal sanitario según este modelo es un “funcionario público” que debe estar formado para ello y que pertenece a un pequeño sector de la administración, la cual requiere variedades de técnicos: desde el administrador sanitario (por ejemplo administraciones sanitarias de las comunidades autónomas), hasta el médico de cabecera y enfermero que lleva la medicina preventiva a la familia, pasando por los especialistas clínicos y profesiones que ejercen en otros niveles asistenciales (Farmacéuticos, veterinarios, urgencias, hospitales, etc.).

Son los llamados “guardianes de la salud”, tienen como paciente a la colectividad, a la que debe proteger cuando sus componentes lo soliciten e incluso si no lo solicitan, es decir, debe conocer las características de la sociedad en las que ejerce e identificar determinados grupos para relacionarlos con enfermedades prevalentes y llevar a cabo las acciones preventivas oportunas.

Dentro de las actuaciones de salud sobre la población existen diferentes categorías: grupos de edad, grupos de riesgo específico, tipo de enfermedades principales y actividades humanas y salud (Tabla 2).

La enfermería en salud pública está unida a la propia enfermería en general y a la evolución del concepto mismo de salud pública, a la manera de entender el proceso salud-enfermedad. Teniendo en cuenta las necesidades de salud en las poblaciones, la enfermería de salud pública es una pieza clave de la estructura sanitaria.

La formación en enfermería, en general, y en enfermería de salud pública, en particular, varía de unos países a otros, si bien con la firma de la declaración de Bolonia (19 de junio de 1999 por los ministros de Educación de la Unión Europea) se inicia el proceso de Bolonia de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), para la convergencia de los sistemas de enseñanza superior que intenta homogeneizar los programas de formación de pregrado, grado y postgrado.

En la actualidad el sistema sanitario español define las funciones, roles, actividades y ámbitos de actuación de la enfermería de salud pública^{4,5}:

1. Funciones. Entre las funciones que se le reconocen a la enfermería, no puede faltar la asistencial, junto con las de docencia con especial hincapié a la promoción de la salud en la comunidad, la de investigación y administración.
2. Roles. El rol principal es el de suministrar cuidados directos, pero favoreciendo la promoción para potenciar las capacidades de los ciudadanos sobre su salud. Enfermería siempre será soporte, ayuda y escucha de las personas. Llevará a cabo la coordinación y facilitación de los diferentes servicios que pueden ser necesarios. Y por último será la responsable de la educación y el consejo para dotar a la comunidad de mayor control sobre su propia salud.
3. Actividades dirigidas a los individuos y las familias tales como adiestramiento sobre cuidados básicos, con el fin de evitar ingresos hospitalarios innecesarios. Será responsable de la formación de las familias para llevar a cabo los cuidados básicos de la infancia. Realizará el seguimiento de los pacientes crónicos. Es la responsable de la visita domiciliaria, con fines no sólo de cuidados sino también de investigar el desarrollo armónico de la persona en la vivienda y si estas son adecuadas para este fin. También a través del consejo ayudará a las familias en la toma de decisiones sobre su propia salud.
4. Actividades dirigidas a la población. Se basan fundamentalmente en la búsqueda de necesidades poblacionales en salud, para llevar a cabo planes de cuidados, sin descuidar el medio ambiente laboral.
5. Actividades de administración, docencia e investigación
6. Ámbitos de actuación. La enfermería en salud pública actúa en la comunidad y en aquellas instituciones donde se desarrolla la vida social tales como: escuelas, hogares, centros de trabajo, centros de salud, centros hospitalarios, centros penitenciarios, medio ambiente y sedes recreativas y culturales.

En el grado de enfermería la asignatura de Salud pública se estudia en el primer curso paralelamente a los primeros conocimientos acerca de cuidados, bioquímica, anatomía y fisiología. El estudiante en estos momentos no tiene conocimiento de las enfermedades, podríamos decir que se encuentra en el gradiente de salud positivo, las asignaturas que profundizan en la pérdida de salud, se estudian en cursos mas avanzados. En este primer año, los estudiantes empiezan a entender los procesos bioquímicos normales que hacen que el organismo este en salud (fisiología), pero de forma paralela comienzan a ver procesos patológicos que desencadenan en la enfermedad (fisiopatología). Por tanto puede resultar complicado integrar el conocimiento de los problemas de salud más prevalentes, cuando todavía no se han asentado las bases para el conocimiento de la fisiopatología.

La mayoría de los tratados de salud pública y programas actuales de la asignatura, se estructuran por tipos de enfermedades (categorías de atención de la salud, tabla2.), además de los temas de generalidades, demografía, medio ambiente y epidemiología.

Por otro lado cuando un enfermero profesional se enfrenta a una colectividad o a un individuo para llevar a cabo las actividades propias de la salud pública: prevención, saneamiento, educación sanitaria, lo único que conoce en principio es la edad y sexo, y con estos datos debe identificar problemas de salud e iniciar medidas pertinentes en cada caso.

Tabla 2. Categorías de atención de la salud

Grupos de edad	Grupos de riesgo específico	Tipos de enfermedades	Actividades humanas y salud
Materno infantil Preescolar y escolar Adolescente Adulto Anciano	Minusválidos mentales, físicos y sensoriales Toxicómanos Grupos étnicos minoritarios	Enfermedades cardiovasculares Neoplasias Enfermedades infecciosas Otras enfermedades crónicas Nuevas enfermedades	Educación Trabajo Ocio

Según Dreyfus y Dreyfus ⁶, el aprendizaje de nuevas habilidades en los adultos se desarrolla a través de un modelo con una tipología de cinco estadios del desarrollo, con una serie de características propias que definen cada uno de los cinco estadios, siendo la última la de experto maestro.

Se trata de un modelo de adquisición de conocimientos y habilidades como un proceso de desarrollo, en el que la competencia se va ganando a través del tiempo y alimentándose de la reflexión sobre las experiencias.

Los diferentes estadios definidos por este modelo progresivo de competencias son:

- Principiante
- Principiante avanzado
- Competente
- Diestro
- Experto o maestro.

De una manera general, los dos primeros estadios son en los que se deben aprender las reglas, y los siguientes, en los que se deben aplicar sobre contextos cada vez más complejos.

Etapa 1 Principiante: Al comenzar un proceso de instrucción, el instructor debe descomponer los componentes de la tarea en elementos libres de contexto que el principiante puede reconocer sin necesidad de tener experiencia en el área de la tarea.

Luego, se entregan al principiante las reglas para que determine acciones sobre la base de dichos elementos, tal como una computadora sigue un programa.

La respuesta de la mayoría de los principiantes es extremadamente lenta ya que tratan de recordar todas las reglas y sus prioridades.

Pero para que el profesional siga avanzando, necesita no solamente los hechos, sino también necesita comprender el contexto, en el que dicha información cobra sentido.

Etapa 2 Principiante avanzado: a medida que el profesional adquiere experiencia resolviendo situaciones reales y después de haber visto un número suficiente de ejemplos, comienza a reconocer “datos situacionales” que lo son sobre la base de su

experiencia. El profesional según acumula casos, también acumula “datos situacionales” (referidos a cada actuación vivida con sus características propias). Serán estos datos los que, progresivamente, se irán uniendo a los datos no situacionales objetivos (aprendidos en las reglas) para apoyar su toma de decisiones.

Etapa3 Competente: Cuando la experiencia es mayor, también aumenta la cantidad de elementos potencialmente importantes que el aprendiz es capaz de reconocer en una situación real

En las primeras fases de esta etapa recibe gran cantidad de elementos que todavía no es capaz de saber si son importantes o no, todavía no los sabe diferenciar.

Es a través de la experiencia como aprenderá a elegir qué elementos de la situación deben ser tenidos en cuenta y cuáles ignorados. Del gran número de aspectos y hechos importantes que conforman una situación deberá seleccionar sólo unos pocos, de esta manera la toma de decisiones se hará más fácil .

Pero para evitar errores el profesional competente busca reglas y procedimientos de razonamiento para decidir qué plan ó perspectiva adoptar. Pero dichas reglas no son tan fáciles de crear como las que ya le fueron dadas cuando era principiante, a través de los manuales y de la teoría. Las reglas llegan a ser subliminales y se integran con la intuición. De esta manera, emerge el conocimiento tácito, de fácil demostración y difícil comunicación ⁶.

En el modelo de Dreyfus, el movimiento desde principiante a profesional competente significa mayor implicación con los contextos particulares.

Dreyfus caracteriza este progreso como un movimiento de comportamientos basados en las reglas, hacia comportamientos basados en contextos. El profesional debe seleccionar cuáles son relevantes y después, elegir su propia perspectiva desde la que valorar el caso, adaptando su propia variación a la regla, sintiéndose éste verdaderamente responsable de su elección. Este modelo de aprendizaje también conduce a reforzar un mejor reconocimiento de patrones que ayuda a lograr un desarrollo profesional mayor.

Etapa 4 Diestro: El profesional vive los sucesos con interés a medida que practica su habilidad y, como resultado tanto de experiencias positivas como de las negativas, las respuestas se fortalecen o se inhiben. La teoría aprendida por el principiante irá siendo reemplazada gradualmente por discriminaciones situacionales acompañadas por sus respuestas correspondientes. Por tanto, la destreza se desarrolla cuando se adopta esta forma “ateórica” y cuando la toma de decisiones analítica (basada en la lógica y en la certidumbre) se va transformando en intuitiva (basada fundamentalmente en la experiencia propia y en la incertidumbre).

Los planes se recuerdan intuitivamente y determinados aspectos destacan como importantes sin que el profesional se detenga para elegir entre esos planes o para decidir adoptar tal perspectiva. La acción se hace más fácil y menos tensional en la medida que el profesional ve lo que es necesario lograr.

Con la experiencia suficiente respecto de una variedad de situaciones, el profesional diestro descompone gradualmente tales clases de situaciones en subclases, cada una de las cuales comparte la misma decisión. Esto permitirá una respuesta intuitiva inmediata a cada situación.

ETAPA 5 Experto: El profesional experto analizará rápidamente la situación a través de un proceso intuitivo y hace una toma rápida de decisiones también intuitiva. Utiliza la decisión que ha funcionado otras veces en situaciones parecidas y que se han resuelto con éxito.

Si preguntamos a un experto sobre las reglas, de hecho, lo obligaremos a retroceder al nivel de principiante y a enunciar unas reglas que, aún recuerda, pero que ya no utiliza habitualmente. Ninguna cantidad de reglas o datos puede abarcar el conocimiento que posee un experto cuando ha almacenado su experiencia relativa a los resultados reales de decenas de miles de actuaciones. Normalmente los expertos reflexionan sobre el objetivo y sobre la acción que parece apropiada para alcanzar el objetivo.

OBJETIVO

Nuestro objetivo en el diseño y desarrollo de la asignatura ha sido integrar los contenidos de la disciplina de Salud Pública de tal manera que sienta las bases para el conocimiento y aprendizaje de habilidades del alumno siguiendo el modelo descrito por Dreyfus y Dreyfus en 1986.

El estudiante de primero de grado de enfermería se encuentra al inicio del curso en la etapa de principiante, estudiando elementos teóricos libres de contexto (que es un factor de riesgo, un grupo de riesgo, las barreras naturales de defensa, un desinfectante, la diferencia entre un virus y una bacteria, etc.) pero poco a poco se introducen datos situacionales sencillos que le permiten seguir avanzando en la adquisición de habilidades, comprendiendo el contexto y consiguiendo que la información teórica empiece a cobrar sentido ⁷.

El objetivo es que al final de la asignatura el estudiante de enfermería sea capaz de identificar los problemas de salud más frecuentes de una persona, solamente por el hecho de pertenecer a un grupo étnico y tener un género. Intentamos que la toma de decisiones para el diseño de un plan de cuidados sea la de un experto: analizará rápidamente la situación a través de un proceso intuitivo y hace una toma rápida de decisiones también intuitiva ⁸.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para conseguir el objetivo ha sido mayoritariamente la de estudios de casos⁹, junto con otras actividades que han conformado el sistema del portafolio¹⁰ del alumno, todas ellas encaminadas a la detección de los problemas de salud de la comunidad.

Los diferentes casos, que a lo largo del periodo lectivo tenían que desarrollar los estudiantes, eran los de una familia tipo: Los Peláez, muy acorde con la realidad cotidiana de nuestro país. Para facilitar la cercanía del alumno con los personajes, a estos se les dotó de personalidad propia: nombre, apellidos, lugar de trabajo, actividades de la vida diaria que llevaban a cabo cada uno de los personajes.

El diseño del programa de la asignatura de Salud Pública se estructuró según los grupos de edad definidos en la tabla 2, de forma que al ir desarrollando el temario el alumno identificara los problemas de salud más prevalentes de cada uno de los miembros de la familia Peláez y sus vecinos.

Al inicio del programa se establecieron los conceptos fundamentales de salud, demografía y grupos de edad y defensas naturales del organismo contra la enfermedad, para luego dar paso a las características de salud de cada uno de los grupos de edad propuestos, desde la gestación hasta el fin de la vida como consecuencia de la edad. Al final de la asignatura se exponen temas de Salud Pública relacionados con el medioambiente. El programa de la asignatura que se impartió en el curso 2008-2009 se adjunta en el anexo 1.

Para un correcto desarrollo del aprendizaje de la asignatura, se realizó una planificación horaria, en las que se dividieron las horas lectivas en tres partes iguales:

- Un tercio del total de horas de la asignatura dedicado a la explicación de los temas, que las profesoras de la asignatura consideraron como claves, ya que servirán de guía para que los estudiantes comiencen su trabajo destinado a resolver los problemas de salud. Esta parte se desarrolló mediante clases magistrales.
- Un tercio destinado a trabajo del alumno en grupo: se utilizó la metodología activa del “puzzle”. Se hicieron grupos de 10 estudiantes, a los que se dio un breve guión del tema a desarrollar, que se les facilitó a través del campus virtual de la universidad. El trabajo que tenían que realizar era hacerse unos apuntes mediante la recogida de bibliografía e investigación en fuentes primarias y on line. Esta actividad se desarrolló tanto fuera como en el aula y siempre estuvo tutorizada por las profesoras, que se encontraban en el aula en el horario establecido para la asignatura. Se estableció una fecha para que cada grupo expusiera sus conclusiones de cada parte (grupos de edad) y con el fin de que las profesoras pudieran corregir las posibles desviaciones y errores y evitar que los alumnos se excedieran en la información encontrada, y que ésta fuera la adecuada para el nivel de primero de grado de enfermería.
- El último tercio de las horas se destina al trabajo individual del estudiante, que consistirá mayoritariamente en la redacción de los temas y en las búsquedas bibliográficas.

Método de evaluación:

Portafolio del alumno

Al final de la asignatura al estudiante se le pidió que hubiera desarrollado un portafolios que se le evaluó junto con una prueba objetiva. Las 4 actividades referidas a continuación puntuaron hasta un 50% de la nota final del estudiante.

El portafolio contenía:

- 1- Todos los apuntes de la asignatura
- 2- Todos los casos desarrollados de la familia Peláez. Estos casos aparecen en el Anexo 2.
- 3- Redacción de una situación en la consulta de enfermería cuando un paciente acude para que el enfermero/a le informe sobre una noticia que ha leído en prensa sobre una enfermedad, noticia de salud, medio ambiente, medio social e inmigración, etc. que le preocupa; en el que el futuro enfermero/a aborda el

problema, da información adicional, consejos de salud, medidas preventivas y plan de cuidados.

- 4- Presentación del tema que le haya correspondido a su grupo.

Prueba objetiva.

Consistió en el desarrollo de tres casos similares a los de la familia Peláez. El alumno tenía que identificar problemas de salud y actividades preventivas. Para ello podía llevar a aula el portafolio o cualquier otra fuente de información que él considerara. Se le limitó el papel y el tiempo. En esta prueba el alumno tenía que sacar una nota por encima del 4,5 para que se le sumara la nota del portafolio.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Siguiendo el modelo de aprendizaje de habilidades propuesto por Dreyfus, los estudiantes al inicio del curso académico se encontraban en la fase de principiante en nuestra asignatura. Nuestro fin ha sido situar al alumno en el dinámico de salud, fundamentalmente le hemos posicionado en el estado de salud positivo, pero también hemos iniciado en él la capacidad de detectar la pérdida de la salud (zona neutra en el dinámico) que permite a las personas en estos dos estados, vivir y funcionar en la comunidad. El estudiante, futuro enfermero/a de Salud pública, será capaz de realizar las actividades, funciones y roles que se identifican en salud comunitaria: promoción, prevención y participación ciudadana ¹.

Nuestra intención ha sido sentar las bases para que disciplinas enfermeras que se imparten en cursos superiores no encuentren un déficit de conocimientos de lo que es la demografía de la salud. Creemos que de esta manera se favorece la toma de decisiones intuitivas que posteriormente se realizarán de forma automática cuando el profesional ya está en la categoría de experto.

Si se consigue que un alumno de primero de grado interiorice, lo que es un grupo de edad, sus problemas y necesidades de salud más prevalentes, se conseguirá la acción inmediata sin necesidad de acudir a los manuales para enfocar las actuaciones ante un paciente real.

La adaptación de las disciplinas al EEES conlleva grandes transformaciones que en este caso ha habido que asumir tanto en la organización del programa de la asignatura como en la intervención docente en las aulas.

Una de las repercusiones que la declaración del proceso de Bolonia tiene sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje es la de vincular la formación de los estudiantes con las demandas profesionales. En el caso de la enfermería comunitaria se ha tenido que transformar el programa, pensamos que más adaptado a la realidad de la profesión enfermera: los profesionales no reciben en sus consultas patologías prevalentes sino que atienden a personas con una determinada edad y sexo (a veces incluso con varias enfermedades prevalentes o ninguna) y a partir de estos mínimos datos deben de seleccionar entre muchas las actividades a llevar a cabo, requiriéndose para ello una gran habilidad y necesidad de conjugar varias competencias.

En el proceso de adquisición de esas habilidades y considerando que se encuentran al

inicio de su formación parece más lógico ordenar los contenidos de la asignatura atendiendo ya a estas consideraciones.

Además, las metodologías activas utilizadas como la construcción en grupo de los apuntes y resolución de problemas con pacientes “tipo”, obligan a la reflexión y discusión razonada de los contenidos estudiados, sirviendo de experiencia para resolver problemas con situaciones reales posteriores (de este modo según se ha explicado, se adquieren las habilidades en los adultos).

Aunque el principiante, situación del alumno en los primeros cursos y al inicio de los mismos, aprende competencias y contenidos necesarios para poder realizar cualquier tipo de tarea en un entorno de trabajo más o menos cerrado, estable e independiente del entorno, la realidad de la profesión enfermera es la interacción con un entorno cambiante (como el concepto dinámico de salud). Hemos considerado por tanto necesario adaptar el aprendizaje de la salud pública a la realidad de la enfermería comunitaria, iniciando esta forma de entender el proceso salud-enfermedad desvinculándola de la fisiopatología (para la cual todavía no tienen suficientes conocimientos) y asociándola a grupos etáreos, que les pueden servir de guía para construir el conocimiento enfermero.

Dentro de los problemas encontrados, el más difícil de salvar ha sido nuestra propia formación, basada en la adquisición de conocimiento acerca de patologías y dentro de cada una de ellas identificar edad y sexo de afectación. Hemos tenido que invertir el proceso para poder trasladar al estudiante esta visión innovadora de la salud comunitaria que pensamos le será más útil en la realidad actual de su futura profesión¹¹.

Respecto a este primer problema encontrado tenemos que citar alguna experiencia vivida con los alumnos en el desarrollo de la asignatura, que a primera vista se puede considerar un error de las profesoras, pero que teniendo en cuenta el objetivo de nuestra metodología de trabajo durante el curso académico 2008-2009, se puede considerar todo un éxito:

En la exposición por parte de un grupo de alumnos del tema de salud en la adolescencia, a algunos de ellos les llamó la atención que las profesoras no hubiéramos incluido una patología producida por un virus cuya epidemiología afecta de forma frecuente a este grupo de edad, en concreto la enfermedad llamada Mononucleosis infecciosa. Ellos lo asumieron como trabajo realizado para completar los apuntes...

En este caso en concreto no se hizo a propósito para que los alumnos se dieran cuenta y completaran la materia, sino que todavía las profesoras nos estamos planteando si deberíamos introducirlo en las presentaciones que se les entregan a través del campus virtual a modo de guía en el curso que viene o estar expectantes ante el trabajo que realicen de los alumnos.

La conclusión que se puede extraer de esta experiencia vivida es que ciertamente al enfocar la salud de la comunidad por grupos de edad y desde esta clasificación los alumnos de primero de grado de enfermería han sido capaces de tener una visión global de la salud de cada grupo y encuadrar en ellos desviaciones de la salud a partir de fuentes de información donde se les explican las patologías en orden inverso ya que en las fuentes habituales de salud pública y enfermería comunitaria se aborda la salud por tipos de enfermedades (según lo expuesto en la tabla 2). Han conseguido hacer lo que

para nosotras ha supuesto un problema a la hora de elaborar este proceso de aprendizaje.

Como crítica a este enfoque de la salud pública y comunitaria tenemos que decir que el intento de abordar todas las enfermedades prevalentes, infecciosas, mentales, enfermedades nuevas, etc. ordenándolas por grupos de edad nos ha llevado a contradecirnos en algunas ocasiones en el intento de razonar con el estudiante aquellas enfermedades cuya epidemiología no afecta a grupos concretos, teniendo que volver en ocasiones a estudiar cada enfermedad por separado dentro del marco general expuesto en el programa. Como ejemplo de esta crítica tenemos el caso de algunas enfermedades transmisibles o mentales de importancia en salud pública por su prevalencia e incidencia, en las que hemos matizado que pueden afectar a todos los grupos de edad.

Otro problema encontrado ha sido adaptar la información que ellos aportaron al nivel adecuado para los estudiantes de primero. La realidad es que actualmente los estudiantes manejan fuentes de Internet donde la información es exhaustiva y en ocasiones de dudosa fiabilidad y ellos todavía no tienen la capacidad para sintetizar y filtrar todos esos datos. Consideramos fundamental, debido al uso de metodologías activas en el aula, contemplar sesiones de búsqueda bibliográfica en el propio diseño de la asignatura. Aunque también entendemos que estas capacidades se van adquiriendo posteriormente a lo largo de la carrera y de su profesión.

En conclusión podemos resumir que la enfermedad no existe por si sola; aparece, siempre encarnada en alguien, y se reviste de las circunstancias de aquel a quien afecta. La experiencia clínica nos demuestra que aunque las enfermedades sean las mismas, cada persona enferma a su modo¹². De forma tradicional es fácil observar entre los estudiantes y jóvenes profesionales una curiosa convivencia de conocimientos técnicos apurados con una falta total de postura humanista, por faltar la formación necesaria para integrar estos conocimientos en su conjunto. Saber atender al paciente en todo su contexto, y no sólo sectorialmente (el desvío fisiológico que la técnica consigue medir), es uno de los desafíos de la formación de grado hoy en día en ciencias de la salud.

Anexo 1. Programa de la asignatura Salud Pública. Curso 2008-09

PARTE I. FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA.

Tema 1. Concepto de salud.

- 1.1 Determinantes de la salud.
- 1.2. Concepto actual de Salud Comunitaria: Salud y enfermedad.
- 1.3 Niveles de prevención.

Tema 2 Proceso de Salud y Enfermedad.

- 2.1. Causa y evolución del concepto de causalidad.
- 2.2. La asociación causal: causa suficiente y causa necesaria
- 2.3. Concepto y usos de la epidemiología: medidas de frecuencia y riesgo

Tema 3. Demografía:

- 3.1. Demografía estática
- 3.2. Demografía dinámica

Tema 4. Defensas naturales del ser humano.

- 4.1. Microbiota normal.
- 4.2. Conceptos de Inmunología. Sistema inmunitario natural y adquirido.
- 4.3 La inmunidad artificial: Vacunas.

PARTE II. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE EDAD:

Salud asociada a estilos de vida y enfermedades transmisibles.

Tema 5. Salud Materno infantil.

- 5.1 .Salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
- 5.2. Infección Urinaria en la embarazada.
- 5.3. Toxoplasmosis.
- 5.4. Enfermedades infecciosas más frecuentes en el parto.
- 5.6. El recién nacido: problemas de salud derivados de estilos de vida maternos y enfermedades congénitas más frecuentes.

Tema 6. Salud en la infancia

- 6.1. Salud en la edad pre-escolar y escolar.
- 6.2. Alergias: polinosis y alimentarias
- 6.3. Enfermedades transmisibles del tracto respiratorio superior.
- 6.4 Obesidad infantil
- 6.5. Prevención Primaria en la infancia: educación sanitaria y vacunación.

Tema 7. Salud en la adolescencia:

- 7.1 Principales problemas de salud y prevención primaria.
- 7.2 Infecciones de transmisión sexual.
- 7.3 Drogodependencias
- 7.4 Trastornos de la conducta alimentaria: Obesidad, Anorexia y Bulimia.

Tema 8. Salud en el adulto

- 8.1 Enfermedades Crónicas: cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, neoplasias, digestivas, mentales.
- 8.2 Enfermedades transmisibles.
- 8.3 Salud Laboral

Tema 9. Salud en el anciano

- 9.1 Principales problemas de salud y prevención primaria.
- 9.2 Enfermedades neurológicas y osteoarticulares degenerativas.
- 9.3 Gripe y Neumococo.
- 9.4 Infección nosocomial: bacteriemia y sepsis, infección respiratoria, infección por sondaje urinario y aislamientos.

Tema 10. Alimentación nutrición y salud pública.

- 10.1 Los principios nutricionales: dieta equilibrada.
- 10.2 Enfermedades transmitidas por los alimentos (zoonosis): salmonelosis, brucelosis, anisakis, triquinosis.

PARTE III. MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Tema 11. El ecosistema humano:

- 11.1 El medio rural.
- 11.2 El medio urbano.
- 11.3 Vivienda y salud.

Tema 12. Factores físicos , químicos y biológicos que influyen sobre la salud:

- 12.1 Factores físicos: el clima y su influencia en la salud
- 12.2 Factores químicos: Contaminación atmosférica
- 12.3 El agua
- 12.4 El medioambiente biológico: cadena epidemiológica, desinfección y esterilización.

CASO SALUD PÚBLICA: NECESIDADES DE SALUD DE UNA FAMILIA TIPO ESPAÑOLA.

A continuación aparecen descritos personas de un grupo social con diferentes características de salud, los estudiantes tendrán que identificar:

- **Grupos de edad**
- **Acciones preventivas en los diferentes grupos de edad**
- **Problemas de salud más frecuentes en cada grupo**
- **Educación para la salud y consejo sanitario**

Los Peláez López, Manuel y María, contaderos matrimonio en el año 1989. Tienen dos hijos, Jesica María e Iker Manuel. Completa la familia el padre de Manuel, Cipriano, que vive con ellos desde hace seis meses, fecha en la que enviudó y tuvo que trasladarse del pueblo a la capital.

Cerca de ellos vive la hermana de María con su marido, Teresa y Faustino Marcos, tienen un niño de meses, Oscar, y se acaban de enterar que viene otro hijo de camino. Teresa tiene unos vecinos, Omar y Fátima de origen magrebí, que desde hace un año viven en la puerta de al lado.

Todos ellos viven en un barrio popular del distrito centro de una capital de provincia española.

Manuel Peláez: varón de 45 años, trabaja como operario en una empresa de construcción de carreteras.

Ha acudido a realizarse el control de salud de su empresa donde se le ha detectado:

- Tabaquismo
- Sobrepeso
- Tensión arterial en 140//95
- Triglicéridos 333 mgr /dl
- Colesterol total 248 mgr/dl
- Y ligero aumento de transaminasas.

Se le recomienda acudir a su enfermera de atención primaria para seguir control y tratamiento. También se le ha recomendado pedir cita con el otorrino.

.

María López: Mujer de 40 años, ama de casa con estudios primarios, que acude a su centro de salud por tener desde hace tres días fiebre, tos y pérdida de apetito.

Después de la valoración el médico decide derivarla al enfermero para seguir control de su patología e introducirla en el programa de salud e la mujer, que se está llevando a cabo en el centro.

Jessica María Peláez López: Mujer de 17 años de edad, acude al instituto de educación secundaria y repite curso. Acude al servicio de urgencia solicitando anticoncepción de emergencia y desde allí se le indica que debe acudir a su matrona de atención primaria para seguir exámenes de salud y anticoncepción reglada.

Iker Manuel Peláez López: varón de 11 años, acude al colegio. Su madre le lleva al pediatra para seguir las revisiones del programa del niño sano. Además quiere consultar, que en el colegio recientemente le han hecho una revisión médica donde le han pinchado en un brazo y se le ha producido una induración mayor 10 mm.

Cipriano Peláez Matas: varón de 81 años, oriundo de una aldea del interior. Desde que vive en la ciudad no sale de casa y su única actividad es ver la televisión y pasear en solitario cuando sus hijos le insisten. Cuando llegó puso al día su tarjeta sanitaria y ya ha ido varias veces al centro de salud para recoger tratamiento farmacológico y seguir control de enfermería.

Teresa López: mujer de 25 años que acude al centro de salud para recoger resultados de la prueba de embarazo, que ha dado positiva y se la deriva a consulta de embarazo de bajo riesgo. Teresa trabaja de limpiadora en unos grandes almacenes

Faustino Marcos: varón de 29 años que trabaja como administrativo en una empresa privada, acude a consulta a su centro de salud por referir insomnio y palpitaciones. Últimamente en su empresa se habla de reestructuración.

Oscar Marcos López: varón de 18 meses que acude a la guardería del centro donde trabaja su madre. Cuando Teresa le ha ido a recoger le han entregado una carta donde se le recomienda que acuda a su centro de salud para quimioprofilaxis de la meningitis.

Fátima El Haydir: mujer de 20 años que casi no habla español, por lo que Teresa le acompaña a su centro de salud para explicar que desde hace 2 días tiene picor al orinar.

Omar El Haydir: varón de 27 años que trabajaba en la construcción y que actualmente está ingresado en el servicio de traumatología por una fractura abierta como consecuencia de un accidente laboral. Presenta:

- Fiebre con escalofríos superior a 38 grados.
- Herida sucia

Hipotensión y taquicardia

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Piédrola Gil el at. Medicina Preventiva y Salud pública. Cap. 1. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. 11ª edición. Ed. Elsevier Masson. Barcelona 2008.
- 2- Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México DF: Siglo XXI; 1980.
- 3- Winslow CEA. The evolution and significance of the modern public health campaigns. New Haven: Yale University; 1923.
- 4- Ley de 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias (BOE nº 280, de 22 de noviembre).
- 5- Asociación de Enfermería Comunitaria. Valencia: AEC; 2004 (actualizada el 12 junio 2007). Disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org>.
- 6- Dreyfus, SE. The five-stage model of adult Skull acquisition. Bulletin of Science Technology Society 2004; 24; 177. DOI: 10.1177/0270467604264992.
- 7- Leach, DC. Competence is a habit. JAMA.2002; 287:243-244. Pág.244.
- 8- Benner P. Practica progresiva, reflexiva en enfermería. Ed. Grijalbo. Barcelona 1987: Pág. 65
- 9- Benito A, Cruz A. Nuevas claves para la docencia universitaria en el espacio europeo de educación superior. 2ª edición. Ed. Narcea. Madrid 2007.
- 10- Klenowski, Val. Desarrollo de portafolios para el aprendizaje y la evaluación 3ª edición. Ed. Narcea. Madrid 2007.
- 11- Colom A.J.: La (de) construcción del conocimiento pedagógico. Nuevas perspectivas en teoría de la educación. Ed. Paidós. Barcelona 2002.
- 12- González Blasco P, Serrano Días M, Pastushenko J, Altisent Torta R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado?. Reflexiones sobre experiencias docentes. Atención Primaria. 2009; 41(2):103-108.