

Desarrollo de un programa de formación continuada de Enfermería en atención de urgencias hospitalarias en Nicaragua

Implementation of a continued training program for nurses working in emergency wards in Nicaraguan hospitals

Amelia Amezcua Sánchez, Coordinadora de Proyectos de FUDEN Cooperación. Convocatoria pública 2002 del Exmo. Ayuntamiento de Madrid para la concesión de ayudas para la realización de proyectos de cooperación en Madrid y en países en vías de desarrollo

Correspondencia:

Amelia Amezcua Sánchez
Departamento de Cooperación
Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN)
Cuesta de Santo Domingo, 6, 4ª pta
28013 Madrid
meliamezcua@yahoo.es

RESUMEN

Nicaragua es uno de los países centroamericanos donde la "Fundación para el desarrollo de la Enfermería", FUDEN, lleva más años trabajando en proyectos de cooperación al desarrollo. Partiendo del convencimiento de que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, la filosofía de acción de FUDEN dentro de la cooperación al desarrollo se basa en potenciar el desarrollo enfermero, como agente promotor para el desarrollo humano. La Dirección Nacional de Enfermería de Nicaragua, solicitó la capacitación del personal de enfermería de los servicios de Urgencias-Emergencias de sus Hospitales Públicos, y junto a ellos, FUDEN diseñó un proyecto de cooperación con dos objetivos: mejorar la calidad de la atención de enfermería en los servicios de urgencias de 4 hospitales públicos de los departamentos de Estelí, Matagalpa y Madriz, e implantar un programa de formación continuada en atención de enfermería de urgencias y emergencias en los mismos. El proyecto fue co-financiado por el Ayuntamiento de Madrid, en su convocatoria del 2002. Enfermeros españoles se desplazaron a Nicaragua para valorar las necesidades formativas de las enfermeras nicaragüenses, los recursos, y el contexto donde prestaban sus cuidados, y en base a ello, diseñaron la estrategia de formación. Los resultados obtenidos han cubierto los objetivos planteados en la formulación del proyecto y se ha implantado un programa de formación continuada en los hospitales diana. En la actualidad el proyecto se está reproduciendo en otros departamentos de Nicaragua para dar cobertura a todo el país, con la misma metodología y estrategia de acción.

Palabras clave: Cooperación, enfermería, Nicaragua, formación continuada

ABSTRACT

Nicaragua is one of the main countries in central America where the "Fundación para el desarrollo de la Enfermería" (FUDEN) is carrying out developing projects. Since health is an essential right for every human being, the philosophy of the FUDEN developing projects is aimed to enforce nursing development as an strategy of promoting human development. The Nicaraguan National Nursing Direction asked for help in order to train Nicaraguan nurses working in emergency wards of public hospitals. In collaboration with FUDEN a cooperation project was designed. This project was aimed to improve the quality of nursing care in the emergency wards of 4 public hospitals within 3 different communities in the country (Estelí, Matagalpa and Madriz), as well as to implement a continued training program. The project was supported by FUDEN and Ayuntamiento de Madrid (2002). Spanish nurses went to Nicaragua and evaluated training needs of Nicaraguan nurses, resources available and social and health context. According to the evaluation results a training program was designed. All project objectives were reached and a continued training program was been established in all the 4 hospitals. Nowadays, this project is being implemented in other areas of the country.

Key words: Cooperation, Nursing, Nicaragua, continued training

INTRODUCCIÓN

Nicaragua se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano, limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica y tiene costas en los océanos Atlántico y Pacífico. Su superficie es de 135.811 km², representa cerca de un tercio de América Central. El sector agropecuario es el eje productivo del país y la población se estima en 5,5 millones de habitantes (datos del 2003, OPS) y crece a una tasa anual de 3.2%, una de las más altas de América Latina. De acuerdo con el informe 1997 del PNUD, Nicaragua ocupa el lugar 127 (el segundo más bajo de Latinoamérica después de Haití), con un Índice de Desarrollo Humano de 0.530. De hecho, según señala la OPS en sus Indicadores Básicos 2003 sobre la situación de la salud en las Américas, el 82,3% de la población se encuentra bajo la línea internacional de pobreza y el 67,5% de la población mayor de 15 años, es analfabeta.

El país está constituido por 15 Departamentos (división del país similar a nuestras provincias) y 2 Regiones autónomas. Los departamentos de Estelí, Matagalpa y Madriz, se ubican en la región centro-norte de Nicaragua. Estelí es uno de los departamentos más ricos por su situación privilegiada para el comercio, aunque fue uno de los departamentos más devastados en Nicaragua después del huracán Mitch. En él existen dos hospitales públicos, uno de nivel primario (en La Trinidad) y otro con un mayor nivel de especialización. Matagalpa es un departamento de mayor superficie, con una población eminentemente rural que tan sólo cuenta con un único hospital público de nivel secundario, mientras que el departamento de Madriz, cuenta también con un único hospital público. Existen por tanto 4 hospitales públicos en los tres departamentos diana en los que se desarrolló este proyecto.

En cada uno de los hospitales existe un servicio de urgencias general, donde se atiende a toda la población, incluida la pediátrica, y a todas las especialidades: gineco-obstetricia, cirugía, traumatología... etc, si bien es cierto, que existen áreas físicamente independientes para la atención pediátrica, obstétrica (prelabor, labor y parto) y área general. En dichos servicios existe personal médico de las diferentes especialidades y personal de **enfermería**: licenciadas y auxiliares, siendo éstas últimas las que principalmente prestan asistencia en estos servicios. Existe casi el doble de personal médico, que de enfermería: en el país la razón de médico por 10.000 habitantes era de 6.2 en 2000, mientras que de enfermeras profesionales, era de 3.3.

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas: la población que se encuentra a más de 30 minutos de camino a pie de una unidad de salud es de solo 13% en Managua y 8% en otras zonas urbanas del país. En el área rural la situación cambia radicalmente, ya que el porcentaje de población que se encuentra a más de dos horas de camino a pie de estos servicios es muy alto, incluso, la distancia puede llegar a suponer hasta días de camino a pie para determinados sectores de la población que viven en comunidades ancladas en las montañas, como ocurre en el hospital de Matagalpa.

Los usuarios pagan una parte significativa del total del costo de los servicios de salud, aun en el sector público. Este pago por servicios en las instalaciones públicas, que supone la compra por parte del propio enfermo o sus familiares desde la jeringuilla necesaria para la administración de un medicamento hasta el propio medicamento, condiciona el uso que se hace de los servicios de urgencias. Así, en las áreas rurales pobres de Nicaragua, las familias manifiestan mayor enfermedad pero menor búsqueda de atención, en comparación con las de las áreas urbanas de Nicaragua que tienen mayores ingresos y demandan más asistencia.

La filosofía de acción de la **Fundación para el desarrollo de la Enfermería (FUDEN)** dentro de la cooperación al desarrollo se basa en potenciar el desarrollo enfermero, como agente promotor para el desarrollo humano. Partiendo del convencimiento de que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, FUDEN promueve acciones dentro del campo de la cooperación al desarrollo que permitan garantizar este derecho fundamental de las poblaciones a través de la mejora de los cuidados prestados por el personal de enfermería.

La función principal que FUDEN adquiere en este contexto, es hacer realidad la acción social de desarrollo, situando a los actores en un mismo escenario en el que, por su interacción, se pueda originar el cambio. Es como el *director de la obra*, por un lado identifica las necesidades de la población en materia de salud (objetivos y beneficiarios) a través del personal de enfermería que las atiende y de las autoridades sanitarias (agentes, actores que han de promover y apoyar el cambio), y junto a ellos, diseña la estrategia de acción, es decir, un proyecto de cooperación, que ha de conseguir una cofinanciación para su ejecución (financiador del proyecto).

El **Ministerio de Salud Nicaragüense (MINS)** tiene como función coordinar y dirigir la política de salud en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. A él pertenece la **Dirección Nacional de Enfermería**, autoridad sanitaria que constituye la contraparte local del proyecto, y por tanto, uno de los actores principales en los proyectos de cooperación, puesto que ellos proponen, promueven y apoyan la acción para el desarrollo. Los proyectos de desarrollo necesitan un impulso de las autoridades del país para garantizar su viabilidad, deben de insertarse en las políticas sanitarias, en las líneas estratégicas propuestas por los poderes públicos del país, para lograr el impacto deseado, puesto que los esfuerzos de mejora se aúnan y retroalimentan de este modo. Ellos aportan gran parte de sus recursos a los proyectos (liberación de carga asistencial de las enfermeras, aulas,

material...), pero sobre todo garantizan con su apoyo la sostenibilidad de la acción de desarrollo en el tiempo, en tanto que adquieren esta responsabilidad como acción principal en el proyecto.

El este proyecto, el cofinanciador fue el **Ayuntamiento de Madrid**. La Dirección Nacional de Enfermería de Nicaragua, como contraparte local solicitó la capacitación del personal de enfermería de los servicios de Urgencias-Emergencias de los Hospitales públicos de Nicaragua, así como la asesoría en la elaboración de protocolos de atención a pacientes con necesidades urgentes. Sin embargo, la formación de forma puntual a un conjunto de profesionales no garantizaba un gran impacto en la mejora de la competencia profesional, por lo que se hizo necesario planificar un proyecto del que resultara una *estrategia de formación permanente: la formación continuada*. Para poder dar cobertura a todo el país, se agruparon departamentos, se diseñó el proyecto, y fue presentado por primera vez para los departamentos de Estelí, Matagalpa y Madriz en la convocatoria del 2002 al Ayuntamiento de Madrid, que concedió la subvención solicitada para proceder a la ejecución del mismo.

Los **beneficiarios** del proyecto, entendidos como los protagonistas de la acción y principal objetivo de su impacto, fueron, como en la mayoría de los proyectos que FUDEN realiza, el personal de enfermería y, de forma indirecta, la población general del país. Los beneficiarios del proyecto son los que deben de marcar el ritmo y las estrategias de las acciones de desarrollo, y para ello, nunca se debe olvidar el lugar que ocupan en el escenario de la acción social, para que desde su posición, y no desde otra externa que queramos imponer, se inicie el cambio hacia el desarrollo.

OBJETIVO

Garantizar una oferta de cuidados de enfermería, en función de las demandas que tienen en sus servicios de urgencias y los "recursos" (en su sentido más amplio: materiales, simbólicos, sociales...) de los que disponen (adaptación a su realidad).

METODOLOGÍA

La ejecución del proyecto la podemos dividir, a efectos ilustrativos, en las fases del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), aunque, como en éste, todas las fases se retroalimentan.

1. Valoración del contexto y de los beneficiarios directos e indirectos, en el servicio de urgencias de los hospitales diana, enmarcada siempre en el esquema anteriormente expuesto sobre los beneficiarios. Para ello, dos expertos en urgencias, uno en adultos y otro en pediatría, enfermeros españoles, marcharon al escenario de la acción.

- Metodología: Observación-acción en los hospitales (*observación participante*) y entrevistas al personal de enfermería y a la población atendida, mediante una guía elaborada de recogida de información. Los dos expertos en urgencias permanecieron durante 2 semanas aproximadamente en los hospitales diana haciendo una valoración de la atención de enfermería de los servicios de urgencias, al tiempo que prestaban sus servicios en dichos lugares.

Esta metodología, además de cubrir el objetivo de la valoración, aporta un doble beneficio: para el cooperante le permite insertarse en la nueva cultura de la población y de los colegas enfermeros, discursos, conceptos, recursos..., amortiguando el "choque cultural" del recién llegado a un nuevo contexto. Pero además permite un aprendizaje en dos direcciones, puesto que al prestar sus servicios como enfermeros durante este tiempo en la urgencia, también por imitación de modelo, las enfermeras nicaragüenses reciben formación.

- Resultados: La mayoría de las enfermeras que prestan sus cuidados en los servicios de urgencias son auxiliares con una formación muy básica, y no enfermeras profesionales, las cuales están en su mayoría dedicadas a actividades de docencia y gestión, no prestando labor asistencial en los servicios. Esto se traduce en un ejercicio de la enfermería experimental, basada en la ejecución de tareas pautadas por el médico, sin capacidad de acciones autónomas ni de análisis respecto a la ejecución de las mismas. Es decir, la enfermera se limita a hacer técnicas, canalizar vías, poner aerosoles, tomar constantes y administrar medicación, exclusivamente, sin que en la mayoría de los casos maneje la información clínica suficiente sobre el paciente para conocer qué cuidados necesita. La valoración inicial la realiza el médico, que ordena el tratamiento oportuno a la enfermera, que además, por la gran carga de trabajo, no permite que ésta se detenga en la valoración del paciente, ni en dar educación sanitaria ó establecer qué cuidados garantizan el bienestar del mismo. Los déficit encontrados en los cuidados que prestan son:

- Disponibilidad de más médicos que enfermeras en el servicio
- No ejecución de determinadas técnicas (sondajes, suturas)
- Ausencia de relación entre la valoración del estado del paciente y la clínica que presenta con los cuidados derivados del mismo.

Sin embargo, durante los turnos de tarde y noche, la atención del servicio de urgencias se reduce al personal de enfermería, una o dos según los casos, y algún medico general que normalmente presta

sus servicios también en el resto del hospital. La atención del servicio de urgencias por tanto queda en manos de un personal de enfermería que ha de estar capacitado para el manejo de los pacientes hasta la llegada del facultativo, y que sin embargo no lo está y en la mayoría de los casos no emprende acciones hasta que el médico acude y ordena. En determinadas circunstancias vitales, la actuación de enfermería cobra una importancia relevante para la salud de las poblaciones que atienden, para la que sin embargo no están capacitadas.

En relación con la población atendida llama la atención lo poco demandantes que son de información respecto a su estado de salud, técnicas y cuidados que se realizan. En su mayoría adoptan una posición pasiva sin que se les permita ninguna capacidad de decisión respecto a las posibilidades terapéuticas, y no adoptan una actitud de exigencia ante los profesionales que les atienden. Su principal y lógica preocupación es si podrán hacer frente a los gastos derivados de la consulta médica, ya que han de sopesar el coste para la economía de la familia que ello puede suponer: quizá para salvar a uno de sus miembros, van a desfallecer el resto... La cotidianeidad de estas situaciones, como por ejemplo de la mortalidad infantil, les hace adoptar determinadas decisiones como estrategia de supervivencia que no pueden comprenderse sin analizar el entramado socio-cultural en el que se encuentran. Es el principal choque cultural del experto en urgencias español, acostumbrado a una población demandante de información, y que exige atención inmediata.

Los principales motivos de consulta en la población adulta eran heridas por arma blanca, traumatismos, accidentes e intoxicaciones, aumentando todas ellas en los fines de semana. En la población infantil, los principales motivos de consulta fueron las diarreas, dificultad respiratoria, fiebre, traumatismos y quemaduras. De nuevo diferencias remarcables condicionadas por el medio en el que viven estas poblaciones: mientras que en las urgencias pediátricas españolas uno de los motivos de consulta principales son las intoxicaciones accidentales por fármacos u otros productos de uso domésticos, la inexistencia de los mismos en los hogares nicaragüenses les hace escapar de este problema. En los adultos sin embargo existe un alto número de casos de intentos de suicidio mediante intoxicación con organofosforados, usados habitualmente como insecticida doméstico en los hogares de las zonas rurales y conocido como fosfina o "pastilla del amor", debido al uso que, en su mayoría, las mujeres suelen darle.

La pirámide poblacional corresponde con la de una sociedad eminentemente joven, con una esperanza de vida muy por debajo de la española. Ello hace notar la ausencia de "nuestros" motivos de consulta por patología crónica, pero no sólo en adultos, también en la población infantil, cuyas probabilidades de supervivencia ante cualquier patología de larga evolución es tan limitada que no les permite cronificarse.

2. Actuación: Se elaboró un curso de formación en atención de enfermería de urgencias en base a esta valoración, con objeto de que respondiera a los déficit identificados y se adaptara a la realidad de las demandas de cuidados de los servicios de urgencias y garantizara una atención de enfermería de calidad en los mismos. Al mismo tiempo, uno de los objetivos de nuestra acción fue establecer una cadena de formación continuada a través de la formación de formadores, con el objetivo de que aumentase el número de enfermeras formadas y el proyecto fuera autosostenible. Esto implicaba lograr una alta motivación en el personal que asistiera al curso, dotar con los recursos didácticos necesarios y conseguir, de la dirección de los hospitales, el apoyo de la formación continuada de enfermería. El personal de los 4 hospitales de los 3 departamentos se agrupó en uno de ellos para la ejecución de la capacitación.

- Metodología didáctica: Se estableció una duración del curso de dos semanas, con una duración total de 80 horas. Los principales ejes del curso impartido fueron:

- Elaboración del manual de atención en urgencias que recogiera los principales temas a impartir. Tras la valoración de los déficit formativos del personal de urgencias se optó por abordar los principales motivos de consulta. Partiendo del motivo de consulta se establece valoración de la gravedad del problema consultado, y tras eso, los principales cuidados y técnicas de enfermería que de ese problema de salud pueden derivarse. Ej: ante el niño con vómitos y diarrea → valoración de los signos de deshidratación: cuáles son y cómo los valoro → determinación de la gravedad: atención urgente o no urgente → hidratación oral o por vía venosa: técnicas, cuidados de enfermería derivados, educación sanitaria a los padres. El objetivo era que analizaran el por qué de las técnicas que ejecutaban, los signos de gravedad o mejora a evaluar, y los cuidados de enfermería, para lo cual, se elaboraron los manuales con esta metodología.
- Indicadores de la formación: El triage o clasificación de pacientes como función principal de la enfermería, el protagonismo de la atención de enfermería en la RCP y la organización del box de críticos. De las conclusiones extraídas de la valoración anteriormente descrita, una de las más alarmantes era lo que acontecía durante el turno de tarde y noche en los servicios de urgencias, durante los cuales, la enfermera se encontraba prácticamente como única responsable del servicio de urgencias. Por esto se decidió hacer especial hincapié en la importancia de saber evaluar la gravedad de los pacientes a su llegada al servicio de urgencias, (triage) y las maniobras de RCP básica, como garantías de inicio de una atención de urgencias de enfermería.

- Organización de las clases: el grupo de alumnas se aleatorizó en dos grupos, aunque garantizando una distribución homogénea del personal de los cuatro hospitales en ambos. Los profesores de adulto y pediatría se iban intercambiando a los grupos, de tal forma que las alumnas iban alternando los contenidos teóricos de adultos y pediátricos, lo que permitía una dinamización de las clases y una mejor atención por parte de las mismas. Tras el descanso, comenzaban los talleres prácticos para el desarrollo de habilidades, parte que se consideró fundamental del curso, y que se hacía con una participación activa de las alumnas: una de ellas explicaba una técnica, y luego el profesor reforzaba y modificaba sobre su comportamiento. Esta metodología permitía no explicar técnicas con recursos de los que luego carecían, sino partir de su trabajo real y aportar calidad al mismo, pero además permitía evaluar la capacidad docente de cada alumna, fundamental para implantar la cadena de formación continuada.
 - Test de garantía: Se diseñaron unos test para medir objetivamente los conocimientos y la calidad del proceso docente (profesores, temario....)
 - Recursos empleados: los manuales en papel, maniqués de prácticas y material clínico, transparencias, diapositivas y bibliografía, fueron utilizados durante el curso impartido por los expertos expatriados y donado a los hospitales. Además, para garantizar la replicación del curso por parte del personal formado, se equipó con el material necesario a cada hospital: retroproyectors, ordenadores, juegos de transparencias, pizarras.... quedando establecidas comisiones docentes en cada hospital que se responsabilizaron del mismo para impartir las clases.
- Resultados: El curso fue evaluado muy positivamente por el personal que recibió la capacitación, pero hubiera sido deseable que las responsables de docencia de todos los hospitales hubieran asistido, y no solo la del hospital sede del curso. Sin embargo, se notó su valiosa colaboración y los compromisos personales y profesionales adquiridos de implantar la cadena de formación continuada, al implicarse activamente en el curso. También se valoró de forma importante la asistencia al curso de las jefas de sala de los servicios de urgencias, ya que a la hora de promover cambios en los servicios, como por ejemplo diseñar e instaurar protocolos, son las impulsoras de los mismos. La motivación conseguida en el personal de enfermería capacitado, la seguridad y protagonismo que tiene la actuación de este personal para dar respuesta a las demandas de salud, fue uno de los mayores logros de la capacitación.

3. Evaluación de las acciones realizadas y del impacto del proyecto.

- Metodología: A los 6 meses de la capacitación se recurrió de nuevo a la observación-acción en los hospitales (observación participante) y entrevistas mediante guía elaborada con objeto de medir los principales indicadores del impacto: realización de triage, protocolos establecidos, atención de enfermería en la RCP y organización del box de críticos. Los expertos evaluadores, volvieron a hacer una gira por los servicios de urgencias de los hospitales diana, observando los cambios acontecidos en los mismos en relación a los indicadores anteriormente señalados. Asimismo, entrevistaron a las direcciones y a las enfermeras formadas, en relación con sus percepciones de mejora de la calidad de la atención de enfermería. Para ello, además de la gira de observación "in situ" de los cambios, se pasó un test, y se hizo una reunión de tres días con las enfermeras formadas, y también en esta ocasión, con las responsables docentes de los centros. El objetivo era evaluar el desarrollo de la cadena de formación continuada: dificultades, recursos deficitarios.... Se crearon grupos de trabajo durante estos días para analizar diversos aspectos de la formación continuada: horas, contenidos, test de conocimientos, préstamo de maniqués... y se elaboró un manual de consulta con todos estos contenidos.
- Resultados: En relación con el impacto de la formación sobre aspectos clave (triage, RCP, box de críticos, protocolos y formación continuada) se observó:
- Tres de los cuatro hospitales habían establecido un espacio de filtro o lugar de triage o clasificación, aunque sólo en uno de ellos la enfermera era la única responsable de la realización del mismo. En otro de los hospitales se estaba debatiendo a quién correspondía la realización de esta actividad, si al médico o a la enfermera, y vimos la defensa que las enfermeras formadas hacían de su capacidad para ejecutar dicha actividad en base a la formación recibida.
 - Dos hospitales habían organizado el box de críticos en función de un protocolo de atención de enfermería en la RCP (disposición de la camilla, material de vía aérea y vía venosa etc), incluso habían hecho el protocolo en póster en uno de ellos. En otro de los hospitales no se había organizado el box ni se había establecido protocolo de RCP, sin embargo, una donación les había dotado de un pulsioxímetro, un electrocardiógrafo y un desfibrilador. El manejo de ellos se había delegado en las enfermeras que recibieron la capacitación. El hospital más pequeño, La Trinidad, no dispone de espacio físico para el box de críticos, pero había organizado el material necesario de la RCP en maletines para garantizar su accesibilidad y uso en caso necesario.

Amelia Amezcua

- En relación con los programas de formación continuada, tres de los cuatro hospitales habían reproducido la capacitación con sus compañeras, con buenos resultados y utilizando los recursos donados en la anterior fase del proyecto que los consideraron de enorme utilidad. Las ahora docentes, se habían sentido muy satisfechas con la realización de los mismos y con preparación para la docencia, y estaban planificando los siguientes. No habían hecho informes de tales capacitaciones, ni habían consensuado test de medición de conocimientos, ni establecido las próximas capacitaciones en ninguno de ellos. Se establecieron todos estos aspectos en los grupos de trabajo creados en la reunión, implantándose el programa de formación continuada en urgencias en los tres departamentos, el cual comprometía dos cursos de urgencias por año en cada hospital y uno monográfico anual sobre Reanimación Cardiopulmonar.

CONCLUSIONES

La **etapa de valoración**, mediante la observación participante de los expertos, se configuró como absolutamente necesaria y determinante, tanto por el choque cultural de los expertos, como para la adecuación del cursos a las necesidades sentidas por el personal de enfermería y la población general. A partir de ella deben diseñarse los cursos y la estrategia de implantación de la formación continuada.

La implicación de las responsables de docencia, jefas de sala y dirección de los hospitales desde la etapa de valoración en el proceso es de vital importancia para dotar de **sostenibilidad** al proyecto, sin olvidar el apoyo a nivel central (MINSAs).

La enfermería de estos países, se encuentra en una posición social con escaso prestigio debido a muchos factores, entre otros, el problema de género subyacente, ya que se trata de un colectivo mayoritariamente femenino que no escapa a los valores predominantes en su sociedad. La formación, conduce a un "empowerment" de la enfermería que pone de manifiesto su protagonismo en la salud de las poblaciones. El tomar conciencia de esa importancia como colectivo, pasa por sentirse útiles y con capacidad en su trabajo como enfermeras, y este ha de ser un **objetivo** a transmitir por los docentes en los proyectos.