

# LA ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION FAMILIAR<sup>1</sup>

Elizabeth N. Edmands, R. N., M. A.<sup>2</sup>

*La enfermera, por sus conocimientos teóricos y prácticos, por su comprensión, y por su deseo de atender y ayudar a sus pacientes puede aportar una importante contribución a los programas de planificación familiar.*

## Introducción

Durante el breve período en que se han puesto en práctica los programas de planificación familiar, las enfermeras de todo el mundo se han visto obligadas a adaptar sus conocimientos básicos a fin de participar activamente en los aspectos de educación y prestación de servicios de estos programas. En muchos lugares estas actividades han sido una consecuencia natural de la labor de las enfermeras relacionadas con mujeres en edad de concebir. En otros, ha sido necesaria una mayor conciencia de la relación entre la planificación familiar y los cuidados generales de salud del individuo y la familia.

Tal vez ninguna otra profesión de la salud tenga tanta oportunidad de divulgar los conocimientos de la planificación familiar. La enfermera se encuentra en todas partes—en hospitales, consultorios, escuelas, la industria, centros de salud, clínicas médicas, el hogar—y al mismo tiempo constituye un miembro de su propia comunidad. Asimismo comprende los problemas que trae la prosperidad y las frustraciones de la pobreza. Tradicionalmente se recurre a ella en momentos difíciles. El objetivo de su profesión ha sido el de aplicar conocimientos de alta calidad con cariño y compasión.

En esta época en que se acentúa la importancia de la medicina preventiva se han agregado nuevos elementos al papel de la enfermera. Así, esta se ha convertido en educadora, localizadora de casos, consejera, protectora y ejecutora de programas encaminados a reforzar la salud de la población. La enfermera trata de atender a los necesitados e informarles acerca de los servicios disponibles, ofrece conocimientos básicos, dirige a los pacientes hacia donde deben recibir atención, interpreta y explica las órdenes del médico y le ayuda a administrar tratamientos. La enfermera, independientemente de que preste servicios en un hospital, en un centro de salud o en la comunidad, no puede dejar de observar la relación que existe entre la salud física y el bienestar emocional y social del individuo. No hay enfermera que en algún momento no haya atendido a una mujer que no deseaba el embarazo o para quien este acontecimiento fue motivo de tragedia médica o social. Los productos de estos embarazos, es decir, los hijos no deseados, a menudo comparten con creces esos problemas.

## Localización de casos

En numerosas publicaciones se ha tratado el tema de los componentes de un buen servicio de salud materna, es decir, examen de salud y consultas premaritales, evaluación antes de la concepción, cuidados prenatales, parto, atención puerperal, planificación familiar y cuidados en los períodos que median entre los embarazos. Muchos médi-

<sup>1</sup> Versión revisada y actualizada del artículo publicado en *Manual of Family Planning and Contraceptive Practice*, M. S. Calderone (ed.). Baltimore: The Williams and Wilkins Co., 1970. Publicado también en inglés en *Bulletin of the Pan American Health Organization* Vol. VIII, No. 3, 1974.

<sup>2</sup> Profesora Asociada de Enfermería de Salud Pública y Salud Maternoinfantil, Centro de Población de Carolina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, N.C., E.U.A.

cos y servicios modernos de salud reconocen la interrelación de estos componentes, y si no pueden ofrecer todos estas atenciones enviarán a los pacientes a otros servicios donde puedan recibirlos. Por evidente e importante que sea esta interrelación para las personas encargadas de los cuidados de maternidad, los motivos y los recursos disponibles deben ser dados a conocer a las posibles aceptantes del servicio de planificación familiar. En el programa de salud maternoinfantil, se ofrecen a la enfermera numerosas oportunidades de iniciar una conversación que permita determinar la disposición e información de la paciente y correlacionar sus enseñanzas con las que ofrece el médico u otro personal de salud en contacto con la interesada.

En un estudio (1) se observó que los médicos y las enfermeras se resistían a abordar el tema de la planificación familiar por temor a ofender a la paciente. En otro estudio (2) realizado aproximadamente en la misma fecha pero en otro lugar, se pidió la opinión de las madres acerca de quién debería iniciar el tema. En la inmensa mayoría de los casos (92% de 181 mujeres), la respuesta fue que la iniciativa correspondía al médico o a la enfermera porque muchas mujeres ya era por timidez o por considerarlo engorroso no se atrevían a plantear el tema y muchas otras no sabían siquiera lo que debían preguntar. Por fortuna, en la mayoría de los lugares este abismo se está reduciendo y tanto los profesionales como las pacientes abordan la cuestión con más naturalidad.

Muchas enfermeras solicitan normas de orientación a este respecto. Con el fin de allanar la situación, una consultora de enfermería de un importante departamento de salud organizó en el programa de educación en servicio, conferencias sobre entrevistas relacionadas con la planificación familiar. Dicha consultora observó que para comunicarse con la paciente, las enfermeras necesitan emplear un vocabulario apropiado que se adapte al nivel de comprensión de la

cliente y utilizar información práctica que beneficie a la persona que la recibe. Son muchos los procedimientos que resultan naturales y que pueden adaptarse a las circunstancias de que se trate. Por ejemplo, durante el período prenatal pueden incluirse en una conversación general las numerosas clases de planificación (planificación de la asistencia médica, del parto, del nuevo hijo y del número y espaciamento de los hijos).

La experiencia ha demostrado que el período inmediatamente posterior al parto, antes de que la madre abandone la maternidad, es uno de los más apropiados para encontrar pacientes interesadas en la planificación de la familia. Si la estancia en la maternidad es breve, esta labor debe llevarse a cabo en el plazo de un día o dos. Cuando la enfermera atiende a la madre o admira al bebé, o cuando el marido los visita en el hospital, la enfermera tiene la oportunidad de suscitar el tema y de tratar y demostrar los diversos métodos disponibles, así como señalar los beneficios que tiene para la salud el espaciar los embarazos y cerciorarse de que la pareja cuenta con los medios y los conocimientos que le permitirán seguir los planes que la maternidad o el médico hayan prescrito para la atención puerperal y la planificación familiar. En muchas maternidades esta labor se ha incorporado también en una sesión de instrucción en grupo sobre los cuidados maternoinfantiles, antes de que la madre sea dada de alta.

Algunos médicos, considerando que no es prudente esperar seis semanas para la visita posterior al parto, prescriben a las pacientes un método anticonceptivo provisional o bien les colocan un dispositivo intrauterino antes de salir de la maternidad. Cualquiera que fuere el método empleado, la enfermera tiene la obligación de asegurarse de que la paciente lo ha entendido y de que tiene a quien dirigirse en caso de que surja alguna dificultad.

En algunos países la inmensa mayoría de las mujeres todavía dan a luz en el hogar, atendidas por una gran variedad de personas,

tales como parteras empíricas, obstétricas, enfermeras, auxiliares y miembros de la familia. Aunque la mayoría de estas mujeres amamantan a sus hijos y a menudo consideran que ello las protege de un nuevo embarazo, los estudios y la experiencia han demostrado que en el 65% de las mujeres lactantes la ovulación reaparece a las 24 semanas del parto y en el 50% incluso a las seis semanas (3).

El consultorio pediátrico y el centro donde se vigila la salud del niño son otros lugares donde se puede ofrecer información sobre la planificación familiar. Algunos médicos dejan en manos de la enfermera los consejos a este respecto. El envío directo de las pacientes a los servicios de planificación familiar ha resultado muy eficaz. Con frecuencia, cuando la madre está muy absorbida por el nuevo hijo, se siente sumamente motivada a dejar transcurrir cierto tiempo antes de tener el próximo.

Aunque los servicios tradicionales de salud materno-infantil son muy importantes como fuentes de localización de casos, deben crearse más programas que incluyan información sobre la planificación familiar y que permitan poner a la disposición de las pacientes los recursos necesarios para la regulación de la fecundidad en otros ambientes médicos y sociales. Por ejemplo, cuando el padre o la madre sufre de cáncer, cardiopatía, enfermedad mental, tuberculosis, enfermedad venérea o cualquier otro estado morboso incapacitante, la prevención o el aplazamiento del embarazo puede revestir tanta importancia para el progreso del enfermo como cualquier tratamiento médico. También pueden hallarse madres o padres interesados en la planificación familiar en los consultorios pediátricos o de retraso mental o bien en servicios de tratamiento de problemas del comportamiento. Además, el programa de enfermería de la comunidad se concentra en la familia, y la enfermera puede hallar numerosas oportunidades de ofrecer información sobre la planificación familiar a medida que de-

termina las necesidades totales de las familias que visita.

#### **Atención de enfermería y orientación recibidas durante la visita de planificación familiar en el consultorio**

Uno de los puntos de contacto más decisivos para la mujer que acude a una consulta de planificación familiar es la primera persona que conoce en la visita inicial. Este es el momento en que la disposición y el comportamiento del personal de enfermería preparan el terreno para que la interesada tenga la sensación de ser aceptada y comprendida y que alguien se preocupa de ella como individuo. En los centros de salud excesivamente concurridos, tal vez no sea posible que la enfermera salude a las pacientes antes de que sean admitidas; no obstante, puede tratar de que este primer contacto sea solícito y cordial.

Las mujeres que acuden por primera vez a la consulta para recibir los servicios de planificación de la familia adquieren una nueva experiencia educativa. Algunas estarán bien preparadas y solo necesitarán que la enfermera las anime y tranquilice un poco. De todas maneras, no hay que dar por supuesta estas circunstancias y por eso se debe sondear siempre el caso. Otras mostrarán un gran desconocimiento de la situación y se sentirán incómodas o aprehensivas. Durante la primera entrevista la enfermera evalúa el conocimiento de la cliente y trata de determinar sus valores culturales, étnicos y religiosos, así como también su grado de motivación. Es posible que en ese momento la enfermera tenga que ofrecerle información básica sobre los aspectos físicos y emocionales de la fisiología de la reproducción en términos apropiados y fácilmente comprensibles. La enfermera puede también indicarle los términos que debe conocer para poder formular preguntas, y tranquilizarla en el sentido de que es beneficioso que pregunten. Este es también el momento de informar a la mujer sobre los contraceptivos que puede elegir,

aclararle interpretaciones equívocas y explicarle procedimientos clínicos (4).

Muchas veces la segunda medida consiste en una sesión en grupo con nuevas clientes, la que suele estar dirigida por una enfermera o, en algún caso, por una educadora de salud o una asistente social. A veces pueden desempeñar esta función personas no profesionales, siempre que estén debidamente preparadas y sujetas a supervisión. Las sesiones en grupo tienen valor para informar a un gran número de personas en un breve período y para poner en contacto a las clientes con otras personas interesadas en la planificación de sus respectivas familias. En alguna ocasión las mujeres tímidas o retraídas se encuentran con que otras plantean las preguntas que ellas hubieran querido formular, y de esta manera reciben la respuesta sin revelar su propia falta de conocimiento.

Igualmente incumbe a la enfermera la función de determinar la necesidad del examen pélvico y preparación de la cliente. Si bien la mayoría de las mujeres ya se han sometido a esta clase de exámenes durante el parto, pueden encontrarse todavía algunas que son sumamente aprensivas y no entienden por qué son necesarias esas medidas.

La explicación del examen pélvico debe incluir información sobre la prueba de Papanicolaou porque, a menos que las mujeres conozcan el propósito de este procedimiento, con frecuencia llegan a la conclusión de que el método contraceptivo que han elegido puede producir cáncer u otras enfermedades. Durante el examen la enfermera o la auxiliar tiene la obligación de asegurarse primero de que la cliente está dispuesta, debidamente cubierta y lo más cómoda posible y, segundo, de colaborar con el médico para garantizar que puede procederse a un examen apropiado. Naturalmente, para ello se requiere tranquilizar a la cliente y disponer de los debidos instrumentos y equipo e iluminación suficiente. La enfermera o la auxiliar debe escuchar la conversación entre el médico y

la mujer con el fin de poder interpretar y reforzar las instrucciones que aquel le proporcione.

En la mayoría de los consultorios, una vez terminada la labor educativa, los exámenes de laboratorio, los consejos médicos y el examen físico y después que la cliente haya elegido el método contraceptivo, se concierta una entrevista final con la enfermera. Durante esta entrevista la enfermera examina todo lo que ha sucedido desde que la mujer entró en el consultorio, le pide que repita las instrucciones recibidas, le aclara y amplía cualquier información necesaria y toma las disposiciones para observaciones ulteriores. Si se elige un método distinto del dispositivo intrauterino, el material suele entregarse en esta ocasión.

En la medida de lo posible conviene y es sumamente valioso organizar una conferencia posclínica con el médico y las enfermeras del consultorio. En este momento se pueden estudiar las pacientes visitadas durante el día, discutir las que necesitan observación inmediata o ser enviadas a otro servicio para recibir atención más intensiva, evaluar la eficacia de los procedimientos, el mejor empleo del tiempo del personal y, probablemente lo más valioso de todo, efectuar un intercambio de información entre el médico y la enfermera, lo que ofrece una experiencia del aprendizaje para todos los interesados.

#### **Responsabilidades de seguimiento correspondientes a la enfermera**

La cantidad de personal profesional y de otra categoría disponible, los recursos del hospital y del centro de salud, el tipo de contraceptivo que se elija, la distancia que tiene que recorrer la usuaria para volver al consultorio y otras variables determinan los intervalos entre las visitas de seguimiento. En los consultorios pequeños dotados de poco personal es posible que la enfermera o la auxiliar de enfermería tenga que llevar el registro de visitas y otros formularios. Sin embargo, en algunos consultorios esta labor

corresponde a otro personal, tales como personas no profesionales o voluntarios.

En algunos programas se establece sistemáticamente una visita subsiguiente en el consultorio después de la primera; otros consideran que, cuando las circunstancias lo permiten, la visita domiciliaria es de importancia decisiva. Pueden encargarse de estas visitas enfermeras cuya área de responsabilidad incluya servicios de planificación familiar, salud pública o bien personal auxiliar local debidamente capacitado y supervisado. Cualquier clase de observación inmediata tiene por objeto prestar ayuda a la mujer antes de que tropiece con dificultades importantes y animarla a que continúe empleando el método contraceptivo o darle a conocer la existencia de otros procedimientos.

Algunos programas de planificación familiar cuentan con una línea telefónica directa u otros medios de fácil comunicación que ofrecen información y referencia de pacientes en casos de urgencia y tranquiliza a las interesadas. Este servicio es importante porque algunas de las mujeres que emplean por primera vez contraceptivos pueden experimentar efectos secundarios normales o fuera de lo común que adquieren proporciones gigantescas (reales o imaginarias) sino se calma su ansiedad o no se investigan los síntomas. Una persona no profesional que disponga de los datos pertinentes sobre cada usuaria puede encargarse del teléfono u otro servicio disponible; sin embargo, es importante que este servicio cuente con asistencia profesional. En algunos programas se ha calculado que una persona bien informada, no profesional, puede atender el 60 % de las consultas, el 30 % requiere personal de enfermería y solo un 10 % que necesita la opinión de un facultativo.

Se efectúan también visitas de observación domiciliarias en el caso de pacientes que no acuden a la cita en el consultorio. Cuando una mujer ha encontrado motivos suficientes para comparecer a la primera visita, generalmente ha tenido alguna razón para faltar a

la segunda o tercera cita. Estas razones generalmente no guardan relación con los aspectos médicos del régimen de planificación familiar sino que son de otra índole, por ejemplo, dificultad de transporte, obligaciones familiares, un horario inconveniente de consultorios, oposición por parte del marido u otros miembros de la familia, dudas inspiradas por otras mujeres, etc. Un motivo relacionado con los aspectos médicos de la planificación familiar puede ser el temor que acompaña a las complicaciones, tales como hemorragias, náuseas, vómitos, aumento de peso y cloasma. La averiguación del motivo por el cual la interesada no volvió al consultorio tiene tres ventajas: primera, pueden evitarse complicaciones médicas importantes; segunda, es posible que el centro de salud necesite cambiar algunos de sus procedimientos o métodos y tercera, se da la impresión a la mujer de que alguien siente un genuino interés por su bienestar. En una visita de observación posterior es muy importante adoptar una actitud de ayuda, y por ningún concepto se debe hacer sentir a la cliente culpable, descuidada o falta de cooperación. Cualesquiera que sean los recursos empleados para las visitas de observación subsiguiente conviene mantener la comunicación con la fuente original de atención en la planificación familiar, lo que con frecuencia corresponde a la enfermería.

#### **Cuestiones delicadas y controvertibles**

El rápido aumento de la población mundial ha ido acompañado de una enorme proliferación de nuevos conocimientos, ideas y conceptos. Temas que en una época eran tabú ahora se están discutiendo abiertamente. Los procedimientos tradicionales exigen una nueva evaluación para satisfacer las necesidades de la realidad actual. Las enfermeras se enfrentan con este problema en todos los aspectos de su labor, entre los que la planificación de la familia constituye uno de los principales ejemplos.

Al comienzo del decenio, las preocupaciones religiosas dominaban la situación rela-

tiva a la planificación familiar. En un artículo de una revista de enfermería se dio a conocer la opinión de una enfermera en los siguientes términos: "La definición del papel de la enfermera puede ser la misma para todos los miembros de la profesión, independientemente de su religión. Todas las religiones abogan por padres responsables, por la solidaridad del hogar y la familia y por la salud y bienestar familiar" (5). Otra enfermera, al referirse a los aspectos religiosos de la planificación familiar, afirmó que "no corresponde a la enfermera la decisión de si se deben emplear o no contraceptivos, ni tampoco la del método que se seleccione. Esta decisión incumbe a la interesada" (6). Ahora bien, la enfermera tiene la obligación de compartir los conocimientos públicos sobre la regulación de la fecundidad. Ella puede plantear el tema en términos generales cuando las circunstancias indiquen la necesidad de emplear algún método de planificación familiar y con la orientación del médico, puede ayudar a colocar dispositivos contraceptivos y a dar las instrucciones que él indique. Igualmente puede averiguar si el método de que se trate resulta satisfactorio para la paciente (7). Todas las enfermeras pueden ofrecer a conciencia el tipo de servicio indicado por las circunstancias del caso, sin relegar a segundo lugar las necesidades de la paciente.

En años recientes, se han acentuado en numerosos países los problemas de la ilegitimidad y los embarazos en la adolescencia. La importancia social del embarazo en una mujer soltera variará según las normas culturales y religiosas de la comunidad. Ahora bien, los aspectos médicos del embarazo en la adolescencia son muy manifiestos en función del riesgo para la madre y el hijo. El producto de la concepción de una muchacha soltera puede ser un hijo indeseado que empieza la vida dependiendo de personas que no están preparadas para atender las necesidades fundamentales de su crecimiento y desarrollo.

Algunas enfermeras encuentran difícil

atender con imparcialidad a una madre soltera y, sin embargo, esta puede estar muy necesitada de afecto y comprensión, de instrucciones precisas sobre el cuidado del niño y el suyo propio y de aceptación como persona. Para algunas enfermeras resulta aún más difícil orientar y aconsejar a la madre soltera en lo que se refiere a la contracepción o planificación familiar. En un esfuerzo por cambiar la situación de los embarazos ilegítimos, en algunos lugares se está tratando de proporcionar contraceptivos a las adolescentes sexualmente activas y nulíparas. Estos programas tropiezan con cierta resistencia por parte de algunas enfermeras que temen que esta política contribuya a fomentar la promiscuidad o la completa desintegración de las prohibiciones sexuales. Pero si la enfermera puede examinar nuevamente su función a la luz de sus objetivos profesionales, puede comprender que no le corresponde la decisión de prestar este servicio. Son las necesidades de cada mujer que determinan la decisión y, sobre esta base, la enfermera debe estar en condiciones de actuar con eficacia.

En una serie de países, ocupan camas hospitalarias pacientes con complicaciones resultantes de intentos de abortos provocados, ya sea autoinfligidos o inducidos ilegalmente. Las tasas de mortalidad materna son elevadas en numerosos países, y la causa principal es la hemorragia o la infección a consecuencia de un aborto provocado. Se observa una preocupación cada vez mayor por la magnitud de la práctica ilegal que infringe las normas de la ética médica y jurídica. En algunos países esta situación ha conducido a una mayor aceptación de la planificación familiar y, en algunos casos, ha dado lugar al establecimiento de una política gubernamental a este respecto como medida para combatir la elevada incidencia de abortos provocados, con sus graves consecuencias para la mujer.

En la actualidad se está procediendo a una nueva evaluación de una serie de procedimientos considerados anteriormente como

área exclusiva del médico, en función de la capacidad y responsabilidad de la enfermera. Entre ellos figuran los exámenes de la pelvis, la obtención de frotis para la prueba de Papanicolaou, la inserción de dispositivos intrauterinos y la administración oral de contraceptivos. En algunos países las obstétricas y enfermeras-obstétricas vienen efectuando estos procedimientos desde hace varios años. En fechas más recientes se han establecido unos pocos programas encaminados a preparar a la enfermera para esta ampliación de su papel. Ante la considerable necesidad de prestar servicios, no solo en las zonas rurales sino también en las urbanas, es indispensable dedicar plena consideración a la diversidad de recursos humanos disponibles. Todos los países necesitarán examinar la proporción de médicos por enfermeras, el personal auxiliar disponible, la formación educativa de cada categoría de personal, las supervisoras existentes y las normas de distribución de los recursos humanos, a fin de obtener recursos humanos de salud competentes que presten un servicio apropiado y seguro de planificación familiar.

En muchos programas de planificación de la familia se ha introducido una nueva categoría de personal. Se trata de trabajadores no profesionales a los que se ofrece adiestramiento y supervisión. En numerosos lugares la responsabilidad de este programa corresponde al servicio de enfermería. Algunos programas han resultado extraordinariamente satisfactorios, según la calidad de la selección y adiestramiento de este personal y la estructura administrativa y la supervisión. Este personal se utiliza para la localización de casos, tareas específicas en el consultorio y de seguimiento. La usuaria de contraceptivos que se siente satisfecha con el método empleado ha desempeñado un importante papel a este respecto. En efecto, con su experiencia personal, puede hablar de este asunto con sus vecinas y otras personas en situación análoga a la suya. Algunos profesionales de la salud se oponen a la función de este per-

sonal no profesional porque consideran que interfieren en sus relaciones con las familias de la comunidad. En cambio, algunas enfermeras la consideran como una valiosa extensión de los cuidados de enfermería a un grupo de personas que, de otro modo, podrían ser inaccesibles. Todas estas cuestiones preocupan a la profesión de enfermería. La experiencia y los resultados de las investigaciones ofrecerán cierta orientación, pero dada la complejidad de otros asuntos, seguirán siendo objeto de controversia.

#### **El componente de enfermería en acciones interdisciplinarias**

Una serie de representantes de grupos profesionales y miembros de la comunidad deberían formar parte de comités de programas de planificación familiar. Por la considerable participación de la enfermería en los aspectos de educación y prestación de servicios del programa es imprescindible que esta profesión esté representada desde un principio. Las enfermeras con cargos hospitalarios aportan conocimientos relativos a servicios curativos y ambulatorios, el número y formación de los miembros del personal de enfermería para los consultorios, así como oportunidades para integrar el consejo en planificación familiar en otros servicios del hospital. Por otro lado, las enfermeras de salud pública pueden informar también sobre los recursos o problemas locales existentes, su experiencia en cuanto a sistemas de referencia de pacientes entre diversos organismos así como sobre sus contactos con el personal clave de programas de salud y asistencia social y los grupos culturales, étnicos y religiosos de la comunidad. En resumen, las enfermeras pueden colaborar en todos los aspectos del desarrollo del programa, una vez definidos los objetivos, determinada la política, identificada la población a quien van dirigidas las actividades, examinadas las necesidades y establecidos los programas de educación y prestación de servicios.

La evaluación del programa reviste importancia análoga. A menudo la enfermera es quien conoce las reacciones de la comunidad y las razones por las cuales los programas funcionan bien o fracasan. Con frecuencia ella reconoce cierta falta de comunicación y puede sugerir nuevos procedimientos. Los problemas tal vez se refieran al horario y ubicación de los servicios clínicos, a la falta de medios de transporte o a rumores desfavorables que se propagan por la comunidad. Si bien las representantes de enfermería en los comités de planificación y evaluación deben pertenecer al área administrativa de los servicios locales es preciso establecer algún procedimiento que permita a la enfermera del hospital o de salud pública comunicar los problemas cotidianos de orden práctico que se le plantean en la prestación de servicios en su propia área de trabajo.

En un centro de salud que comprenda numerosas disciplinas pueden surgir importantes problemas, pero la misma magnitud adquieren los relacionados con la delimitación de funciones en la comunidad. Con frecuencia se presenta una confusión en cuanto al papel de la enfermera, la asistente social y la educadora en salud, en los programas que rebasan los límites de la población a la que van dirigidos. Evidentemente algunas de sus funciones son las mismas, pero cada una de esas profesiones aporta una contribución singular. Igualmente cada profesión posee algún elemento único que puede aportar a las demás profesiones. Los dirigentes de cada profesión necesitan estudiar conjuntamente las contribuciones que pueden aportar, identificar sus respectivas esferas de interés y determinar las actividades que pueden compartir. La comunicación es el elemento esencial de cualquier acción interdisciplinaria. El servicio será mucho más eficaz si el personal aprende a escuchar, explicar la labor que realiza, expresar sus opiniones y discutir las diferencias. Todo ello rige no solo para los programas de planificación familiar sino para cualquier actividad cooperativa.

#### Desarrollo de las actitudes de la enfermera

Las actitudes de la enfermera frente a la función de la mujer en la sociedad, su conocimiento y aceptación de su propia sexualidad y su familiaridad con las tradiciones sociales, culturales y religiosas del medio en que se desenvuelve y trabaja, constituyen la base de todas sus actividades y funciones en materia de planificación familiar. Sus primeros conceptos proceden, con toda probabilidad, de su propia madre y la familia en que nació y creció. Posteriormente, los grupos paritarios, los compañeros de escuela y los maestros habrán influido en su manera de pensar. En la actualidad es más corriente que algunas de las estudiantes que ingresan en las escuelas de enfermería ya estén casadas y, por lo tanto, puedan aportar la experiencia matrimonial a su formación básica de enfermera. No obstante, en una sociedad libre en que se han acelerado las experiencias sociales, muchas alumnas de enfermería sufren un choque en relación con algunos aspectos de la atención del paciente. Así ha ocurrido algunas veces en los servicios de obstetricia y ginecología. Las profesoras con buen criterio tratan de prever esta confrontación con la realidad de la vida.

Lo ideal sería que la enfermera que presta servicios en un programa de planificación familiar, o que trata de conseguir mujeres que lo acepten, fuera una persona cariñosa, sensible, capaz de abordar con naturalidad todos los aspectos del proceso de la reproducción, serena, con tacto y comprensiva de las necesidades y el derecho de información de la paciente. Toda enfermera deja la huella de su personalidad, creencias, experiencias y competencia en la tarea que desempeña, pero también puede aportar actitudes negativas, si bien estas pueden ser modificadas con nuevos conocimientos, discusiones apropiadas, deseo de aprender y experiencias de la vida. Aun cuando no se modifiquen ciertas actitudes por estar profundamente arraigadas, se le puede ayudar a reconocer su tendenciosidad, evaluar sus opiniones y adaptar su comportamiento de una manera



apropiada desde el punto de vista profesional, de suerte que su capacidad para servir no sea entorpecida. La educación en el servicio, las conferencias sobre casos y la orientación experta de su supervisora pueden ofrecerle oportunidades de perfeccionamiento personal. La profesión de enfermería recurre a muchas fuentes, tales como la medicina, la psicología, las ciencias sociales, etc.; al mismo tiempo, las investigaciones de esta carrera permiten obtener información, ideas y material de valor. En todo ello hay elementos comunes que la enfermera ha de adaptar a su propio enfoque profesional.

La enfermera, movida por el deseo de atender de la mejor manera posible a los pacientes y de respetar el derecho del público a confiar en los que lo atienden, puede aportar—con sus conocimientos teóricos y prácticos, además de su comprensión—una eficaz contribución a los programas de planificación familiar, sea cual fuere el lugar donde se lleven a cabo. Estas son las oportunidades que se le ofrecen hoy y las funciones que le incumben. Las perspectivas del futuro parecen indicar que la enfermera del mañana podrá perfeccionar su eficacia con métodos más eficaces y aceptables de contracepción, mejor conocimiento de los problemas de interacción familiar y mayor comprensión de la relación entre la salud y el desarrollo económico y otros muchos factores.

#### Resumen

Tal vez ninguna otra profesión de la salud tenga tanta oportunidad como la de la enfermera para divulgar los conocimientos sobre la planificación familiar. La experiencia ha demostrado que inmediatamente antes de salir de la maternidad, después del parto,

es el momento más propicio para interesar a la paciente en este asunto. Cualquiera que sea el método anticonceptivo prescrito por el médico, la enfermera tiene la obligación de asegurarse que la paciente ha entendido y se siente tranquila al tener en quien confiar. Por otra parte, la enfermera tiene muchas otras oportunidades de ofrecer información sobre la regulación de la fecundidad durante las visitas que hace a las familias, así como en las consultas de planificación familiar por ser ella la primera persona que conoce la paciente.

En numerosos países, las tasas de mortalidad materna son elevadas, debido principalmente a hemorragias o infecciones provenientes de abortos provocados. Esta situación ha conducido a una mayor aceptación de la planificación familiar cuyos detalles y procedimientos—por ejemplo, examen de la pelvis, prueba de Papanicolaou, inserción de dispositivos intrauterinos y administración oral de anticonceptivos—ya tienden a evaluarse no como labor exclusiva del médico, sino como función y responsabilidad de la enfermera. En algunos países, las obstetrices y enfermeras-obstetrices han estado practicando estas funciones desde hace años. Pero la base de toda la labor de la enfermera en materia de planificación familiar es su actitud frente a la función de la mujer en la sociedad, su conocimiento y aceptación de su propia sexualidad y su familiaridad con las tradiciones sociales, culturales y religiosas del medio en que se desenvuelve y trabaja. Lo ideal sería que la enfermera que trabaja en servicios que incluyen los de planificación familiar fuera sensible, capaz de abordar todos los aspectos de la reproducción con naturalidad y serenidad, con tacto y comprensión de las necesidades y del derecho de información de la paciente. □

#### REFERENCIAS

- (1) Siegel, E. y R. C. Dillehay. Some approaches to family planning counseling in local health departments: A survey of public health nurses and physicians. *Am J Public Health* 56:1840-1846, 1966.
- (2) Edmands, Elizabeth M. A study of contraceptive practices in a selected group of urban, negro mothers in Baltimore. *Am J Public Health* 58: 263-273, 1968.
- (3) Vorheer, H. Contraception after abortion and post-partum. *Am J Obstet Gynecol*, 117(7): 1002-1025, 1973.

- (4) Manisoff, Miriam T. Counseling for family planning. *Am J Nurs* 66:2671-2675, 1966.
- (5) Mary Helen, Sister. Family planning within the curriculum. *Nurs Outlook* 14:42-45, 1967.
- (6) Chesterman, Helen. The public health nurse and family planning. *Nurs Outlook* 12:32-34, 1964.
- (7) Avellar G. R. Nurses, family planning and conscience. *The Catholic Nurse* 14:38-42, 1966.

### Nurses in family planning (Summary)

Perhaps no other health profession has quite the same opportunity as nurses for disseminating knowledge on family planning. Experience has shown that the period following delivery, before the mother leaves the hospital, has been one of the most productive periods for finding patients who are interested in family planning. Whatever the contraceptive method prescribed by the physician, the nurse has the responsibility to make sure that the patient understands the measures taken and has someone to turn to should she experience any difficulty. Furthermore, the nurse has many other opportunities of providing information on fertility regulation during the visits she makes to families as well as in the family planning clinics, since she is the first person the patient meets.

In many countries, maternity mortality rates are high, and the chief cause is death from hemorrhage or infection following induced abortion. This situation has led to greater acceptance of family planning and its details and procedures,

for example, pelvic examinations, Papanicolaou smears, IUD insertions, and administration of oral contraceptives which were formerly considered as being within the sole competence of the physician are now being reassessed in terms of nurse's abilities and responsibilities. In some countries, midwives and nurse-midwives have been carrying out these procedures for a number of years, but underlying all the activities and functions of the nurse in family planning are her attitudes towards the role of women in society, her awareness and acceptance of her own sexuality, and her understanding of the social, cultural and religious mores of the environment in which she works. Ideally, the nurse who works in a family planning program should be a warm, sensitive person who can approach all areas of discussion of the reproductive process with ease, lack of embarrassment, empathy, and understanding of the patient's needs and right to information.

### A enfermagem no planejamento da família (Resumo)

Entre as profissões da saúde, talvez nenhuma disponha de tantas oportunidades para divulgar os conhecimentos sobre planejamento da família como a enfermagem. A experiência tem demonstrado que o momento imediatamente anterior à saída da maternidade, após o parto, é o mais propício para interessar a paciente sobre o assunto. Seja qual for o método anticoncepcional prescrito pelo médico, a enfermeira tem a obrigação de se-certificar de que a paciente o compreendeu e se sente tranqüila por ter em quem confiar. Por outro lado, dispõe a enfermeira de muitas outras oportunidades de oferecer informações sobre a regularização da fecundidade quando das visitas que faz às famílias, bem como nas consultas de planejamento familiar, por ser ela a primeira pessoa que trava conhecimento com a paciente.

Em numerosos países são elevadas as taxas de

mortalidade materna, devido principalmente a hemorragias ou infecções provenientes de abortos provocados. Essa situação conduziu a uma maior aceitação do planejamento da família, cujos detalhes e procedimentos—por exemplo, exame da pelve, prova de Papanicolaou, inserção de dispositivos intra-uterinos e administração oral de anticoncepcionais—já tendem a ser considerados não como atividade exclusiva do médico, mas como função e responsabilidade da enfermeira. Em alguns países, as parteiras e as enfermeiras-obstetras têm desempenhado essas funções há anos. Mas a base de toda a tarefa da enfermeira em matéria de planejamento familiar é sua atitude em face da mulher na sociedade, seu conhecimento e aceitação de sua própria sexualidade e sua familiaridade com as tradições sociais, culturais e religiosas do meio em que se desenvolve e trabalha. O ideal seria que a en-

fermeira que desempenha serviços que abrangem o planejamento da família fosse sensível, capaz de abordar todos os aspectos da reprodução com

naturalidade e serenidade, com tato e compreensão das necessidades e do direito de informação da paciente.

### L'infirmière et la planification familiale (Résumé)

Il se peut qu'aucune autre profession de la santé n'ait autant d'occasions que celle de l'infirmière de diffuser les connaissances que l'on a sur la planification familiale. L'expérience a montré que le moment le plus propice pour appeler l'attention de la patiente sur cette question est celui qui précède immédiatement sa sortie de la maternité. Quelle que soit la méthode anti-conceptionnelle prescrite par le médecin, l'infirmière a l'obligation de s'assurer que la patiente a compris ce dont il s'agit et se sent sûre de pouvoir se confier à quelqu'un. Par ailleurs, l'infirmière a de nombreuses autres possibilités de donner des renseignements sur la régulation de la fécondité pendant les visites qu'elle rend aux familles ainsi que pendant les consultations de planification familiale car elle est la première à connaître la patiente.

Dans de nombreux pays, les taux de mortalité maternelle sont élevés par suite essentiellement d'hémorragies ou d'infections dues à des avortements provoqués. Cela a conduit à une plus grande acceptation de la planification familiale

dont les détails et les procédés—examen du bassin, épreuve de Papanicolaou, insertion de dispositifs intrautérins et administration orale de contraceptifs—sont progressivement considérés non plus comme le travail exclusif du médecin mais aussi comme du ressort et de la compétence de l'infirmière. Dans certains pays, les obstétriciennes et les infirmières-obstétriciennes exercent ces fonctions depuis plusieurs années. Toutefois, la base même du travail de l'infirmière en matière de planification familiale est son attitude face au rôle de la femme dans la société, sa connaissance et son acceptation de sa sexualité et sa familiarité avec les traditions culturelles, sociales et religieuses du milieu dans lequel elle évolue et travaille. L'idéal serait que l'infirmière qui travaille dans les services englobant la planification familiale soit sensible, capable d'aborder tous les aspects de la reproduction avec naturel et sérénité, ait du tact et comprenne les besoins et le droit à l'information de la patiente.