
Enfermería

LA ORIENTACION CONSTRUCTIVA EN EL CAMPO DE LA ENFERMERIA*

La actitud constructiva de la enfermera depende de su comprensión, tanto intelectual como emotiva, de los pacientes como individuos, nunca como tipos de enfermos.

POR LA DRA. VERA S. FRY†

Según un conocido filósofo, el cambio es el único factor constante con el que podemos contar en la vida. Sabemos, por ejemplo, que uno de los períodos de cambios más rápidos e importantes es la adolescencia. Este es un período de inquietud para la familia, de adaptación fundamental y de decepción para el adolescente, quien tiene que hacer frente a problemas complejos e inesperados que tanto él como sus padres han de resolver.

Los cambios en el servicio de enfermería, fácilmente apreciables en la actualidad, pueden compararse con la adolescencia, que también se caracteriza por una serie de cambios. Es evidente que el alcance de nuestros conocimientos ha cambiado. Ha habido una asombrosa acumulación de conocimientos en todos los campos, especialmente en las ciencias médicas y sociales. Los adelantos en esas ciencias han contribuido a reducir la incidencia de las enfermedades y la duración del período agudo de las mismas, han concentrado la atención en los factores del medio como causa de las enfermedades, y han modificado las normas del servicio de enfermería.

Se ha registrado una demanda cada vez mayor de servicio de enfermería y se ha preparado a gran número de trabajadores auxiliares para asumir la responsabilidad parcial de ciertos aspectos de enfermería. El abandono de los aspectos familiares y bien conocidos del cuidado orientado para tipos de pacientes más bien que para un enfermo que tiene necesidades individuales, ha suscitado entre las enfermeras tanta decepción e inquietud como la tensión de la pubertad produce entre los adolescentes que han de enfrentarse con los problemas inherentes a su crecimiento. Estas decepciones e inquietudes disminuirán únicamente a medida que aumente nuestro discernimiento sobre las necesidades, presiones, instintos, impulsos y fuerzas emotivas que producen las reacciones del ser humano. En la actualidad, las fuerzas emotivas que dan

* Traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana con la autorización de *The American Journal of Nursing*, marzo 1953, p. 301.

† Presidenta del Departamento de Educación de Enfermería y profesora de educación de la Universidad de Nueva York.

lugar a las reacciones del ser humano están clasificadas como causas de enfermedad, al igual que los organismos que invaden nuestros tejidos. De la totalidad de casos atendidos en la práctica de medicina, se calcula que asciende del 33 % al 66 %, según sea la especialidad, la proporción de los casos que consisten en el tratamiento de pacientes cuyos síntomas son, en gran medida, consecuencia de tensión emotiva. Sabemos que los efectos de la tensión de una persona, y su capacidad para hacer frente a ella, dependen de su carácter emotivo y de las experiencias que haya tenido.

La comprensión intelectual de los hechos relativos a las personas y sus motivos no bastan como base para el alto nivel del cuidado profesional de enfermería que se necesita. Se requiere asimismo comprensión emotiva. Las enfermeras deben tener conciencia de sus propios sentimientos y, además, comprender los sentimientos de los demás, si han de organizar su labor en un sentido de asistencia individual, que constituye la base de una orientación constructiva en el campo de la enfermería.

Una orientación constructiva en el campo de la enfermería requiere un diagnóstico de enfermería y la elaboración, y los medios de ejecución necesarios, de un plan para el cuidado individual de los enfermos. Por ejemplo, un plan para el cuidado de enfermería de José Pérez, enfermo cardíaco, es distinto del plan para el cuidado de enfermería de Luis Sánchez, también enfermo cardíaco, porque se trata de personalidades diferentes. ¿Cómo llegamos a establecer un diagnóstico de enfermería para José Pérez? Y una vez establecido ¿cómo hemos de preparar el plan para su cuidado?

DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS ENFERMOS

Se pueden clasificar en cinco grupos las necesidades de los enfermos en las cuales se basa el diagnóstico de enfermería. El orden en que se describen a continuación no es un orden de prioridad, sino que más bien señala, en primer lugar, las necesidades más conocidas.

Necesidades de medicación y tratamiento.—Estas necesidades requieren un conocimiento del diagnóstico médico y comprensión de las instrucciones del médico, todo lo cual constituyen los aspectos del cuidado que afectan el estado patológico del individuo. Por ejemplo, una ampolla de estreptomycinina dos veces al día, observación de temperatura, pulso y respiración cada cuatro horas, una dieta de contenido elevado de calorías, una prueba de esputo cada 24 horas, índice de sedimentación sanguínea una vez por semana, radiografía de los pulmones una vez por mes y un grano de codeína a las ocho de la noche y *pro re nata* pueden constituir las necesidades de tratamiento de fulano, que sufre de tuberculosis avanzada.

Necesidades de higiene personal.—Requieren métodos cuyo objeto es el confort y aseo del individuo, y hasta cierto punto, prevenir la propagación de su enfermedad. Por ejemplo, el baño, el cambio frecuente de la ropa blanca de cama, y los masajes de alcohol en la espalda, que

contribuyen a mantener a fulano en un estado confortable y limpio en la cama, que ha de constituir su hogar durante algunas semanas, medidas todas ellas que satisfacen algunas de estas necesidades físicas.

Necesidades del medio.—Comprenden los factores ambientales en la sala del hospital o en el hogar que deben controlarse para ayudar al individuo a adaptarse al medio y que deben manejarse en forma que permitan crear un ambiente que contribuya a su restablecimiento. Por ejemplo, la colocación de fulano en un lugar de la sala que le permita tener por vecinos de cama a personas con las que mejor pueda congeniar, la adaptación de las condiciones materiales de su unidad con el objeto de crear el menor grado posible de tensión, evitar que pueda ver las escenas más deprimentes, y lograr su adaptación a las costumbres de la sala en forma que faciliten su restablecimiento, factores todos ellos que pueden contribuir a satisfacer esas necesidades.

Necesidades de orientación y enseñanza.—Estas se refieren a los hechos ligados al problema de tener salud o estar enfermo que fulano ha de admitir, tanto intelectual como emotivamente, para poder vivir con su tuberculosis. Los conocimientos que obtenga deben ayudarle a salvaguardar a sus familiares y amigos y a desarrollar y practicar hábitos de buena salud. Deben contribuir también a fortalecerle con una predisposición positiva que ha de necesitar para adaptarse a su reincorporación a una vida normal, pero tal vez diferente, tanto en el seno de la familia como en la colectividad.

Necesidades humanas o personales.—Estas necesidades son diferentes en cada individuo y dependen de sus antecedentes sociales y culturales, sus motivos, sus impulsos, las fuerzas emotivas que actúan en él para crear tensión y su capacidad para hacer frente a ella.

Podemos llegar a establecer un cálculo de esas necesidades humanas mediante la observación profesional, que agudiza nuestra sensibilidad, profundiza nuestro discernimiento y nos permite ver a cada persona como producto único de sus experiencias sociales, económicas y culturales. Ahora bien, la observación profesional es algo más que un estudio ordinario para descubrir signos y síntomas. Sin embargo, no se limita exclusivamente al campo de las "necesidades humanas". Comprende diversos aspectos, a saber:

(1) Una observación de lectura nos proporciona los detalles escritos acerca del enfermo: su expediente médico, antecedentes, hallazgos de laboratorio y todos los datos sobre él que hayan sido registrados.

(2) Una observación del comportamiento nos permite obtener una impresión sobre sus relaciones con el personal médico y de enfermería, con sus visitantes y con sus compañeros de sala. La observación de comportamiento debe abarcar también la conducta del enfermo a las horas de comida, durante los tratamientos y en otros momentos. Esta observación nos permitirá descubrir indicios sobre la sensación que experimenta el enfermo ante la situación en que se encuentra y su reacción ante ella.

Por ejemplo, sus sentimientos pueden manifestarse en sus actitudes físicas y en sus expresiones faciales al explicarle el médico que su estado es grave; o en sus insinuaciones corteses a su enfermera o familiares; o en las reacciones temperamentales que preceden o siguen a un tratamiento inesperado, excepcional o que no se le ha explicado.

(3) Una observación auditiva nos proporciona la oportunidad de enterarnos acerca del paciente no sólo por lo que él dice sino también por sus métodos de comunicación y su propia interpretación de sus necesidades y problemas, así como por lo que su familia dice acerca de la comprensión de los problemas del enfermo.

Una vez identificadas las necesidades del paciente, se procede a abordar la siguiente fase para establecer el diagnóstico de enfermería. Esta es una fase que satisface nuestra concepción creadora. Se trata de la síntesis de los primeros cuatro grupos de necesidades con las necesidades humanas o personales. Por ejemplo, las necesidades de medicación y tratamiento de fulano que sufre de tuberculosis avanzada tienen que ser adaptadas a sus necesidades humanas o personales; sus necesidades de higiene personal y ambientales tienen que ser adaptadas teniendo en cuenta sus necesidades humanas, y lo mismo puede decirse de sus necesidades de orientación y enseñanza. Proceder de otra forma, es decir, preocuparse de satisfacer separadamente cada uno de los cinco grupos de necesidades, por mucha que sea la pericia con que se proceda, equivale a prestar atención preferente al mecanismo de su cuidado. Supone que se están cuidando las diversas partes de fulano más bien que cuidando a fulano.

PLAN DE CUIDADO CONSTRUCTIVO

Por consiguiente, la primera tarea principal en la orientación constructiva del servicio de enfermería consiste en formular un diagnóstico de enfermería y elaborar un plan que tenga carácter individual y se desarrolle como consecuencia de la síntesis de las necesidades del paciente.

La segunda tarea principal en esta orientación constructiva consiste en la aplicación del plan de enfermería. En este aspecto, la atención debe concentrarse en la selección del personal que participe en el cuidado del paciente. Este debe recibir cuidado hábil, comprensivo y afectuoso. Las personas que presten este cuidado deben ser asignadas de forma que lleven a cabo aquellas partes del programa total para las cuales estén mejor preparadas y que, además, les deparen la máxima satisfacción.

Sin embargo, para que esta distribución de funciones sea acertada se requiere tener una verdadera comprensión de las personas con las cuales se trabaja y están a nuestras órdenes. También ellas tienen necesidades humanas, muchas de las cuales deben ser colmadas en el desempeño de sus funciones para que así puedan hallar el máximo estímulo y satisfacción en el trabajo. Por lo tanto, la asignación del personal encargado

del cuidado de enfermería requiere un estudio de las personas que han de prestarlo (es decir, de su capacidad, reacciones y tensiones), en relación con la persona que ha de recibirlo y con las especialidades concretas que han de aplicarse.

En realidad, la orientación constructiva en enfermería es sumamente estimulante y dinámica. Esta clase de orientación de la profesión está arraigada en una amplia y profunda comprensión de los aspectos físicos y emotivos de la conducta humana. Depara el máximo estímulo para desarrollar las ideas originales a aplicar en el cuidado individual del enfermo en un alto nivel profesional.

Ensayemos nuestras ideas personales en el caso de la Sra. Komienska.

La Sra. Komienska es una enferma de nuestra sala. Hace unos días se le practicó una mastectomía radical y, según su ficha médica, su mejoría es notable. La Sra. Komienska tiene 50 años y las enfermeras dicen que se trata de una excelente paciente. Nunca pide nada. Se baña sola y muestra una actitud de cooperación, manteniéndose sumamente tranquila cuando se le cambian los vendajes. El médico dejó una orden *p.r.n.* para administrarle un sedativo, pero cuando se le pregunta si lo necesita, siempre dice que no, que no sufre mucho dolor.

La Sra. Komienska apenas habla durante el día y no molesta a nadie. Antes solía conversar con su vecina de cama, pero ésta murió hace dos noches. Apenas tiene relación con las demás pacientes, aunque contesta cuando alguien le habla. Por alguna razón, siempre da muestras de preocupación. Su esposo viene a verla puntualmente todos los días de visita, se sienta al borde de la cama y permanece todo el tiempo sin hablar. Al terminar la visita, la besa en la frente, se encoge de espaldas y se marcha lenta y silenciosamente.

El matrimonio Komienska vino a este país procedente de Polonia. Según la doméstica que presta servicio en la sala, poseen una pequeña y bien cuidada granja situada en las afueras de la ciudad, en la que se dedican al cultivo de hortalizas para el mercado. Entre los dos hacen todo el trabajo y viven de la venta de las hortalizas. Tienen dos hijos, ambos casados, que residen en un Estado vecino.

La Sra. Komienska se reintegrará muy pronto a su hogar. El médico le explicó que no tenía tumor maligno, pero que era absolutamente necesario extirparle el pecho. La Sra. Komienska continuará con sus ejercicios y tendrá que acudir periódicamente a la clínica.

Las notas de enfermería relativas a la Sra. Komienska son claras y concisas: apetito regular, vendaje cambiado, ejercicios practicados, ninguna queja, paciente de buena predisposición, durmió bien durante la noche.

¿Cuál sería el diagnóstico de enfermería que Ud. establecería en este caso? ¿Qué plan prepararía para la Sra. Komienska? ¿Qué personal asignaría para intervenir en su cuidado? ¿Qué indicios le ha proporcionado su observación profesional auditiva, de vigilancia de comportamiento y lectura?