INDEXED

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ORIENTACION DEL PACIENTE

Extractos de la transcripción de dos grupos de trabajo en enfermería clínica en hospitales psiquiátricos

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1968

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ORIENTACION DEL PACIENTE

Extractos de la transcripción de dos grupos de trabajo en enfermería clínica en hospitales psiquiátricos

por

Hildegard E. Peplau
Enfermera Diplomada y Doctora en Educación, Profesora de Enfermería y Directora del Programa para Graduados en Enfermería Psiquiátrica Superior, Rutgers, Universidad Estatal, Newark, New Jersey, E.U.A.

Publicación Científica No. 167 Noviembre de 1968

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Traducción del original en inglés

BASIC PRINCIPLES OF PATIENT COUNSELING

Extracts from Two Clinical Nursing Workshops in Psychiatric Hospitals
(2a edición, 3a impresión)

Reprinted with permission of Smith Kline & French Laboratories

Copyright © 1964
Smith Kline & French Laboratories, Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A.

La Organización Panamericana de la Salud ha obtenido la autorización correspondiente para publicar la versión en español de este libro de Smith Kline & French Laboratories.

CONTENIDO

Página

Prólogo 1

Introducción 4

Propósito de esta obra 4
La enfermera como orientadora del paciente 4
Organización de los grupos de trabajo 7

Las entrevistas con fines de orientación 8

Selección de los pacientes a quienes se dará orientación 9
Selección del lugar de las entrevistas 10
Tiempo destinado a las entrevistas 10
Ropa que ha de usar la enfermera en las sesiones de orientación 11
La importancia de tomar notas por escrito 11

Principios destinados a la enfermera-consejera 12

1. SERVIR DE EJEMPLO AL PACIENTE

La enfermera como modelo 12

2. MANTENER UNA ACTITUD PROFESIONAL

La relación enfermera-paciente 13
Evite proporcionarle datos biográficos 15
La neutralidad en la investigación 15

3. RESPETAR AL PACIENTE

La identidad del paciente 17
El carácter confidencial de las entrevistas 19

4. EVALUAR EL GRADO DE DESARROLLO INTELECTUAL DEL PACIENTE

La necesidad de evaluación 21
Por qué es preciso volver a evaluar la información después de cada entrevista 21

5. GUIAR AL PACIENTE PARA QUE VUELVA A INTERPRETAR SUS EXPERIENCIAS EN FORMA RACIONAL

Necesidad de informarse acerca de las experiencias previas del paciente 22

CONTENIDO (cont.)

Página

Disociación de la experiencia 24
Momento en que se ha de estimular al paciente a analizar sus experiencias 25

6. HACER PREGUNTAS SENSATAS PARA FACILITARLE LA DESCRIPCION

Cómo estimular al paciente a describir experiencias 26
Ejemplos de preguntas descriptivas 27
Expresarse en términos concretos 29
Evitar preguntas que no conduzcan a respuesta alguna 29
Evitar preguntas que conduzcan a un atascadero 31
En caso de digresión del paciente 32
Cuando el paciente guarda silencio 33
Cuando el paciente musita 34
Evitar cualquier artificio encaminado a dominar al paciente 35
Cuando el paciente pone a prueba a la enfermera 36

7. ESTUDIAR Y APLICAR CONCEPTOS TEORICOS EN LA ORIENTACION

Desarrollo de la personalidad 39
Edad y realizaciones 40
La experiencia de la realidad 42
La necesidad de aprobación 44
La ansiedad 44
El sistema de apreciación de sí mismo 45
Realidad y fantasía 48
La patología como pauta 50
Las alucinaciones 50
La frustración 53
El conflicto 54

Conclusión 58

Agradecimientos 60

PROLOGO

En un plazo relativamente breve se han modificado las funciones de todas las personas que se ocupan de enfermos mentales. En el ambiente psiquiátrico, el papel de la enfermera profesional diplomada se ha ampliado y profundizado; es de esperar que haya cobrado mayores alcances terapéuticos y, no cabe duda de que es ahora más interesante y estimulante. Cabe, entonces, preguntarse: ¿Cómo puede la enfermera diplomada (que tal vez se retiró de la escuela hace doce años o más) adaptarse a esta nueva modalidad? ¿Puede lograrlo? ¿Estará en condiciones de hacerlo? O ¿abandonará el gran hospital psiquiátrico con sus innumerables obstáculos y, al parecer, ilimitada cantidad de pacientes, en vez de aceptar la oportunidad que se le presenta de adquirir nuevas técnicas y de perfeccionarse a fin de desempeñar esta nueva función? Se ha demostrado que dicha enfermera permanecerá en ese hospital si se le permite perfeccionarse en las técnicas de la enfermería clínica.

Una vez que los hospitales psiquiátricos empezaron sutilmente a concentrarse en la terapéutica y a alejarse del mero cuidado de pacientes en instituciones, a adoptar una actitud dinámica orientada hacia la investigación, y a descartar el tipo de atención psiquiátrica descriptiva concentrada en la enfermedad, las enfermeras de los hospitales psiquiátricos quedaron a la zaga en lo que respecta a conocimientos técnicos. Las drogas habían contribuido a hacer a los pacientes más accesibles, pero esta accesibilidad no se aprovechó hasta que las enfermeras se percataron de que los intercambios verbales (que siempre se establecen entre enfermeras y pacientes) podían y debían ejercer un efecto terapéutico sobre la patología del paciente, en vez de limitarse a un intercambio superficial de frases estereotipadas y sin sentido.

En aquellos casos en que las enfermeras que trabajan en ambientes psiquiátricos se han iniciado en el tipo de enfermería que se concentra más en el tratamiento, la discrepancia empieza a desaparecer, y se ha estimulado a muchas de ellas a hacer frente a la práctica de la enfermería psiquiátrica clínica como asunto que requiere investigación y que proporciona a la enfermera oportunidades de realizar una labor terapéutica con cada paciente y con grupos de pacientes.

Esto no significa que todas las enfermeras que trabajan en hospitales psiquiátricos se hayan o puedan haberse especializado repentinamente en las técnicas más modernas de la enfermería psiquiátrica, y que se dedicarán a prestar cuidados directos de enfermería. Tampoco se pretende sugerir que las funciones docentes, administrativas y de supervisión no sean necesarias, y que estas puedan ser delegadas a otras personas a fin de que todas las enfermeras del hospital público de enfermos mentales puedan dedicarse ex-

clusivamente a prestar cuidados directos de enfermería psiquiátrica. Es indudable que, con ello, se crearían otras dificultades.
Lo que, sí, se ha querido señalar es que con el personal actual se pueden dar los primeros pasos para superar la discrepancia; se pueden proporcionar más y mejores cuidados directos y se puede mejorar la labor docente, administrativa y de supervisión si se ofrece a la enfermera diplomada que trabaja en el ambiente psiquiátrico la oportunidad de aprender y de adquirir nuevas técnicas mediante la asistencia a grupos de trabajo clínicos semejantes al que se describe en esta obra.

Se ha comprobado que las enfermeras diplomadas que trabajan en sistemas hospitalarios psiquiátricos estatales no sólo están dispuestas a seguir los programas de adiestramiento clínico necesarios para desempeñar esta función nueva que se agrega a las otras que les corresponden, sino que anhelan beneficiarse de esos programas. En la mayoría de los casos, tienen el incentivo para ello; sólo necesitan apoyo y la posibilidad de perfeccionamiento.

El apoyo puede obtenerse de casi cualquier fuente, pero en la situación tradicional del hospital psiquiátrico es esencialmente necesario obtenerlo del Director, del Jefe de Servicios Clínicos y del Director de Servicio de Enfermería. Este tipo de apoyo requiere algo más que simple conformidad: requiere estímulo, ayuda y, a veces, incluso acicate.

Si prevalece el deseo de organizar esos programas, es fácil obtener, dentro de los sistemas hospitalarios psiquiátricos estatales, apoyo financiero para la realización de programas de nuevo adiestramiento clínico y perfeccionamiento del personal. Las propias enfermeras deben dar muestras de que se interesan por esos grupos de trabajo clínicos.

Los beneficios que reportan los programas organizados de perfeccionamiento del personal para el hospital psiquiátrico son enormes y, al principio, suelen ser intangibles. En un estado donde se inició este tipo de perfeccionamiento del personal y donde los grupos de trabajo clínicos en enfermería psiquiátrica, periódicamente programados y dirigidos con pericia, se han convertido en acontecimientos anuales desde que se celebró el primero en 1957, se deja sentir su efecto sobre el cuidado directo del paciente.

En esos grupos de trabajo han participado activamente 138 enfermeras diplomadas, incluso algunos de los Directores de los Servicios de Enfermería, y más de cien otras han observado y aprendido mientras esperan la oportunidad de participar activamente en esa experiencia educativa.

Se han ofrecido experiencias de aprendizaje análogas a enfermeras de salud pública de la comunidad y a personal docente de las escuelas de enfermería cuyos estudiantes adquieren experiencia en enfermería psiquiátrica en los hospitales estatales. El grupo de trabajo clínico es un método excelente para enseñar los conceptos más modernos de la enfermería psiquiátrica y facilita la labor del personal docente de la Escuela de Enfermería para integrar los conceptos de la salud mental en el plan general de estudios.

No todas las enfermeras diplomadas regresan al ambiente del hospital y se ocupan del cuidado directo del paciente y de grupos de pacientes. Muchos son los motivos que explican esa situación, pero la proporción de ellas si regresan no basta para que los programas anuales sean más que útiles. Es imposible medir el interés y el entusiasmo que renace cada año. No obstante, la principal contribución que aportan es el mejoramiento del cuidado directo del paciente. Este será el resultado de grupos de trabajo en enfermería clínica, organizados conforme a las pautas descritas en esta obra.

Dr. Stewart T. Ginsberg
Comisionado de Salud Mental
Departamento de Salud Mental de Indiana

y

Dorris O. Stewart
Enfermera Diplomada y "Master" en Ciencias
Consultora en Enfermería Psiquiátrica
Departamento de Salud Mental de Indiana

INTRODUCCION

PROPOSITO DE ESTA OBRA

En vista de que esta obra explica un método de adiestramiento clínico a corto plazo, puede servir de guía a las enfermeras psiquiátricas a las cuales recurren las enfermeras menos preparadas en busca de ayuda. Familiarizará al personal docente de enfermería con algunas de las experiencias básicas en dicha especialidad que sus estudiantes tendrán que realizar en las instituciones de enfermos mentales y, además, podrá servir de útil obra de referencia para estudiantes de enfermería. Por otra parte, las Directoras de Servicios de Enfermería querrían examinar los procedimientos de enfermería sugeridos en esta obra y tal vez utilizar en sus programas de perfeccionamiento de personal el tipo de seminario clínico descrito. Entre los psiquíatras y otros profesionales que trabajan con el enfermo mental, ha de estimular el interés por la enfermería como un factor vital para el cuidado integral del paciente. Y, naturalmente, las enfermeras que han asistido a grupos de trabajo psiquiátrico podrán, con provecho, repasar el material aprendido.

Por último, y más importante aún, esta obra se podrá utilizar para dar una idea del drama de la enfermería en el ambiente psiquiátrico. Este drama lento, sutil, y cargado de situaciones intangibles y ambiguas, exige que las enfermeras estén capacitadas para generalizar, aplicar teorías y prever consecuencias a largo plazo en las actividades diarias. Es un drama muy diferente del que se presenta en las situaciones críticas de un hospital general o en las salas de emergencia y en los quirófanos. Falta en ese drama el elemento espectacular: el chillido de la sirena, la herida abierta, el traqueteo por los corredores del hospital, el cirujano con mascarilla, el bisturí listo para la acción. Y, sin embargo, es un drama del que depende la felicidad futura y la utilidad social de más de un millón de pacientes en los Estados Unidos de América solamente y que, con el tiempo, podrá revelar importantes conocimientos acerca de la relación del hombre con sus semejantes.

LA ENFERMERA COMO ORIENTADORA DEL PACIENTE

Antes de convertirse en orientadora del paciente, es evidente que la enfermera debe haber trabajado con enfermos mentales en el ambiente del hospital psiquiátrico. ¿Por qué hubo de elegir la enfermera ese ambiente de trabajo? Sencillamente porque la persona que elige verdaderamente su vocación, en vez de dejarse arrastrar hacia ella, persigue tres objetivos: ganarse la

vida en forma satisfactoria, satisfacer sus propias ambiciones particulares y ejercer sus propias habilidades. La relativa importancia de cada uno de esos factores varía con cada individuo. Evidentemente, la persona que decide ser enfermera tiene tan solo un discreto interés en las ventajas materiales, de modo que sus ambiciones se orientarán hacia la prestación de servicios y no hacia la adquisición de poder o prestigio. Si esa persona decide especializarse en psiquiatría, lo hará por estimar que su capacidad, innata y adquirida, se adapta mejor a ese tipo de trabajo.

Debido a la preocupación por el cuidado de los enfermos mentales, la profesión de enfermería ha procurado con frecuencia mejorar las técnicas de las enfermeras que trabajan en instituciones que atienden a esos enfermos. Uno de los intentos más recientes y satisfactorios en ese sentido ha sido el establecimiento del grupo de trabajo clínico ("clinical workshops") para enseñar las técnicas de la orientación. Esos grupos de trabajo permiten a las enfermeras examinar la importancia terapéutica del intercambio verbal entre enfermera y paciente--individualmente o en grupos--y les enseñan a realizar entrevistas de orientación con pacientes, a interpretar las respuestas de estos y a intervenir con el fin de modificar las ideas y conducta de los pacientes en relación con la patología de que se trate.

El primer grupo de trabajo, de más de treinta, organizados en diversas instituciones de enfermos mentales, se realizó en Indiana en 1957. Para quienes participaron en esas reuniones, el resultado más significativo ha sido la adquisición de una mayor conciencia de la función de la enfermera como consejero en el cuidado directo del paciente psíquicamente alterado. Hoy día, en 25 hospitales del país las enfermeras utilizan técnicas de enfermería psicoterapéutica semejantes a las que se enseñan en dichos grupos de trabajo.

Debido, tal vez, a que el concepto de la enfermera-consejera es relativamente nuevo, muchas de las participantes dudan que este concepto sea aceptado por los médicos. Temen que los médicos consideren que representa una intromisión por personal subalterno en esferas de actividad que rebasan su competencia. En algunos casos, el temor de los médicos es, sin duda, justificado. A pesar de iniciativas recientes, la mayoría de las enfermeras que trabajan en ambientes psiquiátricos no actúan como consejeras.

Sin embargo, es probable que la incorporación relativamente lenta del concepto de enfermera-consejera en la práctica se haya debido más a falta de iniciativa entre las enfermeras que a la resistencia de los psiquíatras. Es poco probable que psiquíatras progresistas se opongan a este tipo de psicoterapia, ya que saben que no pueden tratar a todos los pacientes ellos mismos, comprenden los problemas del adiestramiento psiquiátrico y reconocen la estrecha relación--casi de dependencia--que ha existido siempre entre la medicina y la enfermería.

En efecto, la aceptación del concepto ha sido objeto de apoyo impresionante. En 1961 en el Informe Final de la Comisión Mixta de Enfermedades Mentales y Salud se señaló que las enfermeras, especialistas en ergoterapia, psicólogos, asistentes sociales, voluntarios "o cualquier otro personal no médico bien dotado pero carente de adiestramiento básico en pedagogía médica o de instrucción clínica sistematizada trabajan con pacientes de hospitales de enfermos mentales en salas o en grupos y, a menudo, se reconoce que su competencia es igual o, en algunos casos, superior a la del psiquíatra, que no dispone de tiempo para convivir con el paciente".

En el Informe de la Comisión Mixta se recomendó que "se le permita al personal no médico de salud mental, que tenga aptitudes, adiestramiento adecuado, experiencia y competencia que sea demostrable, administrar psicoterapia breve, es decir, tratar a personas mediante técnicas objetivas, permisivas y no reguladas, escuchar sus problemas y ayudarlas a resolverlos en forma socialmente útil. Dicho tratamiento, en el que se combinan algunos elementos del tratamiento psiquiátrico, la técnica del consejo psicológico, la capacidad de escuchar a alguien contar sus problemas y de amar al prójimo puede, evidentemente, ser aplicado en diversos ambientes por instituciones, grupos o individuos, pero en todo caso debe ejercerse bajo los auspicios de organismos de salud mental reconocidos como tales".

Es un hecho ineludible que las enfermeras siempre han mantenido y mantendrán relaciones verbales con sus pacientes. Dictaminar lo que las enfermeras deben decir en tales conversaciones es desde todo punto de vista poco práctico, si no imposible. A la larga, sólo ellas tienen la facultad --y la responsabilidad--de decidir lo que habrán de decir. El grupo de trabajo, al proporcionar a las enfermeras los conocimientos y la competencia que necesitan para comprender la patología del paciente y ayudar a este a comprenderla, les permite tomar decisiones juiciosas.

Si las enfermeras no aprenden esos procedimientos terapéuticos, tal vez sea en extremo limitado el efecto que logren ejercer en la labor psiquiátrica, excepto en las salas de medicina y de tratamiento por choque. Si no pueden contribuir en forma verdaderamente correctiva al cuidado de los pacientes mentales, la relación tradicional enfermera-paciente será usurpada por aquellos que pueden aportar tal contribución; y las enfermeras tendrán que seguir desempeñando el papel de cuidadoras o superoficinistas. En tal caso, se perjudicará tanto a la profesión de enfermería como al enfermo mental.

La autora recomienda que en todas las escuelas básicas se prepare a las enfermeras para dar orientación al paciente. Lo ideal sería que, en el futuro próximo, cada enfermera de sala que trabaja en una institución psiquiátrica pudiera dedicar por lo menos 30 horas a la orientación sin

supervisión. Al final de ese tiempo, probablemente desee revisar sus datos con alguien. En muchos hospitales, sin embargo, las enfermeras atienden a los pacientes incluso 100 horas sin supervisión. En por lo menos un caso, una enfermera que posee sólo un diploma de hospital y tres años de experiencia en enfermería en un ambiente psiquiátrico, se ha ocupado de los pacientes por más de un año.

ORGANIZACION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

En el verano de 1962 acudieron al Hospital Estatal de Torrance y al Hospital Estatal de Norristown enfermeras de 16 hospitales estatales y de varios organismos de salud privados de la región este de Pennsylvania, con el fin de participar en grupos de trabajo organizados en esos hospitales u observar sus actividades.

Dichos grupos de trabajo, se ceñían al horario siguiente, que podría servir de modelo para el futuro:

8:30 - 9:30 a.m.	- Estudio de la relación enfermera-paciente
9:30 - 12:15 p.m.	- Seminario sobre la relación enfermera-paciente
12:15 - 1:00 p.m.	- Almuerzo
1:00 - 2:00 p.m.	- Estudio de la interacción de pacientes en grupos
2:00 - 4:30 p.m.	- Seminario sobre las experiencias clínicas anteriores

En cuanto a detalles, como el número de participantes y la organización que se adoptaría, los grupos de trabajo de Torrance y Norristown fueron muy semejantes a otros celebrados en fecha reciente. En comparación con la experiencia anterior, se estimó que eran los más prácticos y eficaces.

No obstante, los grupos de trabajo de Pennsylvania se diferenciaron en un aspecto de los anteriores. Por primera vez, se grabaron todas las sesiones en cinta magnética y se transcribió el texto correspondiente. El material presentado en este libro proviene en gran parte de esas grabaciones.

Cada grupo de trabajo comprendía ocho enfermeras participantes, de 20 a 25 observadores y una profesora con la debida experiencia. Las enfermeras participantes se dividieron en grupos de a dos. Cada enfermera dedicaba una hora al día a alternar con un paciente, y cada grupo de dos enfermeras--turnándose como entrevistadora y secretaria--dedicaba también una hora a conversar con un grupo de pacientes. Mientras se llevaban a cabo estas experiencias de aprendizaje, las enfermeras que asistían como observadoras podían hacer preguntas a la instructora sobre asuntos de interés inmediato para ellas.

Inmediatamente después de cada período de interacción entre enfermera y pacientes, la instructora examinaba las actas taquigráficas de las entrevistas y en el curso de ese examen: 1) dilucidaba las técnicas que convenía utilizar para hablar a los pacientes y escucharlos; 2) definía los procesos correspondientes al pensamiento, el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje y la entrevista, y 3) explicaba conceptos como los de ansiedad, frustración, conflicto, identificación, distorsión paratáxica y disociación.

La práctica de examinar inmediatamente los datos de la entrevista se ha convertido en elemento integral, casi esencial, del programa del grupo de trabajo. Aunque a veces las sesiones de revisión de los datos colocarán a la enfermera en una situación incómoda, constituyen un método muy rápido y eficaz para identificar y eliminar prácticas y actitudes perjudiciales.

Mientras se celebraron los grupos de trabajo, esas técnicas, definiciones y conceptos se aplicaron y revisaron continuamente. La instructora recomendó a algunas enfermeras material de lectura para ayudarlas a resolver problemas clínicos específicos y les asignó diariamente ejercicios escritos destinados a hacerlas conscientes de las aptitudes que se requieren y del grado en que las utilizaban o dejaban de hacerlo. A medida que progresaban las actividades de los grupos de trabajo, las enfermeras se percataron cada vez más de la naturaleza y de los posibles efectos de sus comunicaciones verbales. En forma lenta pero segura, estructuraron un conjunto de normas para la práctica de enfermería que las capacitará mejor para hacer frente a los problemas que se plantean en su especialidad en los hospitales psiquiátricos.

LAS ENTREVISTAS CON FINES DE ORIENTACION

Como todas las relaciones mutuas entre seres humanos, las entrevistas de orientación tienen tanto forma como contenido. Configuran la forma las respuestas a preguntas encabezadas por "quién", "dónde", "cuándo" y "cómo";

el contenido se refiere a lo que la enfermera aprende de las entrevistas acerca del paciente y a la aplicación de esos conocimientos.

Del mismo modo, cuando el paciente explica "quién" intervino en una experiencia, "dónde" y "cuándo" esta sucedió, está indicando la forma o estructura del acontecimiento, es decir nombrando los actores, y determinando el tiempo y lugar. El "qué" de la experiencia es su contenido, los datos primarios de la relación mutua en que ha intervenido con otras personas.

Las preguntas y observaciones formuladas en esta sección ponen de relieve algunos de los preceptos más importantes sobre la forma de realizar las entrevistas de orientación.

Selección de los pacientes a quienes se dará orientación

Enfermera: En la práctica general, la enfermera trabaja con los pacientes que se le ha asignado en una sala, oficina de registro, clínica, etc. ¿Cómo se selecciona a los pacientes para este tratamiento en el ambiente psiquiátrico?

Profesora: Evidentemente, la selección dependerá del propósito que se persiga. El grupo de trabajo constituye una experiencia de adiestramiento breve y establecimos criterios para la selección en consecuencia. El paciente debía estar disponible todo el tiempo que funcionara el grupo de trabajo. Como el tratamiento por electrochoque influye en la memoria, descartamos aquellos pacientes que habían sido sometidos a dicho tratamiento en fecha reciente. Además, queríamos pacientes que pudieran expresarse porque, aunque mediante la orientación puede ayudarse a los pacientes que se niegan a hablar, es difícil lograrlo en el tiempo asignado al grupo de trabajo. Por ese mismo motivo, evitamos pacientes con trastornos orgánicos.

Este mismo criterio podría aplicarse en un programa básico destinado a estudiantes de enfermería. En cuanto a la generalización más segura que puede hacerse con respecto a la selección es preferible empezar con los casos más fáciles y avanzar hacia los más difíciles a medida que la enfermera adquiere mayor competencia.

Los primeros pacientes podrían seleccionarse entre los de una sala distinta de la propia. En esta forma, se evita la interferencia con otras funciones de la enfermera en la sala. Más tarde, al adquirir mayor pericia, se podrían seleccionar pacientes de su propia sala, trabajando con casos cada vez más difíciles. Lo importante es aprovechar cada contacto para adquirir conocimientos y técnicas que puedan redundar en beneficio de los pacientes.

Por ejemplo, es posible que, con el tiempo, la enfermera desee trabajar con pacientes que padecen enfermedades orgánicas y, con ello, aprenderá que el problema especial en tales casos no consiste en lograr la curación, sino en impedir un ulterior deterioro. Cada paciente tiene un problema especial. Hay que aprender primero a identificarlo para, luego, abordarlo.

Selección del lugar de las entrevistas

Enfermera: ¿Dónde deberían celebrarse las entrevistas de orientación?

Profesora: Las entrevistas se deben celebrar en un ambiente de aislamiento, comodidad razonable y donde haya buena luz. No se deben celebrar entrevistas en la cama del paciente o en un vestíbulo lleno de gente o en un rincón en la penumbra.

Tiempo destinado a las entrevistas

Enfermera: ¿Cuánto tiempo debemos dedicar cada día a consultas con el paciente?

Profesora: En la mayoría de los casos, una hora es suficiente, pero habrá oportunidades en que será provechoso prolongar o reducir ese período. Indudablemente no debe dedicarse todo el día a esta actividad terapéutica. Además de períodos de orientación u otras clases de tratamiento, se debe asignar tiempo a los pacientes para trabajar o participar en una actividad de trabajo, para divertirse y, simplemente, para descansar. No hay que confundir la diversión, como la que proporcionan los voluntarios, con el tratamiento. Si se deja que el paciente relaje sus nervios, la diversión podría prepararlo para sacar provecho del tratamiento; pero, por sí misma, no permitirá su curación.

Ropa que ha de usar la enfermera en las sesiones de orientación

Enfermera: ¿Tiene alguna importancia que la enfermera vista ropa de calle en vez de uniforme durante las sesiones de orientación?

Profesora: No creo que el vestido establezca diferencia alguna. La enfermera en ropa de calle se podría confundir con la asistenta social o la psicóloga, pero esa equivocación no tiene importancia.

Lo que puede ser importante es la clase de ropa de calle que vista. La enfermera que lleve un vestido ostensiblemente caro y a la última moda, joyas atractivas y toda acicalada podría alejar a la paciente, cuyo problema básico es la envidia y la competencia con otras mujeres. En el caso de pacientes del sexo masculino, tales atavíos podrían provocarlo sexualmente. La enfermera que lleva ropa de calle debe vestirse con bastante sencillez para no perjudicar el progreso de la entrevista.

La importancia de tomar notas por escrito

Hay una tarea importante que se debe recordar desde el principio: tomar notas por escrito de las entrevistas. A medida que se adquiere más experiencia, se prescindirá de esas notas, pero en la fase inicial son de suma importancia. Si se espera hasta después de la sesión para redactarlas, la mente--casi subconscientemente--eliminará material de valor.

Enfermera: ¿Qué haría Ud. si el paciente, después de ver sus notas, quisiera destruirlas?

Profesora: No sé lo que haría. Desde 1948 realizo este tipo de trabajo y nunca ha surgido esa situación. El paciente puede negarse a participar y, en algunas ocasiones, lo hace. Pero, que yo sepa, quienes han aceptado recibir orientación jamás han querido destruir los datos.

Si la situación surgiera, creo que yo no permitiría que los destruyeran. Es bastante poco lo que se sabe de los enfermos mentales, y cualquier elemento de información que podamos reunir es demasiado valioso para ser destruido.

PRINCIPIOS DESTINADOS A LA ENFERMERA-CONSEJERA

Las etapas y técnicas utilizadas por la enfermera en la orientación eficaz del paciente pueden agruparse en los siete principios siguientes:

1) Servir de ejemplo al paciente

2) Mantener una actitud profesional

3) Respetar al paciente

4) Evaluar el grado de desarrollo intelectual del paciente

5) Guiar al paciente para que vuelva a interpretar sus experiencias en forma racional

6) Hacer preguntas sensatas para facilitarle la descripción

7) Estudiar y aplicar conceptos teóricos en la orientación.

Estos principios son engañosamente sencillos, como se descubre tan pronto como se procura utilizarlos. Como tratamos con seres humanos--y, además, enfermos--se requiere ingenuidad, sutileza y paciencia para aplicar dichos principios. Uno de los motivos para basar esta obra en los grupos de trabajo ha sido el deseo de presentar los principios tal como se aplican en situaciones reales de orientación.

1) SERVIR DE EJEMPLO AL PACIENTE

La enfermera como modelo

En el trabajo con pacientes mentales, la enfermera debe ser modelo de una persona que se respeta a sí misma, que puede satisfacer sus propias necesidades y concentrar su atención en las necesidades de otras y prestar ayuda positiva; la enfermera debe ser ejemplo de atención disciplinada que se orienta hacia la comprensión de dificultades y debe demostrar competencia en la investigación y solución de problemas. En resumen, debe ser un modelo de persona sana.

En la orientación de grupos, la enfermera debe demostrar organización y decidir de antemano, con la enfermera con quien trabaja, cómo se turnarán en las funciones de dirigente y tomadora de notas. Una vez ante el grupo,

debe indicar su nombre y explicar la función que cada una va a desempeñar. Luego, se explica brevemente la finalidad de las reuniones: por ejemplo, dar a los miembros del grupo la oportunidad de hablar entre ellos sobre la enfermedad mental que padecen. De este modo, los pacientes tendrán ante sí un ejemplo de previsión y planificación.

Mirar a un paciente a los ojos--aunque parezca difícil mientras se está aprendiendo a tomar notas--puede demostrar respeto y confianza en sí misma. Si durante la entrevista se concentra la atención exclusivamente en el paciente, se demostrará habilidad para interesarse en las necesidades de otros. Hay casi infinitas maneras de demostrar diversos aspectos de la conducta humana. Al igual que el actor, la enfermera debe estar consciente de cada palabra que pronuncie, cada gesto que haga, y cada actitud que adopte. Si no se procede en esta forma, podría dar una imagen tergiversada de la persona sana, es decir del personaje que procura representar. El hecho de que la representación consciente de un papel dé lugar a gran tensión es uno de los motivos por los cuales estas entrevistas, como las obras de teatro, son relativamente breves.

Pero más importante aun es dar al paciente el ejemplo de que se tienen ideas claras. Hay que escuchar con seriedad lo que el paciente tiene que decir, como algo que es preciso comprender. Cada tema se debe tratar en forma lógica y ordenada. Las expresiones ingeniosas que dan vida a la conversación ordinaria están fuera de lugar en una situación en la que uno de los participantes en el diálogo--el paciente--podría interpretarlas literalmente, o según su patología. Por ejemplo, la frase "llueve a cántaros" podría ser interpretada literalmente por un paciente. Incluso si la refuta, ello indica que cree que la enfermera quería que se interpretara literalmente.

2) MANTENER UNA ACTITUD PROFESIONAL

La relación enfermera-paciente

La enfermera se da cuenta de los diferentes efectos que ejercen sobre el paciente diferentes formas de conducta. La enfermera no se comporta con respecto a los pacientes en una situación de trabajo como se conduce con sus amigos en una situación social.

Enfermera: En varios textos de enfermería psiquiátrica, he leído que la enfermera debe procurar hacerse amiga del paciente. ¿Está Ud. de acuerdo en ello?

Profesora: Sobre este aspecto estoy completamente en desacuerdo con muchos textos. No quiero decir que se deba adoptar una actitud ruda hacia los pacientes, pero hay que distinguir entre adoptar una actitud cortés y amistosa y cultivar una amistad. Los contribuyentes no han edificado hospitales que sirvan de lugares de reunión. No se les ofrece empleo a las enfermeras para que hagan amistades, ni los pacientes acuden a los hospitales para hacerse de amigos. Y lo que es más importante, si se procura establecer lazos de amistad con el paciente se podrá, en realidad, retrasar su curación.

Por ejemplo, observé que muchas de ustedes sonreían con frecuencia durante las entrevistas de esta mañana. En general, el paciente que sufre de psicosis interpretará para sí lo que ve y es casi seguro que interpretará la sonrisa de ustedes. Dirá: "La enfermera se está riendo de mí". "La enfermera está leyendo mi pensamiento". Con el paciente de sexo masculino, la sonrisa de ustedes suscitaría dos problemas: podría interpretarla como un intento por cautivarlo, y podría pensar que las entrevistas dan ocasión para intercambiar confidencias o chistes. La verdad es que ustedes ofrecen a esas personas un servicio profesional que no pueden obtener en otros lugares y no la oportunidad de sostener una conversación casual.

Enfermera: La paciente contaba que, después de un largo viaje para hacer compras, tomó un autobus para irse a casa. Yo le dije: "Ese cambio debe haber sido agradable". Ella respondió: "Sí", y continuó su narración.

Profesora: Su observación sirvió para transformar la entrevista en una situación social e interrumpir la descripción del paciente. Si esos juicios de valor fuesen útiles, la mayoría de los pacientes ya estarían curados, porque los voluntarios y los asistentes los bombardean con sus opiniones.

Enfermera: Ayer, mi pacienta me mostró algunas fotografías de su familia hoy quería que yo leyera algunas de sus cartas. ¿Debería yo hacerlo?

Profesora: No. Si se aceptan las prerrogativas tradicionales de la amistad, a la larga se destruiría la relación profesional. Además, no se debe mostrar ni el menor deseo en sus pertenencias. Aceptar objetos del paciente posiblemente implique, por lo menos para ella, que se necesita su persona o lo que ella tiene. En el caso mencionado, basta preguntarle de qué trata la carta, o la fotografía, o lo que sea.

Evite proporcionarle datos biográficos

Enfermera: En un momento, la paciente me tomó la mano y comparó sus dedos con los míos. Dijo que ojalá pudiera tocar el piano, a lo que yo respondí que yo tampoco tocaba ese instrumento.

Profesora: La paciente no necesita esa clase de información. En lugar de darle datos biográficos sobre ustedes mismas, podría haberla sacado de su retraimiento preguntándole qué oportunidades había tenido de tocar el piano o por qué le atraía tocar el piano. Las respuestas a algunas preguntas son tan evidentes que sería absurdo no contestarlas. Por consiguiente, contéstenlas, pero en forma breve. Si, por ejemplo, la enfermera lleva un anillo de matrimonio y el paciente le pregunta si es casada, basta con responderle que "si". Y si el paciente les pregunta cuál es su estado profesional, se le debe responder, ya que tiene derecho a saber cuál es el título oficial de la enfermera. Sin embargo, fuera de dar respuesta a esta clase de preguntas, no se le debe proporcionar información biográfica. Conviene recordar que el propósito de la entrevista es examinar la vida del paciente, y no la de la enfermera. En algunos casos, el paciente persistirá en hacer preguntas sobre la enfermera. De ser así, conviene recordarle en forma cortés, pero enérgica, que la enfermera está ahí para conversar de él. La información sobre la enfermera no ayudará al paciente. El psicópata la utilizará en contra de la enfermera y el esquizofrénico tejerá fantasías alrededor de ella.

La neutralidad en la investigación

La enfermera evita escrupulosamente responder ante cualquier esfuerzo del paciente para conseguir aprobación, desaprobación o indiferencia, y mantiene una estricta neutralidad en relación con todos los pacientes.

Enfermera: ¿Deben las enfermeras preocuparse de observar cómo se visten o se ven los pacientes?

Profesora: Creo que son permisibles las declaraciones de hecho, como: "Lleva Ud. un nuevo vestido". Sin embargo, creo que la enfermera debe servirse del mínimo absoluto de aprobación, desaprobación o indiferencia, en sus relaciones con los pacientes, porque esas actitudes tienden a obstruir el proceso de orientación. Examinemos el elogio, una forma evidente de aprobación.

¿Qué se logra con decir a la paciente que se ve maravillosamente bien con un traje nuevo? Si la paciente no sabe que se ve bien sin que alguien se lo diga, es que depende mucho de otras personas. Nos corresponde ayudarle a adquirir confianza en sus propias preferencias y gustos, en vez de reforzarle el sentido de dependencia.

Por otra parte, el paciente deprimido e introvertido no escuchará los elogios o los rechazará. Los elogios están en pugna con la opinión que tiene de sí mismo, según la cual: "Soy malo; no sirvo para nada". Todo lo que sea incompatible con esa opinión no se escucha o es objeto de menosprecio. La tarea del consejero consiste en descubrir las causas de esa opinión peyorativa de sí mismo y en exponer los errores que contiene. El mismo argumento podría aducirse contra la desaprobación y la indiferencia. Al igual que la aprobación, esas actitudes o refuerzan una patología, o son ignoradas. En cualquier caso, no avanza la labor del consejero.

Enfermera: ¿No es importante ver que la paciente se ve presentable?

Profesora: Sí, pero eso se puede lograr en forma neutral. La enfermera puede decir: "Aquí tiene un vestido, le ayudaré a colocárselo". Si, en lugar de eso, la enfermera dice: "Aquí tiene un vestido bonito, se verá mejor con él", habrá suscitado problemas.

Si, después de colocarse el vestido, la paciente estima que no se ve mejor, la predicción resulta errónea. La paciente pierde confianza en la enfermera como ayudante, y se menoscaba el proceso de orientación.

Debo reconocer que muchas enfermeras están en desacuerdo conmigo acerca de la utilidad de esas actitudes. En definitiva, tendrán Uds. que tomar sus propias decisiones. Pero hay algo de lo que estoy segura: si Uds. le dicen a una persona que se cree que no vale nada que es una gran persona, hará todo lo posible por demostrar que Uds. no tienen razón.

Recuerdo el caso de una enfermera graduada y con mucha experiencia que, después de trabajar satisfactoriamente con una niña muy perturbada en un ambiente escolar, decidió visitar a la niña en su hogar. La madre de la niña--lo que fue muy desatinado--se tomó la molestia de preparar almuerzo y de transformar una visita profesional en un acontecimiento social de gala.

Cuando llegó la enfermera, todos se sentaron a tomar café y a comer pastelitos, mientras la madre discurría acerca de su hija: "No sé que voy a hacer con Olga. No está bien. Cuando me muera, tendrá que pasar el resto de sus días en un hospital estatal". Se podrán imaginar Uds. el efecto que esas pintorescas observaciones tenían sobre la hija.

Es evidente que en esa situación, la enfermera debiera haber intervenido con el fin de afianzar la personalidad de la niña contra el embate de la madre. Algunas observaciones como: "Creo que Olga está progresando", o "En la escuela, Olga ha realizado una labor bastante interesante", habrían protegido a la niña; pero la enfermera se abstuvo de hacerlo. La necesidad de la enfermera de obtener la aprobación de la madre, que representaba un personaje de autoridad, la hizo guardar silencio. En consecuencia, se destruyó la confianza de la niña en la enfermera, se anuló el progreso que se había logrado y fue necesario iniciar de nuevo el proceso de tratamiento.

Aunque tienen muy poca autopercepción, la mayoría de los enfermos, sobre todo esquizofrénicos, se percatan con mucha facilidad de lo que hacen los demás. Si se toma partido contra ellos, incluso tácitamente, percibirán ese hecho inmediatamente. Por este motivo, en el trabajo en grupo es indispensable que la enfermera permanezca absolutamente neutral. Si se atiende de preferencia a un paciente en el grupo, se perderá a todos los demás.

3) RESPETAR AL PACIENTE

La enfermera muestra respeto por el paciente tratándolo con la cortesía que se brinda a un extraño. Si se trata a un nuevo paciente como a un caso familiar o estereotipado, la enfermera puede descuidar el aspecto sui generis del paciente y su patología. La enfermera, en forma clara y compatible con su propia identidad peculiar, induce a los pacientes a aceptar su independencia y, por ende, les ayuda a resolver algunos de sus problemas.

La identidad del paciente

Enfermera: Me acerqué a una niña sentada al centro de la habitación y sonriéndome le dije: "Qué hay? Soy la Sra. Pineda. ¿Cómo se llama Ud."? Después de decirme: "Alicia", le dije: "Alicia,

vamos a sentarnos en aquel sofá, donde podamos conversar". Así lo hicimos y, luego, le expliqué que las enfermeras que participabamos en el grupo de trabajo dedicaríamos algún tiempo a conversar con los pacientes. Le pedí que me hablara de ella.

Profesora: Debería haberle preguntado su apellido. Si se hubiera negado a proporcionárselo, se podría haber buscado en los registros y hasta que lo hubiera obtenido, no debería haberse referido a ella por su nombre.

No se conoce bastante bien a esa niña para utilizar con familiaridad su nombre, y es posible que la enfermera esté satisfaciendo su necesidad de negarse el apellido, es decir su linaje.

Enfermera: En la mayoría de sus declaraciones, mi paciente usa el pronombre "nosotras" en vez de "yo". Me he enterado de que tiene una hermana gemela, pero no he indagado si la hermana es la otra parte de "nosotras".

Profesora: Cuando la paciente dice "nosotras" es de suma importancia preguntarle: ¿"Quiénes somos nosotras"? Un problema común entre los pacientes, especialmente en el caso de gemelos, es la falta de identidad distinta. El paciente es incapaz de distinguir su propia personalidad de la de su madre o de alguna otra persona. Su trastorno y, por consiguiente, su conducta se debe a un conflicto inconsciente entre sus propios deseos naturales y los que se le impone desde afuera.

No sé si esta gemela es esa clase de paciente. Mañana, insista en que le identifique el "nosotras". Si no le es fácil pensar en ella independientemente de otras personas, le será difícil mencionar a las personas comprendidas en ese pronombre.

Enfermera: Le pedí a mi paciente que me contara lo que le había sucedido antes de venir al hospital. Su respuesta me causó algo de sorpresa. Casi refunfuñando me dijo: ¡"No se lo diré! Ya lo hice una vez en sus llamadas reuniones del personal, y me golpearon. Estaba desnuda y se rieron de mí. Traté de alejarme arrastrándome para lamer mis heridas, pero fuí tumbada una y otra vez".

Profesora: La respuesta de esa paciente revela otro aspecto del problema de la identidad. Muchos pacientes ven a las personas a quien ellos recién conocen como antiguos conocidos y esperan que se comporten como las personas anteriormente conocidas. Eso es, evidentemente, lo que le sucedió a su paciente.

Naturalmente, no hay que interpretar sus palabras literalmente. En las instituciones mentales de hace un siglo, tal vez se le hubiera quitado la ropa y hubiera sido objeto de burla y golpeada, pero no en un hospital moderno. Es posible que en sentido figurado quisiera decir que se la privó de sus mecanismos de defensa y experimentó el dolor de la ansiedad creciente y molestia en grado extremo. Tales hechos son muy posibles en las reuniones de personal modernas.

Lo que efectivamente ha querido significar se aclarará a medida que progresen las entrevistas. Lo que interesa recordar es que al escuchar lo que dice un paciente y tratar de captar lo que quiere decir, hay que atender tanto al sentido figurado como al sentido literal de las palabras.

El carácter confidencial de las entrevistas

Enfermera: ¿Cómo se le hace saber al paciente que sus observaciones se examinarán con otras personas interesadas en su caso?

Profesora: Se puede recurrir a varios procedimientos: lo importante es decirle al paciente desde el principio quién va a examinar con la enfermera la información y, luego, resguardar el carácter confidencial de los datos dentro de los límites que se ha establecido. Creo que es importante evitar darle la idea de informante con que se representa a las enfermeras en las obras de televisión, en el cine y en las revistas baratas, donde parecen siempre estar escapándose con información hábilmente extraída del paciente para comunicársela a las autoridades. Me temo que, con demasiada frecuencia, los pacientes tienen esta idea de la enfermera. De manera que es prudente que la enfermera dé a conocer sus intenciones al principio.

En este caso, por ejemplo, se está informando a los pacientes que sus declaraciones serán examinadas por su profesora y colegas en el grupo de trabajo. En otras ocasiones, se les podría decir: "Voy a mostrarle este relato al médico y al personal de enfermería de la sala", o "Voy a incluir un resumen

de sus observaciones en su ficha al final de 20 sesiones". Si utiliza este último método, se ha de permitir al paciente que lea el resumen, ya que, después de todo, se refiere a su vida.

Enfermera: Esta mañana, oí que el paciente al que proporciono orientación discutía nuestras entrevistas con otros pacientes. ¿Se debe permitir esa clase de discusión?

Profesora: Sí. El hablar de ellos es un privilegio que no se debe negar a los pacientes. La responsabilidad de mantener el carácter confidencial de esas entrevistas corresponde a la enfermera exclusivamente. Es innecesario restringirles la conversación fuera de la entrevista y, como las restricciones tienden a aumentar la dependencia, ello podría tener consecuencias perjudiciales. Si varios miembros del grupo conversan con personas ajenas acerca de ellos y otros miembros del grupo, podrían obstruir el progreso. Pero, aún en ese caso, sería poco prudente que la enfermera impusiera restricciones. Otro procedimiento consistiría en familiarizar a todo el grupo con la situación y, luego, tratar de guiarlo para que formule su propio reglamento.

Enfermera: Si, durante la entrevista, surge algún problema en relación con el cual estimamos que es necesario infringir el acuerdo original con el paciente ¿podemos hacerlo?

Profesora: Uds. son las expertas. Si el criterio profesional dicta determinado curso de acción, es preciso seguirlo. Naturalmente, esos acuerdos no deben tomarse a la ligera, pero supongamos que, en el curso de una entrevista, un paciente confiesa de improviso que piensa suicidarse. Supongamos también que, según el acuerdo original, la información debía permanecer estrictamente confidencial entre el paciente y la enfermera.

En tales circunstancias, se ha de continuar la entrevista, extenderla en caso necesario, y obtener toda la información posible preguntándole, por ejemplo: ¿"Cuando pensó por primera vez en el suicidio"? ¿"Qué le indujo a pensar en eso"? ¿"Qué lograría Ud. con ello"?, etc. Luego, al final de la entrevista se le debería decir: "Es preciso comunicar esta información al médico". Una vez que se le haya explicado claramente que la información será transmitida al médico, podría examinar con él cómo se procedería; es decir si la enfermera, o el paciente y la enfermera, o el paciente por sí solo, comunicará la información al médico.

Se pueden imaginar otras situaciones igualmente urgentes. En esos casos extremos, no hay que vacilar ni tener escrúpulos en lo que respecta a infringir el acuerdo. Sin embargo, conviene recordar que debe haber un serio motivo para hacerlo.

4) EVALUAR EL GRADO DE DESARROLLO INTELECTUAL DEL PACIENTE

La necesidad de evaluación

Profesora: Al entablar relación con el paciente se debe evaluar en forma aproximada su capacidad mental y desarrollo actual. Esta evaluación ayudará a la enfermera a concentrar su atención en las deficiencias del paciente y a orientarse en su contacto con él.

Esta evaluación debe ponerse al día en el curso de las entrevistas. Es preciso registrar cada incidente que revele determinada aptitud mental. En esta forma, se dispondrá de un gráfico del progreso y del estado actual del paciente.

En las primeras sesiones, la enfermera debe dedicar gran parte de su labor a fomentar en el paciente la habilidad para describir. Muy pocos serán lo que logren avanzar más allá de esta etapa en el grupo de trabajo. No obstante, algunos pacientes adquirirán esa técnica con más rapidez que otros, y el diagrama del progreso del paciente permitirá a las enfermeras avanzar a un ritmo óptimo.

Por qué es preciso volver a evaluar la información después de cada entrevista

Profesora: A medida que uno se familiariza con una persona o situación, se presta en general menos atención a detalles que en la primera ocasión. Al principio, se está alerta y muy consciente, pero más tarde, se relaja la tensión, se clasifica a la persona, lugar u objeto recién conocido, se la coloca en su propio casillero, y se empiezan a dar por sentado algunos aspectos.

Esta tendencia a percatarse menos de detalles a medida que uno se va familiarizando con algo, está implícita en muchas circunstancias de la vida diaria. ¿Cuántas veces personas relativamente extrañas les han advertido de cambios en sus amigos

más íntimos? ¿Cuántas veces han regresado Uds. a lugares antiguos y notado algo que siempre estuvo ahí en forma manifiesta, pero que no se observó cuando formaba parte del ambiente en que uno se desenvolvía constantemente?

El no estar consciente del progreso--o deterioro--del paciente, destruye la finalidad del programa de orientación. Priva al paciente de todo incentivo al cambio y refuerza su sensación de ser inadecuado, sin mérito y sin finalidad alguna. Es imposible orientar sin ser sensible al cambio, ya sea para mejor o para peor. Pero para percibir el cambio, es preciso conocer en todo momento el punto de partida, dónde se encontraba uno en cierto momento y la meta a que se aspira.

5) GUIAR AL PACIENTE PARA QUE VUELVA A INTERPRETAR SUS EXPERIENCIAS EN FORMA RACIONAL

Necesidad de informarse acerca de las experiencias previas del paciente

Enfermera: En nuestras conversaciones con los pacientes ¿qué información debemos obtener y qué debemos hacer con ella una vez obtenida?

Profesora: Antes de responder a esa pregunta, debo explicar brevemente el concepto en que se basa la creencia de que la orientación es un método terapéutico auténtico de tratar a los enfermos mentales. Según ese concepto, la persona mentalmente enferma, como cualquiera otra, ha llegado a ciertas conclusiones acerca de sus experiencias personales. No obstante, debido a esas conclusiones adopta pautas de conducta que la sociedad califica de enfermizas.

La orientación tiende a eliminar o a modificar esas pautas de conducta combatiendo sus causas, es decir las conclusiones erróneas en las cuales se basan. La primera medida en la lucha consiste en guiar al paciente para que vuelva a examinar las experiencias que motivaron esas conclusiones.

Por consiguiente, lo primero que debe procurarse en las entrevistas es obtener una descripción de las experiencias particulares del paciente. En última instancia, de muchas de esas descripciones se obtienen nuevos datos que es preciso analizar a fin de confrontarlos con las conclusiones del paciente y revisarlas.

Por muchos motivos, no es fácil obtener descripciones de la experiencia de los pacientes. Tal vez la mayor dificultad que deba vencerse es el extremado esfuerzo, consciente o inconsciente, que a menudo realiza el paciente para mantener su enfermedad. Sus pautas de conducta, aunque nos parezcan poco saludables, constituyen para él medios eficaces de resolver las tensiones de la vida. El paciente se muestra tan renuente como nosotras a abandonar un método que ha demostrado ser satisfactorio. Si se le permite perseverar en sus pautas enfermizas, aumentará su renuencia a abandonarlas, como asimismo el peligro de que se transforme en un caso crónico.

Algunos hospitales han comprendido el peligro de permitir que una pauta poco saludable se convierta en habitual y han establecido unidades de cuidado intensivo que procuran evitar la hospitalización prolongada facilitando tratamiento mediante la orientación al paciente inmediatamente después de ser admitido.

En Bellevue, otras dos enfermeras y yo trabajábamos a menudo con casos de pánico recién admitidos. Aprendimos que, a medida que disminuye el pánico inicial, los pacientes demuestran gran interés por obtener una explicación adecuada de su origen. El tratamiento en esos casos consistía principalmente en estar junto a ellos. Les dábamos líquidos y, con frecuencia, caminábamos por el corredor con ellos. No los fastidiabamos con preguntas ni consejos.

Cuando el momento peor del pánico había pasado, los estimulábamos a hablar con frases breves, por ejemplo: "Cuénteme". ¿"Qué sucedió"? "Cuénteme". Comúnmente empezaban a hablar, a describir la experiencia que había originado el pánico, y nosotros sencillamente escuchábamos, a menudo durante horas. Poco a poco, a medida que los pacientes examinaban sus experiencias, reorganizaban sus pensamientos en forma más sana.

A menudo, esta clase de tratamiento permitía obtener resultados espectaculares de la noche a la mañana. No sin frecuencia, los pacientes experimentaban una mejoría tan pronunciada, que el peor sufrimiento en su caso era el que los residentes les hubieran dado el diagnóstico de esquizofrénicos al ingresar al hospital. Por desgracia, la mayoría de los pacientes con que ustedes se encontrarán exhiben pautas de conducta anormales que han sido reforzadas por años y no describirán su experiencia tan fácilmente como los nuevos pacientes.

Un obstáculo que se presenta para lograr que los pacientes describan sus experiencias, por lo menos al principio, será la falta de pericia de Uds. en las entrevistas. Para adquirir competencia al respecto, será preciso dominar bien algunas técnicas verbales. Al principio, muchas de Uds. impedirán el progreso recargando la conversación con opiniones y consejos personales, o haciendo preguntas difíciles que intimidarán al paciente, tales como: ¿"Por qué está Ud. enfermo"? Si el paciente pudiera responder a esa pregunta o a otras semejantes, no necesitaría ayuda de ustedes.

Al comenzar este trabajo, es preciso que aprendan a distinguir entre la experiencia descrita y la experiencia clasificada. Si el paciente dice: "Mi abuela no me quiere", no está describiendo su experiencia, sino que está formulando una conclusión sobre acontecimientos que ya ha clasificado o evaluado. Será necesario informarse de los acontecimientos en que se basan sus conclusiones. El paciente proporciona la clase de descripción que se requiere si dice: "A las dos de la tarde fuí a casa de mi abuela. Al recibirme me dijo....., luego, yo le dije..... y ella me dijo".

Disociación de la experiencia

Enfermera: Ud. nos dice que debemos tratar de que el paciente rastree sus experiencias pasadas y las examine. Tal vez yo esté demostrando ser poco inteligente, ¿pero no sería mejor olvidar algunas experiencias?

Profesora: Ya veo, Ud. está planteando un problema acerca del significado de la palabra olvidar. Más de una persona, ya adulta, tiene experiencias que encuentra desagradables. Al examinar esas experiencias, las acepta como una realidad desagradable y, en vez de meditar sobre ellas, las relega a un segundo plano, las "olvida" y su reacción es la de una persona sana.

En cambio, la persona alterada no "olvida" en esa forma. Se niega a aceptar la experiencia, a admitir que exista. Se disocia de ella. Ahora bien, si fuera posible disociarse completamente, borrar del todo la experiencia, con frecuencia sería conveniente hacerlo.

En realidad, la disociación suele manifestarse en alguna pauta de conducta inconsciente. Al igual que la primera mentira que conduce a mil más, la primera experiencia disociada se entromete en un número cada vez mayor de aspectos de la vida. La necesidad de disociarse de la experiencia aumenta, y las pautas de conducta se hacen más anormales hasta que a la larga son insostenibles. Con el tiempo, surge una situación de tensión que exige que se tome conciencia de algunos elementos de la experiencia disociada; y cuando se captan fácilmente esos elementos, el resultado es el pánico. Naturalmente, para hacer frente al pánico es necesario reorganizar la personalidad. Cuando el pánico se manifiesta en personas ya enfermas, la reorganización suele contribuir a aumentar la patología, a menos que se obtenga asistencia competente.

Momento en que se ha de estimular al paciente a analizar sus experiencias

Enfermera: La paciente señaló cuán dolorosa había sido la vida con su madre y cuán agradable era vivir con su abuela.

Profesora: Esa observación revela capacidad de la paciente para establecer comparaciones, lo que representa una técnica analítica sumamente deseable. Incluya este incidente en el registro y la fecha del mismo. Sin embargo, no se debe poner de relieve esa habilidad, hasta no obtener pruebas de la capacidad del paciente para describir sus experiencias.

En otros términos, no debe permitirse que los pacientes analicen experiencias hasta no haber reunido, para el análisis, un número suficiente de ellas descritas con exactitud. Algunos pacientes, inducidos por el ansia de ser dados de alta de una institución, tratarán de analizar su conducta antes de haberse obtenido datos suficientes. En general, tales intentos contribuirán solamente a intensificar la ansiedad del paciente. A la enfermera corresponde velar por que el paciente no trate de avanzar sin preparación adecuada.

Enfermera: ¿Cuándo sabe la enfermera que puede guiar al paciente hacia el análisis de datos?

Profesora: El primer indicio, el más claro y el más importante es el momento en que el paciente empieza a describir experiencias con mayor libertad. Entonces se empieza a obtener una mayor cantidad de datos primarios. Pronto, el paciente empezará a

establecer conexiones. Percibirá semejanzas en situaciones diferentes. En esta etapa, se puede empezar a ejercitarlo en el análisis rudimentario. Se seleccionan detalles de sus experiencias de entre aquellos que él ha dado y se le pide que los organice en orden cronológico, o que los agrupe según su importancia.

Con el tiempo, empezará a generalizar acerca de esas experiencias, y entonces la enfermera debería preguntarle: ¿"Ahora cuál es, en su descripción, la base de esa idea"? Se le pide que justifique sus conclusiones en función de sus experiencias reales. Es de esperar, a medida que se repita este proceso, que el paciente podrá identificar los errores en que ha incurrido en la formulación de sus conclusiones, y que comprenderá los problemas que lo aflijen. En esta etapa, aunque no está curado, ha dado un paso importante hacia su recuperación.

Quiero, no obstante, recordarles de nuevo que en muy pocos casos se consigue la recuperación rápida. Uno o dos de los pacientes que participan en este grupo de trabajo dan muestras de progreso notable, pero se trata de excepciones. E, incluso si tenemos la suerte de corregir los procesos mentales de un paciente, nos queda todavía por abordar problemas emocionales que no se someten tan fácilmente a la fuerza de la lógica.

6) HACER PREGUNTAS SENSATAS PARA FACILITARLE LA DESCRIPCION

Cómo estimular al paciente a describir experiencias

Enfermera: La paciente dijo que su tía y su tío eran alcohólicos y que su madre le provocaba celos y resentimiento a su tía.

Profesora: Observen en este caso la clasificación: "alcohólicos", "celos", "resentimiento"; todos estos son términos clasificados. Por otra parte, la paciente ha empezado a describir bastante bien. Es el momento de empezar a determinar la validez de algunas de sus conclusiones. Naturalmente, no se le puede preguntar por qué califica a su tía y su tío de alcohólicos. Esa es una pregunta demasiado difícil. El mejor procedimiento consiste en pedirle que dé un ejemplo de alcoholismo. A medida que se obtengan estos ejemplos, se podrá determinar si las conclusiones del paciente son válidas. Si no lo son, probablemente permitan identificar los errores en su proceso mental.

Enfermera: La paciente dijo: "Recuerdo que, en cierta ocasión, mientras estaba yo sentada en el sofá y mi tía dormía, mi tío me besó y me tocó los senos. Yo no le dejé hacer nada más. Subí a mi cuarto y lloré".

Profesora: Este hecho debería incluirse en la ficha de evaluación. La paciente progresa realmente en cuanto a describir experiencias. Proporciona bastantes detalles y, al parecer, organiza los hechos en orden cronológico.

Enfermera: Luego, después de una pausa me miró y yo le pregunté: ¿"Se sintió Ud. culpable"? Ella respondió: "Sí, no pensé que él haría algo semejante".

Profesora: Su interpretación de los sentimientos de la paciente, aunque al parecer correcta, fue prematura, ya que no tenía Ud. pruebas concretas en las cuales apoyarla. Fue simple conjetura, y si la paciente la hubiera rechazado, podría haber retardado el progreso en la entrevista.

En realidad, es dudoso que algunas interpretaciones externas sean de utilidad. Tenga Ud. la seguridad de que la paciente ha sido objeto de muchas interpretaciones de parte de su confesor, sus amistades y sus parientes y, sin embargo, está aquí. A la larga, tendrá que formarse sus propias interpretaciones, y nuestra tarea consiste en ayudarla.

En lugar de apresurarse a interpretar sus sentimientos, Ud. debería haber examinado la situación más a fondo. Podría haberle preguntado cuándo sucedió el incidente y dónde. Lo que hizo en su cuarto es también importante. Las conclusiones a que se llega en esos momentos de retraimiento suelen contribuir en muy alto grado a la enfermedad mental.

Ejemplos de preguntas descriptivas

Enfermera: La paciente dijo: "Entonces vino la policía. Hicieron mis maletas y me condujeron a la comisaría...".

Profesora: ¿Qué preguntas podría haber hecho el dirigente del grupo para estimular la descripción por parte del paciente?

Enfermera: Podría haber preguntado: ¿"Por qué vino la policía"?

Profesora: Las preguntas sobre el "por qué" de las cosas intimidan al paciente. Si el paciente realmente supiera "por qué", la situación no sería problemática.

Enfermera: El dirigente del grupo podría haber preguntado: ¿"La policía vino a su domicilio"? y haber esperado la respuesta.

Profesora: Sí, excepto que la pregunta anodina podría haber sido contraproducente. Es posible que un paciente, sobre todo si padece de psicosis, hubiera pensado que Ud. estaba de acuerdo con él. Si, por ejemplo, el paciente dice: "Oigo voces", y al responderle se le pregunta: ¿"Ud. oye voces"?, el paciente podría aceptar su observación como una opinión concordante.

Los gestos pueden también prestarse a equívocos. El asentimiento es frecuente en la conversación ordinaria, pero se debe tener mucho cuidado cuando se hace un movimiento con la cabeza en la conversación con pacientes.

El dirigente del grupo podría haber hecho varias preguntas, por ejemplo: ¿"Qué dijo la policía"? ¿"Qué sucedió antes de que viniera la policía"? ¿"Quién más estaba presente"? Hay que adquirir pericia para lograr que el paciente describa sus experiencias.

Enfermera: Me está pareciendo que en estas entrevistas no se puede actuar como en la conversación ordinaria.

Profesora: Exactamente. Estos pacientes han estado sometidos por años a conversaciones "ordinarias" y, casi sin excepción, estas han contribuido a empeorar su situación. La orientación es una forma de tratamiento puramente verbal. Para que sea eficaz, es preciso adquirir conciencia del lenguaje que se utiliza y controlarlo, en forma distinta del que se usa en la conversación "ordinaria". Adquirir maestría en este aspecto es una tarea muy difícil, pero no imposible.

Expresarse en términos concretos

Enfermera: La paciente dijo: "Estos niños nos iban a llevar a casa, pero no lo hicieron". Luego, habló de haberse mordido y de haber pataleado y rasguñado para librarse de ellos. Y continuó: "Pasamos la noche solas en la sala".

Profesora: ¿Quiénes son "ellos", los niños"? Es indispensable averiguarlo todo. Deben procurar que el paciente hable de determinadas personas y no de pronombres anónimos o personajes vagos. Si se obliga al paciente a pensar y a expresarse en términos concretos, se habrá remediado una parte de su trastorno mental. Si el paciente se refiere a "la gente", se le debe preguntar: ¿"Qué gente"? Si alude a "los médicos" es preciso preguntarle: ¿"Cómo se llaman"? Hay que insistir en esta forma todo el tiempo.

No se debe colaborar en forma alguna con la tendencia del paciente a evitar lo específico. Muy a menudo, el paciente formulará observaciones como las siguientes: "Ud. sabe que he recibido tratamiento por choque", o "Después de eso, me abandonó. Ud. comprende". El hecho es que uno "no sabe" y "no comprende"; y no se debe permitir al paciente que suponga lo contrario. Con demasiada frecuencia, la causa del problema reside en aquellos aspectos que el paciente procura encubrir con vaguedades. No se le debe ayudar en sus esfuerzos, sino que conviene obligarlo a examinar sus hipótesis.

La vaguedad se puede manifestar también en otras formas. Cuando se obtienen observaciones como: "No debiera pensar en esto", o "No debo hacer esto", o "No dormí", o "No me gustó esto", es preciso reconocer que nada revelan. En este caso, hay que cambiar el rumbo de la conversación hacia lo real, lo efectivo. Pregúntele: ¿"Qué piensa Ud. de esto"? ¿"Qué hizo Ud."? Si se obtienen respuestas a estas preguntas, se tendrá algo con qué trabajar.

Evitar preguntas que no conduzcan a respuesta alguna

Enfermera: Le pregunté a la paciente: ¿"Cómo se lleva Ud. con su madre"? A lo que respondió inmediatamente: "No la quiero. No quiero vivir con ella. Cuando regresé de mi última visita, le pregunté a la asistenta social si podría vivir más bien con mi tía, aunque eso depende de mi tío".

Profesora: La respuesta que le ha dado no contesta a su pregunta, ya que revela lo que no siente por su madre, pero no lo que realmente siente. Su pregunta fue muy difícil y probablemente a ello se debió esa respuesta inadecuada. En el fondo, Ud. le pidió que explicara un proceso; a eso equivale una pregunta encabezada por "Cómo".

Si se desea obtener respuestas directas, sería preferible, por lo menos al principio, restringir las preguntas a aquellas que comienzan por "Quién", "Qué", "Dónde", "Cuándo". Explicar cómo o por qué algo sucede es demasiado difícil para el paciente común y corriente.

Enfermera: Esta mañana, aunque quizá no debiera haberlo hecho, pregunté a mi paciente cómo habían reaccionado los otros pacientes en relación con nuestra visita. Me respondió que estaban contentos con ella.

Profesora: No debió haber hecho esa pregunta, por la simple razón de que ni ella ni nadie puede responder a esa pregunta con exactitud. La paciente no sabe lo que sienten los otros. Sólo sabe qué es lo que hicieron o dijeron. Como Ud. bien lo sabe, a menudo hay muy poca relación entre lo que una persona dice y lo que piensa. Además, al hacerle esa pregunta ha sugerido al paciente que es posible leer la mente. Muchos de esos pacientes están aquí porque, en un intento por leer la mente de los demás, han llegado a algunas conclusiones en extremo perturbadoras. Su pregunta nada ha hecho por desacreditar esos intentos, y es de suponer, que puede haber reforzado tal tendencia.

La enfermera debe estar en todo momento consciente de la propia conducta y, en los contactos con el paciente, revelar sólo aquellas pautas que desee que el paciente imite. Esta actitud debe adoptarse en todas las actividades clínicas e incluso en aquellas que parecen ser banales.

Enfermera: Ayer, la paciente me dijo que había terminado sus dos últimos años de estudios secundarios en California. Hoy, le pregunté qué edad tenía cuando inició dichos estudios en esa ciudad.

Profesora: Generalmente, no es conveniente utilizar datos sobre el pasado antes de que el paciente los mencione él mismo. Un paciente muy angustiado tal vez no recuerde lo que ha dicho y, si esto ocurre, estimará que la enfermera lo está intimidando al referirse a ello.

La enfermera impone sólo aquellas tareas que están de acuerdo con el estado conocido o sentido del paciente. Si el paciente adquiere la sensación de fracaso en las entrevistas, se mostrará renuente a continuarlas, y mucho más a cooperar en ellas. Es conveniente que cada pregunta sea sencilla y directa. Eviten hacer dos preguntas al mismo tiempo, como: ¿"Es Ud. casado?; ¿tiene hijos"? Cada tarea que el paciente termina satisfactoriamente aumenta su autoestimación como asimismo las posibilidades de desarrollar su capacidad mental.

Enfermera: La paciente me hablaba de su tío, un escocés que se había casado con su tía alcohólica. Le pregunté a dónde se había ido a vivir su hermana.

Profesora: Un indicio de mejoramiento en el proceso mental del paciente es la continuidad cada vez mayor de sus ideas. El consejero no puede controlar los pensamientos del paciente, pero, mediante preguntas seleccionadas, puede ayudarle a concentrar debidamente la atención.

En este caso, en vez de ayudarle a concentrar su atención en una sola dirección, Ud. la obligó a cambiar de tema. Si esto lo hizo Ud. cien veces, las ideas del paciente estarán más dispersas que nunca. Hay que hacer una pregunta sobre el tema o no hacerla.

Evitar preguntas que conduzcan a un atascadero

Enfermera: Me acerqué a mi paciente, que tiene 54 años de edad, y le pregunté si quería ser mi paciente. Después de contestarme afirmativamente, nos sentamos a una mesa y le pregunté si quería contarme algo de su vida. Empezó describiendo su hogar.

Profesora: En realidad tuvo Ud. suerte, porque dos veces en unos minutos le dio oportunidad de que no la aceptara. ¿Qué hubiera hecho Ud. si el paciente le hubiera dicho: "No, no quiero ser su paciente", o "No, no quiero contarle a Ud. nada de mi vida"?

Enfermera: Me hubiera quedado atascada.

Profesora: Sí, se hubiera quedado paralizada en la entrevista. No hay que dar al paciente opción alguna, a menos que esté una dispuesta a aceptar cualquiera de las alternativas. Es mejor decirle simplemente: "Cuénteme...". Muchas de las enfermedades mentales tienen su origen en actitudes indirectas o en la ambigüedad. Aunque al principio la actitud directa puede causar molestias y ansiedad, creo que además de minimizar la posibilidad de un rechazo, tiene importancia correctiva.

Enfermera: El paciente puede todavía decir que "no" si se adopta una actitud directa.

Profesora: Efectivamente puede, pero entonces yo le pregunto: ¿Qué le impide a Ud. adoptarla?" o bien, "La adoptará Ud. más tarde?". Por otra parte, si el paciente no acepta la pregunta de una enfermera que da una opción, aquélla sólo podrá causar resentimiento si persiste en su pregunta. El paciente estimará que ha sido objeto de un engaño, y que en realidad no tenía opción alguna.

En caso de digresión del paciente

Enfermera: ¿Qué debo hacer si la paciente continúa divagando para no hablar de sí misma o de su familia?

Profesora: Si persiste, podría Ud. llegar a un acuerdo con ella. Que acepte dedicar la mayor parte de la entrevista a examinar sus problemas, a cambio de que dedique el resto del tiempo a hablar de su familia o de generalidades.

Esos acuerdos son, en el mejor de los casos, transacciones. Si se puede, hay que evitarlos. Es posible que el paciente utilice las discusiones acerca de la familia y generalidades para ocultar aquello que, en verdad, le preocupa. Si la enfermera se asocia a esas discusiones le ayudaría a reforzar su enfermedad.

En realidad, el paciente típico, independientemente de lo que diga, se interesa principalmente en sí mismo: en sus propias opiniones, sus propios sentimientos y sus propios problemas. Una manera de captarse la confianza del paciente es demostrarle que nosotros también nos interesamos en él. En ciertas circunstancias, es posible incluso que seamos llamados a servir de

mediadores entre sus intereses y otros antagónicos. Esta necesidad suele surgir cuando la enfermera visita al paciente en el hogar.

Cuando el paciente guarda silencio

Enfermera: Tenía la impresión de que mi entrevista no era satisfactoria. Con frecuencia, el paciente se quedaba callado. Rápidamente, yo fabricaba una pregunta pero, tan pronto como la hacía, pensaba: "Esa pregunta fue superflua".

Profesora: Con frecuencia, los pacientes guardan silencio por algún tiempo y, a veces, es preferible esperar a que salgan de su mutismo, es decir, que ese período siga su curso, en vez de tratar de aguijonear al paciente haciéndole una pregunta. Esperar en silencio junto a una persona que está en graves dificultades y que no sabe que hacer al respecto es una tarea difícil y extraña para una enfermera que ha pasado tres años de intenso trabajo en una escuela de enfermería, pero a veces es la tarea más beneficiosa que se puede realizar. Si, a juicio de la enfermera, el paciente guarda lo que se llama un silencio meditabundo, no debe interrumpírsele jamás.

Durante las primeras entrevistas, la enfermera establece la pauta para las futuras entrevistas. Si se establece una pauta, según la cual la enfermera se limita a hacer preguntas y el paciente a contestarlas, probablemente se presente un problema cuando cesen las preguntas. Es preciso esperar en los momentos de silencio y dejar que el paciente estructure sus propias ideas y su propia expresión. No permita que el paciente dependa de sus preguntas.

Enfermera: Pero hay que hacer algunas preguntas, y yo tuve la sensación de que las mías creaban, en verdad, ese silencio. En un momento, la paciente empezó a hablar casi con entusiasmo de su hogar. Tratando de estimularla, le pregunté: ¿"Tenía Ud. jardín"? Después de contestarme afirmativamente, le pregunté: ¡"Le gustaba trabajar en el jardín"? "Mi padre trabajaba en el jardín", me contestó y, luego, se quedó callada.

Profesora: Los pacientes tienen una capacidad de concentración muy limitada. Con gran dificultad logran seguir una línea de pensamiento, y es igualmente difícil para ellos concentrar la

atención en ella. Es muy posible que su pregunta distrajera a la paciente de su idea original y motivara un período de silencio en el cual la paciente pudiera volver a orientarse. Mientras el silencio parezca ser de carácter meditativo, no hay que interrumpirlo. Si, al parecer, el paciente está simplemente soñando despierto o se mantiene callado por obstinación, se le puede estimular con una pregunta.

Señalaré, de paso, que conviene evitar preguntas como ¿"Le gustó"? y ¿"Estaba Ud. contento"? Con demasiada frecuencia, el paciente polariza sus experiencias; es decir, para ellos todo es negro o blanco: sí o no, contento o descontento. Estas preguntas fomentan la tendencia a aplicar etiquetas en forma muy general y, por consiguiente, impiden reunir información detallada. Es la zona gris de matices, de diferencias sutiles, la que revela la patología del paciente.

Cuando el paciente musita

Enfermera: El paciente musita bastante. En un momento, me sentí tan frustrada que le pedí que hablara un poco más alto. Me dijo: ¡"Ajá"! y continuó musitando.

Profesora: El hábito de musitar es irritante, pero hay que tratar de eliminarlo con cuidado. Ha de considerarse como un mecanismo que lo libera de tensión y al cual recurre en una situación de gran ansiedad. Es muy probable que el paciente se formara el hábito como reacción a alguien que trataba de dominarlo y, probablemente, obtenga él una sensación no racional de poder. Con ese hábito, puede hacer sentir a la gente incómoda e, incluso, desarmada.

Pedir a la persona que musita que hable más alto, como Ud. lo hizo, es perjudicial. A menudo, el paciente procura obtener exactamente esa clase de reacción. Al musitar, trata deliberadamente de ver si, bajo presión, tratará Ud. de dominarlo como otras personas lo han hecho en el pasado. En el fondo espera que Ud. así proceda, porque espera aferrarse a su enfermedad.

La enfermera debe eliminar el hábito de musitar y, al mismo tiempo, el hábito de intimidar. Esta tarea requiere mucha pericia. No se debe intimidar al paciente ni convertirle en una víctima propiciatoria con observaciones como: "El grupo no puede oirle", o "Ud. está paralizando el debate".

Cuando el hábito de musitar perjudica el progreso de una entrevista, la manera más eficaz de hacer frente a esa situación, según he comprobado, es que la enfermera se declare ella misma culpable de esa dificultad. La enfermera entonces dice: "Estoy tratando de oirle", o "No le entendí bien, repita de nuevo". Incluso puede inclinarse un poco y colocarse la mano detrás de la oreja para oir mejor. Escrupulosamente, debe evitar que sobre el paciente recaiga parte de la responsabilidad por esa dificultad. Tarde o temprano, el paciente empezará a sentirse un poco culpable y comenzará a hablar en tono más alto y claro.

Aunque el hábito de musitar puede ser exasperante, si se evita la reacción natural y se adopta una actitud comprensiva respecto al problema, la enfermera podrá eliminar la dificultad y, al mismo tiempo, evitar las afirmaciones del paciente por intensificar su situación de dependencia. No hay que olvidar que muchos aspectos inherentes al hospital fomentan la dependencia. El paciente debe ser albergado, alimentado e incluso lavado. Si bien estas actividades son inevitables, no hay que intensificarlas con la conversación. Es preciso eliminar toda tendencia a la dominación en el lenguaje que se use.

Evitar cualquier artificio encaminado a dominar al paciente

Ya se ha mencionado, en varios ejemplos, la necesidad de evitar ejercer dominio sobre el paciente. Pero, a menudo, la dominación es resultado de pretextos "inocentes", de los que la enfermera no se ha percatado.

Enfermera: Al parecer, el paciente ha viajado mucho. Cuando le pedí que me contara algo de sus viajes, me preguntó de qué lugar quería que le hablara. Para iniciarla en la conversación, le dije que me hablara de su viaje a California.

Profesora: Ahí Ud. picó el anzuelo. Como ya le he dicho, ser dominado por otra persona es una forma de enfermedad mental. Cuando este paciente dijo, en efecto: "Ud. decida", procuraba mantener su patología haciendo que Ud. la dominara. En este caso, Ud. la complació. Hubiera sido preferible decirle "Hábleme de lo que Ud. quiera", o "Dígame algo del lugar que más le gustó".

Enfermera: Después de haber transcurrido diez minutos en la entrevista de esta mañana, mi paciente me preguntó: ¿"Puedo ir por mi medicina? Todavía no la he tomado". Naturalmente yo le dije que "sí".

Profesora: En este caso también, hubiera sido preferible adoptar una actitud que no comprometa. Podría haberse encogido de hombros o decir sencillamente: "Como Ud. quiera". La decisión en este caso corresponde exclusivamente al paciente. El paciente necesita la medicina y no se la ha tomado. No necesita buscar aprobación externa para ir a tomársela. Al aceptar el privilegio de dar o negar permiso para realizar determinados actos, le ha indicado que a Ud. le interesa su conducta; es decir que, en alguna forma, Ud. la necesita. Si el problema del paciente es ya el dominio de otra persona, su indicación reforzará su patología y paralizará aún más su capacidad para actuar en forma independiente. En ningún caso, debe la enfermera sugerir que necesita del paciente.

Cuando el paciente pone a prueba a la enfermera

La enfermera ha de saber que a medida que se familiariza con el paciente y con la tarea de entenderlo, este a su vez la somete a prueba en diversas formas.

Enfermera: El grupo de estudio de esta tarde causó muchas molestias. Varios de sus integrantes llegaron atrasados de 5 a 25 minutos. Saludé a cada uno por su nombre a medida que se sentaban. Inmediatamente después de haber ocupado sus respectivos lugares, se pusieron a discutir acerca de muchachas y de cuestiones sexuales. Lo hicieron con cierto detalle, y sus observaciones a menudo eran muy lascivas. De ahí, pasaron a hablar de revólveres y asesinatos y, luego, de serpientes. Yo estaba molesta y disgustada. Parecían estar tratando, deliberadamente, de enfadarme. Se habían conducido en esta forma la mayor parte de la semana.

Profesora: ¿Manifestó Ud. su enojo?

Enfermera: No, pero deseaba hacerlo.

Profesora: Adoptó Ud. una actitud muy sensata al no manifestarlo. El grupo estaba tratando de provocarla, de obligarla a sermonearlos o reprenderlos. Si hubiera aceptado Ud. la función de dominio que le estaban imponiendo, el aspecto terapéutico de sus interacciones hubiera llegado a su fin. El consejero no debe disciplinar.

De cuando en cuando, y sólo para poner término a la clase de conducta descrita, la enfermera puede recurrir al gesto prohibitivo. La enfermera o la registradora que toma notas cierra el libro y espera que se ponga fin a la conducta de que se trate. Si esta medida no logra los resultados que se esperan, la enfermera podría volver la espalda y acercarse a la ventana.

Podría dar un golpecito con el pie para indicar que está molesta por el hecho de que hombres adultos se conducen como niños. Generalmente, estos métodos dan resultado. En ninguna circunstancia debería la enfermera demostrar su desaprobación verbalmente.

Enfermera: Cuando le pregunté a mi grupo qué deseaban examinar esa mañana, un psicópata contestó, mirándome de soslayo en forma casi ridículamente maliciosa: "Mujeres". Lo miré a los ojos y le dije: ¿Qué pasa con las mujeres"? Todos parecieron sorprenderse de mi respuesta, pero empezaron a hablar de mujeres.

Profesora: Su experiencia constituye un excelente ejemplo de lo que señalé antes sobre los pacientes que obligan a la enfermera a desempeñar una función disciplinaria. Evidentemente, esperaban exacerbarla y molestarla, pero la naturalidad de su respuesta los desarmó. Podría incluso haber sorprendido a alguno de ellos hasta el punto de que "bajaran la guardia" y revelaran algo importante sobre ellos.

Enfermera: En una conferencia anterior, Ud. manifestó que durante las primeras entrevistas la capacidad del paciente para evocar reacciones en otras personas es mayor que en momentos ulteriores y que deberíamos observar las reacciones que el paciente suscita en nosotras. ¿Por qué?

Profesora: Las reacciones que el paciente de una enfermedad mental evoca en otras personas suelen ser el resultado de un acto deliberado. Si el paciente contribuye a que la enfermera se sienta contenta, o triste, o indefensa, es probable que se haya propuesto lograrlo. A menudo, el análisis de esas reacciones permite elucidar la patología del paciente.

Por este motivo, es conveniente observar esas primeras reacciones, y evitar una relación de familiaridad con el paciente. Si se trata al paciente con la formalidad que se reserva a los extraños, no sólo se fortalecerá la confianza del paciente en sí mismo, sino que esa actitud ayudará también a la enfermera a mantener un grado conveniente de objetividad y a estar alerta.

Enfermera: ¿Qué sucede si el paciente decide no comparecer a las entrevistas después de dos o tres días, si simplemente no quiere hablar más?

Profesora: Esto probablemente sucederá varias veces durante el grupo de trabajo o en la práctica efectiva del hospital. A veces, se trata de una decisión final, pero más a menudo es un subterfugio para poner a prueba a la enfermera. El paciente quiere saber si la enfermera se propone realmente regresar cada día, como ha prometido; quiere saber si el interés de la enfermera por él es auténtico.

Naturalmente, no se debe obligar al paciente a concurrir a la entrevista. Lo mejor es decirle que estará a su disposición en el lugar habitual, a la hora acostumbrada y que lo esperará. En general, cuando el paciente comprende que la enfermera efectivamente hará lo que dice, regresará.

En tal caso, se podrían examinar las notas de anteriores reuniones para ver si, tal vez sin quererlo, la enfermera ha aumentado la ansiedad del paciente aguijoneándolo demasiado o, en alguna otra forma, intensificado su incomodidad. Si esto ha ocurrido, en la próxima entrevista deje en libertad al paciente después de media hora y dígale que estará Ud. disponible durante otra media hora si él desea hablar más con Ud. Al final de la hora, acérquesele y dígale que el tiempo ha terminado y que regresará al día siguiente. Con esa maniobra reafirma Ud. el interés en el paciente y lo libera de la sensación de ser dirigido.

Enfermera: La paciente llegó tarde esta mañana. Al entrar en la habitación a las 8:40 dijo: "Estoy atrasada en diez minutos".

Profesora: Es probable que estuviera poniéndola a Ud. a prueba para ver cómo reaccionaba: si la esperaría o no. Posiblemente quería también ver si Ud. se quejaría de su conducta y la reprendería.

Como es fácil comprender, Ud. podría haberla censurado por desagradecida al no aceptar la oportunidad que la enfermera profesional le ofrecía. Felizmente, Ud. no procedió en esa forma.

Enfermera: Ayer tuve dificultades con la paciente. Cada vez que le hacía una pregunta, me respondía con otra. Hoy, insistí en que hablara de ella y sencillamente se puso a divagar, cambiando constantemente de tema. No procuré detenerla, pero no anoté lo que dijo.

Profesora: La paciente quería ver si Ud. podía seguir sus desvaríos. Lo único que se puede hacer en este caso es tratar de seguir el hilo de sus ideas principales. Es también posible que esta paciente quisiera destruir la confianza de la enfermera. Noté que varias veces dijo: "Anote esto en su libreta".

Enfermera: En realidad, amenazó con irse cuando no registré varias observaciones, pero sencillamente me pareció que no interesaba anotar la mayoría de ellas. Al final de la hora, le prometí que regresaría al día siguiente. En vista de que la entrevista no había resultado muy bien, me sorprendió mucho su última respuesta. Dijo con tono bastante agradable: "Bien, trataré de llegar a tiempo".

Profesora: En cierto sentido, dijo: "La sometí hoy a prueba y salió Ud. bien. Por tanto, vendré temprano mañana y trabajaré con más empeño". Tal vez la vuelva a someter a prueba. Es probable que la paciente deba hacer un gran esfuerzo para asistir a estas sesiones. Cuando las diversas pruebas que los pacientes utilizan para determinar las intenciones, la competencia y el interés de la enfermera por ellos causan exasperación, es útil recordar que se trata de síntomas de enfermedad, de personalidades dañadas. La enfermera que se percata que será sometida a pruebas, debe estar preparada para hacer frente a ellas en forma sana.

7) ESTUDIAR Y APLICAR CONCEPTOS TEORICOS EN LA ORIENTACION

Desarrollo de la personalidad

La enfermera debe usar conceptos tomados de teorías sobre el desarrollo de la personalidad y de otras fuentes, para poder comprender la conducta de los pacientes y orientarse al juzgar las deficiencias en el desenvolvimiento del paciente.

Profesora: Las enfermeras deben ampliar sus conocimientos y mejorar su competencia leyendo otros textos de psicología además de los prescritos en los estudios. Gran parte del material que lean se podrá aplicar al trabajo de Uds. con pacientes mentales.

Por ejemplo, tal vez hayan Uds. observado que la mayor parte de estos pacientes son muy tímidos en sus relaciones los unos con los otros. Se sientan uno al lado del otro, pero no se conocen, no juegan ni hablan con los demás.

Si Uds. han estudiado el desarrollo de la personalidad, habrán notado que este fenómeno de la conducta es muy semejante al que se denomina, en los niños muy jóvenes, "juegos paralelos". Este conocimiento, a su vez, les habrá permitido determinar la etapa actual de desarrollo del paciente. En su trabajo con el paciente, se podría haber evaluado su adelanto observando los nuevos síntomas de desarrollo de la personalidad que haya exhibido.

Menciono este ejemplo como una indicación del valor que tiene esta clase de conocimientos. Es sólo uno de un número casi incontable de ejemplos análogos.

Al enriquecer sus conocimientos básicos, Uds. se preparan para actuar con mayor eficacia y competencia en sus relaciones con el paciente. Evidentemente, un aspecto de la conducta humana con el que Uds. deben familiarizarse es el proceso de desarrollo de la personalidad.

Edad y realizaciones

Entre el material que se les ha facilitado hay un folleto titulado: Tools and Tasks Outline (Esquema de Medios y Tareas), preparado en 1950 por un grupo de enfermeras*. En esa publicación, el proceso mediante el cual se desarrolla la personalidad se subdivide en una serie de etapas y se mencionan las habilidades correspondientes a cada etapa. Este folleto les permitirá estimar las deficiencias del paciente, comparando su

---

* Para obtener este folleto mimeografiado sírvase solicitarlo, enviando un sobre grande con el nombre del interesado y el franqueo correspondiente, a la Dra. Peplau, Rutgers, The State University, Newark, New Jersey.

edad cronológica con los resultados actuales. Por ejemplo, posiblemente se descubra que un paciente de 30 años utiliza las técnicas propias del grupo de edad de 6 a 9 años. La tarea de la enfermera consiste en ayudarle a adquirir las técnicas o mecanismos de que carece.

El empleo regular de mecanismos propios de un período anterior de desarrollo es generalmente síntoma de enfermedad. Ejemplo evidente de falta de congruencia entre edad y desarrollo en el llanto en el adulto. El llanto es el mecanismo que utilizan los lactantes o niños de muy corta edad para expresar sus necesidades. En teoría, cuando se desarrolla la capacidad para hablar, el llanto deja de ser necesario. Y, sin embargo, los hombres lloran. En una situación de gran tensión es posible que falten las palabras o que estas sean inadecuadas y, en tal caso, el hombre recurre al llanto para expresar su desamparo. Naturalmente, las personas normales aquejadas de dolores físicos o morales extremos--una pierna fracturada o la muerte de un ser querido--llorarán a veces. Pero, si la persona se siente impotente y recurre a las lágrimas en situaciones corrientes, se está conduciendo en forma anormal.

El adulto que procura establecer una relación de padre-hijo con un adulto es otro ejemplo, aunque menos evidente, de falta de congruencia entre edad y mecanismo utilizado. Al igual que el llanto, suele ser síntoma de enfermedad.

Básicamente hay dos formas de cariño: el amor de la madre o del padre y el amor adulto. El amor de la madre entraña la dependencia total del niño de la madre y la aceptación incondicional de la madre con respecto al niño. Es un cariño en un sentido: la madre subordina sus necesidades y deseos a los del niño, pero el niño no retribuye la ternura y el afecto de la madre. En cambio, el amor adulto es recíproco. Entraña respeto mutuo, intereses compartidos y transacciones. Depende menos de la presencia física de ambas partes que el amor de la madre.

Si se reconoce que hay diferencias entre esas dos clases de relaciones, se comprenderá mejor la función de madre sustitutiva que las enfermeras desempeñan en relación con algunos pacientes. Además, ese reconocimiento permitirá a la enfermera darse cuenta de que muchos pacientes experimentan aguda frustración, porque imponen exigencias para obtener el cariño maternal de sus cónyuges, amistades y colegas que no se pueden

satisfacer. En estos casos, la enfermera debe guiar al paciente para que comprenda lo que es el amor adulto y esté dispuesto a aceptarlo y retribuirlo.

La experiencia de la realidad

Es también útil conocer las diversas maneras en que las personas experimentan la realidad. Durante la infancia, la manera de experimentar se denomina prototáxica*. En esta modalidad, el futuro es desconocido y desconocible, y el pasado se olvida rápidamente. Sólo el presente, el ahora, es importante. Cada momento es el mundo en su conjunto. El momento pasa y, con la misma rapidez con que varían las formas en un caleidoscopio, se crea un nuevo mundo.

Basta observar al recién nacido en su cuarto. No establece relación alguna entre despertar y llorar y ser bañado, cambiado y alimentado. Llora no porque sepa que, con su llanto, hará venir a su madre, sino porque en ese momento tiene hambre. Más tarde, asociará el llanto con la venida de su madre, pero entonces habrá empezado a experimentar la realidad en una forma nueva.

Esta última etapa es la de la modalidad paratáxica. El niño empieza a vincular las actividades presentes con las pasadas. En cierto grado, la mayoría de nosotros continuamos durante toda la vida estableciendo esa asociación. Examinamos los acontecimientos más recientes procurando descubrir algún vínculo con el pasado, porque lo familiar nos hace sentir cómodos.

Finalmente, el niño que va creciendo empieza a experimentar la realidad según la modalidad sintáxica. Recuerda lo que sucedió en el pasado, comprende cómo ha influido en el presente, y examina los posibles efectos de las acciones presentes sobre los

---

* El Dr. Harry Stack Sullivan ha descrito tres modalidades de la experiencia: prototáxica, paratáxica y sintáxica. La modalidad prototáxica se refiere a las primeras experiencias del recién nacido. A medida que el niño se desarrolla, se subdivide el conjunto original de experiencia no diferenciada. No obstante, se estima que las diversas clases de experiencias no se perciben como relacionadas entre si. Esta es la experiencia paratáxica. La experiencia sintáxica se manifiesta cuando el niño puede relacionar sucesos mediante el uso del idioma y en relación con ciertos principios.

(Tomado de The Interpersonal Theory of Psychiatry, de Harry Stack Sullivan, Norton, Nueva York, 1953).

acontecimientos futuros. No todas las personas experimentan sistemáticamente la realidad según la modalidad sintáxica, pero las enfermeras profesionales debieran ciertamente experimentarla en esa forma.

La distinción entre las modalidades de conducta puede tener varias aplicaciones prácticas. Con frecuencia, observamos la modalidad prototáxica en un caso de grave ansiedad o en un caso de daño cerebral. Es posible que ese paciente toque el timbre para pedir agua y la reciba cada diez minutos. Cuando la vuelve a pedir, ha olvidado ya que la pidió y negará que se le ha dado de beber. A la larga, es posible que la enfermera que no se haya percatado de esto pierda la paciencia, reprenda al paciente, y anote en su ficha "paciente exigente". Si el paciente es realmente prototáxico, simplemente no podrá asociar su petición más reciente con las anteriores. Si se le pide que lo haga, se le habrá impuesto una tarea imposible de realizar y es probable que se le cause daño.

El paciente paratáxico verá el pasado en el presente. Observará semejanzas notables entre la enfermera que lo atiende en un momento y las anteriores. Es preciso lograr que distinga lo antiguo de lo nuevo. Cuando diga que dos personas se parecen, conviene preguntarle en qué forma se difieren. Hay que procurar incorporarlo a la modalidad sintáxica.

Enfermera: Cuando los pacientes no puedan recordar algo, ¿están definitivamente en la modalidad prototáxica?

Profesora: No necesariamente, pero no se les debe pedir que recuerden hasta que se tenga la certeza de que podrán hacerlo. De lo contrario, se sentirán frustrados.

Enfermera: ¿Es esta incapacidad para establecer vínculos la misma deficiencia que observamos en pacientes que han sido tratados por electrochoque?

Profesora: Sí. Generalmente, se trata de una incapacidad transitoria, pero si se les administra el tratamiento una y otra vez, puede transformarse en permanente.

La necesidad de aprobación

Mientras se desarrolla la personalidad de un niño, sus padres y otras personas de autoridad procuran moldearlo tratándolo con variadas actitudes de aprobación, desaprobación e indiferencia. Si el niño se comporta en la forma deseada, obtiene aprobación. Si se conduce mal, experimenta desaprobación o indiferencia. La persona de autoridad espera obtener buen comportamiento sin demostrarle aprobación.

La indiferencia prolongada puede tener resultados perjudiciales. Todas las personas desarrollan su personalidad en relación con alguien. Necesitamos saber que otras personas están conscientes de nosotros. La persona a la cual se le niega aprobación y es tratada con indiferencia, tarde o temprano empezará a actuar para obtener desaprobación. Estimará que cualquier reacción es mejor que ninguna. Si se hiciera una encuesta entre los menores delincuentes, probablemente se comprobaría que la mayoría de ellos habían experimentado indiferencia verdadera o imaginada.

La ansiedad

En gran medida, todos somos el resultado de nuestro deseo de obtener aprobación. Cuando experimentamos un estado de ansiedad, buscamos la pauta de conducta que nos brindará aprobación y nos liberará de la ansiedad. Nos damos un encontrón con alguién e inmediatamente decimos "Discúlpeme". No estamos seguras de la reacción de esa persona y, por consiguiente, experimentamos ansiedad. La otra persona también tiene ansiedad, porque no está segura de nuestros motivos y, por eso, contesta rápidamente "Pierda cuidado". Ambas experimentan entonces alivio.

Muchos de esos actos que liberan de estados de tensión son casi automáticos. Aunque las pautas de conducta refleja son convenientes, es preciso no depender demasiado de ellas. Mientras reduzcan o impidan la ansiedad, serán útiles. Pero, no fomentan la previsión ni enseñan a afrontar problemas nuevos. Inevitablemente, la persona termina por encontrarse ante un problema que su conducta automática no puede resolver. En la tensión resultante, esas pautas de conducta refleja la abandonan y se apodera de ella la psicosis. Mientras más dependemos de actos reflejos, mayor es nuestra vulnerabilidad en las situaciones de tensión.

El verdadero aprendizaje, que yo distingo de "criar a un niño", nos enseña a hacer frente a la ansiedad. En el proceso de aprendizaje, se nos obliga a soportar la incertidumbre mientras observamos, describimos, analizamos y captamos el significado de la experiencia. En el proceso de aprendizaje, adquirimos no sólo los conocimientos necesarios para hacer frente a situaciones nuevas, sino que también se nos acondiciona para soportar la ansiedad.

Observen a sus pacientes psicóticos. La mayoría de ellos han adquirido una gran cantidad de pautas de conducta automática. Cuando llegaron al hospital, esas pautas de conducta habían sido eliminadas. Era fácil determinar en qué momento dejaron realmente de aprender. Desgraciadamente, el hospital, en vez de reactivar sus actividades de aprendizaje, les ayudó a recuperar las pautas de conducta automáticas.

El sistema de apreciación de sí mismo

En estrecha relación con el desarrollo de cada personalidad y determinando en gran medida la orientación y el ritmo de ese desarrollo, está la opinión que el individuo tiene de sí mismo. Esta opinión de sí mismo empieza a formarse aún antes de que el niño comience a pensar.

En cierto grado, toda madre experimentará ansiedad durante el transcurso de un día normal. Si esa ansiedad se manifiesta durante el período de alimentación del lactante, este la percibirá. Naturalmente, la criatura no interpreta el hecho, pero sentirá la tensión en el cuerpo de su madre y, posiblemente, en el caso de lactancia natural, reaccionará ante un cambio bioquímico de la leche. El niño reaccionará en dos formas: puede comer y vomitar, o negarse a comer y caer en un estado de apatía o sueño.

Mientras los padres sean humanos, experimentarán ansiedad. Lo importante es si la ansiedad puede ser controlada o no. ¿Por qué es esta cuestión tan importante?

Enfermera: Porque el recién nacido seguirá la pauta fijada por la madre.

Profesora: Sí, esas pautas contribuyen a configurar una opinión de sí mismo.

El niño de corta edad forma sus opiniones sólo a base de las de otras personas. En sus primeros años, el niño no tiene la percepción necesaria para formarse una opinión independiente. Con mucha frecuencia, aceptará lo que se le diga.

Los padres empezarán a evaluar al niño desde muy temprano; y, muy pronto, el niño empieza a incorporar las apreciaciones de sus padres en la opinión de sí mismo. Este proceso sigue un curso casi invariable. La madre inicia su adiestramiento diciéndole: "Juanito, come", "Juanito, camina", "Juanito, duerme", y el niño repite exactamente sus palabras. Pronto la madre empieza a corregir a Juanito: "No digas Juanito, dí yo" "yo duermo", "yo camino".

Juanito modifica su expresión y, pronto, mediante precepto y ejemplo, ha refinado aún más su idioma y empieza a decir: "Yo camino". "Yo hablo". Las enseñanzas son constantes. Poco a poco, las que se utilizan con más frecuencia estructuran su concepto del "yo". Otras, menos comunes, se incluyen en la categoría de "tal vez yo". Una tercera categoría, el "no yo" comprende pautas de comportamiento o ideas vigorosamente desaprobadas o estrictamente prohibidas.

Estos tres grupos--el "yo", el "tal vez yo" y el "no yo"--constituyen el sistema de apreciación de sí mismo, que es un sistema anti-ansiedad; controla la ansiedad, porque es el guardián del estado de conciencia: hace de policía de lo que se permite creer. Este guardián permite libre acceso a la conciencia, por una persona, del componente "yo", porque sus conceptos contribuyen al bienestar; raras veces admite las ideas del "tal vez yo", porque suelen ser perturbadoras; y nunca admite las creencias del "no yo", porque van acompañadas de pánico. El sistema de apreciación de sí mismo recurre a la disociación para eliminar el sector "no yo".

La composición de estos tres grupos no es estática: cambia constantemente a medida que el individuo se desarrolla. Cuando el niño empieza a formular sus propios juicios, estos a menudo contradicen las apreciaciones de sus padres. En el conflicto resultante, se altera el sistema de apreciación de sí mismo.

Alrededor de los seis años, el niño ingresa en la escuela y empieza a obtener la apreciación de sus iguales. Entre los 9 y los 12 años, suele ser llamado a demostrar su valer personal

en relaciones de camaradería. Mediante estas nuevas actividades el sistema de apreciación de sí mismo se mantiene en un estado de fluidez. Naturalmente, las apreciaciones que se han hecho más a menudo se modifican con menos facilidad. Sabemos, por ejemplo, que los estudiantes universitarios proceden comúnmente de ambientes donde se concede gran importancia a la educación; mientras que los niños, incluso los excepcionalmente inteligentes, que proceden de hogares menos ilustrados, generalmente no desean asistir a la universidad y, muy a menudo, se oponen a ello.

La opinión que se tiene de uno mismo continúa siendo revisada hasta que el individuo muere. La importancia terapéutica de la orientación se basa en la creencia de que pueden lograrse cambios constructivos. Las rectificaciones que el consejero espera conseguir no se limitan a ninguno de los tres sectores antes mencionados.

Muy a menudo, el sector "yo" sostiene conceptos que es preciso modificar. La notoria "Ma Baker" condicionó a sus hijos para que a la pregunta "Quién soy yo" respondieran "Soy el mejor bandido del mundo". No es raro encontrar a alguien con un cociente de inteligencia cercano al del genio y que, al mismo tiempo, se considere estúpido. Muchas personas extraordinariamente atractivas desconocen completamente sus buenas cualidades y sostienen conceptos de su propia persona muy incompatibles con sus verdaderas cualidades.

Es preciso reflexionar en esto cuando la próxima vez oigan decir a alguien: "Soy la oveja negra de la familia", o "No soy bueno para las matemáticas", o "Nunca podré aprender esto". Tal vez esas opiniones personales se podrían beneficiar de una reorganización.

Mucho antes que Freud, los holandeses de Pennsylvania decían: "Procúrate una fama y hazle honor a ella". Sabían que los seres humanos tienden a colocarse forzosamente en un molde prefabricado: tienden a ser lo que otras personas dicen que son.

Enfermera: Ud. dice que el sistema de apreciación de sí mismo impide al "no yo" llegar a la conciencia de la persona, que disoció este componente. ¿Cómo, entonces, llega a hablar de eso? ¿Cómo sabemos que está ahí?

Profesora: Tal vez deba especificar mejor y decir "conocimiento consciente". Las ideas, las apreciaciones inconvenientes, están en algún lugar de la mente. Podemos inferir su presencia de los sueños y de la presencia de la esquizofrenia, que consiste principalmente en actuar fuera de los componentes del "no yo".

Enfermera: ¿Está la mayor parte de las apreciaciones del psicópata en la zona del "no yo"?

Profesora: No sé, pero me imagino que sí. ¿Por qué no inicia usted un proyecto de investigación sobre ese problema?

Tengo la impresión de que los psicópatas no han tenido pautas claras, es decir, que en su experiencia todo es completamente permisible y la única apreciación es "todo es posible". Ha habido un pronunciado aumento en el número de psicópatas, de modo que, al parecer, algo ha andado mal en la manera de criar al niño. Tal vez se trate de orientación errada en cuanto a lo que es permisible.

Por lo menos, el niño del padre autocrático tiene algo contra que rebelarse, y no ha tenido mucha oportunidad de beneficiarse del castigo que comúnmente sigue a tales actos de rebeldía, lo que posiblemente le hubiera ayudado a ser previsor. Si el castigo fue bastante grave, habrá aprendido, ciertamente, a evitar que se le atrape.

El niño del padre permisivo, en cambio, no tiene contra que rebelarse. Nadie ha procurado moldear la opinión que tiene de sí mismo. Atribuye ideas a sus diversos sectores ("yo", "tal vez yo" y "no yo") no sobre la base de lo que es bueno y malo o de recompensa y castigo, sino de su propia opinión, puramente subjetiva y arbitraria, que de nada sirve para fomentar el espíritu de previsión.

Realidad y fantasía

Sin intención alguna, es probable que las escuelas hayan contribuido en algo a la enfermedad mental. Los niños ingresan en la escuela mientras viven en un mundo que es mezcla de fantasía y realidad. Pasan libremente de un aspecto al otro. La madre llama a Juanita, que está embelesada en alguna invención autística descabellada, y, sin el menor esfuerzo, Juanita se incorpora al mundo real.

La escuela tiende a eliminar esta doble función y dispone de métodos para lograr su objetivo. Al niño de corta edad se le niega su mundo privado y el maestro determina lo que se hará en el mundo real. El niño que no acepta esas condiciones empieza casi instintivamente a disociar la desaprobación del maestro.

Los estudiantes que se ciñen al sistema no tienen problema alguno, pero aquellos que no lo aceptan, se encontrarán solos. No pueden renunciar, ni renunciarán, a la facilidad con que pasan de la fantasía a la realidad. Prefieren el mundo privado, orientado hacia el hogar. La escuela lo prohibe; se aceleran las tendencias disociadoras y al sistema de apreciación de sí mismo se agregan más componentes del "no yo".

Enfermera: ¿Será más autístico en el hogar el niño de edad escolar que ha sido obligado a abandonar sus fantasías en la clase?

Profesora: El niño que se adapta al sistema escolar encontrará más tiempo para soñar en el hogar. Recuerde que el niño de 6 a 9 años afronta también otros problemas. Tiene que evitar la ansiedad en varios sectores: en la escuela, en el hogar, entre sus iguales y, tal vez, en la iglesia. Debe aprender qué es lo que le permita evitar la ensiedad en cada uno de esos sectores y cómo pasar sin dificultades de uno a otro.

Enfermera: ¿Qué piensa usted del jardín de la infancia para niños de 4 y 5 años? Si las escuelas pueden ejercer efectos perjudiciales es sensato enviarlos a ellas a tan corta edad?

Profesora: El jardín de la infancia representa un cambio radical. Inicia a los niños en relaciones con grupos de iguales en una edad incluso más temprana que la escuela primaria.

El hecho de que el jardín de la infancia no desaliente las invenciones autísticas es un punto en su favor, y dichas instituciones ayudan a los niños a empezar a desarrollar las técnicas que necesitan para competir con grupos de iguales. La competencia es la clave para la aceptación de uno por sus iguales y es esta aceptación la que determina la humanidad de cada uno. Los adultos no hacen sentirse a los niños como seres humanos; en cambio, sus iguales lo logran. Es, pues, importante que el niño aprenda las técnicas que necesita el grupo, y que pueda

aprender alguna de ellas en el jardín de la infancia. Por otra parte, existe el peligro de que el tiempo del niño esté distribuido de tal manera que le quede muy poco para mezclarse con sus iguales. Este mismo problema se plantea fuera de la escuela. Algunas actividades, como lecciones de música y clases de arte, pueden ayudar al niño a competir; pero cuando se exageran, pueden impedir la adaptación del niño a sus iguales. Es cuestión de mantener la debida perspectiva.

La patología como pauta

Enfermera: ¿Es útil la definición general de patología en casos específicos?

Profesora: Sí, en vista de que las alucinaciones, delirios y otros trastornos mentales tienen elementos comunes, las definiciones generales son útiles. Creo que falta mucho por hacer para definir las patologías mentales. La utilidad de los textos disponibles es limitada.

Es preciso determinar las fases de las diversas enfermedades para, luego, descubrir qué técnicas pueden eliminarlas o reducirlas y por qué esas técnicas son eficaces.

Cada una de ustedes debería seleccionar algún aspecto de la patología y, al regresar a casa, convertirlo en el tema de un proyecto de investigación personal. Basta seleccionar un problema, conseguir un paquete de fichas de 5 x 8 pulgadas, y registrar, durante el próximo año o los dos siguientes, todos los casos en que se manifieste y cada detalle pertinente que se observe. Obtengan la ayuda de asistentes, voluntarios y otras personas y, cuando hayan reunido bastante material, conviene empezar a organizarlo. Por ejemplo, durante los dos últimos años yo he estado reuniendo datos sobre las alucinaciones. Si aceptan la responsabilidad de perfeccionarse para ser más competentes, deben llevar a cabo las actividades que he señalado.

Las alucinaciones

Enfermera: A propósito de alucinaciones, tema al cual usted se ha referido, hay un hombre en nuestro grupo que ayer habló de oir voces y de un rayo que lo está destruyendo. El ...

Profesora: Este paciente tiene, según parece, alucinaciones. El método más útil de abordarlo consistiría en no considerar lo que dice literalmente. Habrá que interpretar el contenido de sus observaciones, y para poder tratarlo será necesario conocer algo de su patología particular.

Ud. dijo que habló de un rayo?

Enfermera: En realidad, no dijo "rayo". Era algo que venía por el sistema de altoparlante para destruirlo.

Profesora: Tal vez ese paciente esté demasiado enfermo para que obtenga buen provecho del tratamiento en grupo. Sin embargo, Ud. debería dedicar algún tiempo esta noche a interpretar sus declaraciones, a fin de determinar el sentido figurado de sus palabras. Mientras tanto, cuídese de no afirmar la realidad de lo que él dice. Por ejemplo, al interrogarlo no le diga: "Hábleme de las voces", sino: "Hábleme de la voz que Ud. dice que oye". Por lo que a Ud. respecta, no hay voz alguna y debe expresarle claramente su opinión.

Enfermera: Traté de no hacerle caso, pero en realidad no pude. Desvariaba más y más.

Profesora: Esa es una reacción que procedía esperar. Al hacer caso omiso de él, usted aumentó su ansiedad y él tuvo que recurrir más a su patología. Hubiera sido mejor escucharle y, luego, tratar de hacerle intervenir al grupo. Podría haber preguntado: ¿"Hay alguien que entiende al Sr. Jiménez? Yo no puedo entenderle". No se olvide de aceptar responsabilidad por la falta de comprensión. Es posible que haya alguien más en su grupo que tenga alucinaciones. Los pacientes no pueden comprender sus propias alucinaciones, pero a veces pueden entender las de los demás.

Enfermera: Efectivamente, un paciente dijo que se sentía igual que el Sr. Jiménez, pero reconoció que todo sucedía en su imaginación.

Profesora: En cada grupo, hay personas vulnerables que se dirán: "Puesto que la enfermera dice esto, debe ser así". Si el grupo no puede ayudarle, podría preguntar directamente al Sr. Jiménez si está hablando en sentido figurado.

Enfermera: Estoy completamente segura de que él cree que oye voces.

Profesora: Las alucinaciones figuran entre los tipos más interesantes de patología. Es preciso comprender cómo se originan. En primer lugar, debe haber una situación de gran tensión, pánico, soledad, o responsabilidad. Imaginemos a una persona que se encuentra ante un hombre que está herido y sangrando abundantemente. La vida de este hombre herido depende de esa persona. Pero esta no desea asumir por sí sola la responsabilidad, de modo que se imagina que está presente alguien que ella conoce de experiencias anteriores. En la imaginación, comparten juntas el peso de la carga.

Esa es la primera etapa. No hay hospitalización, ya que la persona de que se trata está todavía en control de la situación. Esta ha decidido llamar a la persona o voz imaginaria, y elimina la imagen cuando la situación de tensión ha cesado.

En la segunda etapa, la persona empieza a prever que percibirá la visión, la que, sin ser invocada, pasa por su mente. Esta etapa va acompañada ulteriormente de terror, porque la persona siente que está perdiendo control de la situación. Todas hemos experimentado estas ideas imprevistas que repentinamente se nos vienen a la mente, pero podemos descartarlas. Esta persona se da cuenta de que no puede lograrlo.

Durante esta segunda etapa, muchas personas buscan por primera vez la ayuda de psiquíatras y otros profesionales. Es fácil auxiliarlas en esta fase, y son muy pocas las que llegan al hospital.

No obstante, si la persona no puede, o no logra, liberarse de las alucinaciones, se incorpora a la tercera etapa, en la cual gradualmente exagera y tergiversa la imagen. Cuando la imagen se ha alterado en tal grado que se convierte en un objeto absolutamente aterrador para la persona, se inicia la cuarta etapa.

En la cuarta etapa, la víctima pierde completamente el control focal de su pensamiento. Es posible que se vista bien, duerma bien, hable bien y coma bien, pero en esta coyuntura ha perdido el poder de elegir sus ideas o de excluir las que son inconvenientes.

A medida que aumenta el terror y la ansiedad por la pérdida de control, la persona avanza hacia la etapa quinta y final. Atribuye a las voces existencia externa a fin de colocarlas a la distancia para examinarlas, pero sus esfuerzos por comprender se ven frustrados, y las imágenes y las voces se manifiestan con mayor insistencia.

Casi presa de la desesperación, esa persona inicia la quinta etapa. Hasta ahora, las alucinaciones, sin control por así decirlo, eran aceptadas por ella como sus propias invenciones. Pero ahora empieza a disociarlas, transfiriéndolas a alguna persona poderosa y altiva que ha conocido.

Generalmente en esta etapa, busca ayuda y es hospitalizado. Perdida su conciencia focal y terminados sus esfuerzos para recobrarla, se da cuenta ahora de que sólo puede recuperarse con ayuda.

El mejor tratamiento inmediato para dicho paciente es procurar que se disocie de las voces. Antes de empezar la cura, tiene que aceptar una vez más que las voces o imágenes son creaciones de su propia mente. Por eso, he subrayado la importancia de no admitir la realidad de las voces del paciente. Jamás se deben identificar como si vinieran de una persona. Uds. deben siempre separarse completamente de las "voces". Si la enfermera le da a entender por un momento que ella también oye voces de otra fuente, contribuirá a reforzar la disociación.

Si se conoce el proceso por el cual se forma una determinada patología y se pueden identificar sus diversas etapas se contará con medios valiosos para seleccionar un plan de acción eficaz.

La frustración

El concepto de "frustración", por ejemplo, es relativamente sencillo y uno de los pocos relacionados con la conducta humana que se basa en abundantes investigaciones. Sus características, o fases, son: primero, la persona se fija una meta; segundo, avanza hacia esa meta; tercero, un obstáculo impide la consecución de la misma, y cuarto el obstáculo provoca agresión hacia sí mismo o hacia otro objeto.

La enfermera que comprende la frustración está preparada para localizarla y se pondrá en guardia para identificar su característica más fácilmente observada: la agresión. Una vez que ha determinado que la frustración es un factor en la conducta del paciente, la enfermera podrá con mayor facilidad adoptar decisiones con respecto al caso.

Mediante el interrogatorio, se percatará de la meta que el paciente procura sin éxito alcanzar. Luego, a medida que lo exijan las circunstancias y su propio juicio, estimula al paciente a abandonar esa meta, o a modificarla o a sublimarla. O la enfermera adopta medidas para eliminar el obstáculo. El hecho significativo es que su conocimiento de la frustración es la clave no sólo para comprender la conducta del paciente, sino también para prescribir el remedio.

El conflicto

Igualmente valioso para el consejero es el concepto de "conflicto". En el curso de su desarrollo, el individuo encuentra primero una situación en la que debe elegir entre dos o, a veces, más planes de acción incompatibles; es decir, se encuentra ante dos alternativas que se excluyen mutuamente. Segundo, decide aceptar una de las alternativas y evitar la otra, o decide evitar ambas. Tercero, de acuerdo con su decisión, empieza a actuar en relación con ambos objetivos. Y en cuarto lugar, aparecen sucesivamente la duda, la vacilación y la fatiga.

Todas ustedes han tenido experiencia con pacientes que, incluso después de diez horas de sueño, se sienten tan fatigados como al irse a la cama. Cuando mediante la verificación de sus dietas y pruebas para descubrir si padece de anemia y varias otras enfermedades no se obtiene clave alguna para determinar la causa de su laxitud, es muy posible que la fatiga sea consecuencia de conflicto, que ejerce enorme presión psicológica.

La duda o la vacilación son los síntomas más evidentes de conflicto. Si se decide que el conflicto es la causa de la conducta de un paciente, corresponde aislar los objetivos incompatibles que lo originan e impulsar al paciente a seleccionar el que sea mejor. A la larga, el paciente tal vez adopte su propia decisión, sin intervención de la enfermera. Pero, si la adopta en estado de tensión, es posible que su decisión no sea buena. La enfermera debe intervenir con el fin de eliminar la tensión del conflicto tan rápidamente como sea posible y ayudar al paciente a elegir con acierto.

En su labor en hospitales generales, tal vez hayan conocido al paciente que, cuando ingresa por primera vez, habla sólo de regresar a su hogar, pero que, después de su operación, empieza a vacilar y a pensar que tal vez sería mejor no apresurarse a volver a casa. La duda se intensifica rápidamente hasta convertirse en vacilación; y a menos que la enfermera, el médico o alguien intervenga sin demora, el hospital tendrá dificultades para dar de alta al paciente.

El ejemplo que acabo de citar no es de un caso serio, pero en uno que lo sea, las características son idénticas. En alguna forma, es preciso presentar al paciente en forma más atractiva la meta que sea objetivamente más conveniente.

Es posible que Uds. observen conflicto en el paciente que participa en una entrevista. ¿Asiste el paciente a la reunión por unos pocos minutos, excusándose luego para regresar y volverse a excusar? Procuren determinar cuáles son sus metas incompatibles. En realidad, no es difícil lograrlo.

Enfermera: ¿Quiere Ud. decir que él nos lo dirá?

Profesora: Aludirá a ellas. Dirá que no tiene nada de que hablar, esperará unos pocos minutos y empezará a hablar. Evidentemente, tiene un conflicto sobre si hablará o no hablará, que es, por cierto, muy superficial. No obstante, es preciso reconocerlo como manifestación de un conflicto más profundamente arraigado y más básico, probablemente sobre si usará sus aptitudes o no.

Del mismo modo, el paciente que no puede decidirse a dejar el hospital tal vez revele un conflicto más profundo entre el sentido de dependencia y de independencia. Naturalmente, la enfermera debe procurar que la independencia sea más atractiva que la dependencia.

Probablemente la razón principal para evitar la frustración y el conflicto sea la de que ambos estados producen ansiedad, que en su etapa final se convierte en pánico y provoca la falta de armonía entre las ideas, sentimientos y actos del paciente.

Enfermera: La paciente dijo: "En realidad, no tengo ningún problema", pero al hablar, se cambió de posición en la silla y continuó:

"Vivía con mi hijastra. No hay mucho de que hablar". Luego, después de una pausa bastante prolongada para hacerme sentir que ella estaba ansiosa, le pregunté: ¿"Está usted incómoda"? Me pidió que le repitiera la pregunta y, después de hacerlo, me contestó: "No, no estoy", y volvió a hacer una pausa.

Profesora: ¿Estaba evidentemente inquieta?

Enfermera: Sí, se daba vueltas en la silla y, a veces, se retorcía las manos.

Profesora: Es posible que haya una dicotonomía entre la conducta del paciente y su pensamiento consciente. La paciente está incómoda, pero se niega a reconocerlo o a admitirlo. Esas separaciones figuran entre los síntomas de la ansiedad grave. El mejor procedimiento consiste ahora en hacerla admitir su ansiedad. Hay que seguir preguntándole si está cómoda. Es útil usar sinónimos, pero se debe insistir en este asunto hasta que se vea obligada a reconocer su falta de comodidad. Hasta entonces, no se podrá empezar a determinar las causas de su incomodidad y remediarlas.

Enfermera: Después de un rato, le pregunté: ¿"Está usted nerviosa"? Ella me miró asombrada y me pidió que repitiera la pregunta.

Profesora: Esa reacción es la misma que Ud. obtuvo la primera vez cuando le preguntó: ¿"Está usted cómoda"?

Enfermera: Sí. Cuando repetí la pregunta, ella contestó: "Creo que no. Parece que estoy más bien tranquila".

Profesora: Observe que dijo "parece" y "más bien". No fue tan categórica en su negación. Está empezando a admitir la posibilidad de estar incómoda.

Enfermera: Más tarde, modificó su actitud aún más cuando me dijo: "Estoy tranquila la mayor parte del tiempo". Inmediatamente le pregunté cómo se encontraba el resto del tiempo. ¿"Pierde Ud. la calma a veces?", a lo cual ella respondió: "Todo el mundo lo hace, es normal".

Profesora: Usted está tratando a la paciente bastante bien. Ella todavía no ha identificado su propia ansiedad, pero hay sólo un paso desde "Todo el mundo" hasta "Yo". No obstante, cerciórese de que avance esa última etapa antes de indagar las causas de su desasosiego. Cualquier medida prematura de su parte puede destruir el progreso que ha logrado hasta ahora.

CONCLUSION

En esta obra no se tiene el propósito de tratar las enfermedades mentales en todos sus aspectos ni de presentar una transcripción completa de las actividades de un grupo de trabajo clínico. Se indica, como se señaló al principio, la naturaleza de los problemas que se plantean en instituciones mentales y se ofrecen ejemplos de un procedimiento de enfermería que, en opinión de la autora, es de gran eficacia, aunque relativamente nuevo, para tratar a los enfermos mentales. Se señala también el método mediante el cual se orienta a las enfermeras a utilizar ese procedimiento.

Las enfermeras que participaron en los grupos de trabajo no lograron la cura definitiva del paciente. Pero se familiarizaron con los principios principales de la entrevista y la orientación y aprendieron a aplicarlos. En varios casos, ayudaron a los pacientes a dar los primeros pasos vacilantes hacia la recuperación.

Las satisfacciones que ello reporta a la enfermera en este aspecto son enormes, ya que la persona que decide ser enfermera evidentemente se preocupa más de prestar servicios que de adquirir prestigio o ventajas materiales.

En la ceremonia de graduación, los educadores acostumbran decir a sus estudiantes que ella representa el principio y no el fin de la educación, observación que se aplica sin duda alguna a quienes han completado su adiestramiento en el grupo de trabajo. El grupo de trabajo típico termina su labor dejando planteadas una gran cantidad de preguntas cuando el interés de los estudiantes ha llegado al máximo.

La experiencia de los grupos de trabajo de Pennsylvania, así como la de otros anteriormente organizados, indica que un tercio de los participantes procurará continuar, debido a su enorme interés, perfeccionándose en estudios para graduados; otra tercera parte tratará de obtener ayuda suficiente para lograr cambios importantes en su propia práctica habitual; y el tercio restante se habrá familiarizado debidamente con el procedimiento de orientación como para permitir que enfermeras jóvenes inicien prácticas de enfermería más útiles con pacientes psiquiátricos.

Si se organizaran, al nivel nacional, grupos de trabajo para enfermeras que trabajan en ambientes psiquiátricos, ellos beneficiarían enormemente a pacientes, enfermeras y personal de hospital. Las enfermeras estarían mejor informadas y más capacitadas para conservar con los pacientes, escucharlos, y guiarlos hacia la recuperación definitiva; se reduciría considerablemente el peligro de reforzar la enfermedad de los pacientes y mejoraría la calidad de la atención directa de estos.

Por último, si muchas estudiantes de enfermería adquirieran esas técnicas, podría mejorar incluso la atención de pacientes en otras instituciones. Los cuidados generales de enfermería serían más dinámicos y se orientarían más hacia la investigación, en vez de concentrarse en la enfermedad como tal; se reducirían las situaciones de emergencia en psiquiatría, y disminuiría el número de pacientes transferidos a hospitales mentales.

AGRADECIMIENTOS:

Los seminarios de enfermería psiquiátrica fueron posibles gracias a la cooperación del Comisionado del Departamento de Salud Mental, de la Commonwealth de Pennsylvania, y la Consultora de Enfermería del Estado, Superintendentes y Directores de Enfermería del Hospital Estatal de Norristown y el Hospital Estatal de Torrance, ambos situados en Pennsylvania. Para la realización de dichos seminarios se contó con una subvención de los Smith Kline & French Laboratories, de Filadelfia.

1a Edición, febrero de 1964

2a Edición, 1a Impresión: octubre de 1964
2a Impresión: mayo de 1965
3a Impresión: marzo de 1966
4a Impresión: junio de 1967