
Enfermería

LA ENFERMERA ES LA INTERPRETE DEL PACIENTE*

BRIAN BIRD, M.D.

Departamento de Psiquiatría, Universidad Western Reserve y Hospitales Universitarios, Cleveland, E.U.A.

La atención psicológica de los enfermos es, por muchas razones, la tierra de nadie de la cirugía. Todos la reclaman, pero a nadie pertenece. En otros servicios las responsabilidades se hallan claramente deslindadas. Pero en este caso no. La atención quirúrgica es atribución del cirujano, la anestesia corresponde al anestesiólogo, y, de igual manera, la enfermera tiene ciertas funciones ya señaladas. Pero la atención psicológica se halla tan ampliamente repartida que la prestan todos los que tienen contacto con el enfermo. No solamente el cirujano, el anestesiólogo y la enfermera, sino también los trabajadores sociales, los auxiliares de sala, los pastores, los familiares y hasta los demás pacientes ejercen una influencia variable, pero definida, sobre el estado mental del enfermo.

Debido precisamente a este origen múltiple de la influencia psicológica, una cosa se da por segura: El paciente será presa de un sinnúmero de ideas confusas. Confusión sobre su anatomía, sobre su enfermedad, su operación, la anestesia y muchas otras cosas.

LABOR CONJUNTA

A pesar de que muchas personas tienen que ver con el bienestar mental del enfermo, la responsabilidad principal corresponde al cirujano y a la enfermera, y lo ideal sería que éstos decidieran conjuntamente la parte que corresponde a cada cual. He podido observar que, aunque todos los cirujanos son conscientes de la importancia de las reacciones psicológicas y se muestran deseosos de

aliviar este sufrimiento mental, y a pesar de que a muchos les gusta desempeñar esta labor personalmente, un buen número de ellos carece del tiempo y de la inclinación para prestar esta atención al paciente. En estos casos se muestran más que dispuestos a poner este trabajo en manos de la enfermera, convirtiéndola así en portavoz del sentir del enfermo y en encargada de velar por su bienestar general.

Para que la enfermera pueda desempeñar satisfactoriamente este aspecto de su labor, tiene que conocer de antemano el papel que le toca desempeñar y reconocer, asimismo, que éste no es igual al del cirujano. Ni lleva sobre sus hombros la responsabilidad principal del tratamiento quirúrgico del paciente, ni es sencillamente una ayudante del cirujano. Antes bien, realiza una labor apropiada cuando sirve de complemento de la actividad que compete al cirujano, atendiendo aquellos aspectos de la vida del paciente que el médico tiene que desatender por fuerza mayor. La enfermera nunca debe convertirse en una réplica del profesional con quien trabaja. Cierto es que las enfermeras a veces copian la pauta del cirujano, viendo lo que él ve, haciendo caso omiso de lo que pasa por alto y mostrando entusiasmo por las mismas cosas que le entusiasman a él. Pero esta mímica no solamente es innecesaria, sino que tampoco es del agrado del médico. Este no desea que alguien lo ayude en lo que él puede hacer por su cuenta. Como ejemplo, voy a relatar lo que me dijo recientemente un cirujano: "Esta enfermera se parece tanto a mí que ya no me sirve para nada. Invariablemente me recuerda las cosas que no he podido olvidar, y olvida las cosas que me debiera recordar".

* Este artículo se publicó en inglés en la revista *The Modern Hospital*, de junio, 1955, p. 51, y se publica en este *Boletín* con la autorización de dicha revista.

Aunque parezca raro, la contribución psicológica más importante que puede hacer la enfermera no es sencillamente la de consolar al enfermo. El consuelo y la voz de aliento son, fuera de toda duda, elementos de gran valor, pero hay otra cosa que es mucho más importante. Se trata de mantener abiertas las vías de comunicación entre el enfermo y el cirujano, procurando que el enfermo se encuentre bien informado de todo lo que debe saber y que no lleguen a sus oídos informes falsos, y que esté en completa libertad de comunicarse con su médico y sus familiares, de manera que pueda solicitar y preguntar lo que desee. Pero hay también otras vías que debe mantener abiertas, como, por ejemplo, las que existen entre los familiares y el cirujano, entre la propia enfermera y este último, y entre todo el personal auxiliar.

Podemos citar muchas causas de que se obstruyan estas líneas de comunicación.

PIERDE VALIOSOS INFORMES

Un factor mencionado anteriormente es que hay diferentes personas en contacto con el enfermo y que todas ellas le dicen, al menos, unas pocas palabras. Como se trata de frases sueltas o incompletas, como no todos los empleados están bien enterados, y como ninguno de ellos sabe exactamente lo que otros le han dicho al enfermo, el resultado es como un corto circuito en un cuadro telefónico: el enfermo oye fragmentos de una docena de conversaciones, pero a lo mejor no escucha lo más importante. Por otra parte, las cosas que quiere decir pueden ser escuchadas por oídos distintos de los que debieran oírlas.

El segundo factor que entorpece la comunicación con el enfermo es la sensación de extrañeza que le producen los servicios de cirugía. La cirugía es como un mundo extraño: las personas son distintas, las costumbres raras y el lenguaje ininteligible. Aun los estudiantes de medicina, las enfermeras y los internos se sienten azorados cuando entran por primera vez en el mundo extraño

de la sala de operaciones. ¡Tanto peor será tratándose del enfermo!

El tercer factor que interrumpe la comunicación es el estado de ansiedad del propio paciente. Cuando una persona se ve dominada por la inquietud, sus funciones mentales se reducen a veces al mínimo y su comportamiento es casi pueril.

El resultado de todos estos factores es que el enfermo se siente ofuscado y aturdido y, hasta cierto punto, mentalmente incapacitado. Esta incapacidad de seguir las directivas más sencillas puede ser reconocida fácilmente por las enfermeras, acostumbradas a ver a muchos enfermos colocarse boca abajo cuando se les pide que se vuelvan boca arriba, o ingerir alimentos que les han sido terminantemente prohibidos, o hasta usar el excusado cuando se les ha pedido que guarden una muestra de excreta. No es que los pacientes no sean inteligentes, sino que sencillamente se encuentran aturdidos por las circunstancias.

Este ofuscamiento es causa de muchas dificultades. Por ejemplo, algunos enfermos, ansiosos de decirle una cosa específica al cirujano, llegan a tal grado de turbación cuando éste los visita que, a menudo, olvidan lo que querían decir. Lo recuerdan después que él se ha marchado, pero ya es demasiado tarde. Asimismo, cuando el cirujano trata de explicarles la operación que va a realizar, o la que ha realizado ya, los pacientes se encuentran en tal grado de turbación que prácticamente no escuchan nada de lo que les dice. La situación se complica cuando el cirujano hace comentarios irreflexivos, enigmáticos o incompletos, o cuando se olvida por completo de dar alguna explicación al enfermo. Pero los resultados son aun peores cuando la explicación se ofrece en momentos en que el enfermo se encuentra bajo los efectos de algún sedativo, o cuando tiene fiebre o siente dolor. El enfermo soñoliento no interpreta lo que escucha, y el dolorido no tiene ánimos para ponerse a escuchar.

Como estos problemas de comunicación son tan frecuentes, la enfermera debe dar por

sentado que el paciente no comprenderá las cosas la primera vez que las escuche y que debe repetírselas varias veces. Y como el cirujano no se hallará disponible cada vez que haya que dar explicaciones ulteriores, la tarea corresponde a la enfermera.

A continuación citamos algunos ejemplos de lo que la enfermera puede encontrar:

Se comunica al paciente que en la radiografía sacada, previa la enema de bario, no se observó ninguna anormalidad, a excepción de un pequeño defecto que probablemente se deba a uno área de intestino caído. El enfermo no hace ningún comentario, pero luego la enfermera lo encuentra llorando y preguntándose cuánto tiempo le quedará de vida a causa de ese intestino caído. En otro caso, un enfermo a quien se le acaba de comunicar que le van a sacar una radiografía del intestino grueso, pregunta a la enfermera si se encuentra muy grave por tener el intestino grueso y si el médico lo ha de operar para sacar la radiografía. En otro caso más en que hubo necesidad de aplazar una intervención porque el cirujano tenía todas sus horas ocupadas, solamente se le dijo al enfermo que "se había presentado una dificultad". Más tarde la enfermera encuentra al enfermo preocupado, preguntándose qué horrible complicación se había presentado que obligaba a aplazar la operación.

Hasta los procedimientos más sencillos pueden crear confusión en la mente del enfermo. Por ejemplo, a veces no sabe si tiene que entrar en la sala de operaciones caminando, o si lo van a llevar en sillón de ruedas, en camilla o hasta en la misma cama. Se pregunta quién lo acompañará hasta la sala, si sus familiares podrán asistir a la operación, si sabrán a donde tienen que ir, cómo llegar hasta allí y hasta cómo regresar. Después de la operación, aunque se les haya explicado lo mismo repetidas veces, los pacientes no alcanzan a comprender si ya se encuentran curados, si habrá que hacer una segunda intervención, si la herida se puede reventar, o si quedarán tan bien como antes.

Otro entorpecimiento de la comunicación

suele ocurrir en el caso de ciertas intervenciones en que hay necesidad de dejar algún objeto extraño debajo de los vendajes. Si no le explica lo que puede esperar, el paciente sufrirá una conmoción innecesaria cuando se le quite el vendaje. Por ejemplo, es mejor advertirle que se ha practicado una colostomía, que esperar a decirselo cuando se le van a cambiar los vendajes. Lo mismo se puede decir de los drenajes, de las heridas abiertas, de las suturas especiales, las incisiones inusitadas, y así sucesivamente.

Otro factor desconcertante consiste en la irregularidad de la vida en los servicios de cirugía. Se le dice al paciente que la intervención se practicará a una hora determinada, pero cuando llega esa hora no sucede nada: el cirujano está ocupado, las radiografías no han llegado, etc. O, a lo mejor, si el cirujano no está ocupado se presenta antes del desayuno o muy tarde por la noche. Puede suceder, también, que el enfermo desee ver a sus familiares antes de entrar en la sala de operaciones, pero se lo llevan antes de la hora indicada y no alcanza a verlos. O, a lo mejor, aplazan la operación a última hora, cuando el enfermo se encontraba ya preparado, material y psicológicamente.

Todas estas circunstancias adversas, aun cuando no han podido ser evitadas, afectarán menos al paciente si la enfermera explica a qué se deben.

Otra importante línea de comunicación es la que mantiene a los familiares enterados de todo lo que está sucediendo. Si difícil es mantener el buen estado de ánimo del paciente, ¡cuánto más no lo será en el caso de los familiares! Pero este aspecto también es de suma importancia. El bienestar del enfermo a veces depende de la colaboración que presten sus familiares, y si éstos se encuentran confundidos el paciente pagará las consecuencias. Por ejemplo, cuando se dice a la familia que la operación durará una hora, ella espera ver al enfermo al cabo de una hora. A menos que se les diga, ellos no saben del tiempo que el enfermo pasa en la sala de recuperación, o del tiempo que se pierde en

las inevitables demoras. Si no se le advierte lo que puede esperar, cuando el paciente salga de la operación, sentirán la natural inquietud al ver una botella de sangre colgada junto a la cama, o al ver que se ha hecho una traqueotomía, o que su cabeza ha sido afeitada, que sus ojos están vendados o hasta que su cara se ha hinchado. En todos estos casos, la enfermera puede prestar una ayuda valiosa si advierte a los familiares de lo que puede suceder.

A pesar de que todas estas obstrucciones de las líneas de comunicación ocasionan innumerables trastornos, el comportamiento de los enfermos sometidos a cirugía es realmente extraordinario. De hecho, a este respecto los casos de cirugía son diferentes de todos los demás pacientes. Las personas que tienen que someterse a una operación sufren una transformación sutil, pero definida. Adquieren un gran dominio de sí mismas y se produce un acrecentamiento de valentía, un embotamiento de la percepción, una apatía emotiva, una negación de la enfermedad y a veces hasta una falsa jovialidad. Estas reacciones, que tienden a producir una sensación de serenidad, podrían considerarse como un estado autohipnótico que, al igual que la anestesia, prepara al enfermo para la prueba a que debe someterse.

Sin embargo, aunque esta serenidad lo prepara para la intervención quirúrgica, ello no quiere decir que el enfermo sea insensible. De hecho, puede significar todo lo contrario. Pueden ser tantas las sensaciones de dolor que ha llegado a inhibirlas todas. Por lo tanto, lo más seguro es que, bajo esa capa de serenidad que el paciente muestra se oculte una intensa actividad mental. Esta actividad puede manifestarse en estados de ansiedad, de tristeza y enfado. Examinaremos brevemente cada uno de estos tres estados, y mencionaremos cómo pueden afectar al enfermo.

La primera reacción mental es, por supuesto, la de intensa ansiedad. Demuéstrelo o no, la verdad es que el enfermo que va a ser operado se siente aterrorizado. Le asustan las prácticas quirúrgicas y todo lo que se relacione con ellas, lo asusta el dolor, la

anestesia y la desfiguración resultante. Tiene miedo de sentirse inválido, del asalto que se va a perpetrar contra su pudor, tiene miedo de sentir miedo y de miles de cosas más. Pero, sobre todo, tiene miedo a morir.

Algunos enfermos, quizá la mayoría de ellos, pueden dominar todas estas sensaciones, no hasta el punto de sentirse completamente tranquilos, pero al menos hasta el punto de disimularlas. Otros pacientes muestran el miedo abiertamente y llegan a un estado de obvia ansiedad. Por lo general si ésta se expresa ostensiblemente no es muy difícil de manejar, puesto que puede ser dominada fácilmente con frases de aliento, pidiéndole a alguna persona que tranquilice al enfermo, y, por supuesto, por medio de los sedativos.

Pero la ansiedad puede degenerar en otro estado que es el más nocivo de todos: en apatía. En un esfuerzo por coartar todos sus temores, el enfermo puede caer en un estado de inhibición general de todas sus sensaciones y acciones, llegando a una especie de estupor y total indiferencia, permaneciendo inmóvil como una piedra. El peligro de esta reacción consiste en que, al deshacerse del temor, el paciente se deshace también de todo lo demás, incluso de la esperanza. Y un paciente que ha perdido las esperanzas no constituye un buen riesgo quirúrgico. La apatía es, por lo tanto, una indicación desfavorable; es señal de que el enfermo se encuentra tan aterrorizado que apenas siente deseos de vivir. El enfermo apático no hace el más mínimo esfuerzo, apenas sonríe, come muy poco y apenas coopera, si es que lo hace en la mínima medida, durante su tratamiento o convalecencia.

Un ejemplo de esta reacción de apatía producida por la ansiedad fué una mujer de mediana edad que tuvo que someterse a una colostomía de carácter urgente. Después de la operación se quedó inerte, acostada boca arriba con los ojos cerrados, aparentemente dormida, aunque despierta. No se quejaba de nada, no expresaba ningún deseo, y, en general, parecía una persona inmóvil e insensible. A los pocos días, cuando llegó el

momento de enseñarle a cuidar de su colostomía, no lograba entender nada, y esta dificultad de aprendizaje, junto a los demás síntomas de embotamiento, llevó a las personas que la atendían a deducir que se trataba de un caso de deficiencia mental. Sin embargo, al cabo de una semana la enferma comenzó a reanimarse, descubriéndose entonces que su apatía encubría un agudo estado de temor. Desde que ingresó al hospital no había tenido esperanza alguna de salir con vida de la operación, y hasta llegó a creer que la anestesia era la muerte. Al salir de la anestesia, estuvo varios días bajo la impresión de que estaba muriéndose. El conocimiento de que se le había hecho una colostomía ejerció sobre ella un efecto sorprendente; en lugar de aumentar sus temores, mejoró su actitud mental. Los repetidos esfuerzos que realizaba la enfermera por enseñarle a cuidar su colostomía la fueron convenciendo gradualmente de que si estaban enseñándole lo que tenía que hacer al regresar a su hogar, entonces los médicos estaban seguros de que se recuperaría. Este fué el primer rayo de esperanza que alcanzó a ver, y desde entonces fué restableciéndose rápidamente.

EL PACIENTE ESTA DEPRIMIDO

El segundo factor por orden de importancia que puede afectar al enfermo recién operado es la tristeza. Hasta cierto punto, el enfermo siempre se siente triste, deprimido y desalentado. O la sensación puede manifestarse como un sentimiento de pérdida: pérdida de la salud, de la perfección o hasta de la vida. Este estado aparece con mayor frecuencia en los enfermos que se han sometido a una operación para amputarle algún órgano. La pérdida de cualquier órgano puede ocasionar depresión, pero hay órganos a los que se concede especial valor y su amputación causa sentimientos de depresión especialmente fuertes. Por ejemplo, es muy difícil resignarse a la pérdida de una extremidad, y generalmente surge un estado de depresión. Lo mismo ocurre cuando se amputa un pecho. Las operaciones que afectan,

aunque sea remotamente, la función sexual, provocan fuertes sensaciones de pérdida. Sin embargo, las operaciones que afectan a estos órganos producen un gran alivio a los enfermos que sienten un temor subconsciente hacia la actividad sexual. El estómago, los pulmones y los riñones son tan vitales para el enfermo que la pérdida de uno de ellos sería como la pérdida de la misma vida. La cirugía plástica también suele ser muy molesta y, por mucho que sea el éxito de la operación, siempre deja cierta sensación de desencanto. El tratamiento de las fracturas y otras prácticas osteológicas que exigen la inmovilización, también pueden causar ansiedad y depresión.

Por lo general, la sensación de tristeza que asalta al enfermo recién operado no es muy grave y, por consiguiente, no es perjudicial. En algunos casos, sin embargo, esta sensación llega al extremo de ocasionar una depresión clínica. Desde el punto de vista clínico, la depresión posee algunas características de la apatía, es decir, desinterés e inercia, pero también existen diferencias efectivas, la más importante de las cuales es la presencia de complejos de culpabilidad y de inutilidad en las depresiones graves. Estos dos síntomas, de culpabilidad e inutilidad, son de extrema importancia. Su presencia indica que el enfermo es capaz de suicidarse. De hecho, la posibilidad del suicidio existe en todos los casos de depresión, razón por la cual los enfermos deprimidos deben ser observados cuidadosamente y colocados en una habitación convenientemente protegida.

Aparte de las sensaciones de ansiedad y depresión, existe un tercer factor, el enfado, que aparece generalmente en los enfermos recién operados. Pero como esta irritabilidad es tan inaceptable para el enfermo y para el cirujano, generalmente se disimula muy bien. Sin embargo, el enfado es una consecuencia natural de la cirugía, la cual es, en esencia, un acto de violencia que se comete contra el enfermo. Claro está que se trata en este caso de un acto benéfico de violencia, mas no por ello deja de ser violento y perjudicial. El enfermo se beneficia de la

operación. Se le salva de algo o se le corrige un defecto, pero en todo caso hubiera sido mejor si la circunstancia nunca hubiera surgido. Por lo tanto, es natural que el enfermo sienta algún resentimiento, cierta irritación.

Como la irritabilidad resulta a todas luces inaceptable, el enfermo lucha por disimularla utilizando métodos que pueden ser más perjudiciales que la irritación misma, y a veces se produce verdadero daño. El arma que más utiliza para disimular su enfado es la de sentirse confundido—incapaz de seguir instrucciones o de entender las explicaciones. Esta confusión tiende a hacer más difícil la labor de enfermería, y la enfermera puede también llegar a enfadarse con el enfermo. De hecho, cuantas veces un enfermo se ponga “difícil” y trate de provocar el enfado de todos los que lo atienden, debe sospecharse que él mismo se encuentra enfadado y que trata de disimularlo con un aparente estado de confusión.

El tratamiento de los diversos estados mentales anómalos que surgen en el período postoperatorio es de suma importancia. El punto principal es que la mayoría de ellos están autolimitados y que irán mejorando gradualmente por sí mismos. En segundo lugar, todos ellos ceden cuando la actitud del personal es jovial, optimista y alentadora. Aparte del personal, los demás enfermos pueden contribuir a este respecto, considerándose que la ayuda que puede prestar un enfermo a otro es más eficaz que la que puede proporcionar el propio médico o la enfermera. Un tercer factor de naturaleza terapéutica consiste en que estas reacciones mentales desaparecen con la actividad. La costumbre de levantar al enfermo lo antes posible, además de evitar la regresión física produce también un excelente efecto psicológico. Pero este efecto no proviene sencillamente del hecho de poderse mover de nuevo. Específicamente, es la acción de poderse valer por sí mismo la que produce este resultado tan beneficioso. La sensación de hallarse completamente incapacitado e

inútil, de tener que contar con la ayuda de los demás para las cosas más esenciales, puede ejercer un efecto calamitoso sobre la psicología del enfermo; así pues, si se logra todo lo contrario, esto es, que el enfermo pueda asumir cierta libertad de movimiento, su estado mental mejorará grandemente.

FOMENTAR LA CONVERSACION

Un cuarto punto técnico consiste en que los pacientes sienten gran alivio cuando pueden expresar con entera libertad las cosas íntimas que sienten. Como los estados psicopatológicos son generalmente secretos, íntimos y solitarios, para tratarlos hay que conseguir primero que el enfermo exteriorice sus problemas, comentándolos abiertamente y enfrentándolos con la realidad. Ello se puede lograr estimulando al enfermo a que se expanda. Si el médico o la enfermera le dan conversación y consiguen que el paciente de cauce a esos vagos temores, a esa tristeza indefinida y ese embarazoso enfado, pronto comenzará a sentirse mejor. De hecho, si el enfermo expresa sus sentimientos suficientemente, lo más probable es que nunca llegue a sentir apatía, depresión o confusión. Por medio de la conversación podrá dominar los conflictos mentales que hasta entonces le dominaban.

Para terminar, permítasenos destacar nuevamente la importancia del papel que desempeña la enfermera en la atención psicológica del enfermo. A pesar de que todas las personas con que entra en contacto ejercen alguna influencia sobre él, y aunque, de manera específica, el cirujano y el anestesiólogo desempeñan funciones esenciales en el manejo de las emociones del enfermo, es a la enfermera a quien corresponde proporcionar, hora a hora y día a día, la asistencia psicológica principal. El aspecto más importante de esta asistencia consiste en mantener expeditas las vías de comunicación con el enfermo y en ayudarlo a expresar plenamente los pensamientos y emociones que pueden desazonarlo.