

INDEXED

ENFERMERIA

Recopilación
de trabajos
No. 3



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Washington, D.C., E.U.A.
1969

INDEXE

ENFERMERIA

Recopilación de trabajos

No. 3



Publicación Científica No. 176

Abril de 1969

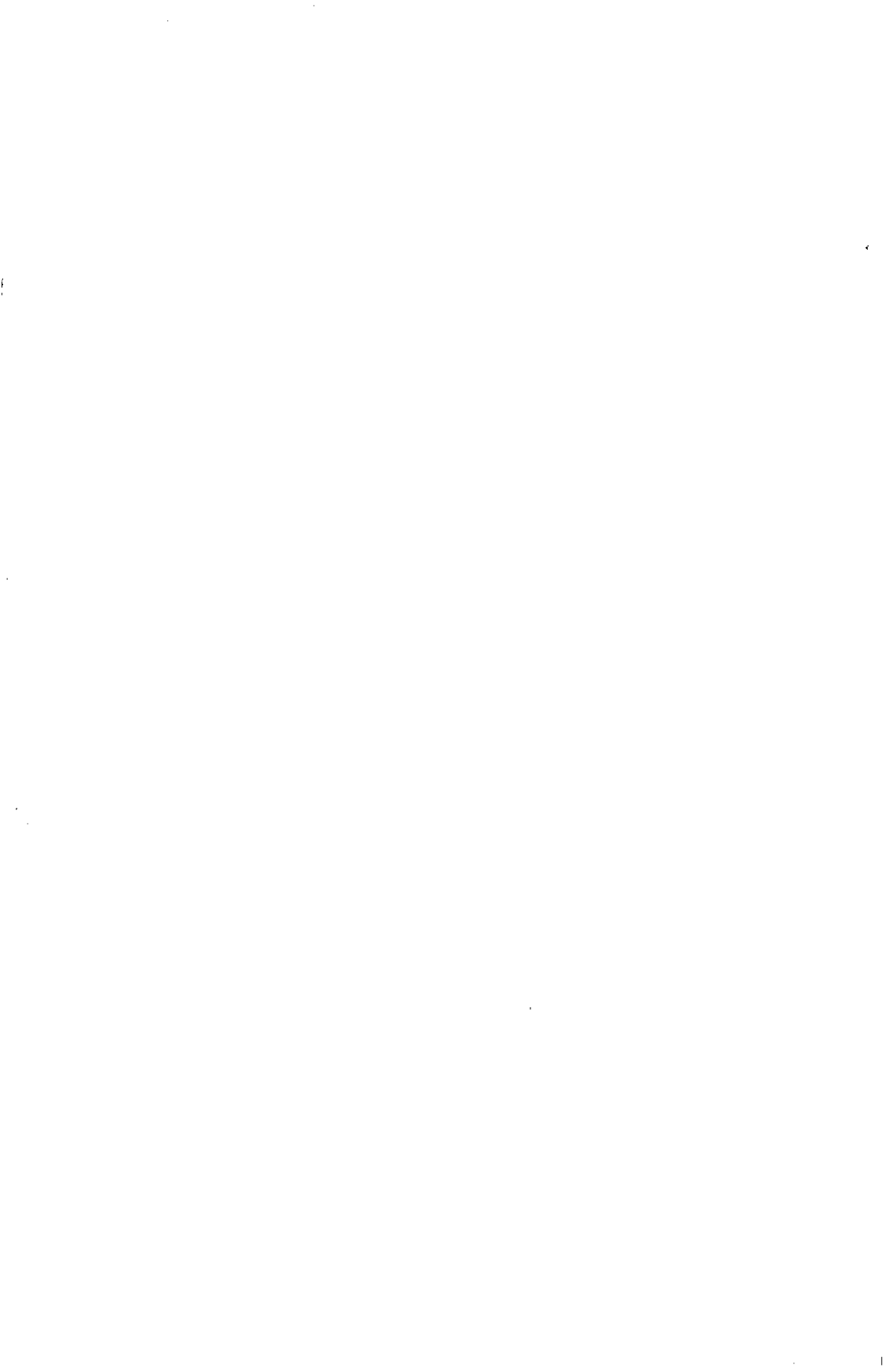
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D. C., 20037, E.U.A.



Sumario de materias

ALICE M. ROBINSON	La técnica de remotivación	1
DONNA JUNE STEVENS	Un programa de adiestramiento de ayudantes de enfermería psiquiátrica	19
TOARU ISHIYAMA, ROBERT BATMAN Y AILEEN HEWITT	Ocupemos el lugar del paciente	25
MARION FERGUSON	La investigación en enfermería	31
MARION FERGUSON Y JEANNETTE E. WESTLAKE	Participación del personal de diferentes instituciones en la recopilación de datos—Un informe sobre metodología	39
LULU WOLF HASSENPLUG	El buen maestro	49
DORIS R. SCHWARTZ	La importancia de los estudios de enfermería de limitado alcance a nivel local	59
MARGARET G. ARNSTEIN	La investigación en enfermería	66
RACHEL ROBINSON Y MELVIN ROMAN	Nuevas perspectivas para el ayudante de enfermería psiquiátrica	73
MARJORIE BURRILL	Cómo ayudar a los estudiantes a identificar y a resolver los problemas del paciente	84
SOR MARY LOUISE LYONS	El espíritu creador en las relaciones humanas	91

Sumario de materias *(cont.)*

MARIE S. ANDREWS	Por qué es necesaria la educación continua en enfermería	106
JEAN HAYTER	¿Qué significa realmente "cuidar" a una persona?	118
EDWARD M. BRIDGE	¿Qué he de enseñar mañana?	128
EDWARD M. BRIDGE	Nuevos conceptos del saber	154
ARLENE HOWE	Coordinación de servicios hospita- larios	174

NOTA EDITORIAL

Esta es la tercera de una serie de recopilaciones de trabajos de enfermería, seleccionados por la aplicación que puedan tener en los servicios de enfermería de América Latina y el interés que puedan despertar entre las enfermeras de todo el Continente.

La primera recopilación fue publicada en junio de 1963 y corresponde a la Publicación Científica No. 78 de la Organización Panamericana de la Salud; y la segunda apareció en agosto de 1965 como Publicación Científica No. 117.

Confiamos en que esta nueva publicación estimule a las enfermeras latinoamericanas para que dediquen más tiempo a informar, por escrito, acerca de sus experiencias en todos los campos de la enfermería, en la educación, en la investigación y en el servicio, a fin de que esa información pueda ser transmitida a sus colegas de otros países.

La Oficina Sanitaria Panamericana expresa por este medio su agradecimiento a los autores de los trabajos y a las siguientes instituciones y revistas, de las que se obtuvo autorización para publicar la traducción de los artículos: *The Quarterly Review*, *Nursing Outlook*, American Psychiatric Association Smith Kline & French Laboratories Remotivation Project, American Nurses' Association, American Heart Association, *The American Journal of Nursing*, *Nursing Research*, American Public Health Association, *The American Journal of Public Health* y *The Canadian Nurse*.

LA TECNICA DE REMOTIVACION *

Parte I. La función del ayudante de enfermería psiquiátrica en la remotivación

Alice M. Robinson †

Quien haya trabajado durante 15 años en el ambiente de un hospital de enfermos mentales, no dejará de reconocer que se han logrado cambios importantes y positivos en el cuidado y tratamiento de esos pacientes. Dichos cambios obedecen a diferentes causas que, sin duda, son conocidas por la mayoría de las enfermeras. Se han realizado progresos significativos para resolver los abrumadores problemas del hacinamiento, la escasez de personal debidamente capacitado, la falta de personal docente y de servicios de formación. Se han centuplicado las actividades encaminadas a vincular más a los pacientes al *mundo real*. Se ha experimentado con las terapias físicas, se han desechado y se han vuelto a utilizar. Y no se debe olvidar el extraordinario efecto de las drogas atarácicas, las cuales han hecho posible dos hechos de suma importancia: la mayor accesibilidad del paciente a la psicoterapia, ya que ha respondido mejor a los cuidados de enfermería y del ayudante y han contribuido a disminuir los desalentadores problemas de la agresividad, la denudación, el desaseo y el obstáculo de la falta de comunicación.

Sin embargo, a fin de no dejarnos llevar por el optimismo exagerado ante los adelantos en atención psiquiátrica, no debemos olvidar que hay *todavía* millares de pacientes que reciben escaso tratamiento o que no lo reciben. La supervivencia de dichos pacientes depende sencillamente de la presencia de ayudantes psiquiátricos que se preocupan de sus necesidades fundamentales como seres humanos: comer, dormir y cuidar del aseo personal. En algunos casos aislados, se les ha permitido organizar sesiones sencillas de tratamiento en grupo con algunos pacientes "deteriorados". Esas sesiones fueron efímeras por haber sido organizadas con arreglo a los principios de la psicoterapia "científica" de grupo. No "correspondían" a la esfera de acción del ayudante, no entraban en sus

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización de la "American Psychiatric Association". La obra original apareció con el título *Remotivation Technique*, como parte del programa administrado por la Asociación Psiquiátrica Americana y financiado por los Laboratorios Smith Kline & French, Washington, D.C.

† La Srta. Robinson (R.N., M.S.) es editora asociada de *Nursing Outlook*, Nueva York.

atribuciones y él sería el primero en admitir que había actuado "a tientas" y que, sin apoyo y preparación, no podría continuar esa labor. Ahora bien, la función del ayudante psiquiátrico va mucho más allá del cuidado de vigilancia. Es preciso que algo complemente esa tarea esencial, que estimule su interés por el paciente y que lo convierta en elemento integrante del equipo terapéutico, del cual tanto se habla, pero que a menudo no existe.

La remotivación no es psicoterapia en el sentido estricto del término. Es, en realidad, un método de interacción entre el ayudante y el paciente que intensifica y refuerza la relación entre ambos. Es un método que puede convertirse en un programa aceptado, aplicable al hospital en su conjunto, asequible a todos los ayudantes que se interesen por él y adaptable en cualquier sala del gran hospital psiquiátrico tradicional.

Es probable que el *interés del ayudante*, anteriormente mencionado, sea el requisito más importante y necesario para su participación satisfactoria en un programa de remotivación. Otras características importantes serían: una actitud afectuosa y comprensiva hacia los pacientes; ingeniosidad; el desarrollo de sus facultades de expositor, y el deseo de no contentarse en el trabajo con hacer "lo estrictamente necesario".

A cambio de todo lo que el ayudante psiquiátrico pueda aportar a un programa de remotivación, el programa puede también beneficiarlo. Le permite un mayor contacto con sus pacientes, sin limitarlo a desempeñar una función "corriente y de rutina diaria", y le facilita un medio útil de ayudarlos a volver a la realidad, convirtiéndolo así en un elemento *activo y positivo* del grupo encargado del tratamiento. Y lo que es aún más importante, puede "remotivar" o estimular al propio ayudante psiquiátrico a interesarse más por sus pacientes y, por consiguiente, sentirá una mayor preocupación y orgullo por su sala, su trabajo y su propia persona.

Parte II. Establecimiento del programa de remotivación

La administración de la remotivación es un proceso flexible y aunque los hospitales de enfermos mentales pueden variar, este programa puede estructurarse y adaptarse a las necesidades y a la administración de cada hospital.

No obstante, hay un factor aplicable a todas las situaciones: el programa debe contar con el interés, apoyo y aprobación total del Superintendente del Hospital, del Director Clínico y del Director de Enfermería. Si alguno de esos funcionarios no comparte la idea, pueden surgir problemas insuperables que harán fracasar el programa.

Medidas iniciales: Una vez que se ha decidido utilizar la remotivación, conviene que los coordinadores se pongan en contacto con el Proyecto de Remotivación de la Asociación Psiquiátrica Americana y de los Laboratorios Smith Kline y French, que les proporcionarán la información necesaria sobre la manera de recibir instrucción en dicha técnica. Si existe un centro regional de adiestramiento en los alrededores, el personal del hospital debería recurrir a él con tal finalidad; en circunstancias excepcionales, un grupo del centro de adiestramiento puede ser enviado al hospital para dictar el curso. El personal debe estar suficientemente preparado para recibir instrucción y así, a su regreso al hospital, podrá enseñar la técnica a otros. Por consiguiente, se recomienda que se incluya en el grupo que ha de recibir adiestramiento inicial a alguna persona del departamento de enseñanza de enfermería.

Si no hay un centro regional de adiestramiento en los alrededores, con frecuencia se pueden hacer las gestiones necesarias para que el personal del hospital reciba adiestramiento en alguna otra institución que emplee esa técnica. Otra posibilidad consiste en designar una instructora de enfermería para que visite aquellos hospitales que cuentan con un programa de estudio condensado y de observación. Si ninguno de estos procedimientos es factible, se podría recurrir al material auxiliar de adiestramiento disponible (véase pág. 18), aunque este método es el menos recomendable. El material auxiliar de adiestramiento será indispensable cualquiera que sea el sistema que se utilice para iniciar el programa.

El curso de adiestramiento: Este curso, de 30 horas, tiene por objeto facilitar al ayudante de enfermería psiquiátrica todo el material de lectura e información escrita disponible sobre la técnica de la remotivación, dedicando también tiempo a demostraciones en el aula y en las salas, como asimismo a sesiones de trabajos prácticos.

Se recomienda que cada curso se limite a 25 estudiantes, y que durante el curso sean relevados de sus funciones normales.

Además del material necesario para el curso es preciso proporcionar locales y una pizarra, según se indica en el esquema aprobado por la Asociación Psiquiátrica Americana. Cada estudiante debe recibir un cuaderno, un lápiz y un libro de poesías. (Se podría obsequiar o prestar al estudiante ese libro de poesías. Si el hospital no pudiera proporcionar esos artículos, tal vez podrían ser donados por un grupo local o quizá se podría persuadir a grupos de voluntarios que reunieran dinero para adquirirlos.)

El Coordinador: El Coordinador de la remotivación, que suele ser una instructora de enfermería (aunque podría ser también un ayudante con experiencia en remotivación y enseñanza), constituye el núcleo en torno

al cual se estructura todo el programa; por tanto, debe ser seleccionado y nombrado por el Director de Enfermería. Además, conviene estudiar detenidamente las numerosas y variadas funciones inherentes a dicho cargo.

A continuación se enumeran las principales tareas que, entre muchas otras, corresponden al Coordinador:

1. Cooperar con las supervisoras de enfermería en la selección de ayudantes psiquiátricos que sigan el curso oficial de remotivación y que a su vez organicen en sus salas sesiones de remotivación.

2. Preparar programas semanales de las sesiones que se lleven a cabo en el hospital y distribuirlos a todo el personal interesado.

3. Enseñar el curso a grupos sucesivos de ayudantes con la asistencia de personal adicional de enfermería y, especialmente, ayudantes con la debida experiencia en remotivación. Al finalizar cada curso, seleccionar (en colaboración con supervisoras de enfermería) a determinados consejeros y asignarlos para que asistan a sesiones de remotivación organizadas por otros ayudantes.

4. Establecer y mantener ficheros sobre cada ayudante de remotivación (indicando nombre, turno, sala).

5. Llevar una lista de todos los ayudantes del hospital que hubieran recibido adiestramiento en las técnicas de la remotivación.

6. Organizar una biblioteca central de materias que pudieran utilizarse en las sesiones de remotivación (libros, revistas, dibujos, mapas y otros útiles). En determinados edificios se podrían establecer bibliotecas pequeñas con el material de lectura utilizado por los asistentes.

7. Ocuparse de la correspondencia y atender las solicitudes presentadas para obtener información acerca de la remotivación.

8. Asistir a todas las reuniones sobre remotivación (inclusive reuniones ordinarias del Consejo y de los consejeros).

Es obvio que para que funcione satisfactoriamente el programa de remotivación, el Coordinador debe ser un funcionario a tiempo completo, especialmente en vista del importante y ya demostrado hecho de que *la continuidad y la persistencia de la labor del Coordinador de remotivación son absolutamente necesarias para el éxito del programa.*

El Consejo: Aunque la remotivación es un programa de enfermería y, por tanto, depende de la Dirección de Enfermería, conviene que, al iniciar un programa de remotivación, se organice un "Consejo de Remotivación", integrado por el Director Clínico (u otro psiquiatra), los directores del servicio de enfermería y enseñanza de enfermería, un funcionario del departamento de ergoterapia (u otro departamento auxiliar), una instructora de enfermería y tres ayudantes psiquiátricos.

El Consejo de Remotivación actúa como un cuerpo asesor y se reúne una vez al mes a fin de examinar los diversos problemas relativos al programa, por ejemplo: la adquisición de los suministros necesarios, el progreso tanto de los pacientes como de los ayudantes que participan en dicho programa y el grado de eficacia con que este se pone en práctica en el hospital. El Consejo también considera las recomendaciones presentadas por los consejeros.

Los Consejeros: Los "Consejeros", bajo la dirección del Coordinador del proyecto, son ayudantes que han recibido adiestramiento en las técnicas de remotivación y que representan a los diversos pabellones o servicios que emplean dicha técnica. Las supervisoras de enfermería, en colaboración con el Coordinador, llevan a cabo la selección de dichos ayudantes teniendo en cuenta el grado de interés, ingeniosidad y responsabilidad demostrados. El Coordinador designa a esos consejeros para que asistan a las sesiones de grupo dirigidas por otros ayudantes, observen su desarrollo, ofrezcan críticas constructivas y proporcionen su apoyo personal al mismo tiempo que continúen organizando sus propias sesiones.

Durante las primeras semanas del programa los Consejeros se reúnen semanalmente y, una vez que el curso esté bien encaminado, mensualmente, de preferencia antes de la reunión del Consejo. Pueden ofrecer sugerencias y formular recomendaciones al Consejo a fin de que este decida al respecto con carácter oficial.

Parte III. La técnica de la remotivación

En su forma original, la remotivación se basa en cinco etapas esenciales. En la práctica se ha demostrado que, procediendo de acuerdo con estas, se establece un programa más estable y permanente. El ayudante psiquiátrico debe estar bien familiarizado con dichas etapas y reconocer su importancia, a fin de contar con una base adecuada para lograr, con cierta continuidad, buenos resultados.

En la realización de esas cinco etapas, es importante que el ayudante psiquiátrico sepa *por qué* ha sido seleccionado para trabajar con sus pacientes en esa forma individual y especial. En la mayoría de las enfermedades mentales, hay aspectos de la personalidad original del paciente que permanecen relativamente indemnes. En otras palabras, algunas facetas de su personalidad y sus intereses se han mantenido sanos. Con frecuencia, los "aspectos indemnes" se relacionan con elementos y situaciones corrientes de la vida diaria que en general se pasan por alto; cómo crece un árbol, alusiones a la historia del estado natal, los artículos que se podrían adquirir en una tienda, lo que el humo significa en nuestra

vida diaria, los factores que contribuyen a la temperatura y todos los innumerables elementos con que vivimos y las personas con quienes debemos establecer relaciones recíprocas.

Hay objetos que constituyen el mundo real, el mundo objetivo, que el ayudante puede compartir con el paciente. Mediante esa manera especial de compartir experiencias, el paciente puede llegar al punto en que puede someterse a un tratamiento más intensivo. En esa forma se estimula al paciente a empezar a pensar en objetos del *mundo exterior* y se le da la oportunidad de *expresarse* sobre ellos libremente. Para citar las observaciones de un ayudante psiquiátrico: "El paciente empieza a darse cuenta de que existe una cosa distinta de lo que él considera su insípida existencia actual; se trata de algo en que alguien le presta atención y lo reconoce como persona, y de que ahora forma parte de un grupo. Aunque el paciente y el ayudante se hayan estado viendo diariamente, es ese un momento diferente. Esta técnica permite establecer nuevas relaciones entre uno y otro, convirtiéndolos en compañeros que exploran conjuntamente el mundo real".

Ahora bien, el ayudante debe tener presente que no está "enseñando" a los pacientes, aunque es un hecho que tanto el paciente como el ayudante aprenden en esas sesiones. Pero estas no constituyen "clases"; se trata más bien de reuniones de grupo en las que al compartir o reunir ideas se fomenta una interacción personal entre ayudante y pacientes y entre estos. En consecuencia, aunque el ayudante no tenga que "estudiar" y llenarse la cabeza de "hechos y cifras", se beneficia al examinar y repasar ciertas materias a fin de recopilar el máximo de datos interesantes sobre el tema seleccionado.

Selección del grupo: El grupo de pacientes debería ser seleccionado por el médico encargado de sala, la enfermera de sala y el ayudante psiquiátrico. El "grupo ideal" comprendería unos 15 pacientes. Al seleccionar a los pacientes, es preciso tener en cuenta ciertas limitaciones que imponen a la remotivación: 1) la clase de sala (de admisión o de casos agudos; si se trata de una sala de tratamiento continuo; o de pacientes seniles o inválidos, o si es una sala de convalecencia); 2) la designación y el alcance de las diversas enfermedades de los pacientes, y 3) el carácter afectuoso y la pericia del ayudante de remotivación. Uno de los ayudantes que participa activamente en ese tipo de programa aconseja que: "Es a veces provechoso incluir a uno o dos pacientes que, se sabe, no tendrán temor en expresarse a fin de facilitar al ayudante el desarrollo de la sesión". Además, conviene excluir a aquellos pacientes que se dedican a otras actividades, aunque no se justifica la exclusión de ninguno de ellos.

Importancia de las cinco etapas: Como ya se ha señalado, las "cinco etapas" constituyen el núcleo de la remotivación y, en cierto sentido, la convierten en una técnica *especial*. El ayudante-dirigente psiquiátrico debe familiarizarse bien con ellas mediante conferencias, demostraciones y un número adecuado de sesiones de práctica *bajo supervisión*. La denominación de cada una de las cinco etapas da la clave de lo esencial de sus funciones. Como las reuniones de los grupos de remotivación suelen durar de 50 minutos a una hora, se indicará la posible duración de cada etapa.

Establecimiento de un ambiente de aceptación (5 min.): En esta primera etapa el ayudante-dirigente (que está de pie) se dirige al grupo en general, pudiendo empezar por agradecerle el haber asistido a la sesión. Luego, se acerca lentamente al círculo formado por los pacientes y saluda amablemente a cada uno por su nombre. Si en el grupo hay un nuevo paciente o si el ayudante no está seguro de su nombre, se podría presentar él mismo y preguntarle como se llama. Seguidamente, podría hacer alusión al tiempo, al traje o al corte de pelo del paciente o formular cualquier otra observación trivial pertinente a fin de establecer un contacto de persona a persona con ese paciente en particular. Estas observaciones iniciales deben ser *agradables y objetivas*.

Esta primera etapa tiene por objeto crear una atmósfera exenta de formalidad y tensión entre los pacientes y el ayudante de enfermería. Si este puede considerarse asimismo como un compañero participante y como un alumno interesado, estará psicológicamente mejor preparado para orientar el debate subsiguiente en el grupo. (Habida cuenta de las sugerencias precedentes para crear un ambiente de aceptación, es evidente que no se debe obligar a los pacientes a asistir a las reuniones de remotivación. No obstante, el ayudante puede estimular al paciente a que asista a la sesión siguiente y haría bien en acercarse al paciente *antes* de que comience la próxima reunión.)

En esta primera etapa el paciente ya ha logrado algo: experimenta algo distinto, que lo aleja de la rutina habitual y lo hace participar directamente en un grupo formado por sus compañeros.

Establecimiento de vínculos con la realidad (15 min.): En la técnica de remotivación originalmente desarrollada, los vínculos con la realidad se fomentan mediante la lectura de poesías sobre temas objetivos. Aunque a primera vista esta manera de comunicarse con el paciente mental podría parecer extraña, en la práctica da sorprendentes resultados.

En una sesión recientemente observada, un ayudante robusto y muy varonil aficionado al beisbol empezó a leer el famoso poema "Casey at the Bat" (Casey al bate) a un grupo de pacientes formado por jóvenes

adultos de una sala a la que se admitían enfermos agudos, los cuales escucharon atentamente las primeras líneas leídas. Cuando pidió a cada uno de los pacientes que leyera algunas líneas, reaccionaron entusiastamente e incluso se interesaron por conocer el nombre del poeta. En otra sesión, en la que participaron unos 15 pacientes obreros, el ayudante-dirigente y los pacientes leyeron la poesía de Carl Sandburg "Smoke and Steel" (Humo y acero), que dio lugar a un animado debate acerca de lo que sería trabajar en las fundidoras. En otra sesión (en que el grupo de pacientes eran mujeres con graves regresiones esquizofrénicas) la lectura por el ayudante de "Trees" (Arboles), poesía de Joyce Kilmer, suscitó una discusión sobre las aves, y en especial se mencionaron los petirrojos, que anuncian la primavera, y las palomas, pájaros que las pacientes observaban aparentemente con indiferencia, mientras descansaban los días de sol en el patio.

Las poesías que se utilicen en la segunda etapa deben ser sencillas, rítmicas y adecuadas al tema elegido. Aunque en las antologías hay algunas que podrían usarse con tal finalidad, el ayudante deberá reunir su propia colección, buscando poesías en las revistas diarias que a menudo tienen interés para determinada época y que, generalmente, están relacionadas con asuntos de actualidad. En una sesión, uno de los pacientes preguntó si se había escrito alguna poesía sobre el "Sputnik".

En lugar de utilizar poesías, el ayudante-dirigente podría también iniciar la sesión con una cita conocida o con un artículo tomado de los periódicos (por ejemplo, sobre tendencias de la moda femenina, un nacimiento en el zoológico, o el desarrollo de un campeonato nacional de golf).

En esta segunda etapa—y, en realidad, en toda la sesión—es importante que el ayudante-dirigente, a medida que lee el material elegido, circule entre el grupo de pacientes y aliente a cada uno a leer trozos de la poesía o del artículo de que se trate.

Manera de compartir el mundo en que se vive (15 min.): El objeto de esta tercera etapa es exponer el tema que abordará el grupo, lo cual se logra con preguntas objetivas *cuidadosamente planeadas*. (En varios grupos observados, los ayudantes-dirigentes habían escrito 10 ó 12 preguntas y disimuladamente se referían a ellas en el curso del debate. Dichas preguntas, previamente redactadas, sirven para mantener el interés del grupo y eliminar la tendencia a salirse del tema.)

Uno de los métodos más eficaces de interesar a los pacientes en el tema consiste en utilizar materiales auxiliares afines, como recortes de revistas, mapas, folletos sobre acontecimientos históricos, plantas, muestras de telas para ropa, etc. (Un ayudante llevó a la sesión su perro chihuahua que deleitó enormemente a sus pacientes.) Para citar nuevamente lo expresado

por un ayudante-dirigente: "Casi no hay limitaciones a la selección del material de enseñanza, mientras sea objetivo y tenga posibilidades razonables de interesar al paciente y este tenga algún conocimiento del mismo y . . . pueda en cierta medida responder a algunas preguntas".

Entre los temas que más limitan la selección del material de enseñanza, cabe mencionar los que versan sobre religión, sexo, prejuicios, problemas matrimoniales, relaciones familiares y otros que se prestan a controversia.

Apreciación del trabajo (15 min.): En la mayoría de los casos, esta cuarta etapa tiene por objeto alentar al paciente a meditar sobre el trabajo en relación con su propia persona. El ayudante-dirigente hábil utilizará la conclusión derivada de la tercera etapa (en el momento oportuno) para iniciar un debate sobre la importancia del trabajo y cualesquiera empleos que se relacionen con el tema previsto. (En los grupos de pacientes seniles o lisiados y en los de pacientes con regresiones y deterioros graves se justificaría la omisión de esta etapa. Sin embargo, en un grupo observado de hombres de avanzada edad, se logró suscitar una animada discusión sobre ocupaciones que habían desempeñado esos pacientes en el pasado.)

Al igual que en el ejemplo anterior, algunos de los pacientes pueden facilitar al grupo interesantes datos sobre la manera de fabricar ciertos artículos o de realizar determinado trabajo. En otros casos, se podría preguntar a un paciente qué trabajo preferiría si tuviera que elegir determinada actividad. (En un grupo de pacientes "perturbadas" en una sala de tratamiento activo, el ayudante-dirigente, después de haber mostrado recortes de revistas de diversos productos que suelen adquirirse en un gran almacén, preguntó a cada paciente en qué sección del almacén desearía trabajar si tuviera esa oportunidad. Aunque una o dos de ellas mencionaron bromeando "la sección de los dulces" o "la sección de las quejas", la mayoría de las respuestas proporcionó valiosas claves para determinar el verdadero interés de la paciente por el trabajo. En una fecha ulterior, sería útil que el ayudante-dirigente transmitiera dicha información al médico de la sala y al especialista en ergoterapia.)

Ambiente de reconocimiento (5 min.): Esta quinta y última etapa permite al ayudante-dirigente expresar al grupo su satisfacción por la colaboración prestada y agradecer la asistencia de los pacientes a la sesión. Este es el momento para informarles acerca de sus planes para la próxima sesión, dándoles así la sensación de continuidad y de algo que esperarán con ilusión.

Plan de la reunión: Si se estudian las cinco etapas mencionadas, se comprenderá que el ayudante-dirigente que formula "un plan para las reuniones", aunque sea muy breve, estará mejor preparado para "remotivar" a los pacientes en cada sesión (véase I).

I. MODELO DE UN PLAN PARA LA REUNION

- Etapa 1. Establecimiento de un ambiente de aceptación.
- Etapa 2. "¿Qué animales se encuentran en el Africa?" (Varias respuestas hasta que alguien diga "leones").
 "¿Cómo es el león?". (Dé tiempo suficiente para que se presenten algunas descripciones y luego muestre fotografías o cuadros de dicho animal.)
 Poesía: "El León" ("Lion" Mary Britton Mille).
- Etapa 3. "¿Por qué temen los hombres a los leones?"
 "¿Qué otros animales salvajes son terribles?"
 "¿Por qué otro motivo es famosa el Africa?"
 (Incluya algunas otras preguntas afines.)
- Etapa 4. "¿Qué artículos son oriundos del Africa?" (Varias respuestas podrían conducir a un debate sobre la situación del trabajo y del empleo en ese continente. Utilice las fotografías de la revista *National Geographic* para mostrar las minas de diamantes del Africa, el algodón y el petróleo de Egipto, etc.)
- Etapa 5. Agradezca a los pacientes el haber asistido a la sesión y exprese satisfacción por haber participado en ella. Dé a conocer los planes para la próxima reunión.

Registros sobre remotivación: Después de la primera sesión con su grupo, el ayudante-dirigente llenará un formulario de evaluación inicial para cada paciente, como el que se indica a continuación:

II. EVALUACION INICIAL DE LA REMOTIVACION

Fecha_____

Nombre del paciente_____ Número_____

Pabellón o sala_____

Ayudante_____

(Marque sólo una observación en cada uno de los grupos siguientes)

Interés	<input type="checkbox"/> Se niega a asistir a las reuniones	0
	<input type="checkbox"/> Asiste a las reuniones, pero demuestra poco interés	1
	<input type="checkbox"/> Demuestra cierto interés	2
	<input type="checkbox"/> Tiene interés	3
	<input type="checkbox"/> Tiene interés y capta	4
Atención	<input type="checkbox"/> Suele no darse cuenta de lo que está pasando	0
	<input type="checkbox"/> Le distraen "voces"	1
	<input type="checkbox"/> A veces no sabe lo que pasa	2
	<input type="checkbox"/> Generalmente se da cuenta de los debates . . .	3
Participación	<input type="checkbox"/> Siempre se da cuenta de los debates	4
	<input type="checkbox"/> No habla	0
	<input type="checkbox"/> A veces responde a las preguntas directas . . .	1
	<input type="checkbox"/> Generalmente contesta a las preguntas directas	2
	<input type="checkbox"/> A veces contribuye voluntariamente con observaciones o respuestas	3
	<input type="checkbox"/> Generalmente contribuye voluntariamente con observaciones o respuestas	4
	<input type="checkbox"/> Habla demasiado	3
Comprensión	<input type="checkbox"/> Incapaz de comprender	0
	<input type="checkbox"/> Generalmente comprende	2
	<input type="checkbox"/> Siempre comprende	4
Conocimientos	<input type="checkbox"/> Tiene conocimientos muy limitados sobre un tema corriente	1
	<input type="checkbox"/> Responde generalmente en forma incorrecta o sin referencia al tema	1
	<input type="checkbox"/> Responde a veces en forma incorrecta o sin referencia al tema	2
	<input type="checkbox"/> Tiene conocimientos relativos sobre un tema corriente	3
	<input type="checkbox"/> Tiene buenos conocimientos sobre un tema corriente	4
Lectura	<input type="checkbox"/> Se niega a leer	0
	<input type="checkbox"/> No sabe leer	0
	<input type="checkbox"/> No puede ver para leer	0
	<input type="checkbox"/> Lee mal	1
	<input type="checkbox"/> Lee bastante bien	2
<input type="checkbox"/> Lee bien	3	

Voz	<input type="checkbox"/> No habla	0
	<input type="checkbox"/> Habla en voz muy baja	1
	<input type="checkbox"/> Habla con voz de mediana intensidad	2
	<input type="checkbox"/> Habla en voz alta	1
Elocución	<input type="checkbox"/> Es difícil comprender lo que dice	1
	<input type="checkbox"/> A veces es difícil comprenderle	2
	<input type="checkbox"/> Elocución regular	3
	<input type="checkbox"/> Elocución buena	4
Idioma	<input type="checkbox"/> Habla en un idioma extranjero	1
	<input type="checkbox"/> Lenguaje ininteligible	0
	<input type="checkbox"/> Lenguaje regular	2
	<input type="checkbox"/> Lenguaje bueno	4

Calificación total

III. INFORME SOBRE LOS PROGRESOS EN LA REMOTIVACION

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Número _____

Pabellón o sala _____

Período a que se refiere el informe _____ hasta _____

Reuniones celebradas _____ Reuniones a las que asistió _____

Ayudante _____

(Marque sólo una observación en cada uno de los grupos siguientes)

Interés	<input type="checkbox"/> Se niega a asistir a las reuniones	0
	<input type="checkbox"/> Asiste a las reuniones, pero demuestra poco interés	1
	<input type="checkbox"/> Demuestra cierto interés	2
	<input type="checkbox"/> Tiene interés	3
	<input type="checkbox"/> Tiene interés y capta	4
Atención	<input type="checkbox"/> Suele no darse cuenta de lo que está pasando	0
	<input type="checkbox"/> Le distraen "voces"	1
	<input type="checkbox"/> A veces no sabe lo que pasa	2
	<input type="checkbox"/> Generalmente se da cuenta de los debates	3
	<input type="checkbox"/> Siempre se da cuenta de los debates	4

Participación	<input type="checkbox"/> No habla	0
	<input type="checkbox"/> A veces responde a las preguntas directas . . .	1
	<input type="checkbox"/> Generalmente contesta a las preguntas directas	2
	<input type="checkbox"/> A veces contribuye voluntariamente con observaciones o respuestas	3
	<input type="checkbox"/> Generalmente contribuye voluntariamente con observaciones o respuestas	4
Comprensión	<input type="checkbox"/> Habla demasiado	3
	<input type="checkbox"/> Incapaz de comprender	0
	<input type="checkbox"/> Generalmente comprende	2
Conocimientos	<input type="checkbox"/> Siempre comprende	4
	<input type="checkbox"/> Tiene conocimientos muy limitados sobre un tema corriente	1
	<input type="checkbox"/> Responde generalmente en forma incorrecta o sin referencia al tema	1
	<input type="checkbox"/> Responde a veces en forma incorrecta o sin referencia al tema	2
	<input type="checkbox"/> Tiene conocimientos relativos sobre un tema corriente	3
Lectura	<input type="checkbox"/> Tiene buenos conocimientos sobre un tema corriente	4
	<input type="checkbox"/> Se niega a leer	0
	<input type="checkbox"/> No sabe leer	0
	<input type="checkbox"/> No puede ver para leer	0
	<input type="checkbox"/> Lee mal	1
	<input type="checkbox"/> Lee bastante bien	2
Voz	<input type="checkbox"/> Lee bien	3
	<input type="checkbox"/> No habla	0
	<input type="checkbox"/> Habla en voz muy baja	1
Elocución	<input type="checkbox"/> Habla con voz de mediana intensidad	2
	<input type="checkbox"/> Habla en voz alta	1
	<input type="checkbox"/> Es difícil comprender lo que dice	1
	<input type="checkbox"/> A veces es difícil comprenderle	2
Idioma	<input type="checkbox"/> Elocución regular	3
	<input type="checkbox"/> Elocución buena	4
	<input type="checkbox"/> Habla en un idioma extranjero	1
	<input type="checkbox"/> Lenguaje ininteligible	0
	<input type="checkbox"/> Lenguaje regular	2
	<input type="checkbox"/> Lenguaje bueno	4

 Calificación total

(Marque las observaciones que correspondan)

- Relaciones en grupo Participa en observaciones en el grupo
 Mantiene buenas relaciones con otros miembros del grupo
 No se molesta si se le interrumpe
 Se molesta si se le interrumpe
 Es tímido
 Interrumpe a otros
 Discute con otros
 Se enoja fácilmente
- Satisfacción ¿Da el paciente la impresión de disfrutar de las reuniones?
 Sí
 A veces
 No
- Progreso Desde el último informe, si lo ha habido, ¿ha demostrado el paciente algún progreso en las reuniones? Si la respuesta es afirmativa ¿en qué forma?
 Sí
 No
- Desde el último informe, si lo ha habido, ¿ha demostrado el paciente algún progreso en la sala?
 Sí
 No
- Colocación ¿Cree usted que el paciente debe permanecer en el mismo grupo?

 ¿Trasladarse a un grupo inferior?

 ¿Trasladarse a un grupo más avanzado?

Observaciones adicionales _____ Ayudante

Fecha _____

Observaciones de la enfermera _____ Enfermera

Fecha _____

Observaciones del médico _____ Dr.

Fecha _____

Medidas adoptadas

La evaluación inicial (véase II) se efectúa una sola vez, cualquiera que sea el número de sesiones a que asista el paciente. Al final de la serie de reuniones (se recomiendan 12 sesiones), se prepara una hoja sobre el progreso (véase III) de cada paciente, la que es estudiada por el médico de sala, la enfermera y el ayudante-dirigente a fin de determinar qué medidas se adoptarán respecto al paciente en el programa de remotivación. El paciente puede continuar en el mismo grupo durante otra serie; puede ser trasladado a otro grupo; él y su grupo podrían cambiarse y trabajar bajo la dirección de otro ayudante-dirigente en una nueva serie o puede dejársele "inactivo" para ser reasignado en una fecha ulterior.

A fin de que se puedan mantener fácilmente los registros en un programa de remotivación ya en marcha, conviene tener siempre al día dos series de fichas de 3x5 pulgadas: la ficha del paciente (véase IV) y la ficha del ayudante-dirigente (véase V).

IV. MODELO DE FICHA DEL PACIENTE

Nombre: Pérez, Juan		Hosp. No. X4507		Calificación inicial: 35		
Sala Desde: Hasta:		Ayudante-dirigente	Reuniones Frecuentadas		Progreso Celebradas	(Notas)
X	12-1-57	3-17-58	Romero	10	12	34
Y	3-24-58	6-1-58	Alvarez	12	12	37

V. MODELO DE FICHA DEL AYUDANTE-DIRIGENTE

Ayudante psiquiátrico	Contreras, José	Sala	2
Desde	9-18-57	Hasta	12-20-57
		Número de reuniones	12
Nombre de los pacientes		Reuniones frecuentadas	
Jordan		12	
Rojas		11	
Sánchez		12	

Es especialmente importante mantener esta ficha, ya que conviene que cada ayudante que participe en el programa "descanse" durante dos semanas al término de las actividades de remotivación de cada serie. En ese "período de descanso" tendrá tiempo suficiente para preparar los informes sobre el progreso de los pacientes y las fichas de cada uno, así como para organizar sesiones futuras.

Trabajo en grupo del médico, la enfermera y el ayudante: En principio, la remotivación beneficia no sólo a millares de pacientes, sino también a toda la comunidad de hospital y, sobre todo, a los miembros del personal que trabajan en forma más directa con los pacientes día tras día. Se puede estrechar la "relación de grupo" entre médicos, enfermeras y ayudantes psiquiátricos, de modo que los tres intervengan en la terapéutica ambiental.

"Los médicos se han dado cuenta que los ayudantes que emplean la técnica de la remotivación realizan la mayor parte de la labor básica de preparar al paciente para el tratamiento. Al examinar periódicamente las hojas de progreso del paciente, el médico puede determinar si ha habido mejoría y si el paciente está en condiciones de ser incorporado a un grupo de remotivación más avanzado o a otra clase de tratamiento".*

La remotivación puede usarse en modo tal que el médico que asista a una de estas sesiones pueda observar la reacción de su paciente frente a materiales objetivos, obteniendo en esa forma una mayor comprensión de su personalidad.

"Las enfermeras también consideran que ellas pueden beneficiarse de este programa porque los ayudantes les son más útiles en su trabajo en las salas, y hay un mayor espíritu positivo en las mismas".*

Las enfermeras de sala y las supervisoras de enfermería pueden prestar ayuda al programa, a través de su interés y del apoyo continuado a los ayudantes que dirigen grupos en sus respectivos sitios de trabajo en el hospital.*

* Pullinger, Walter F. "Remotivation". *Mental Hospitals* 9: 16 (enero), 1958.

Parte IV. Los problemas del programa en marcha

No hay técnica psiquiátrica utilizada en los hospitales mentales que no plantee problemas. Por desgracia, muchas de las dificultades son REALES y pueden muy bien PARALIZAR las actividades. Lo mismo ocurre con la remotivación; puede originar muchos problemas *idénticos* a los que entorpecen a otros "programas". A continuación se mencionan algunos de los problemas más evidentes que se plantean en el establecimiento y en la continuación de un programa práctico de remotivación:

1. En primer lugar, e invariablemente, el de la "escasez de personal". El ayudante-dirigente no puede celebrar sus sesiones porque no puede abandonar sus funciones normales durante una o dos horas.
2. En segundo lugar, debido a la "falta de tiempo", el médico no puede dar al programa de remotivación la orientación indispensable en las salas a su cargo.
3. La enfermera de sala tal vez tenga "demasiado que hacer" que le impida asistir a las sesiones y dar a los dirigentes de grupo el *apoyo* esencialmente necesario.
4. Es posible que el ayudante-dirigente no "disponga de tiempo" que le permita prepararse adecuadamente para las sesiones.
5. Los ayudantes psiquiátricos que no puedan participar o no tomen parte en el programa de remotivación quizá "censuren" a los que participen en su realización.
6. Es posible que los ayudantes psiquiátricos que *deban* participar en la remotivación no acepten con agrado ese "trabajo extra". En realidad, no se trata de "trabajo extra", sino que forma parte de sus actividades corrientes.
7. El "movimiento" de pacientes en las salas más activas puede desorganizar a los grupos y, con ello, desalentar a los ayudantes-dirigentes.
8. Como ha señalado uno de los ayudantes: "En algunos pacientes la regresión es bastante avanzada y es difícil sacarlos de ese estado".
9. Es posible que otras actividades del hospital interfieran con esa labor o den lugar a una "duplicación" de esfuerzo. La planificación de tareas se convierte en un problema "con tantas actividades llevadas a cabo".

Por desgracia, no hay soluciones para cada una y todas las situaciones. Cada hospital tendrá que administrar el programa de remotivación tratando de resolver dichos problemas en la mejor forma posible.

La determinación de esos problemas pone de relieve una norma ya mencionada y que reviste gran importancia: "El programa debe contar

con el interés, apoyo y aprobación total del Superintendente del Hospital, del Director Clínico y del Director de Enfermería. Si alguno de esos funcionarios no comparte la idea, pueden surgir problemas insuperables que harán fracasar el programa”.

Parte V. Conclusiones y perspectivas futuras

La remotivación es una técnica de simple interacción entre los miembros de un grupo que el ayudante-psiquiátrico puede utilizar con sus propios pacientes. Es una actividad *estructurada* que le permite comunicarse con sus pacientes en forma significativa y constructiva, traspasando los límites de la atención diaria del paciente recluso, que anteriormente constituía la función, un tanto limitada, del ayudante psiquiátrico.

La remotivación es también una técnica destinada especialmente a establecer contacto con los millares de enfermos mentales “crónicos” que, o bien no han respondido a otras clases de tratamiento, o jamás han sido sometidos a ellas.

Además, la remotivación es una técnica que puede utilizar el ayudante psiquiátrico, es decir, las personas que están más cerca del paciente y que, numéricamente, todavía superan otras categorías de personal de los hospitales psiquiátricos.

En la práctica, la remotivación es un proceso que ofrece magníficas perspectivas como método *factible, económico, positivo y constructivo* de cuidar al paciente.

Material auxiliar sobre remotivación

1. *The Pocket Book of Verse*. Edición Cardinal. Nueva York: Pocket Books, Inc., 1953.
 2. Ferris, Helen. *Favorite Poems Old and New, Selected for Boys and Girls*, o antologías análogas. Nueva York: Doubleday and Company, 1957.
 3. Remotivation Training Course Outline (esquema de un curso de adiestramiento en remotivación). Asociación Psiquiátrica Americana y Laboratorios Smith Kline and French, 1700 Eighteenth Street, N.W., Washington, D.C.
 4. Película: *Remotivation—A New Technique for the Psychiatric Aide*. Disponible en calidad de préstamo en los Laboratorios Smith Kline and French, Film Center, SK&F Services Department, 1500 Spring Garden Street, Filadelfia, Pensilvania.
-

UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO DE AYUDANTES DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA*

Donna June Stevens †

Se creó una situación de carácter experimental en la cual, mediante experiencia, ejemplos y reuniones, se enseña a ayudantes de enfermería psiquiátrica a prestar atención individual a pacientes esquizofrénicos crónicos. La actitud del personal ante estos enfermos de larga duración ha ido cambiando, lo cual es de esperar que se refleje en la asistencia que estos ayudantes presten al volver a las salas de este importante hospital estatal.

En todos los hospitales psiquiátricos del Estado de Texas, los miembros de los grupos de trabajo se enfrentan con un problema de gran envergadura, común a la mayoría de los hospitales para enfermos mentales: ¿Cómo tratar eficazmente y rehabilitar a un grupo de pacientes internados por períodos prolongados, es decir, a enfermos que presentan reacciones esquizofrénicas de tipo crónico degenerativo?

Para algunos de esos pacientes la colectividad nosocomial ha llegado a ser un modo de vida. Han pasado muchos años de su existencia dentro de su ambiente protegido, en el que un día es igual al otro. Y aunque tal vez se exija a esos enfermos que dediquen ciertas horas diarias a labores domésticas en la lavandería, la cocina y otros lugares del hospital, bien saben ellos que, a cambio, recibirán tres comidas al día, medicamentos y la ropa necesaria, y que podrán participar en diversas actividades recreativas. Pero rara vez obtienen esos pacientes atención individual. Como comentó recientemente uno de ellos, que había pasado 10

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Nursing*. El texto original, "A Training Program for Psychiatric Attendants", apareció en dicha revista, Volumen 66, No. 10, octubre de 1966, págs. 2245-2247.

† La Srta. Stevens se recibió de la Escuela de Enfermería del Hospital Parkland, de Dallas, Texas, y obtuvo el título de Bachiller en Enfermería de Texas Woman's University, Denton, Texas. Fue enfermera general, jefe de enfermeras e instructora de ayudantes en servicios psiquiátricos de hospitales generales, antes de pasar al Hospital Estatal de Big Spring, como directora de adiestramiento. En la actualidad es supervisora del programa objeto de este artículo.

años de su vida en el hospital: "Pronto aprendí a ponerme en cola para obtener lo que necesitaba".

Pero, ¿qué decir del paciente que no puede ponerse en cola? ¿Cómo puede esperar que se le proporcione ayuda? En muchas salas del hospital puede observarse a estos pacientes. Pasan los días completamente retraídos y parecen ajenos al medio en que viven. Quizá estén sentados en una silla, acostados en el suelo o paseando sin rumbo. Rara vez inician una conversación, y cuando alguien se dirige a ellos, responden con un monosílabo o con una frase sin sentido.

Al igual que muchos otros hospitales públicos de enfermos mentales, en el Hospital Estatal de Big Spring hay muchos de esos pacientes. El personal encargado del tratamiento considera que son una carga, y su mantenimiento consume buena parte de la asignación presupuestaria del hospital destinada a todos los programas de atención al enfermo.

Como no se contaba con personal preparado profesionalmente para prestar atención directa a esos pacientes, se emprendió un programa de adiestramiento de ayudantes en el que se destacaron y enseñaron los conocimientos técnicos necesarios para descubrir y movilizar, paciente pero persistentemente, el potencial de salud de cada enfermo. Confábamos en que un programa de adiestramiento de este género contribuiría considerablemente a provocar un cambio en cuanto a expectativas y motivaciones, tanto de los ayudantes como de los pacientes mismos, y los primeros frutos excedieron nuestras esperanzas.

Para ejecutar el programa se eligió una sala de hidrotterapia, vieja y espaciosa, en uno de los edificios del hospital. Mientras se llevaban a cabo las adaptaciones necesarias en este local, empezamos a seleccionar los pacientes y los ayudantes para constituir el grupo proyectado. El personal de cada sala del hospital propuso a ciertos pacientes como posibles candidatos.

Posteriormente, un neurólogo examinó a esos pacientes con objeto de eliminar a aquellos afectados de alguna lesión cerebral, y de incluir a los crónicos. Cuando fue posible, el psicólogo sometió a los pacientes a pruebas para medir su coeficiente intelectual y el grado de su psicosis. Por su parte, el psiquiatra de la sala indicaba qué pacientes mostraban tendencias activas suicidas u homicidas, así como los que estaban recibiendo tratamiento electroconvulsivo, pues se había convenido en excluir a estos últimos del grupo. Finalmente, el supervisor del programa celebró una entrevista con cada uno de los pacientes propuestos y seleccionó a 10 de ellos, entre hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y los 48 años. En su mayoría, habían estado en el hospital no menos de 10 años.

Se seleccionaron los ayudantes de acuerdo con la confianza que inspirasen, comportamiento anterior y pruebas de su capacidad para aprovechar las enseñanzas planeadas para el programa. Los que habían dado muestras de competencia y contaban con varios años de experiencia en el hospital fueron los seleccionados en primer término, mas no se excluyó a los empleados más recientes que prometían buenos resultados. Se escogieron tres ayudantes (dos, empleados antiguos, y el otro, nuevo) para que se encargasen del primer grupo de pacientes.

Con anterioridad a este experimento, la mayoría de nosotros había trabajado en salas grandes que tenían muchos pacientes y escaso personal. Ahora nuestro medio de trabajo se había reducido a una sala y los pacientes a un grupo pequeño y selecto. Durante la primera semana advertimos un elemento que nos produjo ansiedad a todos: el factor tiempo. Y surgió la pregunta: "¿Qué haremos con tanto tiempo disponible y tan pocos pacientes?" Con tanto tiempo disponible para dedicar a los enfermos, descubrimos que no bastaba hablar con ellos y saber escucharlos, sino que era preciso hacer algo para salvar la distancia entre los pacientes y nosotros.

Para atender esta necesidad, discutimos varias actividades a ejecutar, tales como redecorar la habitación, restaurar y barnizar los muebles, comprar elementos recreativos y hacer excursiones campestres. El primer proyecto aprobado fue la creación de un jardín rocoso, y mientras el resto del personal del hospital adoptaba una actitud de consternación, nosotros nos encaminamos a un lugar cercano, junto con los pacientes, reunimos piedras y pusimos manos a la obra de construir el jardín interior proyectado, en nuestra nueva sala. Una vez terminado el jardín, volvimos a causar el asombro de todos construyendo alrededor del mismo una valla de madera blanca. En el centro del jardín se colocó un viejo baño de asiento que no se usaba, se llenó de tierra y se convirtió en un macetero. Mientras los pacientes se congratulaban por sus esfuerzos, nosotros nos sentíamos satisfechos de considerar que pertenecíamos al primer hospital del Estado que había plantado un jardín rocoso bajo techo. Y por si aquello no fuese bastante, pintamos el baño de asiento de color dorado, con lo cual tuvimos un jardín rocoso, dorado, bajo techo . . . ¡seguramente el primero en su género!

Todos los días nos reuníamos con los pacientes y participábamos en sus actividades. Con tal atención personal constante, cada paciente empezó a cambiar su actitud estática y pasiva por una actitud receptiva. Las reacciones variaron desde explosiones de hostilidad hasta exclamaciones de júbilo. En frecuentes reuniones de trabajo, el personal instructor y los ayudantes analizaban estas reacciones en función de lo que

significaban para los pacientes. Al cabo de los dos primeros meses, decidimos incorporar al grupo tres pacientes más. Si bien el propósito central del programa era la capacitación de ayudantes de enfermería psiquiátrica, creímos que se nos planteaba un problema de tratamiento. Dos de los nuevos pacientes habían estado internados en el hospital durante 23 años. En su larga vida de enfermos el Sr. G. y el Sr. C. habían experimentado muchos cambios dentro de la institución: nuevos edificios, nuevo personal, nuevos programas de tratamiento. Y casi todo el personal conocía a los dos pacientes bastante bien.

El Sr. G., un hombre de 48 años, que había ingresado en el hospital en 1942, era tratado con gran cautela por los asistentes. Notaron que “. . . se sentaba calladamente en actitud rígida, con la mirada fija en todo y en nada. Respondía en voz baja e inaudible, por lo general con un ‘sí’, un ‘no’ o un ‘no sé’. Durante gran parte del tiempo se mantenía totalmente apartado de los demás y era difícil inducirlo a participar en alguna actividad”.

Se celebraron varias reuniones para examinar el comportamiento del Sr. G. Todos habíamos tratado de atraerlo al grupo, habiéndosele dicho entre otras cosas: “Puede reunirse con nosotros todos los días”. “No tiene que trabajar en ese proyecto con el grupo”. Se había esperado que respondiese favorablemente a una invitación que realmente no le imponía ningún deber más que su presencia. Pero el Sr. G. respondía apartándose por completo y permaneciendo en cama.

En las reuniones reconocimos que las invitaciones al Sr. G. habían sido tibias, vacilantes, porque aquél mostraba tanta sorda hostilidad hacia nosotros. Sospechábamos que al oírnos decía para sí mismo: “Si tratan de forzarme, los atacaré”. En consecuencia, lo rehuíamos porque le temíamos. El Sr. G. debió percatarse de nuestros temores, y aunque en gran medida ya era retraído antes de que se uniese al grupo, se retrajo más aún. A medida que íbamos encarándonos con los temores que abrigábamos, empezamos a comprender mejor los temores del paciente y las razones de su enojo y hostilidad. Llegamos a creer que su mensaje silencioso, transmitido por su retraimiento, debía ser algo así como: “Si ustedes, los que pretenden cuidarme, no pueden soportar mis sentimientos de enojo, temor y frustración, entonces, ¿en quién puedo confiar y por qué he de esforzarme tanto para ingresar en su grupo?” El problema quedó entonces al descubierto; teníamos que encontrar la manera de cambiar nuestra actitud hacia el Sr. G. a fin de atraerlo al grupo. La solución era obvia: el Sr. G. tendría que enfrentarse con sus propios sentimientos de hostilidad y con las exigencias que se le imponían de incorporarse al grupo.

Los dos ayudantes cobraron alientos y entraron en la habitación del Sr. G., plenamente dispuestos a confrontar una actitud combativa. Cuando el Sr. G. se mostraba huraño, se le decía: "Usted está enojado". Cuando hablaba con tono casi imperceptible, se observaba: "Usted puede hablar mucho más alto que ahora". Cada vez que decía que no pensaba volver al grupo, se le replicaba: "Sí volverá". Y si bien seguía dando grandes muestras de enojo, no llegó a mostrarse agresivo.

A partir de ese primer encuentro, el Sr. G. no dejó de comparecer a diario en las reuniones del grupo. Al cabo de dos semanas, abandonó su alejamiento del círculo y ocupó una silla en la mesa del comedor con los demás. El paso siguiente consistió en asumir una participación creciente en las actividades generales. Fue grande nuestra alegría al verlo un día tomar una brocha y ponerse a pintar un mueble. Aunque habíamos creído que era esperar demasiado, llegó el momento en que empezó a hablar corrientemente con sus compañeros. Este comportamiento y esta manera de hablar sí tenían sentido. Pero aun así sabíamos que quedaba mucho por avanzar hasta lograr su recuperación total.

La reacción del Sr. C. fue distinta de la del Sr. G. Aunque reacio a expresarse espontáneamente, se mostraba servicial y afable. Antes de participar en el programa, había dedicado cierto tiempo a trabajar en la cocina del hospital, después de lo cual tenía horas de ocio que por lo general dedicaba a estar sentado en una banca del jardín. Pronto nos dimos cuenta de que el Sr. C. estaba orgulloso de su capacidad para trabajar, de modo que lo pasamos de la cocina a quehaceres de mayor complejidad en los planes del grupo, tales como dar los retoques finales a los muebles.

Al cabo de cinco meses de atención individual y de asumir responsabilidades crecientes, el Sr. C. pidió el alta del hospital para buscar empleo a tiempo completo. Ahora tiene permiso del hospital, trabaja en una casa de reposo particular de la localidad y está incorporado a la comunidad.

El día que le dieron de alta del hospital, el Sr. C. vino a la habitación donde trabajábamos a despedirse del grupo. En el momento en que estrechaba la mano de sus compañeros, comentó: "Tengo la sensación de estar empezando de nuevo mi vida, y estoy decidido a que ahora todo salga bien". Ese fue su mensaje verbal, pero mientras hablaba percibimos su mensaje silencioso: "He pasado aquí todos estos años en espera de que alguien se preocupase lo suficiente de mí como para que pudiese volver a mi casa".

Mediante experiencias como esas, los ayudantes empezaron a comprender que había un significado más profundo en el comportamiento de

los pacientes y sintieron deseos de redoblar sus esfuerzos para ayudarlos de un modo concreto y personal. Uno de los ayudantes comentó:

“Era obvio que hacía muchos años que los pacientes no habían pensado en sí mismos como individuos. Tras un corto período de atención individual, cada uno pareció ir recuperando la noción de su aspecto físico y de sus aptitudes, y empezó a verse realmente como una persona. Creo que esto me impresionó más que nada de todo lo que aprendí en este programa. Cada paciente con el cual trabajamos aparentemente sentía que no valía nada, aun cuando algunos de ellos lo ocultasen con palabras altisonantes. Esto me hizo comprender que una de las mayores tareas era descubrir las cosas que estos pacientes podían hacer mejor y contribuir a que recuperasen el sentido de su propio valor y estima haciendo que superaran obstáculos”.

“Empecé estas clases en la creencia de que una ‘sala’ está compuesta de pacientes tranquilos, obedientes, corteses y solícitos. Pero he aprendido que los pacientes tienen que enojarse, sentir dolor o alegría, y que necesitan, a su vez, aprender a expresar estos sentimientos de una manera aceptable para poder mejorar o curarse”.

El comentario de otro ayudante fue:

“No resultó difícil ver cómo estas personas pudieron perder fácilmente contacto con la realidad, y cuán fácil y menos doloroso les resultaba retraerse bajo una coraza protectora. Se sentían seguros en el hospital, aceptando las cosas tal como se presentaban: los medicamentos cuando se les daban, las comidas cuando oían la campana, el baño y el afeitado cuando se les indicaba. Esto no implicaba la demostración de ningún sentimiento ni el esfuerzo de pensar”.

Y así continuamos. Cada cuatro semanas se incorpora al programa un nuevo grupo de ayudantes. Cada día nos ofrece muchas oportunidades para aprender.

A estas alturas, hemos abandonado la vieja sala de hidroterapia para trabajar en un edificio restaurado en fecha reciente, de bastante capacidad para albergar 25 pacientes de cada sexo. Con la asesoría de un psiquiatra, los auxiliares planearán y ejecutarán los programas de atención psiquiátrica bajo la supervisión de la enfermera directora de dicho programa. El psiquiatra se encargará de todos los problemas médicos. Con un adiestramiento más amplio y una atención más intensa de los pacientes, es de esperar que más casos similares a los del Sr. C. puedan restituirse para vivir en el seno de sus respectivas comunidades. Otros, por supuesto, seguirán en el hospital. Con todo, al verlos reír o sonreír cuando participan en las actividades del programa, ¿no cabe suponer que, aun en el caso más desfavorable, han encontrado un hogar mejor dentro del mismo hospital?

OCUPEMOS EL LUGAR DEL PACIENTE *

Toaru Ishiyama, Robert Batman, Aileen Hewitt †

Las ayudantes de un hospital psiquiátrico estatal pasaron por la experiencia de ser pacientes en otra institución de salud mental. Aunque el período de hospitalización fue breve, las convenció de que "ver" y "ser" son dos experiencias totalmente distintas. Por otra parte, las modificaciones subsiguientes introducidas en la práctica de las ayudantes convenció a los profesores acerca de la importancia de estas enseñanzas prácticas para el adiestramiento en servicio.

Seis ayudantes de psiquiatría de un hospital local se dirigieron una mañana en camioneta a una institución estatal de enfermos mentales en la que serían admitidas como pacientes. Durante el trayecto de 5 kilómetros a su nueva casa, iban absortas en sus pensamientos, mezcla de ansiedad y temor y llenas de conjeturas acerca de lo que les esperaba ese día.

A su llegada fueron asignadas a seis diferentes salas cerradas. El personal encargado de las salas no sabía de la llegada de ninguna de ellas y se le había dicho únicamente que las "pacientes" permanecerían sólo temporalmente en la institución; además, ignoraba que la misma situación ocurría en las demás salas.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Nursing*. El texto original, "Let's Be Patients", apareció en dicha revista, Volumen 67, No. 3, marzo de 1967, págs. 569-571.

† El Dr. Ishiyama (Ph.D., Universidad de Western Reserve, Cleveland, Ohio) es asociado en investigaciones en el Hospital del Estado en Cleveland y asociado en psicología en la mencionada Universidad. Junto con los demás autores, agradece al Hospital del Estado de Hawthornden, Macedonia, Ohio, la participación que le correspondió en dicho estudio. El Dr. Batman era el psicólogo de planta durante la investigación, que se realizó en parte gracias a la subvención No. MH 8698 para adiestramiento en servicio, concedida por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América en Bethesda, Md. El Dr. Batman obtuvo su doctorado en la Universidad del Estado en Cleveland, Ohio. La Srta. Hewitt (Escuela de Enfermería del Hospital Luterano, de Cleveland, Ohio) es directora del programa de residencia en enfermería del Estado de Ohio y ex directora de enseñanza de enfermería en el Hospital del Estado en Cleveland.

Se trataba de un ejercicio de confrontación, es decir, de un experimento en serie que proporcionaría la base para un programa encaminado a proporcionar adiestramiento en servicio de ayudantes de un hospital estatal psiquiátrico situado en una gran zona urbana. Dicho hospital, con 2,100 camas, es típico de numerosas instituciones estatales con exceso de pacientes e insuficiente personal. Cuando se llevó a cabo el experimento, el departamento de enfermería tenía solamente cuatro enfermeras profesionales. Por consiguiente, de las funciones de enfermería se encargaba principalmente una ayudante y 330 asistentes. En general, estas últimas no estaban familiarizadas con los métodos psiquiátricos ya que habían recibido orientación en sus funciones sólo durante tres semanas y no habían tenido adiestramiento continuo y dirigido en psiquiatría. Las ayudantes tenían más experiencia en este campo, pero debido a que sus actividades se desenvolvían según el criterio de que su labor era más bien de vigilancia, no conocían muy bien las técnicas interpersonales ni se sentían muy seguras al practicarlas. Al parecer, los programas de adiestramiento existentes para asistentes seleccionadas no hacían mella alguna ante ese criterio cerrado.

A fin de mejorar ese procedimiento anticuado, el departamento de enfermería organizó un amplio programa con objeto de que la ayudante modificara la impresión que tenía de sí misma y se considerara como terapeuta social en vez de guardiana. Este intento armonizaba con el nuevo criterio sobre administración hospitalaria, según el cual los pacientes son seres que tienen problemas interpersonales y no los "enfermos" clásicos que son pasivos y dependientes. Según este criterio terapéutico, se anima al paciente para que aprenda a resolver sus problemas interpersonales. Con este sistema el hospital se convierte en una institución docente que le ofrece situaciones propicias para aprender; por tanto, el ayudante se convierte en un factor tan importante para la "educación" del paciente como el psiquiatra, el psicólogo o cualquier otro profesional miembro del personal.

Los objetivos más inmediatos del programa de adiestramiento en servicio consistían en familiarizar mejor al ayudante con aquellos aspectos del paciente que son esenciales para su progreso; en desarrollar sus aptitudes para tratar con los pacientes, y en mejorar su categoría y elevar su espíritu. Sin embargo, este último objetivo era distinto y bien definido, ya que la categoría y el espíritu son algo más que simple factores concomitantes de los dos primeros.

El experimento descrito se llevó a cabo a fin de que las ayudantes comprendieran mejor lo que significaba ser paciente, ya que el carácter interpersonal que mostraban en su trabajo diario se debía al hecho de que

catalogaban a sus clientes como "pacientes" más que como seres humanos. Para comprender el efecto de la condición de paciente, era necesario ante todo que las ayudantes experimentaran lo que se siente cuando se es paciente más que lo que se experimenta al estar "enfermo". Era lógico esperar que se realizaran experimentos ulteriores para que las ayudantes de enfermería conocieran y comprendieran los problemas interpersonales de los pacientes.

Con objeto de que se percataran mejor de su papel como pacientes, se les dio primeramente una serie de tareas de confrontación como muestreo cronológico sistemático de las normas de comportamiento en las salas y la oportunidad de "encerrarse" voluntariamente en un cuarto de aislamiento. Más tarde, las participantes examinaron y analizaron sus reacciones a fin de pulir y enfocar la enseñanza y discernimiento adquiridos.

El experimento

Las ingresadas no recibieron instrucciones especiales en cuanto a su comportamiento o a lo que debían observar durante su hospitalización voluntaria de seis horas. Al final de ese período, fueron entrevistadas inmediatamente a fin de escuchar sus observaciones y reacciones acerca de su personificación como pacientes. Puesto que la entrevista tenía por objeto elucidar lo que experimenta el paciente, no interesaban las impresiones u opiniones de ellas sobre el hospital o de su personal. Se las volvió a entrevistar 14 semanas después, con objeto de determinar si la experiencia de confrontación había motivado cambios positivos en el comportamiento.

En general, se mostraron sorprendidas al descubrir que el ser pacientes no era lo que ninguna había esperado, aunque cada una creía tener una buena idea de lo que aquello significaba. Como resultado de las primeras entrevistas se obtuvo el siguiente cuadro general de las experiencias:

- Procuraron adaptarse a la sala mirando lo que hacían otros pacientes e imitándolos. Cada una observó que, al parecer, había uniformidad de comportamiento en su sala.

- Se sintieron perdidas y solas, y querían informarse sobre la sala y ser presentadas a otras personas. La soledad de una de ellas se intensificó especialmente cuando vio cerrada la puerta que daba al puesto de enfermería.

- Deseaban que las visitas de los ayudantes a la sala fueran más frecuentes para tener la sensación de seguridad. Manifestaron haber experimentado temor, especialmente con pacientes agresivos o tal vez homosexuales. La simple presencia física de las ayudantes contribuyó a reforzar la sensación de seguridad.

- Había muy poco en que ocuparse. Hubo algunas que se ofrecieron para “ayudar”, pero se les dijo que todo ya estaba hecho. Llegó un momento en que la inactividad adquirió enorme importancia: se aburrían, caminaban, miraban fijamente hasta llegar a tener sueño. Según informaron, empezaron a actuar como pacientes. Una de ellas, que sostenía que jamás sentía sueño durante el día y que aun tenía dificultades para dormir de noche, admitió que se sentía soñolienta y que finalmente se adormecía.

- Hubo varios incidentes desagradables. Una de las muchachas informó de que los alimentos que había pedido y pagado le llegaron en mal estado y que finalmente se los quitaron. Ese acontecimiento, el único que había esperado con verdadero deseo durante todo el día, no sólo la deprimió en sumo grado, sino que tuvo para ella gran importancia. Otra de las muchachas recibió sobresaltada la orden de la mayordoma de que todos los pacientes salieran de la sala, orden que iba dirigida expresamente a ellos. Hasta ese momento no se había dado cuenta cabal de que ahora ella también era paciente.

- Las reacciones agradables eran siempre consecuencia de la disposición amable, considerada y comunicativa de las ayudantes encargadas de la sala. Esta actitud daba el tono al ambiente que prevealecía en el conjunto de la sala.

- El tema de conversación con otros pacientes siempre giraba alrededor de “cómo poder salir” y de sus “enfermedades”. No se disponía de medios para estimular la conversación sobre otros temas, tales como programas de noticias por radio, material de lectura, actividades y variaciones de las actividades diarias.

- La impresión general era que la permanencia en la sala durante varios días podía causar “ansiedad”. Con el tiempo, la inactividad o la adaptación a la rutina podía “apoderarse” de una persona o convertirse en un hábito.

Conclusiones de los experimentadores

Los organizadores del experimento formularon las siguientes conclusiones basándose en las entrevistas:

- Para aplicar el calificativo de paciente deben manifestarse ciertas tendencias en el comportamiento. A menudo, se actúa como paciente por el solo hecho de haberlo definido como tal.

- Por tanto, la calidad de paciente explica gran parte de lo que se considera comportamiento del paciente “enfermo”.

- El papel del paciente depende en gran medida del ambiente social que le rodea, y es posible que el factor más importante que determina el ambiente de la sala sea la enfermera principal que en este caso sería la ayudante. Esto tal vez explique, en parte, la uniformidad de comportamiento observada en las seis salas.

- La función del ayudante es un tanto impersonal, ya que la interacción entre ayudante y paciente no es muy frecuente, y cuando ocurre suele basarse en exámenes e interrogatorios. Hay interacción de las ayudantes con algunos pacientes, pero la mayoría de estos no participan en esas relaciones recíprocas.

- La calidad de paciente y la definición de este como un ser sin importancia se revelan concretamente en detalles como los siguientes: puertas cerradas, tanto en oficinas como en salas, salas de baño mal aseadas, el hecho de no presentarlos a otros seres humanos, la falta de responsabilidad ante todo lo que no sea ser paciente, y el ser designado como miembro de un grupo—de pacientes—en vez de como persona.

Conclusiones de las ayudantes

A fin de determinar si las seis ayudantes habían aprendido lo mismo que los experimentadores se las entrevistó de nuevo 14 semanas después del experimento. Según informaron, la experiencia había sido de gran utilidad para ellas. Manifestaron que recordaban la experiencia, o tenían motivos para recordarla, con bastante frecuencia, que los detalles de ese día se mantenían vívidos y que les había dejado impresiones indelebles de lo que se experimenta al ser paciente. Les impresionó especialmente la sensación apremiante de querer y no recibir atención de las ayudantes y de desear alguna actividad en que ocupar el tiempo.

Señalaron que, después de la experiencia, habían modificado su propio comportamiento. Una de ellas organizó un programa en el que, ayudada por otros pacientes, se encargó de dar la bienvenida y de orientar a los recién llegados a la sala. Varias permanecieron a propósito fuera de la enfermería con objeto de "estar entre ellos". Otra ayudante puso especial empeño en reanudar sus esfuerzos con pacientes acerca de los cuales había perdido esperanzas de lograr algún progreso. Otra tomó las medidas necesarias para procurar que los pacientes inactivos realizaran alguna actividad y, a tal efecto, pidió al médico de la sala que les prescribiera ergoterapia.

Todas convinieron en que el tratamiento constituía un buen método para aprender; varias de ellas pidieron que se repitiera la experiencia pa-

ra aprender aún más o que se ensayara un plan, como el de "actuar", para obtener lo que se desea. Estimaron que la experiencia fue útil por su objetividad, ya que, según expresaron, no era posible explicarle a alguien lo que se sentía; uno tiene que comprender lo que el paciente "siente". Y agregaron: "la experiencia es el mejor maestro".

Sugirieron que se utilizara esta experiencia como método de enseñanza para el nuevo personal de enfermería, ya que serviría para disipar esa típica noción errónea de que los pacientes de enfermedades mentales son violentos y combativos; también ayudaría a desarraigar el temor de los antiguos empleados al encontrarse entre personas "peligrosas", y aumentaría el prestigio de las ayudantes demostrando la gran importancia que tienen estos contactos en su relación con los pacientes.

En diverso grado, comprendieron subjetivamente el mundo del paciente al experimentarlo y esa comprensión se tradujo en actos concretos de comportamiento. Aunque las ayudantes no dejaron de utilizar el calificativo de "paciente", empezaron a actuar como si comprendieran que los pacientes experimentan necesidades y sensaciones de temor y ansiedad propias del ser humano. Pudieron entonces—casi por primera vez—"conocer" por experiencia propia algunos de esos temores, mientras que anteriormente los habían comprendido en forma un tanto académica. Ahora reconocían que no todos los temores del paciente son intrapsíquicos o enfermizos, ya que muchos de ellos tal vez dependan de su propia situación social.

No cabe duda de que se beneficiaron de esa experiencia, aunque fue sólo un experimento y ya sabían que no eran realmente pacientes y que no quedarían "recluidos" para siempre.

Los experimentos de confrontación nos han convencido de que constituyen técnicas de adiestramiento de gran utilidad. La disertación académica por sí sola resulta infructuosa, sobre todo para las ayudantes, pero en una serie de confrontaciones eficaz y lógicamente organizadas, y complementadas con debates y tal vez con conferencias, la ayudante aprenderá mucho más y lo aprenderá mejor.

LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA*

Marion Ferguson †

¿Se necesita una enfermera de salud pública por cada 2,500 personas? ¿Debe esperarse que todo servicio local de salud pública proporcione a los estudiantes medios para adquirir experiencia? ¿De qué modo pueden las enfermeras actuar más eficazmente en el desempeño de las funciones que son de su competencia dentro de los departamentos de salud?

Estos problemas y otros análogos se plantean a diario a medida que la profesión de enfermería busca medios mejores para cumplir con sus obligaciones respecto al paciente y la colectividad. Formular preguntas de esta índole es bastante fácil. Encontrarles respuesta es una verdadera proeza, aunque no imposible. En lo esencial, es cuestión que incumbe a la investigación.

Pero, ¿qué es la investigación? Según una fuente anónima, consiste en "sacar datos de un lugar inaccesible, tabularlos y archivarlos luego en un sitio igualmente inaccesible". De acuerdo con otra definición: "la investigación no es todo aquello en que alguien ha pensado dos veces". El diccionario la define como "indagación prolongada y cuidadosa; averiguación laboriosa. Concretamente, en una ciencia, la indagación sistemática de algún fenómeno o serie de fenómenos por medio del método experimental".

En *Scientific Social Surveys and Research*, Pauline Young dice que la investigación es "el método sistemático de descubrir hechos nuevos o verificar datos antiguos, sus secuencias, relaciones recíprocas y explicaciones causales, y las leyes naturales que los rigen. La finalidad primordial—inmediata o remota—de la investigación es comprender la vida social y obtener de esta suerte un mayor dominio sobre el comportamiento social".

Lent D. Upson afirma: "La investigación real en materia social consiste en reunir hechos referentes a un problema concreto, medirlos, compararlos con otros datos o verdades generalmente aceptadas y sacar conclusiones".

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Public Health*, y de la Asociación Americana de Salud Pública. El texto original, "Research in Nursing", apareció en dicha revista, Volumen 41, No. 6, junio de 1951.

† La Dra. Ferguson (R.N., Ph.D., F.A.P.H.A.) es oficial de enfermería, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Washington, D.C.

Todas estas definiciones han experimentado modificaciones de acuerdo con diversas interpretaciones individuales, pero las cualidades esenciales de indagación, experimentación, evaluación y conclusiones, son comunes a todas ellas.

En la vida diaria nos encontramos a cada paso con problemas que es preciso resolver. Lo importante es reconocer el problema, estudiar los factores que intervienen y, luego, llegar a una conclusión. Por ejemplo, las mujeres nunca saben cómo vestirse y la decisión que toman al respecto depende del tiempo, de las personas y lugares que frecuenten, de las actividades en que participen y de la hora en que regresan al hogar.

El mismo proceso se necesita para resolver problemas en cualquier esfera. Cuando este proceso llega a sistematizarse más, se le conoce con el nombre de método científico. En su libro sobre la investigación, Good, Barr y Scates señalan seis características distintivas del método científico: "1) recurre a hechos reales; 2) aplica el método analítico; 3) emplea hipótesis; 4) está exento de prejuicios apasionados; 5) utiliza la medición objetiva, y 6) emplea métodos cuantitativos para el tratamiento de datos".

Este procedimiento se emplea tanto en estudios sobre el funcionamiento de los servicios como en investigaciones para hallar respuestas a problemas. Los estudios sobre servicios y la investigación tienen varios atributos en común. Fundamentalmente, la diferencia es en gran parte cuestión de alcance, intensidad y proporciones del proyecto. El estudio sobre servicios es de aplicación inmediata y restringida y comprende el uso de datos que sólo se aplican a una situación determinada. En común con la investigación tiene una planificación sistemática del procedimiento y una verificación esmerada de los resultados de cada fase. El estudio o encuesta sobre servicios puede cumplir con su finalidad si elimina la dificultad con que se ha tropezado o puede servir como parte de un proyecto de investigación. La investigación, en cambio, se propone definir principios generales fundamentales que sean de aplicación universal. De ordinario requiere el estudio de gran número de casos y largos períodos de tiempo.

Cuando se habla de investigación, casi siempre se piensa en las ciencias físicas. Es igualmente útil en las ciencias sociales, aunque la complejidad de la sociedad ha impedido su empleo en cierto grado. Los modos de abordar un problema complejo son: 1) desarmarlo en los componentes más simples y examinar cada una de sus partes, y 2) crear técnicas que permitan tratar un creciente número de variables. Se ha comenzado a hacer ensayos con cada uno de estos procedimientos.

Las ciencias físicas también eran complejas cuando se hallaban en una fase de desarrollo comparable al estado actual de los principios fundamentales de las ciencias sociales. Con los años, se ha encontrado en las ciencias físicas instrumentos de medición y procedimientos de registro cada vez más precisos, que han permitido a los investigadores consignar su labor con bastante objetividad y a otros investigadores verificar las observaciones de esta suerte notificadas. En otros tiempos, el calor y el frío sólo podían registrarse como sensaciones subjetivas; en cambio ahora pueden consignarse con arreglo a la escala de un termómetro, de modo que todo el que sepa leer este puede verificar la lectura de otra persona. Los conceptos de esta índole han sido elaborados como consecuencia de registros amplios y fidedignos anotados durante largos periodos de tiempo.

En las ciencias físicas es mucho más fácil establecer verdaderas condiciones experimentales en que la situación esté bajo el control del investigador. En las ciencias sociales, el investigador tropieza a veces con dificultades por el hecho de ocuparse de la sociedad humana, y el ser humano, aisladamente o en grupos, es imprevisible y difícil de controlar. Además, la circunstancia de que el investigador pertenezca al grupo estudiado puede influir en sus observaciones. A pesar de la necesidad de establecer alguna clase de controles en toda situación de investigación, es difícil imponer esos controles en la mayor parte de los estudios sociales. Por otra parte, es posible que, en condiciones de estudio, los individuos o grupos no se comporten de la misma manera que un individuo o grupo análogos que no estén en observación. En la investigación social no pueden emplearse métodos precisos de laboratorio, y el amplio margen de variables dificulta la delimitación de un estudio. El investigador de las ciencias sociales no sigue una senda perfectamente definida.

Hay personas que asocian cierta dosis de encanto con la palabra investigación. Pero a menudo el investigador principiante se desilusiona al descubrir que ese encanto es una parte pequeñísima de su tarea, que la mayor parte de ella es pura monotonía y trabajo duro, que los descubrimientos de leyes científicas son escasos y muy aislados, y que sólo se logran mediante un trabajo largo, minucioso y disciplinado. Gran parte del trabajo en cualquier actividad de investigación consiste en practicar infinitas mediciones, registrar observaciones repetidas, entrevistar a muchas personas, corregir y codificar numerosas cédulas, y llevar a cabo cálculos ilimitados para tabulaciones.

El que trabaja en investigaciones necesita tener curiosidad, imaginación, persistencia y un escepticismo saludable sobre lo que parece obvio. Tiene que estar dispuesto a seguir orientaciones ciegas y atento al brote

de destellos subconscientes capaces de zanjar el abismo que media entre la "corazonada" y el resultado real. Sobre todo, necesita integridad intelectual, que es fundamental para toda investigación.

Suele decirse que la objetividad es el primer requisito para todo el que quiera dedicarse a la investigación. Se han escrito volúmenes sobre el tema. ¿Es posible ser enteramente objetivo? Todo conocimiento que adquiere el individuo le llega por los sentidos; en consecuencia, lo que se percibe difiere de una persona a otra. Una está influida por su estado fisiológico, otra por su ambiente físico, otra más por su preparación y experiencia, o por los hábitos de su cultura. La disposición neuromuscular que determina lo que se percibirá y el modo de interpretarlo es lo que se denomina "parcialidad".

Algunas veces, la palabra "parcialidad" ha caído en descrédito por su connotación de prejuicio. En sentido científico significa simplemente la particular inclinación del individuo. Cada individuo tiene su propia parcialidad o tendencia característica, que difiere según las personas. El investigador realista que intenta trabajar con objetividad se percata de su propia parcialidad y, teniéndola en cuenta, elige su esfera de investigación y su método de proceder.

Es necesario estar alerta para descubrir las tendencias parciales de entidades y grupos tanto como las del investigador mismo. Con demasiada frecuencia una entidad apoya investigaciones porque se interesa más en demostrar que su labor es buena o conveniente que en averiguar los hechos reales. Los intereses creados han influido en resultados de investigaciones y hasta han llegado a ocultarlos, según que las observaciones los favorecieran o perjudicaran. Muchas organizaciones y profesiones de elevados y loables propósitos no son capaces de afrontar hechos que entrañen una amenaza real o implícita para su prestigio o programa.

Antes de emprender cualquier proyecto de investigación es preciso considerar ciertos factores. ¿Se dispone de información básica utilizable o existe la posibilidad de obtenerla? ¿En qué medida depende la terminación satisfactoria de un estudio de factores ajenos al control del investigador? Cuanto mayor sea esa dependencia tanto más precaria será la empresa. ¿Se dispone de tiempo suficiente para el estudio? ¿Cuánto costará este? ¿Qué disposiciones hay que adoptar en materia de personal, incluso oficinistas? ¿Hay suministros y equipo suficientes para la tabulación y el análisis? ¿Se pondrá el informe a la disposición de los que puedan utilizar sus resultados?

Los métodos que han de emplearse para llevar a cabo una investigación varían considerablemente, y el que se elija en un caso determinado

dependerá del problema. El método histórico, el de casos, el experimental y el indagativo, tiene cada uno su lugar en la investigación. Un estudio del desarrollo de la enfermería de salud pública en los Estados Unidos de América utilizaría el método histórico. La medicina clínica depende, en alto grado, del método de casos, porque a menudo las conclusiones deben obtenerse a base de material limitado. En las ciencias físicas, la aplicación del método experimental resulta mucho más fácil que en las sociales, puesto que es bastante difícil mantener al hombre en una situación controlada, y el factor de control, en sí mismo y por sí mismo, debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Se han ideado técnicas que permiten emplear el método experimental, en forma limitada, en las ciencias sociales. El método indagativo es el que se usa con más frecuencia y el que tiene perspectivas de dar resultados más propicios, en la actual fase de desarrollo de las técnicas para estudiar la sociedad.

Al considerar cualquier proyecto de investigación, una de las primeras medidas consiste en determinar su finalidad. Esto puede lograrse del modo más fácil mediante una serie de preguntas, que servirán para definir el objetivo, delimitar el problema y orientar el plan para llevar a cabo la investigación. El problema debe definirse en términos concretos. El plan del estudio debe contener las clases de datos que se necesitan, las fuentes y los métodos que se necesita emplear para conseguirlos. Luego debe procederse a examinar el material existente sobre el tema. Es posible que el problema ya haya sido resuelto o que se hayan efectuado ciertas partes de la investigación y, por consiguiente, puede partirse ya de esa base. La formulación y la verificación de hipótesis o suposiciones sobre el tema sirven para deslindar la esfera de investigación y ofrecen un medio de determinar las relaciones entre los hechos. El acopio de material va seguido de su clasificación, análisis y, por último, de interpretación, recomendaciones y pronósticos.

Es de valor inapreciable la preparación de un plan de trabajo fijando un plazo para la terminación de cada una de las fases del proyecto. El tiempo reservado para el análisis y la interpretación debe ser por lo menos tanto como el dedicado al acopio de datos. Al planificar, a menudo se pasa por alto el tiempo que se necesita para redactar el informe.

La investigación debe estar cuidadosamente documentada; es preciso describir el procedimiento empleado, a fin de que otro investigador pueda repetir el experimento en condiciones análogas a aquellas en que se efectuó el primero. Se reconoce que los resultados de todo experimento, ya sea en las ciencias físicas o en las sociales, corresponden a un tiempo y lugar determinados y a determinadas circunstancias. En registros de

observaciones repetidas, en condiciones tan similares como sea posible, empieza a ponerse de manifiesto una línea común. Con el tiempo, esta llega a formar la base para formular una teoría científica o ley, "verdadera" en el estado del conocimiento humano en ese momento. El verdadero científico está constantemente pendiente de la aparición de datos negativos, aunque procedan de una sola observación discrepante, pues esta podría invalidar toda su labor al respecto. Este es el precio del progreso en el descubrimiento científico.

Hace tiempo que la profesión de enfermería ha comprendido el valor de la investigación como una manera de resolver problemas. Probablemente no hay otro grupo profesional que haya sido más estudiado, analizado y evaluado. Hasta la fecha, la mayor parte de esos estudios los han realizado personas cuyo interés primordial era la investigación, para la que estaban preparadas. En cualquier campo, esas personas pueden resolver muchos problemas con más facilidad que un trabajador especializado en la esfera objeto de investigación. En cambio, hay otros problemas que pueden ser estudiados mejor por una persona que pertenece a la profesión. Son muy pocos los grupos en que hay individuos capacitados tanto en la profesión en particular como en el campo de la investigación.

En virtud de su preparación, las enfermeras son observadoras idóneas, de suerte que poseen uno de los atributos esenciales para la investigación. El carácter de cada una determinará si puede llevar a cabo investigaciones porque para ellas, como para otras cosas, es fundamental cierto punto de vista, cierto estado de ánimo.

Otro modo de realizar investigaciones se funda en el concepto de grupo, conforme al cual los representantes de dos o más campos aportan la competencia de sus respectivas disciplinas a la solución de problemas mutuos. Esto requiere que cada participante respete honradamente los recursos, aptitudes y capacidad técnica de los demás. También requiere que cada trabajador sepa apreciar la importancia y utilidad de cada parte de la investigación, por insignificante o baladí que parezca.

Es alentadora la circunstancia de que las mismas enfermeras hayan manifestado su interés por la investigación. Competentes enfermeras tituladas se preocupan seriamente por encontrar los medios de resolver los numerosos problemas que requieren urgentemente investigación y solución. Causa satisfacción el hecho de que hayan comenzado a aparecer proyectos de enfermeras investigadoras cada vez con mayor frecuencia. En nuestro celo por cumplir con esta norma profesional, debemos cerciorarnos de que, lo que consignemos como investigación o aun como estudios, pueda resistir el análisis de los especialistas en ciencias sociales.

Antes de emprender un estudio es preciso contar con algunos de los excelentes tratados que existen sobre investigación. Para comprender los principios pertinentes y las sucesivas fases del procedimiento, son muy útiles las obras *Scientific Social Surveys and Research*, de Pauline V. Young, y *The Methodology of Educational Research*, de Good, Barr y Scates. *Practical Statistics in Health and Medical Work*, de Puffer, y *Statistics in Psychology and Education*, de Garrett, facilitan la información necesaria para el tratamiento matemático y estadístico de datos.

Como lectura "obligatoria" antes de iniciar cualquier investigación, y como obra de consulta siempre que se tropiece con cualquier dificultad para avanzar, se recomienda un folleto de Lent D. Upson titulado *About Heuristics. A Letter from a Dean of Public Administration to His Graduates*. Su lectura ayudará a tener una perspectiva más adecuada sobre la investigación, que se logrará más rápida y fácilmente que con cualquiera de las obras que conozco.

Resumen

La investigación es el acopio de hechos referentes a un problema concreto, su medición, su comparación con otros hechos y verdades generalmente aceptadas y la deducción de conclusiones en consonancia con los objetivos propuestos.

Los estudios sobre el funcionamiento de servicios y los proyectos de investigación tienen en común una planificación sistemática y una cuidadosa verificación de los resultados obtenidos en cada una de las fases. El estudio sobre servicios es de aplicación inmediata y restringida, mientras que el proyecto de investigación trata de definir principios fundamentales que puedan aplicarse universalmente.

La investigación en el campo de las ciencias sociales plantea algunos problemas a consecuencia de la complejidad de la sociedad y de la falta de instrumentos precisos de medición y registro de datos sociales.

En todo estudio es preciso tener en cuenta la parcialidad tanto del investigador como de los grupos sociales. Se mencionan sucintamente algunos de los métodos para efectuar investigaciones y de algunas técnicas que han sido útiles.

La profesión de enfermería comienza a asumir alguna responsabilidad para efectuar sus propias investigaciones. Cada investigador debería considerar con espíritu muy crítico lo que se presenta como investigación, a fin de tener la seguridad de que puede resistir la prueba de evaluación por el método científico.

La industria ha hecho aportaciones importantes a la investigación. Para terminar esta exposición, me parece que lo más indicado es citar una relación de la "Gulf Oil Company", en la que de modo muy sucinto se resume lo que intenté decir acerca de la investigación:

1. Es un estado de ánimo que no acepta las cosas tal como están.
2. Es un par de ojos que, a través de la cortina de la oscuridad, se esfuerza por ver la realidad.
3. Es una mano provista de un cuchillo que procura cortar una cosa hasta su partícula más pequeña, y luego cortar esa partícula para abrirla.
4. Es un cerebro que no se da tregua para obtener conocimientos y comprensión, sin dar término jamás ni a aquellos ni a esta.
5. Es un alma que se preocupa más de la humanidad que de sí misma, más ansiosa de progreso que de triunfo.
6. Es un hombre: indomable e intransigente.

Bibliografía

Garrett, Henry E. *Statistics in Psychology and Education*, tercera edición. Nueva York y Londres: Longmans, Green and Co., 1947.

Good, Carter V., Barr, A. S. y Scates, Douglas E. *Methodology of Educational Research*. Nueva York y Londres: Appleton Century, 1936.

Gulf Oil Company. "What is Research?" *U.S. News & World Report* VIII: 23-27 (21 de junio), 1940.

Puffer, Ruth Rice. *Practical Statistics in Health and Medical Work*. Nueva York: McGraw Hill, 1950.

Upson, Lent D. *About Heuristics. A Letter from a Dean of Public Administration to His Graduates*. Edición privada. 5133 Cass Ave., Detroit, Michigan, 1943.

Young, Pauline D. *Scientific Social Surveys and Research*, segunda edición. Nueva York: Prentice Hall, 1949.

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE DIFERENTES INSTITUCIONES EN LA RECOPIACION DE DATOS *

Un informe sobre metodología

Marion Ferguson y Jeannette E. Westlake

Con frecuencia, las instituciones de salud pública deben decidir sobre las necesidades de enfermería de salud pública de diferentes comunidades o zonas. La proporción que se ha utilizado durante muchos años es la de una enfermera de salud pública por 5,000 habitantes. Con fines de cálculo, es probable que esa proporción sea adecuada como promedio general para el país en su totalidad y relativamente adecuada para que la utilicen los estados. Es menos de confiar en comunidades locales donde las características de población, la incidencia de morbilidad y de mortalidad, así como la disponibilidad de servicios médicos y de salud influyen en los programas y normas de las instituciones locales de salud. Estas instituciones locales adoptarían un criterio más realista si tomaran en cuenta algunos de esos factores al calcular las necesidades de personal de enfermería de salud pública. Para adoptar dicho criterio, es preciso saber lo que entraña la prestación de servicios de enfermería a los pacientes y, luego, utilizar esa información, junto con otros datos pertinentes, como base para prever el personal necesario.

En los últimos años, el progreso de la ciencia médica ha tenido profundas repercusiones sobre la responsabilidad de las enfermeras. Es posible que en sus funciones haya influido también la incorporación de nuevos y complejos programas en el campo de la salud y la introducción de diversas categorías de personal, tanto profesionales como subprofesionales, que se han establecido para facilitar su realización. En una reciente declaración de la Asociación Americana de Enfermeras sobre funciones y responsabilidades, se reflejan algunos de estos factores (1). A menudo se requiere tiempo para que esas modificaciones se incorporen a las prácticas sobre el terreno. Por lo tanto, es conveniente investigar la clase y la cantidad de unidades de enfermería de salud pública que se proporciona a los pacientes.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización de *Nursing Research*. El texto original "Participation of Staffs of Different Agencies in Data Collection", apareció en dicha revista, Volumen 7, febrero de 1958.

El presente estudio se llevó a cabo para obtener conocimientos precisos sobre la amplitud, el alcance, el volumen y la complejidad de los servicios que facilitan las enfermeras de salud pública a individuos y familias. Se limitó a medir las necesidades de los pacientes a través de la atención dispensada a los individuos ingresados por requerir cuidados de enfermería.

Investigación sobre métodos de estudio

Se planteó de inmediato la cuestión de cual sería la mejor manera de reunir los datos necesarios para resolver el problema. Se estudió primero la posibilidad de observar a las enfermeras de sala en su trabajo, y con ese objeto se realizaron investigaciones metodológicas. Se estudiaron tanto las observaciones del personal de supervisión como el empleo de grabaciones hechas en las visitas domiciliarias (2). Se analizaron las transcripciones estenográficas de las visitas domiciliarias (3). Se consideró también la posibilidad de grabar todo el proceso (4). Se reconoció que todos esos métodos tenían cierto valor pero que resultaban demasiado costosos desde el punto de vista del personal y del tiempo empleados para poder considerarlos prácticos en el acopio de datos suficientes que permitieran establecer un punto de partida.

Seguidamente, se estudió el empleo de registros de casos. ¿Qué información mensurable podría obtenerse sobre los problemas y situaciones que se presentan al facilitar servicios de enfermería de salud pública, y acerca de las funciones de la enfermera en relación con esos problemas y situaciones? El examen de las publicaciones pertinentes reveló que los registros de casos se habían utilizado en varios estudios como fuente de información. McIver los utilizó para estudiar los factores que influyen en la selección de las personas que serán objeto de visitas domiciliarias, y la frecuencia y el propósito de dichas visitas (5,6). Dean estimó que podían servir como una medida del programa de lucha antituberculosa en un pequeño departamento de salud (7). Peterson basó en ellos su análisis de los servicios de supervisión de la salud (8). Derryberry estudió la posibilidad de utilizarlos como guía para las visitas de observación ulterior en enfermería de salud pública (9). Ferguson los utilizó en su estudio sobre el volumen de trabajo de una enfermera de sala (10). Las conclusiones derivadas de esos estudios parecerían indicar que el empleo de registros de casos que llevan las enfermeras constituye un método práctico para obtener datos relativos al problema planteado.

Selección del campo de estudio

Uno de los objetivos del estudio consistió más bien en evaluar el servicio de enfermería mínimo aceptable en los departamentos de salud considerados como "buenos" que en medir los servicios de un sector determinado de la profesión. La selección de las instituciones y del personal a los cuales se pidió que facilitaran materiales se basó en el criterio de la Asociación Americana de Salud Pública en lo que respecta a las categorías de personal y de programas, y en el de las organizaciones nacionales de enfermería en cuanto a programas de enfermería de salud pública, normas para el empleo del personal y preparación básica en enfermería de salud pública de los participantes. Se trataba de instituciones que, según el criterio profesional de funcionarios responsables de departamentos de salud estatal, se adherían a las normas de la buena práctica de la salud pública. Además, se limitó la selección del personal participante a aquellas personas que no tuvieran menos de un año ni más de cinco años de experiencia como enfermeras de sala en una o más instituciones de salud pública, que hubieran desempeñado su actual cargo durante un año por lo menos y que fueran personas competentes, en opinión de sus supervisores, directores, autoridades de salud y compañeros.

Después de cuidadoso examen, según el criterio establecido para su selección, 16 enfermeras de ocho departamentos locales de salud de cinco estados se ofrecieron para participar en la recopilación de datos. Las instituciones comprendían departamentos de salud y organismos mixtos, situados en comunidades urbanas y rurales, y el personal de enfermería de salud pública de los mismos variaba de ocho a 156 enfermeras. Todas las instituciones seleccionadas se encontraban en estados relativamente cercanos a Washington, D.C. Esta selección se hizo deliberadamente por estimarse que era más importante, para los fines del estudio, poder realizar consultas sobre el terreno con los departamentos de salud locales y estatales que elegir instituciones distribuidas en todas las zonas del país. Cada uno de los departamentos de salud estatales designó también a un consultor para que colaborara con el personal encargado del estudio y con las instituciones locales participantes.

Orientación del personal

La aplicación satisfactoria de los procedimientos dependía de la recopilación de datos por personal sin adiestramiento en investigaciones, el cual realizaba una nueva actividad además de su trabajo corriente, que

prestaba servicios en diferentes organismos situados en una región extensa y que participaban en el estudio por su propia voluntad y debido a la cooperación de sus superiores administrativos. La orientación de dicho personal era un factor importante para el éxito de la empresa. Se requería un acuerdo común sobre los datos que se necesitaban, por qué eran necesarios y cómo se utilizarían. El personal encargado del estudio deseaba que participaran en las decisiones definitivas acerca de la recopilación de datos sobre el terreno y en la adaptación del método a las normas del organismo local. Con tal finalidad, se celebró en Washington, dos semanas antes de iniciarse el estudio, una reunión de tres días en la que participaron las "asociadas en investigación" (las enfermeras seleccionadas), los supervisores, algunos de los consultores especiales y el personal a cargo del estudio.

La primera parte del programa para esa reunión incluía el material informativo sobre la necesidad de realizar estudios en enfermería de salud pública, el plan de las investigaciones para llevarlos a cabo y recalca la importancia de los datos básicos. El resto del programa se dedicó a la recopilación de informaciones sobre el terreno y a la selección de casos, la recopilación de material, las anotaciones en los registros de casos e interpretación de resúmenes sobre los datos de alta. En estos aspectos correspondió a las enfermeras la decisión definitiva sobre factibilidad, alcance y limitaciones necesarias. Los planes para la selección de casos y para la recopilación de material se formularon de modo que se ajustaran a las normas de las instituciones respectivas o no estuvieran en conflicto con ellas. En los registros sólo se incluirían aquellos datos que, a juicio de los asociados en investigaciones, se pudieran obtener con razonable certeza.

Se convino en que la muestra para cada enfermera consistiría en los 10 primeros nuevos pacientes de cualquier categoría de servicio en la que la institución asumía responsabilidad, empezando por los recomendados al servicio el 1 de febrero de 1954. Esas personas, más cualesquiera otras de la unidad familiar admitidas como pacientes, serían incluidas hasta que fueran dadas de alta o durante un año en total.

A fin de que el personal encargado del estudio pudiera enterarse del progreso logrado en la recopilación de los datos sobre el terreno, se convino, además, en que una vez al mes cada institución prepararía una lista de los pacientes en estudio admitidos o dados de alta. En este último caso, se facilitaría al personal del estudio una copia del registro completo hasta que se efectuaran los exámenes necesarios.

El examen de los sistemas de registro de las instituciones participantes reveló notables variaciones en los formularios y en su forma de presen-

tación, pero en todos ellos había espacio para anotar descripciones. A fin de reducir el trabajo extra de las enfermeras sobre el terreno se decidió que, aunque cada institución utilizaría su propio sistema de registro, todas informarían sobre los mismos aspectos en cada visita entre paciente y enfermera, lo que hacía imperativo el asegurar que las participantes mantuvieran uniformidad en los registros. Se convino en que el informe sobre cada visita paciente-enfermera debía abarcar el lugar donde se efectuó, su objetivo, las observaciones hechas, los problemas planteados y los servicios facilitados, el tiempo empleado (redondeándolo a los 5 minutos siguientes) en dicha visita, la preparación anterior y posterior a la misma, así como las razones para señalar una próxima visita.

Se utilizó entonces este esquema en una sesión para practicar la forma de llevar los registros, en la cual se empleó material sobre casos reales. A cada participante se le dio una copia del registro de casos llevado por la enfermera, correspondiente a visitas anteriores a una familia. Se escuchó una grabación de la siguiente visita domiciliaria hecha por la enfermera. Las asociadas en investigaciones, mediante el procedimiento de decisiones de grupo, prepararon el registro de esa visita de acuerdo con el esquema establecido.

A fin de proporcionar tanto a la enfermera de sala como al supervisor la oportunidad de evaluar la situación en su conjunto en una familia en el momento de dar de alta al paciente, en el plan de estudio se incluyó un resumen sobre la persona dada de alta. Al discutir este procedimiento, se organizó una sesión de práctica semejante a la esbozada anteriormente, pero en esta el grupo estudiaba principalmente el contenido de dicho resumen. Se acordó que en estos se indicaría si el paciente debía o no haber sido recomendado al servicio de enfermería, los principales problemas que se habían planteado, los cambios en la unidad familiar, las actividades que fuesen superfluas y el motivo para considerarlas como tales, las que deberían haberse llevado a cabo y no se realizaron y por qué, y un cálculo del tiempo que se hubiera necesitado para proporcionar atención adecuada según la cantidad, calidad y frecuencia de las visitas al paciente.

En las instrucciones para la recopilación de datos sobre el terreno se incorporaron las decisiones establecidas mutuamente por las asociadas en investigación, los supervisores y el personal encargado del estudio.

Reuniones con el personal de campo

Entre los controles establecidos para mantener la calidad de los datos primarios obtenidos sobre el terreno figuraba la visita periódica y siste-

mática del director encargado del estudio y de la consultora de enfermería estatal a las instituciones participantes. Durante esas reuniones, las dos asociadas en investigación y el supervisor plantearon y elucidaron problemas prácticos e interpretaron los procedimientos y normas de la institución según se reflejaban en los registros básicos. A medida que se avanzaba en el estudio, el director informaba sobre aquellos aspectos de los que era responsable el personal encargado del estudio e indicaba como se utilizaban los materiales básicos.

Las disposiciones especiales adoptadas por los estados interesados para establecer comunicación directa sobre diversos problemas entre el personal del estudio y las enfermeras participantes constituyeron otro medio de comprobación. Estos procedimientos de intercomunicación facilitaban aclaraciones inmediatas y la adopción de decisiones, lo cual evitaba posibles interpretaciones erróneas de los datos.

Tabulación y análisis de los datos

El volumen de registros, la complejidad del material y la amplitud y variedad de los servicios ofrecidos hizo necesario recurrir a la tabulación mecánica del mayor número de datos. Se elaboró una extensa y detallada clave para interpretar el contenido de los registros descriptivos, la que abarcaba todos los problemas y situaciones probables, el objeto de la visita y otros factores pertinentes. A fin de que los registros fuesen interpretados sólo por profesionales, el personal del estudio se encargó de la codificación de los datos.

El desglose preliminar de las conclusiones se efectuó por categoría de enfermedad. En la codificación, tabulación y análisis de las diversas categorías se incluía el tiempo necesario para prestar servicio al paciente, el motivo para proporcionarlo, su objeto, incluso problemas y situaciones que se habían presentado, e instrucciones y servicios facilitados.

Se analizó cada registro familiar a fin de determinar el número de personas atendidas en la familia, los servicios facilitados a cada una, el lugar y número de visitas efectuadas y el tiempo durante el cual se prestó cada servicio. Esta distribución tenía por objeto organizar el voluminoso material de modo que se pudiera obtener la información necesaria.

Para evaluar el método del estudio se utilizaron tres procedimientos diferentes: una serie de ensayos sobre registros de casos, el estudio de una muestra de los servicios prestados al paciente por otras enfermeras de sala de las instituciones participantes, y una muestra de medición del trabajo de un día de todas las enfermeras de estas instituciones.

La serie de ensayos de los primeros 237 registros familiares presentados por las instituciones reveló que los datos reunidos permitirían obtener la información deseada. Según la primera fórmula utilizada para evaluar la situación socioeconómica, se necesitaba información que, para el personal de campo, era difícil conseguir (11). Se substituyó dicha fórmula por otra basada en dos variables de educación y ocupación que podían obtenerse sobre el terreno (12).

A fin de verificar si los registros del estudio eran representativos del servicio facilitado habitualmente por las instituciones, el personal de enfermería de salud pública que no participaba en el estudio propiamente dicho, preparó informes descriptivos sobre cada servicio prestado al paciente por la enfermera. Dichos informes fueron codificados y analizados según el mismo criterio utilizado en los casos principales del estudio.

Con el objeto de verificar la confiabilidad de las cifras cronológicas relativas a la relación paciente-enfermera, todo el personal de esas mismas instituciones informó acerca de las actividades correspondientes a un día.

Reunión después del estudio

El plan de estudio ofreció a las asociadas en investigación la oportunidad de participar en la interpretación de los resultados. Las enfermeras participantes y sus supervisores se reunieron después del estudio en mayo de 1956, en Washington, D.C. Se les pidió que aclararan algunos puntos sobre los casos, que interpretaran algunas de las conclusiones indicadas en las tabulaciones preliminares, que evaluaran las características típicas de los registros del estudio en cuanto a la práctica seguida en sus respectivas instituciones y que dieran a conocer su impresión acerca del plan del estudio.

Se estimó que los materiales eran típicos del servicio de enfermería de la institución en cuestión, y que cualquier repercusión que la participación en el estudio pudiera tener sobre los servicios facilitados a los pacientes incluidos en el mismo era transitoria y se manifestaba únicamente muy al principio del estudio. Algunas diferencias en el material del estudio, tales como el número de admisiones en algunas categorías de enfermedad y la participación en determinados aspectos del programa, se debían a las normas y al programa de la institución.

Al elucidarse el contenido de los casos se prestó especial atención al registro de problemas económicos, sociales y emocionales, así como a los

relativos a la salud. El grupo manifestó que los problemas de salud se anotaban cada vez que la enfermera proporcionaba servicios al paciente, lo que no ocurría con los de índole económica, social y emocional. Aunque dichos problemas afectaban a todos los miembros de la unidad familiar, se acostumbraba mencionarlos sólo cuando eran observados por primera vez y, nuevamente, cuando había algún cambio, de modo que la interpretación de los hallazgos debía referirse más bien al individuo y a la unidad familiar que a la situación específica paciente-enfermera al momento de hacer la observación.

Otro asunto que se examinó fue la comparación de los hallazgos sobre la relación paciente-enfermera de los "testigos" con los del estudio. Las asociadas en investigación estimaban que cualesquiera diferencias cronológicas y las de contenido entre la relación paciente-enfermera con fines de estudio y las de control podrían deberse a la posibilidad de "escoger" casos para ser "testigo" y al deseo de los demás miembros del personal de competir con las asociadas en investigación. A su juicio, había diferencias en sus propios registros entre los pacientes admitidos al principio del estudio y los admitidos ulteriormente, y las visitas "testigo" se asemejarían más a las primeras visitas.

Las observaciones y recomendaciones de las asociadas en investigación fueron examinadas cuidadosamente al analizar e interpretar los datos y al preparar el informe sobre el estudio.

La reacción de las asociadas en investigación al plan de estudio estaba relacionada con las anotaciones sobre las relaciones entre el paciente y la enfermera, la preparación de los resúmenes sobre las personas dadas de alta y las ventajas y desventajas para el personal que participara en dicho proyecto. Estimaban que el plan para anotar lo que se trató en las visitas aumentaba la utilidad del registro y era especialmente valioso cuando una nueva enfermera se encargaba de atender a los pacientes.

Se mencionó el tiempo extra que se requería para redactar resúmenes de la persona dada de alta, pero se estimó que era tiempo bien invertido ya que permitía obtener un buen fundamento para juzgar la labor realizada, ayudaba a la enfermera de sala a enseñar a los estudiantes bajo su supervisión a evaluar el propio trabajo, y hacía posible un examen adecuado rápido y una evaluación objetiva de los registros de pacientes dados de alta.

En el debate final de la reunión se examinó la importancia de la participación en el estudio. Si bien habían surgido numerosos problemas en relación con dicha actividad, los valores positivos parecían contrarrestar los negativos. Entre otras cosas, se convino en que: 1) la atención individual había mejorado como consecuencia de una planificación

más eficaz y del deseo de hacer constar un trabajo satisfactorio; 2) la experiencia había sido propicia para aprender; 3) la invitación a participar daba cierto prestigio, y 4) el experimento intensificaba el interés por los estudios.

Resumen y conclusiones

Los resultados del estudio no pueden ser mejores que la calidad de los datos primarios en que se basa. Cuando la obtención de los datos depende de los servicios del personal de otras instituciones que ha asumido esa responsabilidad, además de sus funciones ordinarias, es necesario adoptar garantías especiales para el acopio de material sobre el terreno.

Los datos reunidos para el estudio del que se informa se referían al período del 1 de febrero de 1954 al 1 de febrero de 1956. El personal encargado del estudio recibía periódicamente informes y registros y, al final, se tenían registros correspondientes a cada uno de los casos mencionados en los informes sobre admisión. En la reunión celebrada después de realizado el estudio, los participantes sobre el terreno todavía conservaban su entusiasmo y aportaban ideas, e incluso se ofrecieron para colaborar en otra investigación si fuese necesario.

Se estimó que los procedimientos empleados guardaban relación estrecha con la actitud de las asociadas en investigación y con la integridad de los datos presentados. Tenían idea exacta del plan general de estudio y de la importancia de su contribución. Las asociadas en investigación participaron en los preparativos para recopilar datos sobre el terreno y adoptaron las decisiones finales en cuanto a la factibilidad de obtener la información deseada. Tuvieron también la oportunidad de celebrar reuniones periódicas individuales con el personal encargado del estudio, a fin de examinar problemas e interpretar el material de los registros básicos. Recibieron informes sobre la evolución y el progreso de otros aspectos del estudio de que se ocupaba dicho personal. Participaron en el análisis y en la interpretación de los resultados; fueron y son consideradas como elementos indispensables del personal encargado del estudio en su totalidad.

Referencias

(1) American Nurses' Association, Public Health Section (Asociación Americana de Enfermeras, Sección de Salud Pública). *Functions, Standards and Qualifications for Public Health Nurses*. Nueva York: The Association, 1955.

- (2) Ferguson, Marion y Westlake, Jeannette E. "Use of a Sound Recorder in Nurses' Home Visits". *Public Health Rep* 69:471-474, mayo de 1964.
 - (3) Colección de transcripciones estenográficas inéditas para un estudio realizado por el Servicio de Salud Pública (EUA), 1938.
 - (4) Walker, Janet F. y McQuillen, Mary. "Process Recording in Public Health Nursing". *Public Health Nur* 44:542-547, octubre de 1952.
 - (5) McIver, Pearl. "Public Health Nursing in a Bi-County Health Department, Brunswick-Greenville Health Administration Studies, No. 4". *Public Health Rep* 50:469-480, abril 5 de 1935.
 - (6) _____. "The Maternity Nursing Service of a Bi-County Health Department, Brunswick-Greenville Health Administration Studies, No. 5". *Public Health Rep* 50:1293-1308, septiembre 20 de 1935.
 - (7) Dean, J. O. "Tuberculosis Control by a Small County Health Department, Brunswick-Greenville Health Administration Studies, No. 9". *Public Health Rep* 52:597-609, mayo 7 de 1937.
 - (8) Peterson, Rosalie J. "Health Supervision by Nurses in a Bi-County Health Department, Brunswick-Greenville Health Administration Studies, No. 9". *Public Health Rep* 52:1783-1793, diciembre 3 de 1937.
 - (9) Derryberry, Mayhew. "Do Care Records Guide the Nursing Service?" *Public Health Rep* 54:66-76, enero 20 de 1939.
 - (10) Ferguson, Marion. *The Service Lead of a Staff Nurse in One Official Public Health Agency*. Nueva York: Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1945.
 - (11) Warner, W. Lloyd y otros. *Social Class in America*. Chicago: Science Research Associates, 1949.
 - (12) Hollingshead, August B. *Two-Factor Index of Social Position*. New Haven, Conn.: Yale University, 1955. (Inédito)
-

EL BUEN MAESTRO *

Lulu Wolf Hassenplug †

Para ser una buena profesora de enfermería en el mundo actual, en rápida evolución, se requieren conocimientos, técnicas, amplitud de criterio y muchas otras cualidades, grandes y pequeñas.

Es difícil describir al buen maestro. Los de gran idoneidad que hemos conocido, aquellos de quienes hemos oído hablar y aquellos con quienes estudiamos o trabajamos diariamente, revelan diferencias muy marcadas en su trabajo y en la manera de enseñar. Son buenos técnicos si los métodos pedagógicos que utilizan son eficaces y si facilitan la formación de ciudadanos estables, de competentes especialistas en una profesión o vocación o de buenos maestros de personal docente que inicia su carrera. Son estudiosos si son eruditos en su campo de estudio, si se dedican a las investigaciones y a la promoción del saber, y estimulan la participación de sus colegas, compañeros y estudiantes en un diálogo continuo en busca de conocimientos y comprensión. Son elementos constructivos del personal docente o del profesorado y ciudadanos colaboradores si prestan numerosos servicios en su escuela o en su comunidad y los realizan bien.

Hay buenos maestros casados, solteros, viudos o divorciados; hay, entre ellos, madres o padres, abuelos o abuelas. Son escasos, especialmente en la actualidad, pero se está capacitando a un mayor número que, a medida que egresan de las escuelas universitarias, que aumentan sus conocimientos y comprensión y mejoran sus técnicas pedagógicas, incrementarán las filas de la profesión docente y mejorarán su calidad.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original "The Good Teacher", apareció en dicha revista, Volumen 13, No. 10, octubre de 1965, págs. 24-27.

† La Sra. Hassenplug (Escuela de Enfermería del Ejército; M.P.H., Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins) es profesora y decana de la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, en Los Angeles. Ha recibido títulos honorarios de doctora de la Universidad de Nuevo México y de la Universidad Bucknell y, en 1965, ganó el premio "Mary Adelaide Nutting".

Funciones del buen maestro

Todos conocemos las cualidades del buen maestro: le interesa su materia, le agrada enseñar y hace trabajar a sus alumnos. Empieza por enseñarles a descubrir hasta dónde han avanzado en su trayectoria intelectual y, luego, les da una visión de lo que podrían avanzar si se preparan bien para el viaje y se esfuerzan por encontrar el camino adecuado.

Tomando como clave las preguntas y deliberaciones de los estudiantes, varía su método de exposición e interpretación hasta tener la certeza de que si no la totalidad, por lo menos la mayoría de los estudiantes, tenga una idea clara del objetivo que persiguen. Si por algún motivo considera que ese trayecto será difícil, tal vez les insinúe la manera de superar o evitar algunos de los obstáculos que probablemente encuentren. Es posible que deba advertir a algunos estudiantes que no tomen caminos secundarios o atajos que podrían conducirlos a un callejón sin salida o al fracaso.

Cuando algunos de los alumnos lo consultan por sentirse cansados, por haber perdido el rumbo o el interés, el maestro hace un esfuerzo heroico para ayudarles de acuerdo con sus necesidades. Ya sea que los atienda individualmente o trabaje con un grupo, su principal preocupación consistirá en determinar en qué aspecto fracasaron y por qué motivo. Si con su esfuerzo y el de los estudiantes no logra hacerlos avanzar hacia la meta que se ha propuesto, los ayudará a encontrar diferentes cursos o métodos que les permitan seguir adelante con cierta facilidad y con satisfacción cada vez mayor. El buen maestro sabe lo inútil que es alentar a los estudiantes a tratar de escalar montañas cuando con el equipo que poseen—y que sólo aprenderán a usar con el tiempo—llegarán nada más a la primera cumbre.

Por otra parte, sabe también que, en relación a aquellos estudiantes que pueden aprender a escalar la primera montaña y más adelante cimas más altas, su principal responsabilidad es ver que lo logren. Esto lo consigue despertándoles la curiosidad por lo que existe más adelante y enseñándoles la manera de avanzar utilizando lo que ya han aprendido y construyendo sobre esa base. Cuando piensan en el camino que tienen por delante y en lo que les espera, el maestro les recuerda que si elevan la mirada a medida que ascienden y exploran perspectivas más amplias, comprenderán mejor lo que sucede a su alrededor en la zona inmediata en que se encuentren.

El maestro conduce, pues, a los estudiantes al punto en que puedan percibir la interrelación y la unidad de los diversos senderos del saber,

y los estimula para que todo lo que hayan aprendido—con él y con otras personas—les sirva más en el futuro. Desde el principio hasta el fin de esa experiencia educativa, se les ayuda a comprender en qué manera ese camino los acerca más al objetivo de la empresa intelectual total que se han propuesto realizar. La orientación del maestro es de importancia crítica, ya que él ha contribuido a crear toda esa empresa y sabe cuáles son los objetivos que es preciso alcanzar en cada curso que se tome y cómo el estudiante puede llegar hacia la meta final.

Objetivos del plan de estudios

Si se examina el proceso educativo como un medio de ayudar a los estudiantes a avanzar hacia el objetivo al que aspiran, mediante lo aprendido, se comprenderá mejor por qué el buen maestro se preocupa no sólo de las finalidades del curso que enseña, sino también de los objetivos del plan de estudios en su totalidad. Estos últimos indican como debería ser el estudiante al terminar satisfactoriamente el programa. En cambio, los objetivos del curso reflejan como debería ser el estudiante al final de cada experiencia educativa. En consecuencia, los profesores que confeccionan el plan de estudios para los programas de educación son los que realmente deciden respecto al contenido y a la finalidad de la enseñanza.

De tiempo en tiempo, los maestros, padres, administradores de la enseñanza, hombres de ciencia y dirigentes de la comunidad se preocupan por lo que se enseña en las escuelas y universidades y se preguntan por qué ciertas materias se incluyen y otras no. Esas preguntas corresponderían a las tres preguntas básicas siguientes: ¿Qué debe enseñarse? ¿Qué es lo más útil? y ¿Qué es lo más importante? Esta clase de preguntas se han formulado y contestado en numerosas ocasiones en la historia de este país y se han reiterado desde que se elaboraron los primeros programas de adiestramiento en enfermería. Las respuestas nunca podrán ser definitivas, ya que dependerán siempre de nuevas modalidades del conocimiento y de las necesidades de cada generación, pero se formulan actualmente con inusitado interés.

Los profesores de nuestros programas de enseñanza general, desde las escuelas elementales hasta las universitarias para estudios de posgrado, examinan activamente la estructura de los planes de estudio y el contenido de cada curso ofrecido. Y, como era de esperar, eso es precisamente lo que se está haciendo con varios de los programas de enfermería. Sin duda, la explosión de conocimientos nos ha obligado a adoptar tal medida, pero se ha hecho obligatoria, debido a nuestra reciente decisión de preparar en el futuro a dos categorías distintas de enfermeras.

Dos categorías de enfermeras

Hasta ahora, nuestros servicios de enfermería no han sido reorganizados adecuadamente en cuanto al empleo de las dos categorías de enfermeras. No obstante, se está avanzando en la elaboración de nuevos programas educativos y en la revisión de los antiguos, con el fin de poder preparar a ese personal.

En algunas escuelas, se procura determinar los conocimientos y técnicas de enfermería que debieran incluirse en los nuevos programas. Quienes se esfuerzan por resolver ese problema saben que es preciso descartar la idea de proceder más o menos en la forma acostumbrada en los hospitales tradicionales y programas educativos, pero la tarea no es fácil. Hasta la fecha, no hemos avanzado mucho en la revisión teórica y objetiva del plan de estudios. La separación de los pacientes, según los servicios clínicos de nuestros hospitales, continúa influyendo en el concepto de las ramas del saber. Por otra parte, debido a la escasez de maestros competentes y al hecho de que muchos de ellos no han aceptado la noción de que esos dos programas difieren considerablemente en la finalidad, el contenido y el alcance de las experiencias educativas, es difícil proporcionar una educación bien orientada y conveniente con cualquiera de esos programas.

Históricamente, se requiere tiempo para modificar la enseñanza, sobre todo cuando los cambios no son compatibles con criterios antes venerados. Por eso, tal vez no debiéramos ser demasiado impacientes, aunque sepamos que no todo marcha tan bien ni tan rápidamente como sería de esperar. Los cambios deseados se *realizarán* con el tiempo. Como ha dicho Sor M. Jean Clare: "Si *voluntariamente* nos rehusamos a modificar nuestras actitudes y a adaptarnos al mundo en proceso de cambio, las circunstancias nos obligarán a hacerlo" (1).

Para sobrevivir y progresar como profesores y administradores de programas de enseñanza de enfermería, debemos estar dispuestos a aceptar y a estimular cambios en la finalidad, la estructura del plan de estudios y la organización y aplicación de los programas de enseñanza. Una vez que los profesores de enfermería acepten ese hecho y comprendan que, en el mismo programa, no se puede preparar tanto a quienes dirigirán las prácticas en el futuro como al personal que trabaje con esos dirigentes, podrán efectuar la minuciosa revisión del plan de estudios que se necesita para estructurar adecuadamente los programas de enseñanza.

El personal docente debe encargarse de esa importante modificación del plan de estudios, pero debido a las dificultades correspondientes, dependemos principalmente de la iniciativa de los buenos profesores, que tienen más talento y mejor preparación y que están empeñados no sólo

en explorar y en descubrir nuevos conocimientos, sino en transmitirlos a la nueva generación de enfermeras y en que esta los utilice. Son ellos los que imprimen el tono y el carácter a nuestros programas de educación—técnicos, profesionales o de posgrado—y la presencia de maestros orientados hacia la investigación significa reformas en el plan de estudios y enseñanza de buena calidad.

Buena enseñanza : programas eficaces

En los buenos programas de enfermería generalmente participan maestros capaces, porque el personal docente competente gravita hacia otro de igual categoría. Se facilita así el análisis y la exploración de ideas que podrían ser objeto de investigaciones y de nociones sobre el futuro. Los problemas que preocupan a los buenos maestros suelen referirse al futuro o a lo que deben aprender los estudiantes como preparación para el mañana. Saben que la asignatura que enseñan evolucionará y se modificará en un mundo en que la investigación revela, casi diariamente, nuevos conocimientos científicos. Saben también que los métodos de enseñanza deberán modificarse habida cuenta del concepto que se tenga del proceso de educación.

En consecuencia, en muchos de nuestros programas actuales de enfermería, los buenos maestros estudian y examinan las finalidades de dicha profesión, la manera de evaluar la conducta del paciente, las medidas que adoptan las enfermeras y el resultado de las mismas. Se procura responder a las siguientes preguntas: ¿Qué contribución aporta la enfermería? ¿Qué conocimientos específicos se necesitan para aportar esa contribución? ¿Cómo enseñaremos lo que sabemos?

Los buenos maestros sienten cariño por sus estudiantes; les agrada ayudarles para que aprendan y se preocupan sumamente por lo que *deberían* aprender. Consideran su trabajo como una forma de vida más que como una ocupación y su interés se concentra en las fronteras del conocimiento sobre su especialidad. Jamás dejan de leer, estudiar y meditar. La tarea de perfeccionar sus conocimientos y su comprensión no es fortuita en el maestro, sino que debe ser planeada, orientada y reforzada. La preparación sistemática al nivel del "Master" y del doctorado proporcionan la estructura básica de conocimientos para enseñar y realizar investigaciones, pero para que el maestro esté al día en sus conocimientos y perfeccione sus técnicas debe continuar el proceso de autoformación, tanto en el empleo como fuera de este.

El estudio y esfuerzo continuo son necesarios para actualizar la información cada vez más amplia sobre su especialidad, eliminar material anticuado u obsoleto de las conferencias o del trabajo de laboratorio, confeccionar nuevos materiales y, luego, enseñar a los estudiantes a utilizarlos para ampliar sus propios conocimientos y mejorar su práctica.

Cada vez que el maestro se propone lograr una nueva meta intelectual y se esfuerza sistemáticamente por alcanzarla, mejora su preparación para la enseñanza y mantiene vivo y al día el contenido de la misma. En la búsqueda de nuevas perspectivas y conocimientos más profundos sobre la materia, participa en diversas actividades académicas. Utiliza los recursos de bibliotecas bien dotadas, incluso microfilms, grabaciones, gráficos, películas fijas, cintas magnéticas y discos. En el ambiente clínico o de laboratorio observa y evalúa fenómenos científicos o el comportamiento humano y ensaya nuevos métodos para manipular dichos fenómenos o nuevos procedimientos para abordar ese comportamiento. Selecciona, rechaza y sintetiza sus ideas como consecuencia de sus estudios y ensayos, al mismo tiempo que registra y notifica sus dudas y conclusiones.

Importancia de compartir los conocimientos

En el curso de su preparación el maestro se da cuenta perfectamente de que está organizando sus ideas a base del pasado y de las de otros profesores e investigadores. Por consiguiente, se siente obligado a explicar y compartir lo que aprende con sus colegas de otras disciplinas de modo que puedan continuar aprendiendo unos de otros. Los buenos maestros fundamentan su trabajo en conocimientos amplios y profundos. El profesor de ciencias tiene mucho que aprender del humanista, y este del científico. Ambos tienen mucho que ofrecer a la profesora de enfermería y que aprender de esta cuando colabora con ellos en seminarios y en la búsqueda de nuevos puntos de vista y conocimientos para poder enseñar mejor el ejercicio de la profesión.

El buen maestro tiene ansias insaciables por aprender. Aprende de sus alumnos y comparte también con ellos lo que sabe o lo que le falta por aprender. Al darles a conocer el resultado de sus propias experiencias pedagógicas y explicarles el papel que desempeñan las hipótesis, la experimentación y la verificación en el proceso didáctico, incorpora a la enseñanza actitudes positivas acerca de la investigación y el autoaprendizaje. Su método de enseñanza se convierte así en modelo, y con su ejemplo contribuye a que los estudiantes reconozcan la importancia de

un alto grado de independencia y auto-orientación en la búsqueda de conocimientos.

Una vez que los estudiantes aprenden a proceder por sí solos y encuentran satisfacción en ello, habrán avanzado mucho en la formación de actitudes favorables para la investigación y el estudio, lo que será garantía de que continuarán aprendiendo mientras vivan. La auto-orientación en el aprendizaje no significa que el estudiante sea autodidacta, sino que acepta lo que se le ofrece y puede obtener, que desea aprender aún más y que participa activamente en el proceso educativo. Esto es lo que el buen maestro trata de conseguir cuando enseña a los estudiantes a pensar por sí solos. Su tarea no sólo consiste en transmitirles los conocimientos pertinentes acumulados en el pasado, sino que debe también reflexionar sobre ellos, someterlos a un análisis crítico y proporcionar el estímulo que necesitan para rebatirlos.

A este respecto, el objetivo primordial del buen maestro es ayudar a los alumnos a interesarse por lo que aprenden y, al mismo tiempo, a fomentar actitudes y criterios correctos acerca del proceso de aprender en general. El buen maestro sabe que no todo se aprende en el aula, el laboratorio o el ambiente clínico. Los estudiantes viven más tiempo fuera que dentro de esos recintos. Por consiguiente, el buen maestro trata de enseñarles a adquirir conocimientos, a examinarlos con espíritu crítico y a utilizarlos convenientemente para resolver problemas en las actividades del aula. Se presenta ante ellos no sólo como transmisor de conocimientos y como modelo del proceso de enseñar-aprender, sino como guía profesional con quien los estudiantes puedan identificarse y compararse.

Transmisión de conocimientos del maestro al estudiante

Con el objeto de transmitir conocimientos a los estudiantes en forma significativa, el maestro examina detenidamente con ellos ideas fundamentales en términos que puedan manejar y comprender; les da tiempo para que puedan hacer preguntas y formarse sus propios conceptos del bien y del mal, lo verdadero y lo falso, la justicia y la injusticia. Les ayuda a comprender por qué esos conceptos son importantes y por qué deben formarse y utilizarse en su labor como estudiantes, como miembros de la sociedad y futuros profesionales de una comunidad. Lo esencial consiste en ayudar a los estudiantes a afrontar los problemas fundamentales de la vida y la seriedad que exige el vivir en un mundo que ha

pasado a ser imprevisible y, luego, a aceptar la responsabilidad de contribuir a un mundo mejor.

A fin de ayudar a los estudiantes a distinguir entre diversas alternativas y a emitir juicios personales inteligentes, los enfrenta a diferentes situaciones problemas hasta que aprenden a enfocarlos y a tener en cuenta aquellas alternativas. En seguida, podrán resolverlos seleccionando, organizando y utilizando la información disponible a fin de llegar a una conclusión o a una solución sensata, significativa y compatible con su escala de valores.

Las observaciones que formulan los estudiantes son selectivas desde el punto de vista de sus propios criterios. Como no todos los estudiantes aprenden de la misma manera o al mismo ritmo, es preciso agruparlos y reagruparlos para que participen en debates y en actividades de laboratorio de modo que reflexionen y cambien impresiones sobre los conocimientos adquiridos en conferencias, libros y sesiones de laboratorio y lo que han aprendido unos de otros, y verifiquen dichos conocimientos. Para ayudarles a descubrir lo que saben, lo que experimentan sabiéndolo, cómo utilizan sus nuevos conocimientos y en qué forma *debieran* utilizarlos, el maestro les proporciona diversas oportunidades de exponer sus ideas y puntos de vista en tribunas, simposios, seminarios, etc. Los estimula también a registrar sus ideas y observaciones, así como a proyectarlas, desarrollarlas y analizarlas hasta que puedan diferenciar entre hechos y opiniones. Luego, les pide que vuelvan a organizar, formular y redactar lo que hayan escrito hasta que se expresen con sinceridad y hayan elucidado sus ideas, lo que es fundamental para la redacción bien concebida.

El buen maestro de cualquier especialidad sabe que le corresponde fomentar en los estudiantes un estilo claro, conjuntamente con el profesor de composición. Por eso, les enseña a emplear vocablos para elucidar sus sentimientos e ideas no cejando hasta haberlo logrado. No todos los estudiantes se expresarán o redactarán igualmente bien, pero pueden aprender a comunicar sus ideas, verbalmente y por escrito, y el buen maestro se esfuerza por ayudarles a lograrlo.

Los estudiantes de hoy tienen mucho más de que hablar y escribir que los de ayer, y están mejor preparados para ello. Tienen más madurez, están más conscientes de los problemas transcendentales de la época, se interesan más por los derechos y las libertades, y no desistirán ante respuestas triviales e inadecuadas.

Los estudiantes de hoy están dispuestos a asumir responsabilidad por sus propias acciones y, después del nivel de los estudios secundarios, es

cada vez menor el número de los que ven con agrado el control paternalista ejercido anteriormente por instituciones de educación superior y escuelas de enfermería. El estudiante universitario inquieto, según lo describe Kerr, se rebela ahora contra el profesorado *in loco parentis*, con el resultado de que los profesores y administradores se preguntan si las normas básicas que establecieron para los estudiantes no infringen los derechos y libertades de estos (2).

El personal docente en las escuelas profesionales

El profesorado de las escuelas profesionales ha tenido menos problemas que afrontar con estudiantes inquietos que el de los departamentos de humanidades. En las escuelas de enfermería, el personal docente está muy consciente de los cambios que experimenta la comunidad estudiantil. El número de estudiantes casados, matriculados en programas de nivel universitario, varía de 10 a 50 por ciento. Algunos no sólo son padres, sino que hace mucho pasaron el período de la adolescencia, y es evidente, para quienes les enseñan, que su vida no puede regirse por un sistema de normas en el que se les exige que soliciten autorización para realizar diversas actividades. Algunos estudiantes no se matricularán a horario completo y, de vez en cuando, uno se ausentará por enfermedad de un hijo o del cónyuge. Aunque los profesores reconocen y comprenden esta situación, difícilmente la aceptan.

Los buenos profesores de enfermería saben que los cambios en el estudiantado han creado situaciones tensas entre los alumnos y la escuela en lo que concierne a disciplina, responsabilidades, moral, derechos y libertades. Pero saben también que deben hacer frente a esos cambios en forma comprensiva y objetiva si han de ejercer la influencia que debieran en el adelanto educativo de los estudiantes. Las ideas del estudiante acerca de la función que corresponde a la enfermera profesional, la categoría de esta en relación con otras profesiones y su situación en la comunidad dependen de la manera en que sus profesores se revelen en pensamiento, palabra y acción. El *buen* profesor de enfermería profesional sabe que así es y se comporta en consecuencia porque *es* un buen profesor.

Referencias

(1) Clare, Sor M. Jean. "Future Freshmen in Colleges and Schools of Nursing: Products of a New Curriculum". *Nurs Sci* 3:7-21, febrero de 1965.

(2) Kerr, Clark. *The Uses of the University*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1963.

Bibliografía

Bruner, J. S. *The Process of Education*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1960.

National Education Association of the U.S., Project on the Instructional Program of the Public Schools: *Deciding What to Teach*. Washington, D.C.; The Association, 1963.

Rogers, Martha E. *Reveille in Nursing*. Filadelfia, Pennsylvania: F. A. Davis Company, 1964.

Sonason, S. B., y colaboradores. *The Preparation of Teachers*. Nueva York: John Wiley and Sons, Inc., 1962.

LA IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA DE LIMITADO ALCANCE A NIVEL LOCAL*

Doris R. Schwartz †

Muchas enfermeras desearían contribuir a las investigaciones sobre su especialidad, pero no lo hacen por falta de preparación académica en las técnicas de la investigación. Es de esperar que el presente artículo estimule a modificar tales ideas acerca de lo que se puede realizar planteando algunos problemas pertinentes. La autora se refiere a estudios iniciados por ella antes de haber oído hablar de "investigación en enfermería".

La enfermera, cuya relación con los pacientes es distinta de la del médico, el trabajador social, el sociólogo o cualquier otro especialista interesado en investigaciones clínicas, se encuentra en una situación excepcional que le permite estimular la realización de estudios sobre el cuidado de los pacientes. Como está con ellos durante todo el día y la semana entera, sus observaciones pueden inducir a explorar nuevos aspectos de la investigación o, después de acumular una serie de observaciones, quizá se interese por enfocar problemas de investigación en forma nueva y diferente.

Es posible que la enfermera que plantea esos problemas no participe directamente en investigaciones oficiales. Tampoco quiero dar a entender que las enfermeras deben realizar todas las investigaciones de enfermería por cuenta propia. En algunas ocasiones será conveniente que las realice, pero en muchas otras necesitará la colaboración de otras colegas profesionales, así como estas necesitarán la suya. Hay problemas que se presentan para estudios interdisciplinarios. Otros se adaptan mejor a la investigación por la disciplina respectiva. La enfermería puede a veces ser esa disciplina.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Nursing*. El texto original, "The Value of Small Local Nursing Studies", apareció en dicha revista, Volumen 66, No. 6, junio de 1966, págs. 1327-1329.

† La Srta. Schwartz (Escuela de Enfermería del Hospital Metodista de Brooklyn, N.Y. M.A., Universidad de Nueva York) es profesora asociada de enfermería de salud pública en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nueva York, Universidad de Cornell.

Citaré algunos ejemplos de mi propia experiencia por ser la que mejor conozco. Realicé el primer estudio del que tuve que dar cuenta sin haber oído jamás la expresión "investigación en enfermería". Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, mientras trabajaba en un centro de rehabilitación del ejército, informé acerca de un experimento que llevé a cabo en el turno de noche en una sala de cirugía plástica donde un 50% de los 75 pacientes convalecían de operaciones recientes. Los pacientes, a los que se había prescrito (p.r.n.) sedantes antes de dormirse, se sentían inquietos e irritables sin ellos. En el experimento de un mes de duración, realizado con el objeto de determinar si se podría prescindir de la sedación mediante los cuidados de enfermería, la situación fue la siguiente:

Las primeras dos noches después de la operación se administró sedante (según la receta) como procedimiento habitual, mientras el paciente obviamente padecía de dolores. Posteriormente, se le sugirió en tono amable y categórico que quizá estaba bastante bien para poder dormir sin sedante y, de no ser así, la enfermera estaría siempre a su alcance por si necesitara sus servicios, o medicamentos. Toda la noche se visitaba con frecuencia las salas, de modo que si el paciente estaba despierto, podía estar seguro de que la enfermera lo sabía.

Se destinaba una hora extra a preparar a los pacientes para dormir; se tomaba más tiempo para los masajes en la espalda; se volvían a llenar los jarros de agua en caso necesario, y no se aplicaba la antigua y férrea norma de "apagar las luces".

En ese entonces, el médico de sala era un hombre con gran interés por la profesión, querido y admirado por todos los pacientes. Durante esa hora, acostumbra visitar la sala en forma extraoficial. Era ese un momento agradable, y aquel hospital de 4,000 camas parecía ser una sola sala (1).

En ningún momento se rehusó dar calmantes a los pacientes objeto del estudio, a los cuales se les había prescrito p.r.n. Y se obtuvieron buenos resultados. La cantidad de sedante administrada fue en un 33% inferior a la habitual. Con una variable adicional, podía reducirse a 45 por ciento. Con las inyecciones de penicilina se observó cierto desasosiego, pero en los otros casos los pacientes dormían profundamente.

Años después trabajé en el Hospital de Nueva York-Centro Médico de Cornell, en calidad de coordinadora de enfermería de salud pública, y como tal debía ocuparme de los pacientes de la clínica de medicina general. Comencé a reflexionar sobre muchas de las actividades que se llevaban a cabo en esa institución. Una profesional, Harriet Frost, que había trabajado antes en dicha clínica, describió su actitud al observar a los pacientes con una cita de la Biblia (Ezequiel 3:15): "... Y asenté donde ellos estaban asentados, y allí permanecí . . . atónito entre ellos".

Creo que ese asombro, o admiración, refleja interés incipiente por las actividades de investigación clínica en enfermería. En la clínica de aten-

ción integral nos encontrábamos ante muchos problemas que debíamos resolver para atender a los pacientes. George James, en esa época Comisionado de Salud de la ciudad de Nueva York, se refirió en relación con este aspecto a "la necesidad de presentar nuestro artículo en forma distinta", es decir de identificar aquellos obstáculos que la atención facilitada no logra superar y, luego, aprender a vencerlos ofreciendo a los pacientes la ayuda que puedan y quieran aceptar.

Como enfermeras clínicas estábamos siempre muy atareadas, pero cada semestre seleccionábamos sistemáticamente un problema que nuestra labor diaria nos impedía realizar con eficacia. Esos problemas eran objeto de estudios experimentales de muy limitado alcance. La mayoría de ellos eran tan elementales que sólo constituían estudios previos a la investigación, y consistían en la acumulación sistemática de observaciones análogas sobre una serie de casos que permitirían un estudio más a fondo.

Por ejemplo, examinamos la forma en que se utilizaban las publicaciones sobre salud con pacientes clínicos y la atención dispensada a pacientes calificados de "poco cooperadores". Descubrimos que designábamos así a los pacientes cuando nos hacían sentir incompetentes. Examinamos algunos cambios en los hábitos de comer y dormir de 50 pacientes con enfermedades de larga duración. Otro semestre estudiamos la aplicación de un plan de enfermería interno para referir a los pacientes a otras secciones. Estudiamos los medios de comunicación entre el personal del hospital y las instituciones de enfermería de la comunidad.

Se publicaron informes sobre seis de esos estudios experimentales o previos a la investigación. Otros fueron confeccionados sólo para nuestros propios fines. Como se trataba de actividades de muy limitado alcance, no pensamos al principio que merecía la pena darlas a conocer, pero nos sentimos estimuladas a publicar esos informes en vista de una observación que consideramos digna de citarse:

Para muchas personas el término "investigación" evoca un espacioso laboratorio, dotado de aparatos relucientes. En realidad, esa es sólo una imagen parcial del amplio campo de estudios, de la experimentación y de la imaginación creadora que intervienen en el conjunto de las investigaciones que se realizan en determinado momento. En términos limitados, la investigación podría definirse como indagación intelectual, frecuentemente de carácter experimental, planeada y llevada a cabo con pericia y precisión por personal especialmente capacitado, y cuya evolución podría verificarse a intervalos regulares mediante la observación por personal aún más calificado.

En este concepto, sin embargo, no se incluye a un grupo de trabajadores más numeroso, sin experiencia ni supervisión, que deben estudiar problemas específicos, pero que por diversos motivos no pueden beneficiarse con el adiestramiento sistemático que recibe el personal de investigación. Dichas personas

pueden, en diversa forma, contribuir a las investigaciones y reforzar su competencia a medida que realizan estudios.

En enfermería hay numerosos supervisores, profesores y administradores que reconocen la existencia de problemas en su trabajo y que ansían investigarlos . . . No se ha determinado con exactitud la relación que existe entre el estudio local de alcance limitado y la investigación de largo alcance. Tampoco se ha determinado el aporte del investigador que realiza un estudio de menor envergadura. Si bien es un hecho que del estudio local aislado no se podría sacar conclusiones sin la interpretación del investigador, es igualmente innegable que sin dichos estudios el investigador tal vez no disponga de los elementos esenciales para sus investigaciones (2).

Utilizando las preguntas formuladas pero no contestadas en esos proyectos previos a la investigación y de limitado alcance en la clínica de atención integral, identificamos determinados aspectos del problema que podrían ser examinados por la enfermera y el trabajador social en entrevistas con pacientes clínicos de edad avanzada, seleccionados de una amplia muestra al azar. Nuestro propósito era obtener una idea más precisa de las necesidades que parecían tener los pacientes y de lo que podíamos hacer para atenderlas.

Entramos así a la etapa en que debimos redactar una propuesta para obtener una subvención, y me correspondió el honor de ser directora del amplio estudio a que dio origen. Admito que no hubiera podido realizarlo sin ayuda, aunque una enfermera con adiestramiento en investigaciones podría haber adoptado por sí sola la mayoría de las decisiones necesarias. Yo no estaba preparada para manejar las estadísticas sin asesoramiento.

El verdadero problema en relación con la falta de adiestramiento no es la obtención de asesoramiento—el que siempre puede solicitarse—sino el de saber qué preguntas formular cuando no se tiene la preparación necesaria. Esto se aplicaba a todos los problemas, salvo a los más sencillos de codificar y elaborar datos. En mi caso, debía depender de otras personas y, a menudo, no estaba en condiciones de evaluar la calidad de la colaboración que obtenía. Esta situación se resolvió, en la mayoría de los casos, trabajando en una unidad de investigaciones en marcha. En un ambiente más aislado posiblemente hubiera tenido menos suerte. Este es un motivo importante para que las enfermeras obtengan adiestramiento adecuado en investigaciones.

Estudio de los ancianos

Este nuevo proyecto, del que fui directora, consistía en un estudio de las necesidades psicosociales y de enfermería de pacientes clínicos an-

cianos y crónicamente enfermos. Se estudiaron, entre otros, los siguientes aspectos: errores de medicación, régimen dietético y alimentario, aprovechamiento del tiempo libre, dificultades para caminar y viajar y problemas económicos y de adaptación social.

En este caso también, los resultados del estudio dieron lugar a diversos trabajos que merecían publicarse (3). Uno de ellos por lo menos, sobre errores de la medicación, ha originado una serie de otros estudios tanto médicos como de enfermería (4). Suscitó también una cantidad sorprendente de correspondencia de diversas regiones del mundo. Evidentemente, habíamos abordado y explorado un asunto crítico en la administración de cuidados eficaces a los pacientes fuera de los hospitales.

Además, como consecuencia de dicho estudio, tuve la oportunidad de disertar en la reunión anual de la Asociación de Farmacéuticos de Hospital de Nueva York, de la Asociación Médica Americana y de la Asociación Americana de Salud Pública, como también ante otros grupos médicos y numerosos grupos de enfermería del país. El interés se debió a que descubrimos ciertas formas perceptibles de errores de automedicación que habían sido sospechadas por muchos, pero no determinadas con precisión.

Ideas para otros estudios

Hace algunos años, en mi trabajo como enfermera de sala del Servicio de Enfermeras Visitadoras de Nueva York, hice las siguientes observaciones:

Entre los accidentes que pueden ocurrir en el hogar a personas mayores, la caída en el baño es la principal causa de lesiones.

Privar arbitrariamente a un paciente de edad avanzada del hábito normal de bañarse es, para él, una de las privaciones que más le afectan . . . Es necesario saber distinguir entre aquéllos a los que se debe enseñar a entrar y salir del baño sin peligro y aquéllos a quienes es preciso disuadir para que no lo intenten, y es preciso establecer un criterio para separar a esos dos grupos . . . Una vez que se establezca el criterio que demuestre ser válido, conviene:

1. Organizar un programa de seguridad individual para cada persona;
2. Decidir qué medios han de utilizarse para ayudar al paciente a valerse por sí solo y en forma segura; y
3. Enseñarle a utilizar una técnica segura y lograr que la aprenda.

Para citar lo que John Dewey decía con frecuencia: "Es preferible decir que se ha vendido cuando nada se ha comprado que afirmar que se ha enseñado cuando nada se ha aprendido".

Sólo cuando se ha realizado ese trabajo preliminar (la investigación experimental), se podrá contar con un programa para la seguridad del

paciente en el baño que pueda ensayarse con grupos "testigo" y experimental de personas de edad con grandes posibilidades de caerse.

La determinación de categorías en relación con ese estudio plantea problemas de gran interés, por ejemplo: ¿Hemos de preocuparnos por accidentes, cuasiaccidentes o riesgo de accidentes?

Una última sugerencia a las enfermeras interesadas en investigaciones clínicas: que anoten sistemáticamente las ideas que se les ocurran en ratos de ocio. A veces, esas ideas deben ser objeto de elaboración preliminar y de estudio detenido antes de concretarse. Otras veces, pueden compartirse o desarrollarse más a fondo exponiéndolas por escrito en un artículo general destinado a enfermeras que se interesen en ellas o planteándolas como problemas a determinadas estudiantes.

A este respecto, citaré como ejemplo un estudio sociológico, recientemente publicado sobre vigilantes nocturnos y su importancia, que da origen a diversos problemas que podrían plantearse en un estudio muy necesario sobre enfermería nocturna.

Otro ejemplo deriva de una nota sobre las observaciones que oyen los nuevos pacientes diabéticos en una clínica. La autora de la nota, una estudiante graduada de una escuela de enfermería de California, se preguntaba por qué no se había desarrollado ese tema. Otra idea sería un estudio epidemiológico sencillo de infracciones en el uso de las máquinas para fabricar hielo en los hospitales modernos. En casi cualquier otra fase de la manipulación y preparación de alimentos nos adherimos a los códigos sanitarios establecidos. Tal vez no haya otro lugar en que sea tan obvio el empleo de una técnica deficiente en la manipulación de alimentos. ¿Qué consecuencias, si las hubiere, tiene esa situación?

Hay otros problemas que sólo formularé como preguntas sencillas. Por ejemplo: ¿A qué se debe la frecuente confusión e irracionalidad de pacientes de edad, frecuentemente bien orientados, en los hospitales? ¿Podría reducirse esto mediante la intervención de la enfermería? Supongamos que un hospital dispusiera de un puesto de evaluación de las actividades de enfermería (semejante a una sala de electrocardiografía o de índice de metabolismo basal), en el que se pudiera realizar una evaluación técnica de la planificación necesaria para facilitar atención de enfermería o supervisión después de ser el paciente dado de alta del hospital. Supongamos también que esa enseñanza (del paciente o de la familia) se llevó a cabo sistemáticamente antes de enviar el paciente a su casa. ¿Se encontrarían diferencias significativas en la observación ulterior entre los pacientes con determinados problemas que fueron atendidos por ese servicio o que se mantuvieron alejados del mismo? Habría innumerables problemas que mencionar.

En el apogeo de la gran época de la bacteriología Robert Koch señaló a sus estudiantes algo que, al parecer, se podría aplicar a las enfermeras que se interesan actualmente por las investigaciones clínicas. Para ese investigador, el oro se encuentra en la superficie y lo único que se necesita es recogerlo; pero para ello es necesario saber distinguir qué es oro.

Referencias

- (1) Schwartz, Doris R. "Nursing Care Can Be Measured". *Amer J Nurs* 48:149, marzo de 1948.
 - (2) Bixler, Genevieve K. "Research and Problems in Nursing". *Amer J Nurs* 42:676-679, junio de 1942.
 - (3) Schwartz, Doris R. y otros: *Elderly Ambulatory Patient Nursing and Psychological Needs*. Nueva York: MacMillan Co., 1964.
 - (4) _____. "Medication Errors Made by Elderly, Chronically Ill Patients". *Amer J Public Health* 52: 2018-2029, diciembre de 1962.
-

LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA*

Margaret G. Arnstein †

Es comprensible que la investigación en enfermería se haya desarrollado con lentitud, ya que debido a la escasez constante de personal de enfermería y a la demanda continua de cuidados en esa especialidad, las enfermeras han concentrado su atención en el servicio del paciente, de modo que la investigación no ha podido llegar a ser un campo importante en esa profesión. Sin embargo, más de una enfermera comprende las necesidades de sus pacientes, y con frecuencia percibe también las diversas maneras en que se podría mejorar el cuidado del paciente. Esa comprensión, conjuntamente con la capacidad para la observación organizada, constituye el primer requisito para la investigación.

Evidentemente han ido en aumento los estudios en este campo, hecho que se confirma examinando las nuevas secciones de las publicaciones oficiales de la profesión, como por ejemplo, en *The American Journal of Nursing* y *Public Health Nursing*. En dichas secciones se mencionan estudios de investigación realizados por estudiantes ya graduados y profesores que participan en programas universitarios de enfermería. Por tanto, sería oportuno examinar qué clase de estudios merecen especial atención, y en qué campo se podrían realizar valiosos descubrimientos o verificar otros, qué posibilidades existen para la investigación, y qué proyectos generalmente son objeto de más amplio estudio.

La necesidad de investigar se inicia cuando en la mente del investigador surge un problema pertinaz, cuya solución es apremiante, y que puede ser corroborado mediante experimentos dirigidos, es decir, un problema que no puede resolverse mediante la reflexión pasiva, sino que debe ser sometido a pruebas de observación objetiva que requieren tiempo y paciencia. Aunque esa curiosidad individual es hoy día menos frecuente que hace 100 años, todavía se plantean problemas de esa índole que deben resolverse individualmente. Todo el conjunto de conocimientos científicos ha entrado actualmente en la época de la planificación. Se han organizado los problemas y definido las materias que han

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *American Journal of Public Health* y de la Asociación Americana de Salud Pública. El texto original, "Research in the Nursing Field", apareció en la antedicha revista, Volumen 40, agosto de 1950, págs. 988-992.

† La Srta. Arnstein (R.N.) pertenece a la División de Recursos de Enfermería, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Washington, D.C.

de ser objeto de estudio. Así ha procedido la industria y numerosas universidades. A menudo, una vez seleccionado el tema, entra en acción el investigador.

En enfermería la investigación también puede efectuarse de acuerdo con un plan. Además, dicha profesión tiene la obligación concreta de señalar aquellos aspectos en que la investigación es más necesaria. Sin embargo, si bien el tema puede ser seleccionado de antemano, es indispensable que el investigador sienta una urgente necesidad de estudiarlo. El investigador debe tener curiosidad, entusiasmo y buena voluntad, ya que las investigaciones, en su mayoría, suponen una gran cantidad de trabajo fatigoso y repetitivo que, muy pronto, agotaría el celo del investigador que no sintiera el deseo irreprimible de seguir investigando hasta encontrar la solución. De modo que debe haber una relación mutua entre investigador y proyecto antes de que la persona competente, debidamente equipada, inicie la investigación que se requiere.

Debido a que el objetivo principal de la enfermería es la prestación de servicios, la profesión ha atraído a muy pocas personas con tendencias estrictamente científicas, y el cuerpo docente de enfermería no se ha preocupado gran cosa por formar un equipo de personal de investigación. Las posibilidades de empleo en la investigación sobre enfermería han sido casi nulas. En esta materia, o bien ha habido poco incentivo oficial o no ha sido organizado. En otras especialidades, se espera que el profesorado universitario realice investigaciones en determinadas horas de la semana, reajustando, en consecuencia, las actividades docentes. El empleo de personal de investigación es posible mediante fondos universitarios especiales. En la industria, existen amplios departamentos de investigación con personal a tiempo completo, y en el campo científico, la investigación se beneficia con el apoyo de fundaciones privadas y del gobierno.

Esto no sucede en la enseñanza de enfermería. Quizás sería más prudente esperar que las escuelas universitarias de enfermería fuesen las primeras en reconocer la necesidad de realizar investigaciones. Sin embargo, incluso cuando se desea realizarlas y se dispone de fondos, es a menudo imposible encontrar el personal necesario debido a la escasez de personas preparadas para desempeñar cargos docentes. Además, son muy pocas las enfermeras que están preparadas para la investigación. No son muchas las instituciones donde pueden obtener adiestramiento e incluso, si lo tuvieran, los cargos disponibles son escasos. El problema se convierte en un círculo vicioso.

Para subsanar la situación, se podrían llevar a cabo experimentos encaminados a modificar los métodos y procedimientos actuales. En primer

lugar convendría determinar los problemas que se desea resolver. A los efectos del presente trabajo, se excluirán los estudios de tabulación en los que se hace un simple recuento o se analizan las normas habituales. Dichos estudios se consideran como medidas preliminares indispensables para cualquier clase de investigación y son también esenciales para la planificación administrativa bien concebida. No obstante, nos referimos a una clase de investigación que no se limita a la correlación estadística de las prácticas habituales, sino que experimenta con nuevas relaciones a fin de conocer los resultados de diferentes métodos ensayados bajo condiciones controladas diversas.

Hay muchas maneras de agrupar estudios con posibilidad de investigación. Se podrían explorar tres amplios campos que ofrecen perspectivas alentadoras: el primero se ocuparía de la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que necesitan diversas categorías de pacientes en situaciones distintas dentro y fuera del hospital; en el segundo se tratarían los estudios relativos a métodos de enseñanza en enfermería, y como tercer tema se podría estudiar la eficacia y el perfeccionamiento de las técnicas de enfermería. El segundo y tercer estudio—sobre métodos de enseñanza y técnicas—se relacionarán automáticamente con el primero, es decir con la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería.

¿Qué cantidad de cuidados de enfermería se necesita en el hospital? Las normas corrientes se basan más bien en las prácticas actuales que en estudios científicamente controlados sobre el bienestar del paciente. A primera vista, es posible que dichos estudios parezcan ser demasiado difíciles de realizar; indudablemente, no se refieren a aspectos tan definidos como el recuento numérico y cualitativo de bacterias en una lámina bajo el microscopio. Se trata de campos de estudio en que tanto el estado emocional del paciente como su bienestar físico constituyen los factores principales, y donde el efecto de la personalidad de la enfermera sobre dicho bienestar varía en alto grado. Todas esas dificultades plantean el problema de si se puede o no establecer un criterio objetivo para evaluar la influencia de los cuidados de enfermería sobre el paciente. Con todo, e independientemente de los obstáculos que se presentan, el problema reviste suficiente importancia para no ser descartado. Si nada resulta de los primeros intentos, conviene recordar que la historia de la mayoría de los descubrimientos constituye una larga trayectoria de fracasos que, a veces, terminan en éxito rotundo. El Salvarsán 606, que en un tiempo fue una droga de gran utilidad, debe su nombre al hecho de haberse ensayado 606 veces.

Con mucha frecuencia sucede que observaciones comunes y corrientes pueden ser la clave para realizar las investigaciones que se necesitan.

Precisamente como resultado de esas observaciones, se sabe que en algunos pacientes el decúbito se debe a que reciben atención en cantidad y calidad menor que la que desean. ¿Qué sucede en el caso contrario, si reciben más cuidados en enfermería? Doris Schwartz, en un artículo titulado "Los cuidados de enfermería pueden medirse" (publicado en la revista *The American Journal of Nursing*, marzo de 1948), se hizo esta pregunta y se dedicó a resolver uno de sus aspectos. Demostró, con un grupo de pacientes, que el sueño del paciente guarda relación con la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que reciben por la tarde. Obtuvo permiso para dejar las luces encendidas una hora más tarde, durante la cual visitó a los pacientes, conversó con ellos, acomodó las almohadas y frazadas, llenó los jarros de agua, distribuyó las bolsas de agua caliente y, en muchas otras formas, se preocupó de que estuvieran cómodos. Pero sobre todo les habló y escuchó sus observaciones. La noche que los pacientes recibieron esa hora extra de atención se durmieron sin dificultad y rápidamente, y la cantidad de sedantes que solicitaron se redujo en un tercio. El médico residente se interesó en el experimento y acompañó algunas noches a la Srta. Schwartz, y durante ese tiempo los sedantes se redujeron a la mitad.

Es razonable suponer que los cuidados de enfermería influyen no sólo en el sueño, sino en otros aspectos. ¿Qué pasa con el ritmo del pulso del paciente, la presión sanguínea, la actividad de los jugos digestivos y otras funciones físicas cuando se aumentan los cuidados? ¿Qué sucede cuando se disminuye la atención o cuando se deja de proporcionar? Es necesario estudiar a fondo estos aspectos. En casos de pacientes a los que se recomendó caminar pronto, se midieron factores como el ritmo del pulso y la presión sanguínea y se demostró que este procedimiento era beneficioso. Básicamente, se podría considerar que la deambulación precoz es una técnica de enfermería, ya que no implica medicamentos o tratamiento. ¿Hasta qué punto aceleran la recuperación otras clases de cuidados de enfermería?

Convendría llevar a cabo experimentos para determinar el número y la categoría de enfermeras que garantice una recuperación óptima. También se debería resolver el problema de lo que constituye el mínimo de atención. Y, con fines de orden práctico, tal vez se pudiera seleccionar un valor intermedio que se considerase adecuado. El Dr. John Cohen, de la Universidad de Leeds, en un informe del Partido Laborista Británico,* estudió la relación entre el número de horas de cuidados de enfermería y la duración media de estancia del paciente en 601 hospitales generales

* Grupo de trabajo sobre la contratación y el adiestramiento de enfermeras.

de Inglaterra, y comprobó que había una relación inversa entre el número de horas de enfermería por paciente y la duración de la hospitalización, o sea, mientras mayor es el número de horas de enfermería por paciente, menor es la estancia en el hospital. La diferencia fue pequeña pero estadísticamente significativa. Si lográramos establecer la misma correlación en los Estados Unidos de América, sería sumamente importante para la elaboración de los presupuestos hospitalarios, ya que facilitaría la determinación numérica del personal en relación con la cantidad de pacientes.

Fuera del hospital, se requieren también estudios de esa naturaleza en salud pública. ¿Cuántos pacientes enfermos en el hogar y qué categorías de los mismos se beneficiarían con los cuidados de enfermería? ¿Cuántas horas de atención y qué clase de cuidado se debería proporcionar? ¿Qué ocurre con el paciente y la familia si no se facilita cuidado de enfermería? ¿Cómo se puede aumentar la eficacia de las visitas de la enfermera de salud pública a las madres que han dado a luz? ¿Es posible encontrar medidas objetivas que nos ayuden a resolver esos problemas? Se debería por lo menos tratar de encontrar ese criterio. De otro modo, si nos protegemos mediante los beneficios "intangibles" que la enfermera de salud pública aporta a una familia, será difícil lograr progresos al respecto.

Es posible que los resultados de dichos estudios se obtengan con lentitud y que se requiera un largo período de observación ulterior para apreciarlos. La investigación llevada a cabo en Rochester, Minnesota, sobre la salud del niño, se propone estudiar al niño desde su nacimiento hasta la edad adulta. El personal de investigaciones no se ha desanimado en iniciar este proyecto aunque sus resultados sólo se corroborarán en 20 años o en un plazo mayor. Al mismo tiempo, es posible que en relación con otros estudios se formulen criterios que permitan resolver algunos de los problemas en un plazo más breve.

A pesar de que los problemas de salud han cambiado, nuestras normas actuales acerca de la proporción de enfermeras de salud pública por población se basan en la práctica de hace 20 años; y sin embargo, se han establecido nuevas técnicas y ha variado nuestra orientación. Por consiguiente, es preciso volver a evaluar dichas normas para confirmar o revisar las que se recomiendan actualmente. El servicio de enfermería de salud pública es tan amplio que en la realización de tales estudios tal vez fuera conveniente abordar por separado ciertos aspectos del problema. Se podrían estudiar las horas de enfermería que se necesitan para administrar satisfactoriamente los servicios de clínica de un departamento de salud, lo que comprendería no sólo el tiempo dedicado realmente a la

clínica, sino también el tiempo indispensable para mantener la asistencia y efectuar las observaciones ulteriores necesarias. Asimismo, se podrían determinar las horas de enfermería que se requieren para cuidar a los enfermos en el hogar, para el programa escolar y otros. Hay un amplio margen para esos estudios y otros semejantes.

El segundo campo de investigación se refiere a los métodos de enseñanza. Existe aún una gran escasez de servicios de formación práctica para las enfermeras de salud pública y estudiantes de cursos básicos en salud pública. Tal vez si se mejoraran los métodos de enseñanza se podrían ampliar dichos servicios. Por ejemplo, si se utilizara un mayor número de películas y se redujera el número de visitas de observación que hace la estudiante con una enfermera, se economizaría el tiempo del personal de enfermería. En la actualidad, se utiliza el antiguo método del aprendiz, en el que una estudiante acompaña a una enfermera durante cierto período antes de poder visitar a los pacientes por sí sola. En general, cuando la estudiante llega a la institución tiene gran interés y receptividad, pues sabe que en uno o dos días se le pedirá que realice por sí misma las visitas. Si las películas fueran específicamente dedicadas a la enseñanza práctica, se podría reducir o eliminar el período de observación con la enfermera. La película se debería analizar en sus diversas fases, destacándose los problemas incluso con más eficacia que en las visitas domiciliarias. Mediante esta clase de estudio visual, combinado con discusiones, la estudiante comprendería adecuadamente situaciones familiares que la capacitarían para seguir por su cuenta. Las investigaciones podrían incluir el estudio por grupos, realizando uno de ellos las visitas habituales con la enfermera, mientras que el otro recibe instrucción con medios visuales. Sería conveniente que la misma supervisora acompañara a cada grupo de estudiantes en la primera serie de visitas, lo que serviría para determinar si uno estaba mejor preparado que el otro. Posiblemente se necesiten experimentos adicionales para comprobar si el grupo que recibe menos orientación personal tuvo una adecuada, si no igual, sensación de seguridad durante las visitas de los primeros días. Este es sólo un ejemplo de un estudio muy necesario y, sin duda, con un pequeño esfuerzo, otros muchos se podrían llevar a cabo.

En una tercera especialidad—estudios sobre procedimientos manuales o técnicas de enfermería—se han realizado ya bastantes investigaciones. En el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, en Atlanta, Georgia, se lleva a cabo un importante proyecto. En cooperación con la División de Bacteriología, una enfermera está tratando de determinar qué procedimientos asépticos y de aislamiento empleados actualmente son necesarios

y cuáles deben ser modificados. Se ha iniciado ya un estudio de las técnicas relativas al uso del termómetro. Más adelante se examinarán otros procedimientos relacionados con el aislamiento. Los numerosos estudios de limitado alcance que se han realizado en esta materia revelan múltiples contradicciones. Los estudios emprendidos en el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles tienen por objeto investigar los aspectos contradictorios y reunir datos suficientes para resolver algunos de los problemas actuales.

En los ejemplos precedentes, se ha prestado atención a algunos problemas de gran amplitud que requieren estudios de investigación. Se podrían señalar muchas otras materias en las cuales hay innumerables aspectos pendientes de estudio. La investigación es un proceso lento. Debido a la presión y al apremio con que trabajan la mayoría de las enfermeras, no les es fácil actuar con paciencia, planear proyectos a largo plazo, realizar actividades que no tengan resultados inmediatos y tener que esperar algún tiempo hasta obtenerlos. La profesión de enfermería ya ha reconocido su obligación de contribuir al mejoramiento del servicio correspondiente y, en colaboración con grupos profesionales afines, debe asociarse a otras categorías de personal con el objeto de planear las investigaciones necesarias y realizarlas.

NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL AYUDANTE DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA*

Rachel Robinson y Melvin Roman †

En este programa de adiestramiento para ayudantes de enfermería de un hospital diurno, los objetivos principales consistían en aumentar su eficacia terapéutica y en ayudarles a obtener mayor satisfacción en el empleo.

El creciente interés por utilizar los servicios de no profesionales como ayudantes psiquiátricos se basa, en parte, en la necesidad de encontrar nuevas carreras para las personas en situaciones sociales desventajosas y, en parte, en la convicción de que el personal no profesional autóctono puede desempeñar una función muy especial, sobre todo en relación con las poblaciones de bajos ingresos. Empezamos a oír hablar sobre la eficacia extraordinaria de dicho personal y—con grandes esperanzas—se organizan nuevos programas por doquier. Muchos de nosotros vemos en esta tendencia el comienzo de una psiquiatría social y de la comunidad más eficaz. ¿Podemos desarrollar las posibilidades del personal no profesional autóctono? ¿A quién vamos a contratar, con qué objeto, para trabajar con quién, y con qué adiestramiento? Estas son preguntas que dan que pensar.

En el presente artículo nos referimos al adiestramiento de ayudantes psiquiátricos en hospitales. Describiremos con cierto detalle nuestras

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "New Directions for the Psychiatric Aids", apareció en dicha revista, Volumen 14, No. 2, febrero de 1966, págs. 27-30.

† La Sra. Robinson (Escuela de Enfermería de la Universidad de California, San Francisco; M.A., Universidad de Nueva York, ciudad de Nueva York) es directora de enfermería en el Centro de Salud Mental de Connecticut (New Haven), y profesora auxiliar de enfermería psiquiátrica en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale. Ha adquirido considerable experiencia en el adiestramiento de ayudantes de salud mental. En la fecha en que se preparó el presente artículo, era directora de enfermería psiquiátrica en la División Albert Einstein de Psiquiatría Social y de la Comunidad.

El Dr. Roman (Ph.D., Universidad de Nueva York) es director adjunto de los Servicios de Salud Mental del Hospital Lincoln y profesor auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina Albert Einstein.

El presente artículo se basa en un trabajo presentado en la conferencia sobre adiestramiento en nuevas carreras para jóvenes en situaciones sociales desventajosas, celebrada en la Universidad de Howard, Washington, D.C., el 27 de abril de 1964.

experiencias en la formación de dicho personal en un hospital diurno del Centro Hospitalario Municipal de Bronx, en la ciudad de Nueva York. Examinaremos los asuntos y problemas que se plantearon en nuestro ambiente, cómo resolvimos algunos y por qué no fue posible resolver otros. Reflexionaremos, además, sobre las nuevas funciones que podría desempeñar el ayudante psiquiátrico.

Históricamente, el ayudante psiquiátrico ha hecho la transición pasando del papel de cuidador con látigo, al de custodio, a veces compañero, y en la actualidad al de asistente terapéutico activamente dedicado a interrumpir el proceso de la enfermedad y a ayudar en la rehabilitación. El adiestramiento de los ayudantes para desempeñar esas funciones cada vez más complejas ha evolucionado lentamente, sin plan y sin eficacia. El aprendizaje ha sido en su mayor parte incidental y principalmente obra de la iniciativa y el interés del individuo. El adiestramiento de ayudantes se inició como un programa de aprendizaje, con el peligro, siempre presente, de perpetuar la ignorancia. El primer programa de adiestramiento de ayudantes se organizó en 1882 en el Hospital McLean en Waverly, Massachusetts. En otros hospitales se establecieron cursos de orientación y diversos programas ampliados de adiestramiento en el servicio.

En estudios recientes se señala lo inadecuado de la mayoría de los programas y la ineficacia de las técnicas pedagógicas empleadas con más frecuencia. Al ser interrogados, los ayudantes contestan que no se les enseña lo que debieran saber. El contenido de los cursos organizados comprende una gran variedad de materias tomadas de las ciencias del comportamiento que, a menudo, se denominan "nociones elementales de psiquiatría y enfermería psiquiátrica". En muchos centros se ofrecen cursos sobre el tratamiento de pacientes y con frecuencia se presentan las técnicas como si no tuvieran relación alguna con la interacción entre dos seres humanos. La escasa asistencia, la poca satisfacción en el trabajo, la uniformidad de las actividades y el gran movimiento de personal revelan, en parte, la ineficacia de los programas oficiales de adiestramiento basados en exposiciones didácticas y otros ejercicios en el aula.

En los programas oficiales para ayudantes de enfermería psiquiátrica no se han abordado problemas relacionados con su baja situación jerárquica y con las consecuencias de su disminuida autoestimación. Tampoco se ha valorado suficientemente en esos programas la tensión que significa el contacto íntimo y prolongado con pacientes, la ansiedad derivada de la comprensión inadecuada de la conducta del paciente, la necesidad de apoyo en las actividades diarias, la falta de recursos para su orientación y la dificultad de aplicar los conocimientos en la práctica.

Los administradores y supervisores se han percatado muy bien de esas deficiencias en el adiestramiento de los ayudantes y están cada vez más convencidos de que la formación práctica extraoficial, las demostraciones concretas y la cooperación activa con profesionales les proporcionan las experiencias didácticas más significativas.

Definición del ayudante de enfermería psiquiátrica

Los ayudantes psiquiátricos constituyen el mayor número de empleados de las instituciones psiquiátricas públicas, con un total superior a 90,000. Las publicaciones correspondientes revelan que las estadísticas sobre dicho personal hospitalario son incompletas y, en la mayoría de los casos, sólo representan cálculos aproximados. En teoría, la mayoría de los programas hospitalarios exigen que el aspirante tenga 18 años de edad o más, que haya completado sus estudios secundarios (o el equivalente) y se interese verdaderamente por el bienestar de los enfermos mentales. No obstante, la mayoría de las instituciones admiten que esas normas se reducen cuando el número de candidatos es limitado. Las estadísticas y las listas de requisitos necesarios, si bien son útiles, con frecuencia no mencionan los factores más importantes relativos al adiestramiento.

La Srta. E. L. Brown, al examinar nuevas perspectivas del cuidado de pacientes, señala que "una gran proporción de ayudantes en los Estados Unidos de América proceden de grupos minoritarios y sufren como consecuencia de una profunda sensación de inseguridad, si no de hostilidad".* Con frecuencia, buscan simplemente un empleo, cualquiera que sea. A veces, sólo después de ser contratados descubren que deben satisfacer una gama prodigiosa de necesidades y exigencias. Antes de trabajar como ayudantes no habían logrado gran cosa, y al empezar, los ayudantes del sexo masculino, en especial, experimentaban considerables dudas y conflicto interno. Los sueldos ofrecidos no proporcionan seguridad económica. Las posibilidades de ascenso eran, en el pasado, nulas e incluso ahora son limitadas. En muchos estudios se menciona, sin ambages, el hecho de que los ayudantes recientemente empleados procuran hacer frente a la hostilidad reprimida, a la desconfianza y a la sensación de incapacidad, consecuencias de la vida en grupos minoritarios, y que estos problemas suelen reforzarse, en vez de mitigarse, en el ambiente institucional tradicional.

* Brown, Esther Lucile: *Newer Dimensions of Patient Care. Part 2. Improving Staff Motivation and Competence in the General Hospital*. Nueva York: Fundación Russell Sage, 1962, pág. 112.

Las generalizaciones sobre un grupo, por muy válidas que sean, inevitablemente implican injusticia contra algunas personas. La dedicación y pericia de muchos ayudantes no debe pasarse por alto ni restarle importancia. Sin embargo, es preciso tener en cuenta tales generalizaciones en relación con las personas a quienes se ha de educar, de modo que puedan organizarse programas de adiestramiento que permitan obtener resultados óptimos.

El hospital diurno

Procederemos a describir el ambiente y nuestras experiencias. El hospital diurno psiquiátrico está situado en el Centro de Salud de Westchester Square, en la ciudad de Nueva York, es administrado por el Departamento de Salud de dicha ciudad y se considera como parte del conjunto de servicios del Centro del Hospital Municipal de Bronx, que se encuentra a una milla de aquél. Todos los servicios profesionales del centro están a cargo de la Escuela de Medicina Albert Einstein. El hospital diurno fue establecido por la División de Psiquiatría Social y de la Comunidad del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina y sus servicios están bajo su dirección. Esa División es principalmente una unidad de investigación dedicada a un amplio estudio de la salud mental, las enfermedades mentales y la recuperación. Nuestra orientación general se concentra en el estudio simultáneo de las unidades individuales y sociales del comportamiento, y nos interesa en especial el estudio dinámico intensivo de grupos pequeños, sobre todo de la familia.

Al ser admitido al hospital diurno, cada paciente es asignado a un grupo de actividad constituido por ocho o 10 pacientes. Durante las dos terceras partes del tiempo, entre las 9 de la mañana y las 4 de la tarde, 5 días a la semana, cada grupo participa en actividades ocupacionales, recreativas y culturales. Cada uno de esos grupos está bajo la responsabilidad directa de un médico, una enfermera y un ayudante psiquiátrico; además, cada grupo cuenta con los servicios de un consultor en dinámica de grupo y una visitadora social. El grupo se reúne al comienzo del día bajo la dirección del médico, actuando la enfermera y el ayudante como dirigentes auxiliares. Es posible que en esas reuniones se preparen los detalles y las actividades del grupo dentro del marco general del programa previsto. Otras veces, la reunión se concentra en problemas interpersonales, asuntos de interés para el grupo, acontecimientos del hogar, material derivado de reuniones familiares, consideraciones sobre tratamiento, la inminente dada de alta al paciente, etc. Aunque a veces esas

reuniones se asemejan a una sesión tradicional de la terapia de grupo, el contenido se refiere principalmente al funcionamiento del grupo dentro del hospital diurno.

La enfermera y el ayudante de psiquiatría pasan todo el día con el grupo. Dirigen algunas actividades; los pacientes u otros miembros del personal se responsabilizan de otras de las actividades. Cada grupo prepara el almuerzo para todos los pacientes del hospital diurno, por lo menos una vez a la semana, administra la cafetería por turnos y se ofrece para realizar otras tareas similares, o bien el director del hospital o la enfermera jefe se las asignan. Se espera que los grupos trabajen como tales medio día aproximadamente en un proyecto determinado. Se pueden dedicar, entre otras tareas, a las siguientes: preparar equipo para la sala de suministros del hospital, empaquetar, realizar trabajos de oficina para diversos organismos sociales o de beneficencia, reparar juguetes para la sala de niños, o iniciar sus propios proyectos, los que han comprendido el diseño y la confección de juguetes de trapo y objetos de cerámica, el trazado de un jardín pequeño y la publicación de un periódico en el hospital. Los grupos pueden también dedicarse a ciertas actividades artísticas como la pintura mural o a otras actividades culturales, recreativas o educativas. En fecha reciente, se introdujo un programa de "trabajo remunerado" en colaboración con los Talleres Altro, que ofrecerá trabajo de industria liviana a todo el grupo o a otras personas interesadas.

Algunas actividades llevadas a cabo en la sala, como programas semanales de bailes, demostraciones de cuidados de la belleza y canciones, proporcionan la oportunidad de eliminar las diferencias entre los grupos y de reunir al personal del hospital como una unidad varias veces por semana, lo que también se logra mediante las reuniones semanales de terapia a la que asisten todos los pacientes y el personal. En general, el plan está organizado en tal forma que el paciente, si lo desea, puede pasar por lo menos una hora al día a solas.

En este ambiente, se espera en general que el ayudante contribuya al logro de los objetivos del hospital, tanto terapéuticos como de investigación. Se espera que participe en la organización y aplicación del programa de tratamiento y ayude a establecer un "puente con la realidad" mediante su participación con los pacientes en situaciones lo más realistas posibles de trabajo y recreo. Esto significa mantener activamente un programa que estimule una mayor interacción entre los pacientes, dándoles la oportunidad de tomar responsabilidades y constituye un llamamiento a asumir el papel de "persona sana" en contraste con el de "persona

enferma". Se estimula expresamente a los ayudantes a desempeñar las siguientes actividades y se espera que las realicen:

- Alternar con los individuos y con "el grupo".
- Encargarse de que el grupo participe en actividades, y de prestarle atención, estimularlo, formular sugerencias, efectuar demostraciones y establecer limitaciones.
- Reducir la tensión mediante actividades adecuadas, permaneciendo con el paciente, acompañándolo, o sugiriendo cambios en el ambiente del hospital.
- Estar atento a los cambios en la sintomatología y, en caso necesario, proteger a los pacientes de sus impulsos incontrolados, protegiéndose igualmente a sí mismo y a los demás miembros del personal.
- Ayudar a los pacientes en su aseo personal y a mantenerse bien arreglados, cuando sea necesario.
- Realizar *con los pacientes* aquellos quehaceres domésticos que requiere la vida en comunidad.
- Participar en conferencias (tema que se examinará más adelante).
- Ser bastante flexible para poder desempeñar cualesquiera otras actividades llegado el caso.

En términos amplios y sencillos, los dos objetivos principales del adiestramiento son: asistir al ayudante a ser un buen agente terapéutico y a lograr mayor satisfacción en su trabajo. Estos dos objetivos parecían ser inseparables y estar indisolublemente vinculados a la importancia del ayudante en nuestro programa de tratamiento.

En nuestra calidad de profesores y supervisores de ayudantes, a menudo se nos pide que examinemos con espíritu crítico algunas de nuestras convicciones básicas y que resolvamos las contradicciones entre creencias y prácticas. Entre las convicciones principales cabe mencionar el reconocimiento de la dignidad y el valor intrínseco de cada individuo y la apreciación de sus esferas de competencia y posibilidades de crecimiento. No cabe duda de que una poderosa serie de influencias interpersonales vinculan al supervisor con el ayudante y con el paciente. Si el supervisor tiene preparación adecuada, si se preocupa suficientemente por evaluar las necesidades emocionales del ayudante, si lo acepta con afecto y comprensión, y si le permite que lleve a cabo su labor a "su manera", es muy posible que en el desempeño de sus funciones en el futuro este tome como base nuevas y variadas experiencias positivas en vez de los recursos a menudo limitados. Las restricciones que impone a la función del individuo el sistema social de incluso un hospital progresista suelen aniquilar ese criterio.

Para fomentar la sensibilidad del ayudante, su autocomprensión, confianza y flexibilidad no sólo es preciso aprender sino también *olvidar* lo aprendido; es necesario no sólo que los ayudantes evolucionen, sino también nosotros mismos; y, lo que es más importante, se necesita una mayor democratización y flexibilidad de nuestra estructura institucional. Por ejemplo, a menudo se da el caso de un ayudante que está controlando su legítima autoexpresión, y, en algunas circunstancias, se está sometiendo a peticiones autoritarias sin impugnarlas, al mismo tiempo que reprime su resentimiento. Cuando se siente molesto por la insensibilidad del supervisor para resolver algún asunto, le ofende que se le pida "ser comprensivo con los pacientes". Por consiguiente, el supervisor, si bien tiene la obligación de facilitar la evolución del ayudante y de apoyarlo, debe también preocuparse por las limitaciones del individuo y de la institución y ponerse en guardia contra esperanzas irrealizables que defrauden y perjudiquen a todos.

El equipo enfermera-ayudante

En nuestro ambiente, los ayudantes pueden participar en todos los ejercicios de adiestramiento que se lleven a cabo en la unidad. Las conferencias interdisciplinarias sobre asuntos clínicos y de investigación ofrecen al personal la oportunidad de estudiar y determinar el marco dentro del cual se efectuará la práctica clínica y la labor de investigación. En la mayoría de los casos, el personal profesional procura que el personal no profesional participe en todas las deliberaciones y dé a conocer sus observaciones e impresiones. A pesar de esas actividades, nuestra experiencia se asemeja a la vivida por otros, es decir los ayudantes no participan con mucha frecuencia en dichas reuniones.

El problema tiene, sin duda, múltiples aspectos, pero se resta importancia al aspecto principal del mismo si se atribuye la falta de participación al inadecuado desarrollo de las técnicas de comunicación. El hecho es que el personal no profesional se da cuenta de la naturaleza restrictiva de su participación en este grupo con motivaciones intelectuales, predominantemente profesional, de personas de la clase media, y reacciona con el silencio.

Los dos aspectos del programa de adiestramiento que, al parecer, contribuyen más a la formación del ayudante son: 1) la experiencia diaria de actuar como parte del grupo enfermera-ayudante, en la que aquélla representa el modelo con el cual identificarse y actúa en la práctica como preceptora clínica; y 2) el seminario del personal de enfermería. En el

seminario, dirigido por una supervisora de enfermería psiquiátrica, se determinan las funciones y se resuelven los conflictos interpersonales que tan a menudo interfieren con el cuidado de los pacientes.

Como se señaló anteriormente, cada ayudante es asignado a un grupo de pacientes y comparte las funciones directivas con una enfermera y un médico. En contraste con la práctica clínica en muchos centros psiquiátricos, la enfermera y el ayudante trabajan unas seis horas diarias directamente con el grupo de pacientes en diversas actividades. Se establece necesariamente una estrecha relación, que puede ser hostil, afectuosa o ambivalente, y se caracteriza por las satisfacciones y conflictos de la mayoría de dichas relaciones. La capacidad tanto de la enfermera como del ayudante para dar, recibir, compartir y adaptarse está constantemente sometida a prueba.

Cuando las circunstancias fortuitas lo permiten y pueden formarse equipos compatibles, el paciente es el que se beneficia y el ayudante y la enfermera comparten la recompensa. El paciente anciano y deprimido sonríe por primera vez en tres meses. El paranoico acerca su silla al círculo formado por el grupo, y el silencioso habla. Todos van adquiriendo confianza, se establecen vínculos, y la participación común en las experiencias y las realizaciones se convierten en un poderoso estímulo. Se comparten también los problemas mutuos. En esta forma, obligaciones y ansiedades, frustraciones y recompensas hacen que se desarrolle un "*esprit de corps*" con una sensación de pertenencia, interdependencia e identidad. La enfermera no sólo es para el ayudante un modelo con el cual identificarse, sino también un apoyo y una fuente de conocimientos. En algunas ocasiones, se convierte en objeto de la agresión o afecto mal dirigidos del ayudante. Los conflictos de asociación íntima y responsabilidad compartida no son pocos ni sencillos; a veces, están profundamente arraigados y no pueden modificarse sin una intervención terapéutica hecha en forma.

El ejercicio de la autoridad es un elemento especialmente interesante y delicado del co-liderazgo de la enfermera y el ayudante. Con frecuencia, los ayudantes oyen decir, y con toda razón, que son importantes para el tratamiento, que pueden aportar una contribución significativa y que tienen oportunidades excepcionales para compenetrarse con los pacientes. Al mismo tiempo, se les confían "mandados". No siempre es fácil conciliar la diferencia entre los sentimientos recién adquiridos de prestigio y sus persistentes sentimientos de baja autoestimación. En el proceso de adaptación, es posible que el ayudante experimente resentimiento, frustración e incluso confusión. Algunos de esos sentimientos perturbadores no pueden eliminarse en forma real sin importantes cam-

bios institucionales como, por ejemplo, la aplicación de escalas de sueldos que recompensen razonablemente su mayor desarrollo.

Otros conflictos tal vez sean de carácter más temporal. A menudo, en el conflicto por autoridad entre médicos y enfermeras, hombres y mujeres, el ayudante se encuentra atrapado entre dos fuerzas. El poder de emitir juicios, el evitar desvincularse de las fuentes de gratificación, el saber defenderse, el mantener su identidad ante el peligro, todo esto forma parte del problema que confronta el ayudante y es un reto a su ingenio y al nuestro.

El seminario para el personal de enfermería

El seminario para el personal de enfermería ha sido una de las experiencias de adiestramiento más significativas para nuestros ayudantes. Se celebra semanalmente y es dirigido por una supervisora de enfermería psiquiátrica. La asistencia al seminario es voluntaria, pero se les estimula a participar e incluso se les exime de sus funciones en la sala para que puedan concurrir. El programa y el método de trabajo son variados y flexibles; se exponen situaciones específicas y un director de debates actúa de catalizador de la discusión. El grupo que asiste al seminario es heterogéneo y comprende personas de uno y otro sexo, profesionales y no profesionales de diversos antecedentes étnicos, religiosos, culturales y socioeconómicos. Pero es homogéneo en cuanto a la naturaleza de sus funciones y en la orientación de las mismas: la atención de enfermería. Los ayudantes pueden participar en calidad de: 1) oyente, asistiendo en forma pasiva y limitándose sólo a comunicar en forma no verbal su acuerdo, desacuerdo, apoyo o retraimiento; 2) iniciador o participante en discusiones encaminadas a resolver problemas relacionados con el paciente, y 3) iniciador o participante en discusiones sobre autoanálisis (las que tratan de preocupaciones y conflictos interpersonales que, al parecer, interfieren con el cuidado del paciente).

El grado y la naturaleza de la participación del ayudante varía según la personalidad de los individuos, la composición del seminario y el grado de desarrollo y cohesión del grupo en su totalidad. Una vez que se ha establecido una actitud de aceptación, el ayudante puede identificarse con el grupo como una entidad, la cual puede proporcionarle apoyo y satisfacción. El grupo que participa en el seminario se convierte en un punto donde tomar aliento, en el lugar donde plantear ideas difíciles de dar a conocer en grupos más amplios y en el escenario para

ensayar las actividades espontáneas e intuitivas en las que tanto confía el ayudante.

Algunas consecuencias

No se ha evaluado sistemáticamente la eficacia de nuestro programa de adiestramiento. Los métodos de evaluación se han limitado solamente a observar el comportamiento del ayudante con los pacientes y el resto del personal. Hemos aprendido que el personal no profesional *puede* integrarse en forma satisfactoria en el equipo terapéutico y *puede* compartir responsabilidades directivas con diverso grado de eficacia y satisfacción personal.

Los ayudantes, aunque continúan siendo el grupo más vulnerable, han aumentado su tolerancia a la tensión y la ambigüedad y se adaptan a nuevas funciones con facilidad cada vez mayor; al parecer, recurren con menos frecuencia a su anterior actitud, indicativa de desadaptación, de sustraerse y "culpar" a otros. Revelan mayor pericia para afrontar el comportamiento patológico, tienen mayor dominio personal, son menos rígidos moralmente y raras veces manifiestan una conducta provocadora o vengativa. Dan muestras de mayor iniciativa para encontrar otras formas de contener al paciente, parecen más seguros y estables en su función como ayudantes y más preparados para hacer frente a las tensiones de la vida hospitalaria. Establecen limitaciones en sus relaciones con pacientes y colegas, inician relaciones interpersonales y comunican sus observaciones en forma más eficaz. Además, dependen menos de la enfermera como portavoz.

Sus reacciones positivas al paciente y su familia han aumentado sin incurrir en demasiada compenetración ni participación, lo que, en el pasado, interferían con su funcionamiento. Por último, han logrado, en diversos grados, iniciar y organizar proyectos con grupos de pacientes y mediar con éxito conflictos de grupo. Debido a la flexibilidad y amplitud de la experiencia del adiestramiento y del ambiente, se han identificado y utilizado sus habilidades, aptitudes e intereses especiales. Los ayudantes se han especializado en economía doméstica, artes y oficios y carpintería, lo que ha redundado en una mayor autoestimación.

El grado en que el ayudante puede actuar en esa forma parece depender de los factores siguientes: 1) el tiempo asignado a reuniones y ejercicios de adiestramiento oficiales y extraoficiales; 2) la personalidad y motivación del ayudante; 3) la pericia, el espíritu creador y la dedicación del maestro, y 4) el grado en que la comunidad pueda ser democratizada.

La flexibilidad y el apoyo de la administración del hospital son indispensables para cualquier programa de esa naturaleza. Las perspectivas deben ser claras y realizables. La institución debe tolerar alteraciones temporales, debe estar dispuesta a reconocer y a remediar las desigualdades en su sistema de compensación y, por último, debe conceder mayor prioridad a los aspectos de rehabilitación entre las funciones del ayudante que la dada a su función de guardián.

¿Qué *no* se debe esperar de los ayudantes? Aunque a veces se dedican a la práctica de la enfermería, los ayudantes no son ni médicos ni enfermeras. Con frecuencia, en la aplicación de principios democráticos o bajo el pretexto de medidas de emergencia, se ven obligados a desempeñar cargos insostenibles con responsabilidades abrumadoras, sin tener ni la pericia técnica ni los recursos emocionales para desempeñarlos con eficacia. El personal no profesional, cuando se le deja que actúe independientemente en un ambiente clínico, se coloca en una situación muy vulnerable; necesita supervisión cuidadosa y constante y el apoyo que representa la responsabilidad *compartida*.

Nuestra experiencia nos induce a creer que el empleo de personal no profesional en psiquiatría de la comunidad podría ampliarse con el fin de abarcar modalidades de tratamiento distintas de las que ofrecen los servicios de pacientes hospitalizados y los hospitales diurnos y nocturnos. Entre esas posibilidades está la de cooperar en programas de rehabilitación de pacientes ambulatorios, como los llevados a cabo en talleres protegidos, clubes sociales, en casas de convalecencia, "clínicas de post-cura" y en los propios hogares. Con adecuado adiestramiento y experiencia, el ayudante puede prestar servicios inapreciables en clínicas de tratamiento y de diagnóstico de pacientes ambulatorios. Tenemos el propósito de contratar y adiestrar personal no profesional como ayudantes psiquiátricos adscritos a familias en una clínica de tratamiento de emergencia a corto plazo. Esperamos que dichos ayudantes realicen visitas domiciliarias, establezcan enlace con organismos de la comunidad, ayuden a acelerar el plan de tratamiento y establezcan una mayor comprensión entre la familia de bajos ingresos del paciente perturbado y el profesional de clase media especializado en salud mental.

COMO AYUDAR A LOS ESTUDIANTES A IDENTIFICAR Y A RESOLVER LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE *

Marjorie Burrill †

El análisis diario de la atención que la estudiante presta a sus pacientes le ayuda a desarrollar procedimientos para solucionar problemas, con el resultado de que los cuidados de enfermería son más eficaces y personales y tendrán una mejor base científica.

En la solución de problemas, el primer paso consiste en identificar el problema del paciente. No se trata de un ejercicio puramente intelectual y, para muchas estudiantes, la tarea es difícil. Sin embargo, es una habilidad que la estudiante debe desarrollar si ha de aprender a utilizar sus conocimientos teóricos para proporcionar una atención de enfermería verdaderamente integral.

Como el paciente es la preocupación primordial de la enfermera y puesto que este es con mucha frecuencia la persona con quien menos se cuenta cuando la rutina del hospital impone sus demandas sobre las actividades de enfermería, la estudiante sin experiencia fácilmente puede encontrarse atrapada en la maraña de administrar cuidados impersonales a los pacientes, sin prestar gran atención a sus necesidades específicas. Sabiendo esto, el instructor debe estar preparado para ayudar a la estudiante a reconocer la importancia de su función primordial: aprender a proporcionar a los enfermos la mejor atención posible.

Para la estudiante que empieza su experiencia medicoquirúrgica, la técnica más eficaz para ayudarle a identificar los problemas del paciente consiste en hacer un análisis de la atención de enfermería que le ha dado a cada uno de los pacientes que se le han asignado. En general, se le asignan uno o dos pacientes, de modo que tenga tiempo suficiente para familiarizarse con él y sus necesidades y darle la mejor atención posible.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Nursing Outlook*. El texto original, "Helping Students Identify and Solve Patients' Problems", apareció en dicha revista, Volumen 14, No. 2, febrero de 1966, págs. 46-48.

† La Srta. Burrill (Escuela de Enfermería del Hospital General de Maine Oriental, Bangor; M.S., Universidad de Boston) es profesora auxiliar de enfermería en la Escuela de Enfermería de Simmons College, Boston.

Ese análisis se realiza inmediatamente después de una jornada de ocho horas de práctica en el aspecto clínico y la estudiante se lo entrega al día siguiente a su instructora clínica, quien lo examina con ella.

El análisis permite a la estudiante reflexionar sobre la labor que ha realizado y la estimula a determinar los motivos en que se funda la atención dispensada, si no comprende fácilmente por qué procedió de esa manera. Al analizar su actuación se da cuenta de que los conceptos tradicionales de la enfermería son discutibles. Empieza así a pensar en la manera de mejorar la atención al paciente y a reconocer la necesidad de comunicarse con otros integrantes del grupo de salud tales como la dietista, el médico, el dirigente de grupo y la enfermera jefe. Y, lo que es más importante, adquiere mayor conciencia del paciente y se va desarrollando en ella la facultad de analizar con espíritu crítico tanto la atención que proporciona por sí misma como aquella indicada en el ocheró de las enfermeras.

En el análisis mencionado, se utiliza una hoja de trabajo en la cual la estudiante registra en la parte superior las iniciales, el diagnóstico y la edad del paciente, y además su propio nombre, la fecha y la sala. Esta información es doblemente útil, pues ayuda a la instructora a identificar al paciente (clave útil si la estudiante ha atendido a más de un paciente) y, para la estudiante, subraya la necesidad de saber la edad y el diagnóstico del paciente, hechos que por sí solos podrían sugerir problemas específicos comunes a pacientes de determinado grupo etario o con el mismo diagnóstico. Esta información también ayuda a la estudiante a buscar manifestaciones de problemas análogos en otros pacientes.

El análisis se efectúa en cinco columnas destinadas a los aspectos siguientes: 1) los problemas del paciente; 2) la administración de cuidados de enfermería para resolver problemas; 3) dieta; 4) medicamentos administrados, y 5) motivos para prescribir cuidados de enfermería, dieta y medicamentos.

Los problemas del paciente. Se espera que la estudiante identifique sólo aquellos problemas que observa realmente mientras cuida del paciente. Al parecer, la mayoría de las estudiantes no tiene tanta dificultad para reconocer los problemas como para formularlos. Al tratar de darles expresión verbal tienden a confundir los problemas del paciente con sus propios objetivos de enfermería; por ejemplo, "mantener una adecuada circulación de sangre oxigenada". O, simplemente confundan los problemas del paciente con los de enfermería; por ejemplo, "prepararlo para el alta" o "prevención de complicaciones postoperatorias". O, en vez de formular el problema en términos específicos, recurren a una generalización; por ejemplo, "debilidad debido a pérdida de líquidos por

diarrea" o "succión gástrica". Al presentar el problema específico del paciente, esas generalizaciones debieran descomponerse en "deshidratación", "nada por la boca", "diarrea", "debilidad", "succión nasogástrica", "sed", "sequedad de la boca", problemas con respecto a los cuales el estudiante puede entonces seleccionar el plan de acción que más convenga.

En su forma actual, la hoja de trabajo no tiene espacio para indicar si la estudiante ha adquirido suficiente conocimiento sobre los razonamientos científicos de los problemas del paciente. En realidad, este es un beneficio marginal inherente porque la estudiante comprueba que, para identificar otros problemas del paciente, además de los obviamente físicos, debe estar familiarizada con las repercusiones del diagnóstico y otros datos pertinentes. Esta información la obtiene, por ejemplo, de la historia médica, de los integrantes del equipo terapéutico y del propio paciente.

Definir los problemas del paciente es un proceso continuo y varía con cada estudiante. Como las estudiantes no avanzan al mismo ritmo, las instructoras deben orientarlas individualmente, de modo que cada una pueda progresar según su propio ritmo de desarrollo. La estudiante de capacidad promedio adquirirá mayor pericia en la aplicación de principios científicos al cuidado de los pacientes porque deberá prestar atención a lo que haga y analizar sus actividades. Por otra parte, la estudiante de calidad superior avanzará muy rápidamente hasta distinguir no sólo los problemas físicos evidentes del paciente, sino también los encubiertos o inminentes. De modo que estará capacitada más pronto para empezar a aplicar los principios de la atención integral.

La administración de cuidados de enfermería para resolver problemas. Una vez que la estudiante ha identificado los problemas, decide los cuidados de enfermería que ha de facilitar al paciente para atender a sus necesidades específicas, lo que también puede ser difícil. No obstante la práctica en el empleo de la hoja de trabajo, le ayudará a analizar mejor la utilidad de los cuidados de enfermería que el paciente recibe. La hoja de trabajo es también un elemento de información que le permite sugerir inteligentemente la manera de mejorar esos cuidados. Mediante este proceso, aprende a establecer órdenes de prioridad eficaces basados en un análisis crítico del plan de atención de enfermería.

Es posible que, al proceder al análisis, la estudiante no esté segura de si entre las medidas básicas de enfermería debe anotar "baño en la cama", TPR, "masajes en la espalda", etc. En este caso también, la hoja de trabajo le ayudará a reconocer y a comprender las relaciones mutuas

de los diversos aspectos del tratamiento que son elementos importantes de la atención del paciente.

Cuando la estudiante utiliza por primera vez la hoja de trabajo, la inclusión de actividades habituales de enfermería como soluciones de un problema, le da un elemento conocido al cual recurrir. Pero, a medida que adquiere mayor pericia en la solución de problemas y comprende mejor la labor que realiza y los motivos que la justifican, podrá seleccionar medidas que reflejen un conocimiento más profundo y más amplio de las necesidades del paciente.

Se estimula a la estudiante a aguzar su capacidad selectiva porque muchas veces tendrá que incluir en el análisis esas mismas medidas básicas de enfermería, a fin de indicar como ha enfocado el problema. Si la estudiante no sabe cuando el baño o la TPR constituyen un elemento vital para el bienestar del paciente y si por ese motivo no incluye dicha información en el análisis de los cuidados de enfermería que el paciente recibe, es indispensable que la instructora le ayude a comprender mejor los problemas del paciente.

Dieta. La tercera columna de la hoja de trabajo se ha incluido con el fin de destacar la importancia del régimen alimenticio para el bienestar del paciente. Durante años, las estudiantes de enfermería han tenido aversión por los cursos de nutrición. Procuramos que la nutrición forme parte integrante del curso de enfermería medicoquirúrgica tanto en el ambiente clínico como en la sala de clase. La estudiante puede apreciar mejor la relación directa que existe entre nutrición y salud cuando cuida al paciente. Al subrayar la importancia de comprender las necesidades o restricciones dietéticas del paciente, la estudiante adquiere mayor conciencia de la responsabilidad que le incumbe de incluir en el plan de atención total de los pacientes los elementos indispensables de la buena nutrición. Si comprende bien el propósito general de los regímenes terapéuticos, servirá de enlace bien informado entre el paciente y el dietista, o el paciente y el médico, cuando se presenten problemas.

Medicamentos administrados. En la instrucción, es probable que una de las dificultades mayores sea la de garantizar la administración segura de medicamentos por la estudiante. Como se espera que esta dé a sus pacientes todas las medicinas necesarias mientras estén a su cuidado, debe tener conocimientos adecuados de farmacología. El hacer a la estudiante preparar las fichas de medicamentos es principalmente un ejercicio que consiste en transferir información de un texto de farmacología a una tarjeta; a menudo, no recuerda después los hechos pertinentes. El interrogatorio o comprobación por la instructora ayuda a la estudiante a reconocer la importancia de la medicación para el cuidado del paciente

y a comprender que a ella corresponde reconocer tanto los efectos tóxicos como la eficacia del medicamento de que se trate. La inclusión, por la estudiante, de los medicamentos del paciente en la hoja de trabajo, sirve para subrayar la importancia de saber por qué se ha prescrito cada medicación. Es posible que la estudiante compruebe que se necesita una investigación más profunda que la estrictamente necesaria para relacionar la medicación con un problema específico cuando descubra que, si bien algunos medicamentos se administran principalmente con fines terapéuticos, otros se prescriben como medidas profilácticas.

En este caso también, la experiencia efectiva refuerza el espíritu selectivo de la estudiante, su capacidad analítica y la aplicación de conocimientos. Como sucede con otros datos incluidos en la hoja de trabajo, la estudiante percibe deficiencias en su conocimiento y puede adoptar medidas constructivas para subsanarlas. La autodirección que permite la hoja de trabajo puede conducir a la estudiante a la pasividad o a una actividad muy limitada en lo que respecta a la falta de conocimientos o, por el contrario, la puede hacer aprovechar todos los recursos adecuados para ampliarlos. Cualquiera decisión que adopte será evidente para la instructora cuando examine el análisis de los cuidados de enfermería preparado por la estudiante. Aunque las hojas de trabajo no se califican, sirven para fundamentar las observaciones de la instructora y pueden formar parte de la ficha biográfica de la estudiante.

Motivos para prescribir cuidados de enfermería, dieta y medicamentos. Debido a la información que se solicita en la última columna de la hoja de trabajo, la estudiante y la instructora se dan cuenta claramente de si aquélla realmente conoce los motivos por los cuales se ha prescrito el cuidado indicado en las columnas anteriores. Como la hoja de trabajo no requiere información amplia y esta no tiene que estar fundamentada, los motivos para prescribir cuidados de enfermería, un régimen alimenticio y medicamentos se anotan en la misma columna. No cabe esperar explicaciones muy detalladas, pero cada una debe ser exacta.

La hoja de trabajo está organizada de tal manera que la información incluida en cada columna corresponda al problema que se examina. Por lo tanto, la estudiante adquiere práctica en la presentación de informaciones en orden lógico y en forma ordenada. Al tratar de aplicar en la práctica los conocimientos teóricos sobre el cuidado del paciente, elegirá con frecuencia, como motivos, aquellos conceptos que se han subrayado en la clase durante la preparación del análisis de los cuidados de enfermería.

Después de revisar dicho análisis, la instructora formula sugerencias o críticas en la hoja de trabajo, de modo que la estudiante comprenda

mejor qué información se podría haber incluido u omitido. Hay dos aspectos principales en que las estudiantes necesitan orientación: en la identificación del problema específico del paciente y en la definición de los cuidados de enfermería que es preciso proporcionar para hacer frente al problema.

Resultados. El empleo reiterado de este formulario para el análisis de los cuidados de enfermería ha reportado numerosos beneficios. La estudiante:

1. Perfecciona su habilidad para reconocer las necesidades de cada paciente.
2. Aprende a aplicar soluciones propias, basadas en su experiencia de aprendizaje previa, a problemas análogos de cuidados de enfermería.
3. Aumenta su conocimiento de los motivos para aplicar medidas de cuidados de enfermería.
4. Aprecia mejor la función que desempeñan otros miembros del equipo de salud para proporcionar al paciente cuidados óptimos.
5. Adquiere habilidad para reconocer y aplicar diversas soluciones adaptadas a las necesidades del paciente.
6. Establece una pauta de razonamiento crítico y el hábito correspondiente.
7. Actúa cada vez más por sí sola.
8. Reconoce las deficiencias en su conocimiento de modo que, con la debida orientación, puede decidir en qué forma debe dirigir sus actividades para subsanarlas.
9. Adquiere cada vez más competencia en el empleo de métodos para resolver los problemas de su especialidad.
10. Establece un orden de prioridad para el cuidado del paciente, basándose en criterios de enfermería bien fundados.
11. Aprende a facilitar atención en función del paciente.

Se requieren ciertas condiciones para que la estudiante utilice con éxito las técnicas de solución de problemas como método de aprendizaje: el problema por resolver debe adaptarse a su grado de madurez y experiencia; debe haber tenido experiencia previa al respecto o poseer información necesaria para su solución o saber donde encontrarla, e interesarse verdaderamente por resolver el problema.*

* Mills, L. C., y Dean, T. M. *Problem-Solving Methods in Science Teaching*. Nueva York: Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1960, pág. 4.

Mientras más pericia tenga la estudiante en el uso de procedimientos para la solución de problemas, mejor preparada estará para proporcionar los cuidados de enfermería inteligentes y personales que tengan una base científica que cabe esperar de una enfermera profesional. Ser profesional supone poseer las tres aptitudes siguientes: 1) analizar situaciones; 2) pensar con espíritu crítico como consecuencia de una aptitud científica que estimule la investigación de ideas, y 3) formular y realizar algún plan de acción basado en esas condiciones indispensables del proceso de solución de problemas.

EL ESPIRITU CREADOR EN LAS RELACIONES HUMANAS *

Sor Mary Louise Lyons, D.C. †

La enfermería se perfila hoy día como una profesión joven, pero vigorosa. Al crecer, comprobamos—no sin pesar—que en la vida diaria y de trabajo en colaboración todavía quedan muchos problemas sin resolver. Uno de ellos, y no menos importante, es la dificultad que encontramos en tratar de mantener nuestro equilibrio emocional y poder ayudar a que otros lo logren.

Una manera de mejorar las relaciones con los demás es poner en juego el espíritu creador. Al hacerlo, actuamos en forma positiva, única, espontánea, original y como realmente somos. No obstante, antes de poder establecer y mantener relaciones constructivas con los demás, conviene que nos examinemos a fin de evaluar la *persona* que somos y determinar si poseemos esa personalidad única que posee cada ser humano. ¿Qué clase de persona soy? ¿Cómo me describiría? ¿Coincide mi descripción con las ideas que otros parecen tener de mí? ¿Existe en mí la tendencia a subestimarme o a sobreestimarme? ¿Es el concepto que tengo de mi persona un concepto de la *realidad*? ¿O está falseado por la impresión exagerada que tengo de mí misma?

El plantear esas preguntas puede ser un proceso un tanto perturbador, ya que las respuestas sinceras no son siempre agradables.

Sin embargo, como sucede con nuestro organismo, a veces es necesario recurrir a operaciones dolorosas, pero curativas, a fin de mantener la salud física; del mismo modo, suele ser indispensable aplicar procedimientos psicológicos para establecer o mantener la salud mental y emocional. En la vida diaria, nos demos cuenta o no, es lo que hacemos constantemente. Por otra parte, mientras más conscientemente lo hagamos en forma positiva, menor será la necesidad de solicitar ayuda profesional más adelante.

Nuestro equilibrio mental no es sólo de enorme importancia para nuestro bienestar, sino también por su efecto sobre aquellas personas con quienes vivimos y trabajamos. Por consiguiente, es nuestra responsa-

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Quarterly Review*. El texto original "The Creative Use of Self in Human Relations", apareció en dicha revista, en el número de marzo de 1967.

† Sor Mary Louise Lyons, D.C. (R.N.) es auxiliar de administración, Hospital del Sagrado Corazón, Cumberland, Maryland.

bilidad en las relaciones humanas aportar la personalidad más equilibrada posible.

La autocomprensión

Examinemos por un momento este concepto de salud mental que es del que más se habla y se escribe y es el concepto sobre el que más se discute en la vida diaria moderna. Todos hablan de personas mentalmente sanas o mentalmente enfermas, con desequilibrios emocionales o emocionalmente equilibradas, de mente madura o no madura. ¿Qué relación tienen esas expresiones con cada uno de nosotros?

Las definiciones de salud mental son tan variadas como las personas que hablan de ella. Sin embargo, en todas las definiciones hay elementos comunes sobre los que se ha logrado acuerdo. En primer lugar, el concepto de salud mental, como el de salud física, es *dinámico*. Es decir, nada es estático en relación con la salud, ya sea mental o física. Algunos días nos sentimos físicamente mejor que otros, y en otros días nos sentimos mentalmente peor que en otros. Por consiguiente, la salud mental está sujeta a variaciones.

Además, la salud mental no sólo se refiere a nuestro estado psíquico, nuestra manera de *pensar*, sino también a nuestra manera de *sentir* y de *comportarnos*. Sabemos, por ejemplo, que cuando calificamos a alguien como mentalmente enfermo, no siempre lo hacemos por lo que dice, sino que con frecuencia lo hacemos basándonos en lo que hace o simplemente en su estado de ánimo.

Tal vez por eso las expresiones "salud mental" y "salud emocional" son casi sinónimas.

Para nuestros fines, sería atinado definir la salud mental como el funcionamiento normal de la personalidad madura. Los expertos en la materia mencionan una lista de características para describir a la persona mentalmente sana, que en algunos textos llegan hasta 100. Las más comunes se mencionan a continuación:

1. *Estar en contacto con la realidad*, que significa no sólo orientación, sino también la habilidad para hacer frente a los problemas de la vida con criterio realista y aceptar lo que no puede modificarse.
2. *Reconocer y aceptar las limitaciones personales*.
3. *Obtener satisfacciones razonables de la actividad diaria*.
4. *Conocerse a sí mismo en forma adecuada*.
5. *Ser uno mismo*.

6. *Tener una vida emocional equilibrada.*
7. *Adaptarse a la vida en sociedad.*
8. *Tener sentimientos de seguridad apropiados.*
9. *Poseer una filosofía de la vida: convicciones acerca del valor personal y del sentido de la vida.*
10. *Poner en juego el espíritu creador en la vida personal.*

La salud mental influye en nuestra personalidad, que es la suma total de todos los sistemas de hábitos que configuran el carácter individual peculiar del ser humano. Esta individualidad es la que explica nuestras diferentes maneras de actuar y reaccionar, nuestra manera de sentir y de responder al sentimiento, nuestra manera de pensar y de juzgar.

La autodirección

Para poner en juego el espíritu creador en nuestras relaciones humanas es necesario ante todo dominar el arte de saber dirigirse. En este asunto de llevarnos bien con nosotros mismos y con los demás, lo importante es saber *dirigirnos* y *controlar* nuestras acciones. Pero como nuestros actos dependen en gran medida de lo que *pensamos* y *sentimos*, es indispensable en primer lugar controlar nuestras ideas y luego nuestras emociones. Cualquier idea, si se deja a sí misma, tiende a persistir, a desarrollarse y a expresarse en acción.

Por ejemplo, cuando usted camina hacia la oficina de la supervisora con algún recado, y al pasar dos enfermeras que conversaban bajan la voz para que no se oigan sus palabras, tal vez puede pensar que hablan de usted, y si en lugar de rechazar ese pensamiento le sigue dando vueltas, llegará a preocuparse por lo que estarían diciendo de usted. Como consecuencia de estas ideas su estado emocional empezará a aumentar y se llenará de dudas sobre que les dirá y, probablemente, al pasar junto a ellas, les podrá incluso demostrar el desagrado que siente ya sea adoptando una expresión altiva, o un tono abrupto o un silencio de piedra. Por consiguiente, la solución más lógica consiste en cultivar las ideas que conduzcan a acciones *convenientes* y en rechazar las ideas malsanas que sólo darán por resultado un comportamiento poco deseable.

Por eso es muy importante tener una filosofía de la vida. Nuestra escala de valores determina el significado que atribuimos a determinado estímulo. Nuestra grandeza refleja aquello que nos irrita. Lo grande irrita a las grandes personalidades, lo pequeño a las pequeñas.

Cómo dirigir nuestro pensamiento

Las ideas deben ser concretas para que puedan traducirse en acciones. Cuando anticipamos que una persona con la cual tenemos que tratar nos dará motivo de enojo, debemos concentrarnos en las buenas cualidades que posee y en su valor y dignidad ante Dios. Luego, procederemos a planear *deliberadamente* como responderemos eficazmente cuando nos encontremos frente a ella.

Supongamos que después de un intenso día de trabajo estamos cansados al día siguiente, y que, por ejemplo, una estudiante formula constantemente preguntas innecesarias como, “¿Para qué es el hemóstato?” cuando ya se han dado explicaciones claras y adecuadas de cada procedimiento. O quizá sea el médico que pide que la sutura se corte en tres partes cuando en su ficha indica que prefiere dos mitades y así se le ha preparado. O tal vez la enfermera de nuestro turno que siempre se arregla para ausentarse precisamente el día que uno escogió para salir. Y también existe el caso del interno que sabe todas las respuestas y se siente obligado a impresionar con su sabiduría.

Quizá podamos evitar esas molestias y reducir nuestro enojo, si nos proponemos responder gentilmente a solicitudes y exigencias, o tal vez podamos anticipar algunas de las necesidades del médico preguntándole su opinión antes de que él la dé a conocer. Imagínese la impresión que se llevará su colega enfermera, si se le pregunta qué días desea tomar en la semana, y se ofrece para sustituirla en el trabajo.

El dominio sobre nuestras ideas

¿Cómo se podrían controlar nuestras ideas para que sólo pudiéramos sostener aquellas que conduzcan a acciones convenientes? Sabemos por experiencia que no siempre queremos pensar lo que pensamos. Sin embargo, lo que pensamos depende en parte de lo que se presenta ante nuestra vista, en parte en lo que queremos pensar, en parte en como nos sentimos y, en parte, en como actuamos. De modo que podemos determinar lo que entra en nuestra imaginación aplicando la censura a lo que leemos, a programas de televisión, películas y conversaciones: podemos dar vuelta a la página, cambiar a otro canal, salirnos del teatro antes de que termine la función y cambiar de tema.

Las divagaciones de la imaginación y la persistencia de recuerdos indeseados pueden desviar el pensamiento, pero al distraerse, se puede lograr un dominio razonable sobre nuestras ideas.

No obstante, como las ideas dependen en parte de lo *queramos* pensar, si nos guiamos por principios en la selección de ideas podremos distinguir mejor entre lo que realmente necesitamos y lo que es sólo deseo secundario. Podemos atender a todas nuestras necesidades y a algunos de nuestros deseos, pero nunca podremos atender a todos. Cuando eramos niños deseábamos la luna. ¿La logramos alguna vez? Como adultos, a veces todavía deseamos la luna, sólo que en formas diferentes. ¿Cuáles son algunas de nuestras aspiraciones? Deseamos el éxito, agradecer a todo el mundo, repicar y andar en la procesión. Siempre queremos hacer el turno de las salas con el doctor que es amable y bondadoso, y preferiríamos que las demás enfermeras lo hicieran con el que es quisquilloso e impertinente. Hay quienes desean demasiado, otros desean muy poco, y hay quienes esperan mucho de ellos mismos. También hay quienes esperan demasiado de los demás. Lo que queremos decir es que nuestros deseos deben ser reales y realizables; y es preciso vincular a la realidad aquéllos que no lo sean.

Podemos simplificar la administración de nuestro pensamiento si seleccionamos y veneramos un ideal conveniente: si es demasiado elevado, nos desalentará; si su realización es demasiado fácil, no se estimulará al máximo la consecución del mismo.

El dominio de las emociones

Pero no somos ángeles, y las simples ideas no bastan si no se refuerzan las emociones. Todos hacemos bien aquello que nos agrada. Las emociones son saludables en la medida en que nos ayudan a actuar con el máximo de eficacia: entusiasmo, amor, ira, temor, etc. Sin embargo, no siempre es fácil sentir como debiéramos. Las emociones son buenas, pero si no se controlan, acabarán por dominarnos. Debemos ejercer dominio sobre ellas, nos agrade o no, querámoslo o no. No obstante, no hay que tratar de eliminarlas, porque acabarán eliminándolo a uno, debido a su naturaleza: son espontáneas y, por consiguiente, sujetas sólo a control indirecto.

Lo anterior no equivale a afirmar que no se pueda controlar directamente el *comportamiento* emocional; este puede controlarse directamente. Nos referimos al estado afectivo propiamente dicho. Por ejemplo, yo puedo controlar el impulso de tirarme de esta plataforma. El problema es cómo resolver el hecho de que me da mucho miedo hacerlo. La emoción no es un acto deliberado de la voluntad: lo que pensamos, lo que reconocemos instintivamente y el estado de nuestra salud determinan

nuestros sentimientos. Hay varias maneras de enfocar el problema del control de las emociones.

Una de estas consiste en controlar el estímulo que las provoca, es decir las situaciones, personas, lugares o cosas que originan en nosotros una reacción emocional no deseada. Las emociones mueren de inanición si no se alimentan con ideas e imágenes interesantes. No obstante no suele dar buenos resultados la simple decisión de evitar esos estímulos. Es mejor buscar otro plan de acción más eficaz: mientras más vívido sea con mayor certeza se modificará la emoción. Por ejemplo, se podría contrarrestar la nerviosidad que se experimenta ante el micrófono, si en vez de pensar en ella se concentra la atención en lo agradable que será encontrar después de la charla a los participantes en un ambiente menos tenso.

La otra manera de controlar las emociones es dominando la acción externa. Sería bueno que nos miráramos en el espejo cuando estamos alterados. Nos sentimos un poco ridículos cuando nos damos cuenta de que estamos alterados, tenemos un aire de estúpidos cuando nos sube la presión. O tratemos de actuar como si nos sintiéramos como deseamos sentirnos. Si no se quieren experimentar ciertos sentimientos, no se debe hablar ni actuar como si se deseara experimentarlos. Esto es lo que conviene hacer cuando hay que desenamorarse, cuando uno se está encariñando demasiado con alguien con quien no tenemos derecho a encariñarnos.

Hay que postergar la acción cuando se está sobreexcitado. Nunca se debe actuar bajo el dominio de una emoción fuerte: conviene esperar. Si se le ha escrito a la directora de enfermería una carta de queja en términos enérgicos, sería mejor dejar pasar un día antes de enviársela. Es muy probable que la destrocemos o la redactemos en forma más objetiva. Se evitarían muchas de las decisiones apresuradas que tomamos, o estas serían más sensatas si las adoptáramos con calma.

Lo que sentimos *físicamente* nos afecta emocionalmente. Nadie se siente alegre cuando tiene dolor de estómago; raras veces nos sentimos deprimidos cuando nuestra salud es buena. Podemos aumentar nuestras dificultades cuando nos sentimos desalentados y cometer imprudencias cuando estamos alegres. El cuidado razonable de la salud física contribuye al equilibrio emocional.

El arte de aprender a tranquilizarse es de gran valor para la higiene mental. No obstante, en la práctica este arte varía de una persona a otra. Para algunas, la costura y el tejido tal vez constituyan un buen descanso, para otras esas actividades podrían ser una verdadera carga. Algunas se sienten mejor participando en deportes activos, otras quizá prefieran quedarse de noche en casa con una caja de chocolates y una buena revista.

Todos conocemos personas para quienes el golf representa un verdadero trabajo, y jugadores de bridge que nos causan tal tensión que un día en la sala de operaciones sería preferible como medio de distracción. A cada uno corresponde determinar la clase de actividad—o ausencia de la misma—que permita liberar la tensión y la tranquilidad subsiguiente. La tensión prolongada no es favorable a la salud emocional.

¿Ha aprendido usted el secreto de descansar por unos momentos durante el trabajo? Si interrumpe su labor unos minutos para disfrutar de la belleza de una flor, gozar de una música alegre, reírse por un chiste divertido, etc., sentirá un gran descanso y tendrá nuevo ánimo para continuar. Es evidente, sin embargo, que el momento para este pequeño receso dependerá de sus funciones y que primero hay que cumplir con las mismas.

El control del comportamiento

En esta empresa de saber gobernarnos a fin de poner en juego el espíritu creador, es necesario en tercer lugar hacer un inventario de nuestros hábitos de conducta. Tenemos la facultad de la autodeterminación, pero sería una pérdida de tiempo si tuviéramos que comenzar de la nada y adoptar una decisión en relación con cada uno de nuestros pequeños actos diarios. Los hábitos constituyen un buen motor en nuestro viaje por la vida: simplifican la acción y reducen la necesidad de prestar atención a detalles. Por desgracia, no todos los hábitos son ventajosos y no todos se adquieren deliberadamente. Lo que nos interesa es reforzar los buenos y eliminar los menos convenientes, ya sea por razones morales o psicológicas.

Casi todos conocemos las sugerencias de William James sobre la formación de hábitos, pero será útil resumirlas:

1. Tomar una iniciativa tan fuerte y decidida como sea posible. (Los motivos son importantes.)
2. No permitir nunca una excepción hasta que el nuevo hábito se arraigue.
3. Aprovechar cada oportunidad de actuar de acuerdo con la resolución adoptada y convertirla en hábito.
4. Mantener vivo el estímulo del esfuerzo mediante un pequeño ejercicio gratuito cada día.

Al aplicar esas sugerencias a un ejemplo concreto, imaginemos por un momento que se nos ha asignado a un cargo administrativo en el cual tendremos que dedicar gran parte de nuestro tiempo a las comunica-

ciones verbales. Por naturaleza, tenemos la tendencia a conversar y a imponer nuestra opinión a aquellos con quienes hablamos. Sin embargo, nuestro nuevo cargo exige la habilidad de *escuchar* más que de hablar.

Por consiguiente, debemos convencernos en primer lugar de la necesidad de adquirir el hábito de escuchar, de reconocer la importancia de la persona a la que se debe oír y de los resultados que esperamos lograr si nos proponemos oír.

En segundo lugar, durante cada entrevista debemos hacer un esfuerzo concertado para crear un silencio cómodo para la persona entrevistada, de modo que pueda hablar libremente. Cuando sentimos el impulso de hablar demasiado, debemos limitarnos a formular algunas observaciones de manera pausada hasta tener la certeza de que se ha arraigado en nosotros el hábito de escuchar.

En tercer lugar, deberíamos aprovechar todas las oportunidades que se nos presenten en la conversación corriente con otras personas para procurar escuchar más que hablar, a fin de fortalecer el hábito que procuramos adquirir.

En cuarto lugar, por lo menos una o dos veces al día, deberíamos abstenernos de conversar de pequeñeces para reforzar el nuevo hábito.

La motivación es de importancia fundamental. Es preciso que queramos adquirir o eliminar un hábito. Una vez que lo deseemos encarecidamente podremos poner en marcha el mecanismo que nos permita desarrollar otros y eliminar los que sean inconvenientes. A este respecto, se pueden formular algunas otras sugerencias para eliminar un hábito poco deseable:

1. *Elimínalo en forma natural, dejando de ejercitarlo.* Supongamos que empezamos a sentir afecto por un médico que ya está casado. Es muy fácil engañarse llamándolo por teléfono una vez más, escribiéndole una nueva nota o carta, una despedida cariñosa más. Cuando se está fomentando ese hábito, ha llegado el momento de eliminarlo no ejercitándolo.
2. *En lo posible, suprima la causa del hábito de que se trate.* Si sabemos que al presidir un comité tartamudearemos mucho, pero que este síntoma no se presentará si actuamos simplemente como miembro del grupo, deberíamos tener el valor de rehusar la presidencia, al mismo tiempo que ofrecemos nuestro apoyo incondicional al titular de ese cargo.
3. *Realice deliberadamente la acción habitual no deseada,* mientras se concentra en el hecho de que no quiere realizarla. Esto hará que el hábito sea menos automático y esté más sometido al control de

la voluntad, y comúnmente se desarrollará la facultad de actuar según nuestros deseos. Este es un método muy eficaz para eliminar hábitos tan poco deseables como es el de comerse las uñas y masticar el lápiz. Sin embargo, este método no podría emplearse si se tratara de un hábito inmoral, porque no se puede permitir deliberadamente que se cometa un acto inmoral o pecaminoso ni siquiera con el propósito definitivo de corregir un hábito. El fin nunca justifica los medios.

4. *Recurra al método de aparentar lo contrario para eliminar hábitos inconvenientes.* Si teme acercarse a un médico gruñón o a un administrador altanero, actúe como si se alegrara de verlo cada vez que lo encuentra, y poco a poco se habituará a sentirse mejor en su compañía.

Evaluación del grado de madurez

Hasta ahora, hemos examinado el arte de autodirigirse como condición previa para poner en juego el espíritu creador en las relaciones humanas. Hemos analizado el control de las ideas, de las emociones y del comportamiento, como facetas distintas pero interconexas de ese proceso. Se trata de un arte que practica mejor la persona con cierta madurez.

El Dr. Strecker, conocido psiquiatra atribuye cuatro características a la persona adulta y, si bien puede tratarse de una simplificación excesiva, es muy probable que la persona que posea esas cuatro características sea madura: *capacidad para transigir, disposición para cooperar, voluntad para contribuir y capacidad para asumir responsabilidad.*

Esas cualidades, sean o no los únicos índices del adulto maduro, son indispensables para las relaciones entre personas adultas. Es del todo evidente que no podemos transigir en cuestiones de principio, pero ¿no es señal de falta de madurez, no es de niños, querer salirse con la suya? En todo lo que no sea principios, debemos saber transigir si deseamos lograr la armonía.

Ahora bien, se dirá: "Estoy cansada de ceder. Que alguna otra persona ceda de vez en cuando". ¿Qué diferencia habrá si se cede en más del 50% de las veces? ¿Qué diferencia habrá en ello de aquí a 50 años si nuestra colaboradora sale con la suya un día sí y otro también? Si estamos dispuestos a recorrer todo el camino, tal vez llegaremos sólo a la mitad. De modo que en todas nuestras relaciones con los demás, podemos llegar a ser egocéntricos e incluso muy egoístas, diciéndonos: "Pensaré en mí primero ya que nadie lo hace".

En esa forma, mis propios intereses y preocupaciones, mis propios agradidos y satisfacciones asumen proporciones gigantescas y me dedico a obtener "lo que tengo derecho a obtener". Después de algún tiempo, ni siquiera se me ocurrirá pensar que otras personas también tienen sus derechos.

El segundo elemento que revela madurez, la *cooperación*, es decir el estar dispuesto a trabajar con otros, es un factor esencial que exige verdadero esfuerzo. Es muy fácil seleccionar un aspecto del trabajo que nos guste y realizarlo a pesar de que se supone que pertenecemos a un equipo. Sin embargo, la sociedad se define como un conjunto de personas que cooperan para alcanzar una meta común. Cuán a menudo nos damos cuenta de la falta de cooperación de la gente para llevar a cabo una labor en conjunto, ya que luchan por mantener lo que consideran sus propios derechos y su control sobre lo que, a su juicio, piensan tener derecho.

Por ejemplo, la mayoría de las enfermeras pasan la mayor parte de la semana de trabajo en el hospital. El espíritu de cooperación entre las enfermeras en el desempeño de sus funciones es muy evidente. Pero, a veces, se observa una marcada falta de cooperación entre las enfermeras de cabecera y las de la sala de operaciones, o entre enfermeras pediátricas y obstétricas. Es mayor aún la falta de cooperación con otros departamentos del hospital, como los de rayos X, de laboratorio, de dietética, la lavandería, la oficina de admisión, la farmacia, etc. Como enfermeras, nos molesta que dos pacientes lleguen simultáneamente a la misma sala cuando no estamos preparadas para recibirlos, o cuando el carro de la ropa de cama está vacío en el momento que necesitamos una sábana, o la farmacia nos devuelve los frascos vacíos porque no llenamos debidamente los requisitos. Se podrían citar numerosos ejemplos.

Cabe preguntarse por qué se presenta esa situación. ¿No trabaja todo el personal del hospital para lograr un objetivo común: el bienestar máximo del paciente? Y, sin embargo, en la práctica hay falta de comunicación, mezquindad, rezongo, chismes y toda la gama de relaciones negativas interpersonales.

Todo esto no se puede atribuir nada más que a las enfermeras. Pero estoy convencida de que estamos en una situación ideal para remediar esa actitud negativa mediante un enfoque positivo en el que se acentúe el respeto por la dignidad humana y un espíritu de cooperación amistosa que anule el espíritu defensivo de las enfermeras y las haga reaccionar en consecuencia.

Ese cambio se logrará si el personal de enfermería pone en juego su espíritu creador; el problema es si aceptará ese estímulo.

La tercera característica que menciona el Dr. Strecker es la facultad de "contribuir". Ningún adulto se contenta realmente con ser siempre el único en recibir. Tenemos una necesidad innata de dar, de compartir, de contribuir, ya sea materialmente como cuando donamos dinero o suministros para una causa digna, o psicológicamente cuando damos ánimo a una estudiante de enfermería, o un consejo a un residente desalentado, o alguna instrucción a un empleado nuevo desorientado. En vista de que ya hemos identificado el problema de la barrera que existe entre diferentes departamentos del hospital ¿no daríamos pruebas de madurez si contribuyéramos a eliminarlas? Si compartiéramos nuestro tiempo, nuestro interés y nuestra habilidad con otros funcionarios del hospital contribuiríamos en alto grado a ese objetivo.

La cuarta característica, que indica madurez, *la capacidad para aceptar responsabilidades*, es universalmente aceptada. Y, sin embargo, cuantos hombres y mujeres se quedan en la etapa adolescente dependiendo de otros en vez de asumir ellos mismos y en nombre de otros la responsabilidad indispensable para la vida adulta. Hay también quienes en los primeros años de la vida adulta ofrecen grandes perspectivas de aceptar responsabilidad y, sin embargo, a medida que se avanza en años se advierte una marcada regresión, una renuencia a realizar todas nuestras posibilidades. ¿Qué hay en el estado de dependencia que nos hace acomodarnos en vez de utilizar nuestras energías con espíritu creador para lograr nuestros objetivos? Tal vez algunas de ustedes conozcan la respuesta, y sería útil escuchar no sólo ideas al respecto sino también las soluciones posibles en el trabajo en colaboración. Por otra parte, estimo que en general las enfermeras tienen un sentido de responsabilidad más desarrollado que las demás mujeres. Las enfermeras de edad mayor nos han dado un admirable ejemplo a este respecto. ¡Que Dios las bendiga!

Cómo enriquecer las relaciones humanas

El análisis precedente sobre la madurez del ser humano destaca nuestra conciencia social de que en realidad somos *indivisibles*. Somos independientes y, sin embargo, dependemos el uno del otro. Es necesario, por consiguiente, que demos muestras de sensibilidad hacia los demás para que nuestras relaciones sean eficaces.

Con tal objeto, es preciso reconocer la dignidad y el valor de los demás como personas. Es muy fácil reconocer esta verdad en teoría y, sin embargo, la negamos al ser dominantes, condescendientes, indife-

rentes, exigentes e innecesariamente severos e incluso sarcásticos. Debemos recordar que otras personas son también seres humanos, independientemente de su raza, color, creencias, edad, condición física y mental y hasta de sus costumbres y modales.

En 1956, la Asociación Americana de Hospitales apoyó un estudio realizado por un grupo de especialistas en ciencias sociales en la Universidad de Cornell. Los resultados se publicaron en un libro denominado *The Give and Take in Hospitals*, en el cual los autores informaron con detalle acerca del efecto de la innovación en las relaciones humanas. Citaremos a este respecto la entrevista con una enfermera de 30 a 40 años:

“R. No tiene idea cuán estricta era la antigua supervisora. En realidad, aprendimos mucho de ella. Pero en esa época todo era muy riguroso aquí.

P. ¿Riguroso?

R. Sí, quiero decir que había que hacerlo todo muy bien. Incluso las relaciones humanas eran rigurosas. Todo era así, ya se tratara de técnica o de relaciones con otras personas, había que ceñirse exactamente a las normas. No bastaba cubrir al paciente, había que proceder en determinada forma, o de lo contrario había que empezar de nuevo.

P. ¿Me decía usted que las relaciones humanas eran rigurosas?

R. Veá, era difícil llevarse bien con la supervisora y ello creaba tensión entre los médicos y las enfermeras. Se percibía eso. Una se sentía cansada todo el tiempo y era la tensión más que el trabajo. No estábamos tan atareadas como ahora. Bien es verdad que el adiestramiento fue admirable, no la estoy criticando; al contrario, le estoy muy reconociendo por eso, pero me doy cuenta de que el ambiente ahora es mejor. Ahora se puede actuar como realmente uno es, incluso ante los médicos, quiero decir que se puede actuar con naturalidad. Usted comprenderá que todavía tenemos que dar muestras de cortesía y estar a su servicio y todo lo demás, pero por lo menos podemos expresar una opinión. Nosotras no somos las únicas que estamos cambiando. En todo el país se experimentan cambios. Ahora disponemos de un ayudante y de nuestra propia sirvienta además de seis graduados. Pero lo más importante es la falta de tirantez . . .”.

Si esos especialistas en ciencias sociales realizaran una encuesta análoga en 1966, me pregunto qué progreso en las relaciones humanas podrían advertir entre las enfermeras. Cuando me preparaba para dar una charla similar ante la reunión de la Asociación de Enfermeras de Sala de Operaciones en Chicago, en febrero, le pedí a una supervisora de sala de operaciones que le preguntara a su personal cuáles eran los motivos

de frustración y de satisfacción en su trabajo. En la lista que se obtuvo figuraban 30 motivos de frustración y 19 de satisfacción. Entre los primeros, 28 de los 30 motivos se referían a las relaciones humanas. En la lista de motivos de satisfacción, 13 se referían también a ese aspecto. Se trata, ciertamente, de un pequeño ejemplo, pero indica que las enfermeras de las salas de operación identifican tanto su satisfacción como su frustración con otros seres humanos.

Al prepararme para esta charla en la mañana de hoy decidí conocer la reacción de las enfermeras de servicios generales. Se les pidió que indicaran sus motivos de satisfacción y de frustración en media hoja de papel dedicando un lado a cada uno de los motivos. Al igual que en la muestra correspondiente a la sala de operaciones, se pidió a las enfermeras que no firmaran el papel. Tampoco se les dijo la causa de la petición.

Se obtuvieron respuestas de 27 enfermeras, que indicaban 71 motivos de satisfacción, 27 relacionados directamente con personas (pacientes o colegas); 34 se relacionaban con equipo, beneficios marginales, composición de la plantilla, etc. Mencionaron 85 motivos de frustración: 25 relacionados directamente con personas y 60 con objetos. De los 25 motivos de frustración con personas, 21 se referían a relaciones interdepartamentales y 3 a relaciones entre el médico y la enfermera; en un caso se mencionaron las visitas. No se indicaron frustraciones con pacientes o colegas.

Los motivos de las frustraciones se referían principalmente a la falta de suministros, equipo, procedimientos administrativos, tales como trámites burocráticos, personal y volumen de trabajo.

Los dos grupos de enfermeras procedían de diferentes hospitales de tamaño más o menos igual. En este caso también la muestra es demasiado pequeña para formular generalizaciones, pero es digno de señalar que, según las enfermeras de las salas de operación de un hospital, el 93% de las frustraciones se relacionan con personas, mientras que para las enfermeras de servicios generales de un hospital sólo el 29% de sus frustraciones se relacionan con personas.

Ambas listas son interesantes, pero mencionaremos sólo uno o dos ejemplos:

1. Una enfermera de servicio general escribió lo siguiente: "Experiencia la mayor frustración cuando durante mi trabajo de noche en una sala en que hay gran número de pacientes, es tanto lo que tengo que hacer que mi impresión es que nunca lograré completar el trabajo necesario en 8 horas". La misma enfermera agregó: "Siento satisfacción cuando trabajo en esa misma sala en una noche de mucho quehacer, al cuidar a los pacientes para que

estén cómodos y aun así logro completar los registros de TPR y dejar todo en orden para el próximo turno”.

2. Una enfermera de la sala de operaciones mencionó como experiencia desalentadora la de “encontrarse en medio de un desacuerdo entre médicos porque eran demasiado niños para discutir sus diferencias y preferían enviar los mensajes en uno y otro sentido a través de ella”. Otra mencionó su satisfacción cuando “todos tienen una cara sonriente al comenzar el día”.

Volviendo al tema de poner en juego el espíritu creador en las relaciones humanas, no cabe duda de que podemos hacer un bien o un daño enorme simplemente con nuestra *actitud* hacia las personas con quienes trabajamos. ¿Damos muestras de comprensión? ¿Somos equitativos? ¿Tenemos cuidado en no culpar injustamente? ¿Estamos dispuestos a perdonar? ¿Estamos tan aferrados a nuestras propias opiniones que no aceptamos compartir con otros los motivos para seguir ciertos procedimientos? ¿Decimos siempre la verdad? La autojustificación está muy arraigada en todos nosotros. Queremos estar en lo cierto. No queremos que se nos diga que hemos cometido errores en nuestras decisiones. A veces actuamos con precipitación y a menudo justificamos nuestras acciones a expensas de la verdad.

Nos hiere tener que reprender a empleados o a estudiantes o a quienquiera que sea en presencia de otros. Para justificarnos decimos que lo hacemos por su bien, pero cuán a menudo no procedemos así por librarnos de nuestras emociones.

Tener sensibilidad significa ser bondadoso y considerado con aquellos con quienes nos relacionamos. Hay muchas maneras de refinar nuestra sensibilidad hacia los demás: si se llama a un estudiante a un lado para señalarle su error, si se defiende a una enfermera ausente cuando es censurada y se excusa a un colega que se ha equivocado en público, etc.

El amor: elemento creador en las relaciones humanas

En el análisis precedente sobre el espíritu creador en las relaciones humanas, hemos eludido intencionadamente el elemento más necesario en todas nuestras relaciones interpersonales, porque generalmente se recuerdan mejor las observaciones finales de una charla si es que se recuerda algo. Esta faceta o característica es conocida de todos y ninguna enfermera que se precie de serlo podría actuar eficazmente sin ella. *El amor* es el elemento esencial de nuestras relaciones con los demás. *Es el*

elemento creador dentro de nosotros que nos une con los demás, que nos permite tolerarnos, soportar a otras personas, transigir, cooperar, contribuir, asumir responsabilidad, vivir y trabajar con otras personas.

San Pablo en su epístola a los Corintios se ha expresado con elocuencia acerca de la caridad: "Si yo hablase lenguas humanas y angélicas, y no tengo caridad, vengo a ser como metal que resuena, o címbalo que retiñe. Y si tuviese profecía, y entendiese todos los misterios y toda ciencia; y si tuviese toda la fe, de tal manera que traspasase los montes, y no tengo caridad nada soy. Y si repartiese toda mi hacienda para dar de comer a pobres, y si entregase mi cuerpo para ser quemado, y no tengo caridad, de nada me sirve".

Yo diría, parafraseando a San Pablo: "Si trabajara al máximo en mi carrera de enfermería, pero rechazara a los demás con mi frialdad, mi actitud abrupta, mi falta de bondad o de sinceridad nada ganaría". San Pablo dice más adelante: "La caridad es sufrida, es benigna; la caridad no tiene envidia, la caridad no hace sinrazón, no se ensancha. No es injuriosa, no busca lo suyo, no se irrita, no piensa el mal. No se huelga de la injusticia, mas se huelga de la verdad. Todo lo sufre, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta. La caridad nunca deja de ser.

Y ahora permanecen la fe, la esperanza, y la caridad, estas tres: empero la mayor de ellas es la caridad" (1 Corintios 13).

Con la esperanza de que cada una de ustedes *progrese* en este amor, diré con San Pablo: "Por esta causa doblo mis rodillas al Padre de nuestro Señor Jesucristo. Del cual es nombrada toda la parentela en los ciclos y en la tierra. Que os dé, conforme a las riquezas de su gloria, el ser corroborados con potencia en el hombre interior por su Espíritu" (Efesios 3).

POR QUE ES NECESARIA LA EDUCACION CONTINUA EN ENFERMERIA*

Marie S. Andrews †

Como estimo que la enfermería es verdaderamente un arte con fundamento científico que debe ser ejercido por personas con preparación y con espíritu de dedicación, creo que para mejorar constantemente el ejercicio de ese arte, la educación continua no sólo es necesaria, sino obligatoria.

Se nos critica con vehemencia cuando se afirma sucintamente que "las enfermeras están recibiendo demasiada educación". En nuestras propias filas, hay quienes lo dicen: aquellas personas que siempre están deseando volver a los buenos días de *antaño*.

Cabe preguntarse si se puede decir en nuestra época que una enfermera está demasiado preparada para ejercer la profesión en forma eficaz y eficiente.

Quiero dejar bien claro que por ahora *no* soy partidaria del programa que conduce al doctorado en enfermería. Debemos dedicarnos seriamente a organizar y a desarrollar más a fondo programas de mejor calidad para la obtención del diploma y del "Master" a fin de preparar profesores y especialistas clínicos competentes. Me referiré en primer lugar al especialista clínico, sobre el cual mucho se ha hablado y muy poco se ha escrito. Nadie sabe claramente quién es, cuáles son sus funciones, quién contratará sus servicios, qué relaciones mantendrá con sus iguales en la situación clínica, etc.

Hay otros motivos para continuar nuestra educación: sin ella nos faltará orientación y tendremos que "pedir conocimientos prestados" a la sociología, la antropología, la psicología, etc., sin desarrollar ni organizar mayormente un conjunto de conocimientos que podamos denominar nuestros, es decir sobre enfermería. En cambio, jamás se oye decir que los antropólogos, psicólogos y sociólogos "pidan conocimientos prestados" a la enfermería.

Debemos trazar nuestro propio camino en enfermería, y únicamente las enfermeras podrán y deberán determinar el futuro de la profesión y su ejercicio.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización de la Asociación Americana de Enfermeras y la Asociación Americana de Cardiología. Está basado en un trabajo presentado en la Conferencia sobre Enfermería Clínica, auspiciada por dichas asociaciones y celebrada en Miami Beach, Florida, en octubre de 1965.

† Profesora de Enseñanza de Enfermería, Escuela de Enfermería de Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts.

Pregunto de nuevo: "¿Es posible hablar de una enfermera que haya recibido educación suficiente?" Creo que la palabra "Nurse" significa "to nourish" (nutrir). (Me gusta la palabra "Nurse" por su connotación maternal.) Creo que nos corresponde nutrir al hombre en su totalidad, es decir la psique, el alma y el soma, proporcionando cuidados íntimos, detallados, compasivos e integrales al hombre "el ser más maravilloso creado por Dios", tan complejo y complicado. Nuestra misión es atender a sus necesidades en un ambiente en que *nada es tan permanente como el cambio*.

Nuestra respuesta debe ser categórica: las enfermeras jamás han recibido demasiada educación. Debemos informarnos cada vez más acerca de los pacientes que vuelven a ser personas "reintegradas" a la vida normal. En muchos lugares, se concede todavía demasiada importancia a las necesidades físicas del paciente. Se considera al hombre como un saco de huesos, 206 en total, vinculados por ligamentos y numerosos pares de músculos antagonistas y protagonistas, que está constituido por 70% de agua y electrólitos, etc. Además, necesitamos saber cómo este enfermo puede reaccionar no sólo físicamente sino también psicológica, emocional y espiritualmente. ¿Qué repercusiones tiene la enfermedad sobre determinado individuo y su familia, este beneficiario de modalidades nuevas y cada vez mejores de tratamiento continuo y de cuidados ulteriores que conducen a su rehabilitación?

Debemos obtener, conservar y utilizar constantemente nuevas y mejores maneras de proporcionar cuidados seguros y cómodos a este hombre conectado a tubos, frascos, medidores de presión, bombas, monitores, diálisis extracorporal, dispositivos, circuitos corazón-pulmón, oscilómetros, etc. Agréguese a ello la posibilidad de que este ser complejo, que vive en un mundo de enormes presiones emocionales, tal vez desee aventurarse en la estratósfera inexplorada.

Me referiré a otro aspecto. Por mucho tiempo se ha censurado la actitud de conocer al paciente sólo como una entidad patológica, lo que es distinto de conocerlo como persona *con* una enfermedad. En mi vocabulario, enfermedad no es un término desagradable. En realidad, lo que transforma a una persona en paciente *es* su enfermedad. Muy a menudo, tratamos de esquivar este problema de terminología en relación con los cuidados de enfermería. Hay quienes dicen que el paciente no tiene paraplejía, sino que ha perdido la sensibilidad y la movilidad. Sin embargo, es mucho más grave lo que tiene. En cuanto a la palabra "disease" (enfermedad) es preciso considerarla en dos dimensiones: "dis" y "ease". ¿Qué significa "to be at ease"? Significa estar en armonía con Dios, con los vecinos y con el ambiente. Todo esto es muy importante, porque

cualquier desvío a este respecto significa *disease*; es decir, la ausencia de armonía es enfermedad. De modo que, a mi juicio, el término enfermedad es completamente acertado.

Debemos también mantener constantemente una comunicación eficaz con todos los demás integrantes del grupo de salud, no sólo en los Estados Unidos de América, sino en el mundo entero. Se ha establecido una *Clasificación Internacional de Enfermedades*, y si deseamos conocernos los unos a los otros y hablar el mismo idioma sería mejor emplear la terminología internacional. Desconcierta mucho cuando las *enfermeras*, refiriéndose al paciente que tiene paraplejía, dicen que ha perdido la sensibilidad y la movilidad; en cambio, para los *médicos*, el paciente tiene paraplejía. Si el paciente fallece, en su certificado de defunción se indicará que tenía esa enfermedad. En las tasas de mortalidad no figura la "pérdida de sensibilidad y de movilidad".

Es preciso que digamos lo que queremos decir y utilicemos términos tradicionales. Cuando sabemos que el paciente tiene determinada enfermedad, debemos decirlo en forma directa y sencilla.

Si deseamos comprender al hombre y sus padecimientos, ayudar a prevenir, atender y curar sus enfermedades ¿Cómo podemos prolongar su vida? ¿Cómo podemos ayudarlo a morir cómodamente? Esta es la función que nos corresponde. Es un arte que debe practicarse porque, por mucho que ayudemos a impedir las enfermedades o el trauma con nuestras enseñanzas, a la larga a todos se nos paralizará el corazón.

A fin de realizar todas esas funciones y no impersonalizar o despersonalizar los cuidados de enfermería mediante el empleo de la automatización y la cibernética, se requieren investigaciones prolongadas. Espero que la enfermera nunca pierda su función como *monitor humano* del cuidado individual del paciente y como *barómetro humano* de la salud del mundo.

En cuanto a investigaciones, espero que intensifiquemos esa actividad no en bien de las investigaciones solamente, sino para mejorar el cuidado del paciente. En las bibliotecas existen muchas tesis que nadie ha tocado desde que fueron escritas, no sin grandes esfuerzos, y aceptadas con verdadero júbilo, después de lo cual se encuadernaron y catalogaron y ahí se han quedado; aunque algunas contienen material inocuo, otras tienen conclusiones y recomendaciones realmente bien fundadas que podrían aplicarse en nuestra práctica diaria. La investigación ha de orientarnos sobre las actividades que debiéramos llevar a cabo. Debemos dejar de escribir y de hablar sobre ellas. Sabemos cuáles son algunas de las actividades que deberíamos realizar. Aunemos nuestros esfuerzos y realicémoslas. Necesitamos investigaciones.

La labor de investigación más eficaz que he realizado tal vez haya sido la relacionada con un paciente al que debía aplicarse un procedimiento de cirugía (hemiglosectomía mandibulectomía). Tenía una infección secundaria postoperatoria, y el olor era tan pronunciado que un día ya desesperado escribió en su pizarra mágica: "Mi mujer y mis siete hijos ya no me besan con el mismo cariño de antes, e incluso el médico y las enfermeras arrugan la nariz con una mucca de desagrado". Para aliviarle la tensión le dije: "Quizá los médicos y las enfermeras debieran haber nacido sin nariz". Fue la primera vez, en mucho tiempo, que se rio y escribió en la pizarra: "Sra. Andrews, usted se vería muy divertida sin nariz". En todo caso, ensayamos diversos procedimientos; nuestras técnicas no eran demasiado refinadas, pero al cooperar el paciente con las estudiantes y el profesor encontramos la solución a su problema: un enjuague para la boca a base de tintura de mirra (20 por ciento). ¿Será posible que este experimento beneficie a otros pacientes?

En realidad, sabemos por algunas enfermeras que se ha usado con éxito este experimento en pacientes con problemas orales de olor e incomodidad debido a una lesión necrosada con o sin infección secundaria.

Además, es preciso examinar meticulosamente las investigaciones de enfermería y afines con el fin de comprobar su validez y aplicar los resultados a la práctica diaria.

Ha llegado el momento de proporcionar el cuidado teniendo en cuenta las observaciones del paciente; la manera en que se le proporcionen servicios, el hecho de preocuparse por su comodidad, y nuestra mera presencia pueden contribuir enormemente a su restablecimiento. Mucho me irrita cuando alguien sostiene que cualquier persona puede dar masajes en la espalda. Yo no comparto esa opinión. Creo que cuando el paciente se encuentra postrado y la enfermera que puede darle un masaje suave le conforta, el paciente no tendrá que mirarla a los ojos para responderle a una pregunta bien formulada. La enfermera obtendrá la respuesta con más rapidez que el psiquiatra que tiene al paciente en el sofá.

Además, debemos coordinar lo que se llama aspectos físicos de la atención con las medidas emocionales complementarias, porque muchas enfermeras se han pasado de raya y han procurado convertirse en pseudopsicólogas o psiquiatras de sillón, mientras el paciente permanece sentado en una sábana mojada, arrugada y llena de migas. Es lamentable tener que decirlo pero sucede a menudo. Como enfermeras, debemos examinar bien estos aspectos. Una estudiante, que había expresado preferencia por ingresar al servicio social psiquiátrico, practicaba en forma

admirable el arte de escuchar al paciente y de apoyarlo. Sin embargo, el día que iba a ser dado de alta, lo visité con ella y le dije: "Esta mañana se irá usted a casa". Siempre recordaré su sonrisa al contestarme afirmativamente. Le pregunté luego: "¿Sabe usted lo que hará cuando llegue a su casa?", a lo que contestó: "Sí, señora, mi hija tiene todas las instrucciones". Después de despedirme y mientras me dirigía a la sala de conferencias pregunté a la estudiante si había peinado al Sr. K. En el "sí" que me dio había algo que me hizo preguntarle si el Sr. K. tenía peine. Me respondió que no y agregó: "Creo que su hija se lo llevó anoche a casa con las demás cosas". Como le preguntara de nuevo si realmente lo había peinado y con qué, me contestó: "Con los dedos".

Por otra parte, algunas enfermeras se interesan especialmente por los aspectos físicos de la atención, y muchas de ellas—lamento decirlo—lo quieren todo a la perfección. Son estas las que tienen las manos y el corazón tan almidonado como el uniforme. La armonización de los elementos físicos, emocionales y espirituales se traduce en el cuidado integral que quisiéramos que se proporcionara al paciente.

Se espera que las enfermeras estén siempre presentes para atender y observar al paciente, examinar su estado e informar sobre el mismo. La enfermera debe estar siempre atenta a las manifestaciones del paciente. Es verdad que el médico y el sacerdote están siempre dispuestos a responder a un llamado. Otros terapeutas no son, al parecer, tan necesarios de lunes a viernes antes de las 9 de la mañana ni después de las 5 de la tarde. La enfermería, sin embargo, es una actividad continua durante las 24 horas del día, incluyendo sábados, domingos y feriados. Muchas veces, la enfermera es la única persona que se encuentra en el hospital. Posiblemente, tenga que adoptar decisiones y emitir juicios sobre asuntos serios y urgentes que repercutirán en el paciente y en el futuro de su familia. Un momento de ignorancia o de negligencia puede ser mortal para el paciente.

A quienes me preguntan si la enfermera no está recibiendo una educación excesiva les contesto a menudo con otra pregunta: ¿Qué clase de educación sugeriría usted que se diera a la enfermera que ha de cuidar a los integrantes de una familia, que bien podrían ser *su* madre, *su* padre, *su* abuela o *sus* niños prematuros?

Nos referimos siempre al paciente como a una persona. ¿Por qué no considerar también a la enfermera como a una persona que practica la enfermería? ¿No debería ella preocuparse del desarrollo armonioso de todas sus facultades como ser humano ampliando su educación a fin de prepararse mejor para atender al paciente que es también una persona?

Hay quienes sostienen que la enfermería, en algunos casos, es casi obra de la imaginación, porque las enfermeras se han alejado de la cabecera del paciente. Examinemos esta expresión a la "cabecera del paciente". "¿Qué ha sucedido con la enfermería en los Estados Unidos de América?" Hace un siglo, la "enfermería de cabecera" tenía lugar en el hospital o en el hogar junto a la tradicional cama de cuatro postes. En la actualidad, 100 años más tarde, la expresión tiene otro significado que es necesario interpretar. Está asimismo prestando cuidado de cabecera la enfermera de un colegio cuando cuida a un niño enfermo. La enfermera de un consultorio también presta servicios a la cabecera del paciente, en este caso estará a la cabecera del paciente en la mesa de examen. ¿Quién negará que en Viet Nam la enfermera se encontrará a la cabecera del soldado en el campo de batalla? Y en la industria, ¿no estará proporcionando "cuidados de cabecera" al obrero que se hirió en el trabajo?

Las enfermeras se encuentran junto al paciente en las modernas camas de los medios de transporte terrestre, marítimo y aéreo. Y no será trivial pensar que en un futuro próximo ocupará el lugar que le corresponde en la cápsula espacial junto a una cama en órbita. Dondequiera que haya un paciente que necesite nuestra ayuda habrá una enfermera junto a su cabecera.

Tal vez sería más atinado decir que la enfermera está al lado del paciente y no a su cabecera. Es preciso reconocer que en algunos casos se justifica la afirmación de que las enfermeras se han alejado de la cabecera del paciente. Examinemos, por ejemplo, lo que ha sucedido con la enfermería institucional. En los Estados Unidos de América, en un principio existía el paciente, el médico y la enfermera. Según los historiadores, era un trío muy bien organizado y eficaz, pero al irse complicando el cuidado de los pacientes el médico siguió siendo la persona encargada del paciente y de todos los detalles pertinentes. El era el dirigente del grupo encargado del cuidado del paciente, y este lo conocía y todavía lo conoce e incluso lo denomina con cariño "mi médico".

Por su parte, la estudiante de enfermería que se especializaba en el cuidado de pacientes aprendió a proporcionar esa atención y a colaborar con otros profesionales para administrarla y facilitarla. Pero, ¿qué le sucedió realmente en muchos casos después de graduarse y hasta hace muy poco? Debió asumir la función de la instructora cuando se lo permitieran sus actividades; organizó un programa de enseñanza en las salas, y supervisó los procedimientos de enfermería de las estudiantes. Felizmente, esta situación se ha modificado en general. Como hay menos disparidad entre educación y servicio, cabe esperar ahora una mayor armonía entre ambos aspectos.

Nosotras las enfermeras tenemos un solo objetivo y, por tanto, no debemos estar divididas. Debemos recordar que lo importante son los *ideales* del servicio y de la educación y no la impresión que demos.

¿Qué más le sucedió a esta enfermera que aspiraba a obtener plena satisfacción al proporcionar los cuidados de enfermería de elevada calidad que se le había enseñado? Sabemos que la enfermera no colaboró precisamente con otros integrantes del grupo de salud al organizar la enseñanza y cuidar del paciente, sino que actuó como coordinadora de las actividades de numerosos otros terapeutas, incluso de médicos que a veces se aprovechaban de su buena voluntad. A menudo, en el puesto de enfermeras dedicaba horas interminables a enviar a estos profesionales hacia la persona que también debería haber sido "su paciente" cuando se preparaba para desempeñar la práctica de su profesión y proporcionar el servicio para el que estaba capacitada y deseaba ofrecer. En realidad, la enfermera particular es la única que realiza la labor para la cual se preparó, es decir, la enfermería. Al establecerse el cargo de secretaria de sala, alguien tenía que realizarlo y sus funciones recayeron sobre la enfermera jefe. De modo que esta perdió una función pero ganó otra. En el curso de los años, la enfermera ha asumido en grado creciente funciones que no son de enfermería, en perjuicio de sí misma, de su profesión y de sus pacientes. Es difícil concebir las exigencias cada vez mayores que la administración y otras actividades ajenas a la enfermería imponen a la enfermera. En algunas ocasiones se la podrá calificar de enfermera, administradora, médico ayudante, farmacéutica, contadora y directora de los servicios de transporte y de mensajero. Otras veces, es supervisora de mayordomía, administradora de dietética, técnica en tubos, frascos, bombas y medidores, y ahora, con el empleo de la cibernética, es posible que deba alimentar con información a los "cerebros electrónicos" de la automatización en busca del presunto diagnóstico del médico. Y en horas de visita, puede ser que se convierta en guía de los familiares y amigos de los pacientes.

Me parece oportuno relatarles lo que me contó el director de un hospital de enfermos crónicos. Muchas enfermeras de las Islas Británicas buscan empleo en esa institución. El director se preocupa mucho de su orientación y de que estén contentas y, al término de dos o tres semanas, visita periódicamente las salas para observar sus actividades. En una ocasión, le preguntó a una de las enfermeras irlandesas, que gozaba de gran estimación entre los pacientes y el personal, si desearía ser jefe de enfermeras en su debida oportunidad, a lo que ella contestó: "De ninguna manera. Si lo hubiera deseado, tendría que haber asistido a una escuela comercial".

En el ambiente de algunos hospitales, la enfermera está en contacto con los pacientes únicamente para darles medicamentos. Hace dos años, recibí una carta de una ex alumna que, según creo, sentía un poco de nostalgia. Entre otras cosas, me decía: "Desde hace dos semanas formo parte de un grupo encargado de administrar inyecciones". Como en mi carta le pidiera mayores informaciones, me explicó que durante dos semanas debió administrar penicilina y que no había tenido oportunidad de practicar lo que había aprendido; durante todo ese tiempo—decía—sólo había estado en contacto con los músculos glúteos. Yo le aconsejé que por lo menos mientras realizara esa actividad, hablara y escuchara.

Cabe esperar que la enfermera asuma en número cada vez mayor las funciones del médico. En efecto, se podría convertir en médico de segunda categoría, en lugar de enfermera de primera calidad. En los hospitales y clínicas las enfermeras temen traspasar los límites de la profesión del médico. Ultimamente se ha comentado mucho que las enfermeras se están dedicando al ejercicio profesional de la enfermería. La enfermera quiere saber cuáles son sus responsabilidades en el tratamiento intravenoso, la administración de drogas experimentales, la succión intratraqueal, la resucitación en caso de paro cardíaco, en la administración de anestesia durante la dilatación y el parto, etc. A este respecto, se solicitan declaraciones y opiniones de las asociaciones estatales de enfermeras y de los procuradores generales. Esto sucede en todo el país. Se trata de saber cuál es su situación jurídica en relación con el ejercicio profesional de la enfermería dentro de cada Estado.

Todo esto es admirable, porque revela la preocupación de la enfermera por el ejercicio de la enfermería en su concepto moderno y perfeccionado.

¿Cómo se llegó a esta situación? Las respuestas son numerosas, pero me referiré a una que parece dar la clave. Al evolucionar los cuidados del paciente, se aumentó el personal del grupo de salud, se proporcionaron más servicios y se realizaron más investigaciones. Se aumentó el equipo, el que debía contarse, almacenarse y repararse. Había una preocupación excesiva por las anotaciones y la preparación de registros. La naturaleza de las actividades de las unidades hospitalarias se hizo más compleja. Debido a esta nueva idea sobre cuidados del paciente, fue preciso establecer servicios de administración y dirección, suministros, coordinación y control tanto para hacer frente a las situaciones diarias como a crisis y emergencias. ¿Quién era, lógicamente, la persona sobre la que debían recaer esas nuevas tareas y responsabilidades? La persona que estaba *ahí* todo el tiempo, que no podía desplazarse a voluntad como tantas otras: *la enfermera profesional*.

La enfermera, además de encontrarse siempre en el lugar que le corresponde, está dispuesta, en muchos casos, a aceptar esas nuevas responsabilidades en cualquier momento del día, todo el día, diariamente. En forma lenta, pero segura, muchas otras personas ocuparon una posición intermedia entre la enfermera y el paciente y esta se encuentra ahora ante un dilema: cómo volver a la cabecera o al lado del paciente. Me refiero ahora a la verdadera enfermera y la mayoría de las enfermeras lo son, es decir *las que quieren realmente ser enfermeras*. No me refiero a las que viven preocupadas de ficheros, quienes son las mejor preparadas para facilitar apoyo y estímulo emocional al paciente. Ese apoyo lo dan mediante control remoto en el pasillo del hospital preocupadas por normas, procedimientos y el prestigio de un escritorio. Son las que se preocupan del número de toallas de cara que se pierden, de los inventarios, mientras que otras personas—con menos preparación y adiestramiento—se sitúan entre ellas y el paciente y obtienen la enorme satisfacción de cuidar realmente al paciente que desea ser escuchado por una persona instruida y tratado por una mano educada, comprendido y orientado por una cabeza bien formada y querido por un corazón bien templado.

El paciente quiere saber si puede dormir en la mañana cuando no ha dormido bien por la noche, que no se le obligará a bañarse después del desayuno ya que, como la enfermera sabe, el descanso para *él* en ese momento es más importante que para ella cumplir con la obligación de bañar a todos los pacientes antes de las 10 de la mañana.

¿Qué se puede hacer en tales circunstancias? Vamos a tratar de constatar algunas de estas preguntas. ¿Cuál es mi criterio sobre el ejercicio de la enfermería? ¿Debo realizar todas estas actividades que no son propias de la enfermería? ¿Hay algo malo en negarse a realizarlas porque rebasan el ámbito de la enfermería? ¿Qué importancia conceden la enfermera jefe y la supervisora a la atención proporcionada competentemente a diferencia del número de tareas llevadas a cabo? ¿No se obtendrá mayor satisfacción en el empleo si se atribuye prioridad a dicha atención? ¿Por qué no se podrían reorganizar las actividades de modo que yo pudiera prestar servicios de enfermería? ¿Emplearé mi tiempo con los pacientes como debiera si se me liberara de aquellas funciones que son ajenas a la enfermería? Si esas amplias tareas se asignaran a otras personas ¿me costaría trabajo renunciar a ellas?

Se han hecho muchos intentos por encontrar soluciones a esos problemas. Me referiré sólo a dos de ellos:

1. Se realizan estudios para estimular la modificación de los sistemas institucionales y de organización. Las investigaciones corroboran que

se ejerce cada vez mayor presión sobre la enfermera institucional, que se plantea el problema del movimiento de personal y la dificultad de reemplazarlo.

2. Los motivos de queja de las enfermeras se han registrado y citaré algunos ejemplos: "Es preciso hacer algo para aliviar la situación". "La enfermera de hospital trabaja en un ambiente de confusión, caos y frustración". Una enfermera jefe dijo: "¿Cómo puedo atender al paciente cuando tengo que llamar al técnico encargado del mantenimiento cinco veces para que repare la válvula de oxígeno?" Aunque no disponemos de cifras acerca de las mayores exigencias de enfermería debido a la intensidad de la enfermedad y del tratamiento, nos damos cuenta de que aumenta el volumen de trabajo en esa disciplina. Las observaciones formuladas en esta reunión por las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos me hicieron recordar las numerosas actividades que desempeñan las enfermeras, las múltiples observaciones que es preciso efectuar en relación con el paciente que sufre de crisis cardíaca, por ejemplo. Se necesitan—pensé—más de dos ojos y dos manos y dos pies para realizar todas esas tareas en un momento determinado.

No cabe duda de que el volumen de trabajo de enfermería es cada vez mayor. Además, reitero la crítica de que las enfermeras se han alejado de la cabecera del paciente, y he mencionado algunos de los factores que han contribuido a modificar la estructura orgánica de la institución o del hospital. Mucho se ha hecho para subsanar la situación y deberíamos apreciarlo también. Se ha aumentado el personal, aunque no siempre es esa la solución adecuada, ya que con ello se incrementa a veces el número de personal inadecuadamente utilizado. El exceso de personal puede crear un mayor problema que su escasez. La reorganización y asignación de tareas a otros departamentos podría mejorar la calidad del servicio, por ejemplo, en la unidad central de suministros y envíos y en el centro de terapia por inhalación, como asimismo en lo que respecta al empleo de materiales fungibles.

La orientación del personal y la educación continua, aunque onerosas, han sido de gran utilidad y son indispensables, ya que las enfermeras que ahora se contratan tal vez hayan cursado programas de dos, tres, cuatro y cinco años. Esta situación crea algunas dificultades para el servicio de enfermería desde el punto de vista de la asignación de funciones y de la responsabilidad que entraña el perfeccionamiento profesional de los empleados.

En cuanto al traspaso de las funciones docentes de la enfermera institucional al profesorado de la escuela de enfermería, es preciso señalar que se procura eliminar, de las dos funciones de enfermería que dicha

enfermera debe desempeñar, aquellas tareas ajenas a la profesión de modo que puede preocuparse de las que le incumben directamente. Estas tareas requieren diferentes aptitudes administrativas y propias de los cuidados de enfermería y, en este último aspecto, no sólo habilidad para proporcionarlos, sino—lo que es más importante—planearlos, facilitarlos, dirigirlos y evaluarlos.

Según la tesis de que esas dos funciones podrían y deberían separarse, se procura aplicar numerosos conceptos para lograr esa finalidad. Durante 15 años se ha estudiado a este respecto el plan del administrador de unidades, el que se ha ensayado en algunas actividades sin resultados satisfactorios, especialmente en hospitales pequeños. No quiero decir que las nuevas tendencias tengan éxito, pero por lo menos podrían ensayarse.

No es necesario aceptar a ciegas los planes que se aplican en otras instituciones. Antes de pensar en introducir modificaciones radicales, debemos determinar si las tendencias en cuestión son buenas o malas en sí mismas y en su orientación y si se podrán aplicar en nuestro caso.

Tampoco debemos descartar dichas tendencias por temor a aumentar nuestros problemas. Hay que proceder con la mente abierta; es preciso ensayar y examinar los planes o tendencias con todo el personal sin tratar de imponerle un nuevo sistema. Si se deja pasar tiempo reconocerán su importancia y lo aceptarán. En los Estados Unidos de América ha surgido de nuevo la idea del administrador de unidad y en muchas áreas más bien extensas el plan está dando resultados satisfactorios. Me correspondió observar uno en marcha durante un mes, y ví como la enfermera jefe concentraba sus actividades en el cuidado del paciente. Se trataba de una unidad de cuidado intensivo de pacientes críticamente enfermos.

La enfermera jefe visitaba a los pacientes cada 15 minutos aproximadamente. La observé dirigiendo, orientando, enseñando, supervisando e inspirando al personal de enfermería y ayudándole a encontrar métodos prácticos más eficaces para aplicar el plan de cuidados. Colaboraba con el médico y con otros profesionales. Se organizaban reuniones de grupo en la unidad de la sala. Las decisiones que adoptaba en relación con los cuidados de enfermería se referían a numerosos aspectos. Tuve la impresión de que la enfermera jefe era una especialista clínica y de que las demás enfermeras trataban de contestar a preguntas como la siguiente: “¿Por qué causa la Sra. A. pasó una mala noche?” Sobre los procedimientos ensayados por la enfermera preguntó ¿cuál resultó satisfactorio en cuanto a estimular a la Sra. B. a aceptar su impedimento? En el caso de un paciente que parece estar menos tenso ¿cómo se logró

reducir su preocupación? ¿Qué hizo la enfermera? ¿Qué planes ha hecho el grupo encargado del cuidado del paciente con la Sra. C.—que parece estar tan decaída—para ayudarle a participar en su propio restablecimiento? En estas circunstancias se pedía a la enfermera que revelara y compartiera los conocimientos que hubiera obtenido. Para ella, el paciente era el individuo más importante del hospital y no un motivo de interrupción en las actividades de la institución.

¿Qué actividades desempeñaba el administrador de la unidad? Todas aquellas que se podrían considerar como funciones ajenas a la enfermería, incluso las asignadas a determinado personal, como secretarías, asistentes adscritos al cuarto de tratamiento y auxiliares de sala. No se le asignaba personal de enfermería, según se define en el hospital. Cooperaba con el departamento de limpieza y de lavandería a fin de encontrar las toallas extraviadas, preocuparse del ambiente, pedir equipo y suministros a fin de que pudieran ser puestos en servicio, verificar si estaban correctos y asignarlos al lugar correspondiente. Se preocupaba de la ropa, de los artículos de valor y objetos perdidos, y también realizaba las gestiones necesarias para dar de alta a los pacientes. Esto no quiere decir que la enfermera, el médico, el asistente social y otros funcionarios no se ocuparan también de preparar los formularios para recomendar al paciente a otros especialistas y los examinaran conjuntamente con la familia y la institución a la cual el paciente se remitía. El administrador de la unidad por su parte admitía al paciente, obtenía las medicinas, se encargaba de los trámites para el pago, completaba los detalles para dar de alta a los pacientes, etc. Estas han sido algunas de las tareas desempeñadas por la enfermera jefe y, sin embargo, el administrador de la unidad disfrutaba de la misma categoría y situación.

En esa situación, existían relaciones armoniosas entre la enfermera jefe y el administrador de la unidad. El peligro de dominación era posible, sobre todo por parte de la enfermera, que había estado en la unidad antes de llegar aquél. Este es un aspecto que será conveniente estudiar.

Creo que se podría seguir disertando sobre este tema y otros que hoy en día giran sobre el mismo asunto; sin embargo, creo que, a fin de resolver las necesidades más inmediatas que hoy enfrentamos, debemos tratar de pensar qué solución hay para estas preguntas: ¿Necesita la enfermera más adiestramiento? ¿Qué clase de educación necesita? ¿Impedirá lo que he aprendido en esta conferencia mejorar el cuidado del paciente? La respuesta tal vez sea que no son funciones de enfermería. ¿Cómo se podrán suprimir? Hay que encontrar la respuesta; es factible, si se quiere, y ese es mi reto—encontrar la solución.

¿QUE SIGNIFICA REALMENTE “CUIDAR” A UNA PERSONA?*

Jean Hayter †

Las definiciones de enfermería no expresan adecuadamente lo que el término significa. Sin embargo, como se trata de un concepto indispensable para las actividades de enfermería conviene tener una clara idea sobre el mismo.

A fin de eliminar la ambigüedad y lo abstruso del término “cuidar”, la tira cómica *Peanuts*, será de cierta utilidad. Su autor, Charles Schultz, define la felicidad con una ilustración: La felicidad es una frazada suave que nos envuelve. La felicidad consiste en llevar los libros de la amiguita de la casa a la escuela.

En los párrafos siguientes se presentan 10 ejemplos de lo que significa, para una enfermera, cuidar a alguien.

Cuidar al paciente es darle un masaje suave que lo tranquilice

Cuidar al paciente significa atender sus necesidades físicas cuando este no puede valerse por sí mismo, preocuparse de los pequeños detalles que son importantes para su comodidad y que tanto significan para una persona enferma, como darle un vaso de agua fría, alisarle la sábana, recordar que le gusta el té con dos terrones de azúcar. Es imposible destacar demasiado la enorme importancia de esas funciones para la atención del paciente.

* Este artículo ha sido traducido por la OSP y se publica con la autorización del *Canadian Nurse*. El texto original, “What Does ‘Caring’ Really Mean?”, apareció en dicha revista, Volumen 62, No. 10, octubre de 1966, págs. 29-32.

† La Srta. Hayter es profesora asociada de enfermería, Escuela de Enfermería de la Universidad de Kentucky. Posee el título de B.S. en enfermería del Medical College de Virginia y un M.A. y Ed.D. del Teachers College, Universidad de Columbia, Nueva York. Redacta artículos para la Fundación Americana de Enfermeras. Este texto ha sido adaptado de un discurso pronunciado ante la Asociación de Enfermeras del Estado de West Virginia.

*Cuidar a una persona es quedarse con ella
si tiene miedo y escuchar lo que tenga que decir*

A veces la presencia de otro ser humano es muy importante. El paciente tal vez se sienta terriblemente solo, sobre todo si va a vivir una experiencia nueva o desagradable, si siente dolor o si piensa que se va a morir. Es posible que no desee hablar y que tampoco quiera que la enfermera hable: lo que le interesa es que alguien esté con él. Y ¿hay algo que nos consuele más que tener alguien que nos escuche—con sincero interés y comprensión—cuando algo nos preocupa?

Las enfermeras suelen tener la impresión de que nada logran a menos que estén físicamente activas. Pero si se aplica un criterio objetivo, se verá que muchas veces se puede hacer más por el paciente escuchando lo que dice que en ninguna otra forma. Además, no tiene que haber disparidad alguna entre la interacción verbal y la atención a las necesidades físicas propiamente dichas. Ambas pueden ocurrir simultáneamente y, en realidad, la atención a las necesidades físicas sirve de poderoso catalizador en lo que respecta a la comunicación verbal. Esta es una de las razones principales para que las enfermeras profesionales se preocupen de los aspectos físicos del cuidado del paciente, ya que de esa manera pueden lograr otros objetivos. Las habilidades manuales en la enfermería pueden constituir un medio, así como un fin en sí mismas. El paciente se siente más seguro cuando alguien está dispuesto a escucharlo, a valorarlo y a respetarlo como persona, aceptando lo que dice sin censurarlo, y si sabe que hay alguien que se preocupa de él.

Esos dos aspectos del "cuidado" constituyen la definición comúnmente aceptada del término, lo que se ha calificado como la "función sustitutiva de la madre" aplicada a la enfermera. A este respecto, Schulmann menciona otra función de la enfermera—la "función de curadora"—que, según él, comprende aquellos aspectos de la atención que contribuyen a que el paciente recupere su estado normal sano. Dicho autor observa que las enfermeras profesionales tienden a preocuparse por medicinas y tratamiento, regímenes alimentarios y funciones terapéuticas ordinarias, mientras que las enfermeras prácticas y las ayudantes toman el lugar de la madre, y sugiere que las enfermeras prácticas y las ayudantes asuman esta función y que la enfermera profesional del futuro se limite a la función de curar (1).

La idea no es nueva. En realidad, ya se ha puesto en práctica. No obstante, hay algunos problemas aún no resueltos: ¿Podría una enfermera desempeñar con eficacia la función de curadora independientemente de

la de sustituir a la madre? Si las ayudantes sustituyen a las enfermeras en esta última función ¿se puede suponer que no se necesitará preparación para tomar el lugar de la madre? ¿Hay diferencias entre ambas funciones? Si las hubiere ¿cuál ha de tener prioridad? Nuestras convicciones sobre el particular y la manera como procedamos basándonos en ellas, determinarán en gran medida si se dará la razón a Schulmann.

Cuidar al paciente significa saber emplear equipo mecánico en vez de dejar que este nos domine

La automatización se utiliza cada vez más en enfermería. Hay dispositivos para seguir el funcionamiento del corazón, para hacer respirar al paciente, para levantarlo, para hacer descender el mercurio en el termómetro. La automatización ha originado muchos adelantos en enfermería, pero es preciso situar las ventajas y desventajas en su debida perspectiva y utilizar el equipo con prudencia.

Un ejemplo de la automatización provechosa es el de la instrucción programada destinada a los pacientes. Los pacientes difieren enormemente en edad, capacidad para aprender y antecedentes socioeconómicos. La ventaja principal de la instrucción programada es que tiene en cuenta las diferencias individuales y el alumno puede progresar según su propio ritmo. Si la presencia de la enfermera no es necesaria mientras el paciente está aprendiendo, esta puede dedicarle más tiempo a los problemas del paciente y ayudarlo a comprender los cuidados que necesite.

Las máquinas tal vez nos permitan trabajar con más facilidad, más rapidez, menos gastos o más exactitud. Sin embargo, el objetivo no varía. Lo que cambia es el procedimiento, más que la actividad o el motivo de la misma y, en enfermería, el objetivo permanece en última instancia invariable. Un dispositivo permite el descenso de la temperatura del termómetro, o se puede utilizar un termómetro eléctrico que registre la temperatura continuamente, pero aún así es necesario anotar la temperatura del paciente y adoptar las decisiones apropiadas. Esto es lo importante y no el procedimiento mediante el cual se determina la temperatura.

Cuidar es obsequiar un ramo de flores a la enfermera que está a la cabecera del paciente

Se puede cuidar al paciente de muy diversas maneras: algunas personas asumen la responsabilidad administrativa de quienes facilitan los cuida-

dos; algunas enseñan enfermería; otras escriben sobre dicha profesión. Sin embargo, es la enfermera de cabecera la que desempeña las funciones de enfermería; pero las recompensas más tangibles y más valiosas de la profesión—mejores sueldos, reconocimiento, prestigio, autoridad, estimación, deferencia—recaen principalmente sobre la enfermera que desempeña funciones administrativas o docentes. Hasta cierto punto, es necesario abandonar las funciones de enfermería para avanzar, porque hay muy pocas oportunidades de adelanto en la práctica clínica. No debemos permitir que esta situación continúe. Las enfermeras practicantes merecen sueldos que estén a la altura de su preparación, de su capacidad y de su contribución y debe haber oportunidad para adelantar en el ejercicio de la profesión.

Se suele estimular a la enfermera que obtiene un título de estudios superiores a que acepte un cargo de supervisión, docente o administrativo. Se necesitan urgentemente enfermeras competentes para esos cargos y hay escasez de personas con la debida preparación. Y, sin embargo, ¿qué se consigue o qué se sacrifica al alejar a las buenas enfermeras del ejercicio de la profesión?

La educación de posgrado en enfermería se concentra principalmente en los aspectos no clínicos, aunque va en aumento el número de escuelas que ofrecen posibilidades de realizar estudios superiores en enfermería clínica. La educación de posgrado debería ofrecer oportunidades de perfeccionamiento en la atención integral y competente del paciente y de obtener conocimientos prácticos y teóricos adicionales. Es preciso que se ofrezcan también oportunidades para ejercer la profesión cuando se haya obtenido esa preparación.

Debe estimularse la función de la especialista en enfermería clínica, es decir, de la persona que establece diagnósticos de enfermería y se encarga de preparar y aplicar un régimen de enfermería. En esa tarea, colabora con personas que ejercen profesiones afines y ayuda a diversos participantes en el grupo de enfermería a adoptar una contribución más eficaz al cuidado de cada paciente. Es posible que algunas enfermeras se opongan al término "diagnóstico de enfermería" y prefieran que se diga "determinación de las necesidades de enfermería". La denominación que se le dé no interesa. Lo importante es darse cuenta de que no se puede esperar el perfeccionamiento en el ejercicio de la enfermería si constantemente se aleja a los profesionales superiores del ramo de la práctica clínica. La práctica clínica no mejorará a menos que se permita y se estimule a los profesionales expertos a dedicar su tiempo y energía al perfeccionamiento de la misma. Si atribuimos importancia a la atención del paciente, debemos recompensarla y conferirle cierta categoría.

Cuidar es buscar nuevas maneras de solucionar problemas

Es absolutamente indispensable saber lo que es y lo que no es de utilidad en los cuidados de enfermería, y esto se puede lograr con mayor eficacia mediante las investigaciones. ¿Cuáles son los elementos básicos de los cuidados de enfermería, cualquiera que sea el ambiente en que se proporcionen? La atención prestada en los hospitales y en otros ambientes debe asemejarse en vez de diferenciarse. Será necesario, cada vez en mayor grado, enseñar a los pacientes a tomar sus propios medicamentos y a administrarse el tratamiento cuando sea sencillo. ¿Cómo se puede lograr mejor esto? Hemos procurado evaluar la eficacia de los cuidados de enfermería, pero aún no lo conseguimos. ¿Tendremos que analizarlos en sus elementos componentes antes de poder evaluarlos? ¿Cuáles son esos componentes?

Antes de realizar investigaciones o de estudiar un problema es preciso reconocer la necesidad de solucionar o de mejorar cierta situación. Debemos reflexionar sobre el problema, obtener toda la información posible y tal vez sea indispensable formular una hipótesis sobre una probable solución. Estas hipótesis deberían verificarse. Es preciso ensayar diferentes procedimientos, comprobar la eficacia de los distintos métodos y anotar los resultados de modo que otros obtengan el mayor provecho posible de ellos.

Cuidar es participar en las reuniones de la organización en los días de asueto

En toda profesión deben establecerse normas sobre la preparación y las actividades de quienes la ejercen. Las enfermeras, y no los médicos o cualquier otro grupo, deben establecer las normas de enfermería. El logro satisfactorio de los objetivos de una organización profesional depende del interés, el apoyo y la activa participación de cada individuo. Como en cualquier sistema en que la representación o la participación es inadecuada, los voceros de la organización pueden adoptar una actitud o actuar en forma que nos desagrada. No obstante, si no nos hacemos oír, si no votamos en las elecciones y damos a conocer nuestra actitud sobre determinados asuntos, no podremos expresarnos con fundamento sobre las decisiones.

El apoyo de la organización puede ser de gran importancia en algunas situaciones, semejantes a la de dos hospitales de Texas en los que las condiciones de trabajo eran tan deplorables que se denominaron "Scutari, U.S.A." (2). Las enfermeras han demostrado mucho valor al hablar a pesar de las críticas y al defender enérgicamente sus convicciones. No obstante, sólo unos cuantos individuos expresarán una opinión contraria a la común o que se aparte de lo convencional. Mediante el esfuerzo organizado podemos lograr aquello que no conseguimos solos.

*Cuidar es establecer lazos de amistad
con otras enfermeras*

Hoy día hay enormes diferencias de opinión entre las enfermeras en relación con varios asuntos de enfermería. A veces, esta discrepancia casi se traduce en sentimientos de animosidad o envidia entre diversos grupos y es un hecho que no presentamos un frente unido. ¿Por qué es tan difícil para las enfermeras educadoras y aquellas en la práctica de enfermería comunicarse entre sí? Sin duda, hay elementos de acuerdo y de desacuerdo entre ellas. ¿Cuáles son los aspectos que las separan? Es preciso examinar este asunto, determinar por qué discrepamos, cómo lograr un acuerdo común y luego colaborar todas para alcanzar ese objetivo. Un buen procedimiento consistiría en escuchar el punto de vista de cada una.

Entre los grupos de enfermeras se observa falta de comprensión y grandes diferencias de opinión acerca de las diversas modalidades de la preparación docente: diplomas y diversos títulos. No podemos ponernos de acuerdo en que esos programas preparan al interesado para asumir una responsabilidad diferente y en que cada uno es esencial. Tampoco hablamos con bastante franqueza y lógica para llegar a un acuerdo e iniciar actividades conjuntas con mayor eficacia. ¿Crecemos que los cambios en la educación no han constituido mejoras? ¿Hay amenazas inherentes que nos atemorizan? ¿No podemos hablar de ellas? Si solamente pudiéramos determinar las categorías de enfermeras que se necesitan, se podrían organizar programas con miras a su capacitación.

Cabe también preguntar en qué consisten los cuidados *buenos* de enfermería. Las enfermeras experimentan cierto sentido de culpabilidad porque no pueden proporcionar la clase de cuidados que desearían y sienten bastante nostalgia por los buenos días de antaño. A esta sensación quizás contribuya la tendencia a la autoayuda, a levantar al paciente lo antes posible y al hecho de que los pacientes a veces no atribuyen importancia a esos factores, a veces tergiversan los motivos y manifiestan que no reciben la misma atención que antes.

No estamos incluso muy seguras de lo que son los *cuidados de enfermería*. Si se pregunta a las enfermeras en qué consisten, expresarán el deseo de “volver a cuidar al paciente”, lo que no siempre hacen cuando se les presenta la oportunidad. En la mayoría de los casos, hay tan pocas enfermeras graduadas que se dispone de muy poco tiempo para proporcionar atención directa al paciente. Pero la pregunta esencial es: ¿Queremos realmente cuidar al paciente, y es esto lo que hacemos cuando lo permiten las circunstancias? En el estudio de Reissman y Rohrer en Nueva Orleans, las enfermeras de sala manifestaron preferencia por la sala quirúrgica a diferencia de la sala médica. La explicación típica fue: “En las salas médicas el paciente requiere demasiada atención, y es preciso estar más tiempo a su cabecera. En realidad, hay que prestarle atención en todo momento a los pacientes clínicos”. En el mencionado estudio, los investigadores llegaron a la conclusión de que “las enfermeras evitaban, al parecer, estar a la cabecera del paciente, incluso cuando tenían la oportunidad de hacerlo”, y señalaron que “en dicho estudio se justificaba plenamente la conclusión de que existe un abismo entre lo que las enfermeras dicen y lo que hacen” (4).

La Dra. Esther Lucile Brown señala también que es inútil aumentar el personal si no se definen de nuevo las funciones que le corresponden y no se logra estimularlo para que trabaje con mayor eficacia. (4).

Es difícil comentar estos aspectos y no es muy agradable escuchar observaciones al respecto, pero conviene examinarlos objetivamente, encararlos en forma directa y después formular planes al respecto. No cabe duda de que las enfermeras se interesan por cuidar a los pacientes. Debe haber alguna explicación o algún motivo para que se proceda en forma contraria. ¿Será que en muchos casos el cuidado directo del paciente crea hoy día tal sensación de frustración y de ineficacia que se prefiere evitarlo? Cualquiera que sea la explicación y el motivo este es un problema que no se puede soslayar.

Cuidar es vincularse con profesionales de otras disciplinas de salud

Según Albert Wessen, tres elementos son necesarios para evitar la fragmentación indebida de la atención del paciente y coordinarla eficazmente: adecuada comunicación entre grupos, cierto acuerdo sobre propósitos comunes, entre los integrantes del grupo y la asignación claramente definida de funciones y autoridad (5). Indiscutiblemente, la

comunicación entre profesionales de las diversas disciplinas de salud no marcha muy bien. En cuanto al segundo factor, todos estamos de acuerdo en los objetivos comunes de fomentar, mantener y restablecer la salud. El tercer factor es el que realmente merece mayor atención.

En la mayoría de los organismos de salud hay dos órdenes jerárquicos. El médico está a la cabeza del grupo de salud o es el primero en el orden de jerarquía en lo que respecta al cuidado de los pacientes. La enfermera es responsable ante él en todo lo que concierne a la atención del paciente. Por otra parte, el administrador ocupa el primer lugar en el orden jerárquico en cuanto a la dirección del organismo de salud, y las enfermeras son responsables ante él en las cuestiones administrativas o directivas. Esos dos órdenes a veces no armonizan y, como se dice comúnmente, la enfermera "queda atrapada en el centro".

En este aspecto referente a la asignación de funciones y de autoridad, procede examinar también la manera en que las enfermeras y los médicos consideran la función de enfermería. En un estudio de que da cuenta Jaco, se comprobó que para el médico el hospital es una institución cuya función básica consiste en ayudar a la profesión médica a proporcionar atención médica, estimando que el resto del personal existe para ayudarle a desempeñar sus funciones. En ese mismo estudio, se comprobó que las enfermeras consideran que el hospital debe atender a todas las necesidades del paciente, de su familia y de la comunidad. Para los investigadores, este criterio de la enfermera es más bien idealista, altruista, e imposible de realizar. Según ellos, las enfermeras, al estimar muy sinceramente que deben cuidar al "paciente en su totalidad", hacen extensivo ese sentido de responsabilidad a todos los cuidados que se proporciona al paciente. A ello se debe—dicen—que la enfermera se sienta culpable y defraudada, es decir, porque procura lograr lo inalcanzable (6).

Todo ser humano desea que se le reconozcan sus méritos y sentir la satisfacción de haber realizado una buena labor; y las enfermeras derivan una gran satisfacción de la estimación de los médicos. También es verdad que casi todos los médicos son hombres y casi todas las enfermeras son mujeres y que es natural que cada uno quiera la aprobación del otro. La opinión que muchos médicos tienen de la enfermera se basa en los conocimientos médicos y en la habilidad de estas para cumplir instrucciones.

En este aspecto hay algunas paradojas y varias claves para resolverlas si la situación ha de mejorar. Los médicos quieren que cuidemos al paciente y, sin embargo, a veces parece que desearan los servicios de un técnico calificado. Muchos de ellos estiman que las enfermeras están

recibiendo una educación excesiva y, no obstante, esperan que estas sean cada vez más competentes. Según las enfermeras, lo que les interesa es la atención del paciente, pero esto no siempre es así. ¿Somos demasiado idealistas?

Podríamos también preguntarnos si damos muestras de excesiva renuencia al no aceptar que otros se encarguen de nuestras actividades. En la actualidad se oye hablar con frecuencia de administradores de salas, y muchas enfermeras están en contra de tales cargos. Quizá debamos examinar este asunto seriamente antes de adoptar una actitud negativa. Lógicamente, la situación mejoraría si se separaran las actividades de enfermería de las que no lo son, dejando así libre a la enfermera para desempeñar las funciones que le son propias.

*Cuidar es filosofar sobre asuntos morales
en el campo de la salud*

Están surgiendo nuevos problemas morales que influirán profundamente en las enfermeras y en la enfermería: los servicios de salud se amplían y, por consiguiente, se necesitará un mayor número de enfermeras y se ahondará la discrepancia entre el número necesario y el disponible; el cuidado de las personas de edad avanzada está creando un problema sobre el cual nadie parece conocer la respuesta; la eutanasia se menciona cada vez con más frecuencia; el transplante de órganos es cada vez más común, como también el empleo de prótesis. Las decisiones correspondientes incumben al médico, pero influyen en nosotros y en nuestras actividades. ¿Cómo actuará una persona que cuida de otras en relación con esos problemas? Las enfermeras deberán reflexionar seriamente sobre estos asuntos.

*Cuidar es reconocer ocasionalmente
que hemos procedido bien*

A menudo suele ser más fácil reconocer nuestras deficiencias que nuestras ventajas, aunque también las tenemos. Hemos logrado progresos y considerables mejoras en lo que respecta a cuidados de enfermería. Quizá nos percatemos mejor de nuestras deficiencias porque no hemos puesto objeción a que se nos estudie y a estudiarnos. Ningún otro grupo de profesionales ha demostrado tal disposición a examinarse, lo que indica un

verdadero deseo de perfeccionamiento. Las enfermeras merecen que se les reconozca esta actitud.

Empezamos a demostrar valor para defender nuestras opiniones y para manifestarlas incluso ante las críticas que se nos formulan. Debemos continuar defendiendo nuestras convicciones, trabajando por lo que creemos es justo y luchando por perfeccionarnos, pero sin olvidar lo que ya se ha logrado. Las enfermeras desempeñan diariamente la labor del guardián, de estar siempre al día. Al igual que Alicia en el País de las Maravillas, deben correr con rapidez para no retroceder. No podemos vernos en perspectiva porque estamos demasiado cerca de la situación, pero es de esperar que en los anales de la historia se mencionará que en el decenio de 1960 las enfermeras lograron enormes progresos en cuanto a mejorar los cuidados del paciente, a pesar de dificultades casi insuperables. Es de desear que la historia resalte que las enfermeras de esa época realmente se preocuparon de "cuidar" a las personas.

Referencias

(1) Shulmann, Sam. "Basic Functional Roles in Nursing: Mother Surrogate and Healer". En *Patients, Physicians, and Illness*. Jaco, E. Gartly, ed. Glencoe, Illinois: Free Press, 1958.

(2) Lewis, Edith P. "Scutari, U.S.A.". *American Journal of Nursing* 65:100-104, marzo de 1965.

(3) Reissman, Leonard y Rohrer, John H., ed. *Change and Dilemma in the Nursing Profession*. Nueva York: Putnam, 1957.

(4) Brown, Esther Lucile. *Newer Dimensions of Patient Care*. 2ª parte. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1962.

(5) Wessen, Albert. "Hospital Ideology and Communication between Ward Personnel". En *Patients, Physicians, and Illness*. Jaco, E. Gartly, ed. Glencoe, Illinois: Free Press, 1958.

(6) *Ibid.*

¿QUE HE DE ENSEÑAR MAÑANA? *

Edward M. Bridge †

Si usted es maestro, se habrá hecho esta pregunta innumerables veces y continuará haciéndosela mientras se dedique a la enseñanza. En ella se sintetiza la esencia de la función que desempeña el maestro en la escuela, y también el incentivo (o tedio) de la profesión docente. Algunos maestros no se preocupan mucho por este problema, pues para ellos la respuesta es sencilla y consiste simplemente en seguir el tema asignado y lo que indica el libro de texto. Para otros, es motivo constante de ansiedad. "Ayer mi clase no resultó tan buena como debería haber sido. Los estudiantes no están progresando satisfactoriamente. ¿Qué innovación podré introducir?". Este aspecto merece ser considerado, ya que en la respuesta a esta pregunta reside la filosofía de la educación de cada uno.

En la escuela de medicina, la situación tiene sus propias peculiaridades, ya que son muy pocos los profesores que se sienten responsables de todo un curso. En su lugar, dictan un número fijo de clases que abarcan temas previamente asignados, están presentes durante ejercicios de laboratorio en que se supervisa el trabajo independiente y la iniciativa de grupos de estudiantes, o visitan las salas de hospital algunas horas a la semana. Durante el año, el profesor de medicina llega a conocer superficialmente a muchos estudiantes y a unos cuantos más a fondo. Es muy raro que conozca a alguien realmente bien, a menos que el estudiante decida practicar en su laboratorio y le ayude en sus trabajos de investigación. Por lo tanto, la enseñanza en la escuela de medicina tiende a ser menos personal, y se relaciona más directamente con la materia o los pacientes hospitalizados. Cualquier relación de intimidad entre profesor y alumno tiene generalmente su origen fuera de la sala de clase. La dirección y continuidad del programa se mantiene mediante el horario fijo de la institución. En estas circunstancias, la enseñanza se ha prescrito en gran medida de antemano y permite una interacción mucho menor entre alumno y mentor que en otras situaciones, por ejemplo, especialización al nivel del doctorado.

* Capítulo 6 del libro *Pedagogía médica. Publicación Científica de la OPS* 122, 1965.

† Profesor de Farmacología y Fisiología Aplicada, Escuela de Medicina, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo; Consultor en Educación Médica, OPS.

La respuesta a la eterna pregunta acerca de qué se debe enseñar mañana y cómo hacerlo, ejerce una gran influencia sobre el estudiante. No sólo determinará la cantidad de lo que aprende, sino también su actitud hacia el aprendizaje en su totalidad. Todos hemos asistido a clases en que la atención se ha concentrado en tal forma que todavía podemos, muchos años más tarde, recordar detalles, y todos hemos sentido también el terrible aburrimiento de otras clases. En ningún caso la educación del estudiante es estrictamente pasiva, cualquiera que sea la clase. "Este profesor da siempre la misma clase cada año. Los apuntes de Juan, del año pasado, tienen todo lo que necesitas saber para aprobar los exámenes". "Este otro profesor sabe su materia, pero ¡cómo aprender tanto!" "Házle un par de preguntas, o asienta con la cabeza cuando te mire. Esto le causa buena impresión". "Esa clase fue tan interesante que olvidé tomar apuntes. ¿Puedes prestarme los tuyos?" Los estudiantes tienen sus propias normas sobre lo que constituye la buena enseñanza, pero ellas no necesariamente se ajustan a las nuestras. No cabe duda de que el aprendizaje puede ser más estimulante y eficaz si ambas partes se compenetran mejor de los objetivos y métodos. En un intento por comprender el criterio de los alumnos, McKeachie y sus colaboradores (1) han estudiado los factores que dan satisfacción a los estudiantes en los cursos a base de clases en la escuela universitaria. Si bien sus resultados se refieren a los métodos de enseñanza más que a la selección del contenido, contribuyen a orientar a cualquier maestro en cuanto a sus funciones. En el cuadro 1 se presentan algunas observaciones de la lista que han preparado y que se aplican especialmente a la enseñanza de la medicina.

Los educadores profesionales insisten, muy lógicamente, en que el contenido de la enseñanza debe tener relación directa con las finalidades de la escuela en su conjunto, y con la contribución que cada hora de clase aporta a la consecución de los objetivos generales. Señalan también que el método de instrucción y la naturaleza de los exámenes que permiten juzgar la labor de los estudiantes deben basarse también en esos mismos objetivos. Por muy lógico e importante que sea este concepto, he podido convencer a muy pocos de mis colaboradores a que dediquen el tiempo necesario para realizar un análisis de la enseñanza que imparten en esta forma. No es fácil captar el concepto propiamente dicho, y aun si se comprendiera, es más fácil aceptarlo como buena teoría que imponerse la disciplina de definir claramente lo que se está tratando de hacer y la manera de lograrlo con la mayor eficacia. No obstante, recomiendo dicho análisis a quienes se interesen seriamente por mejorar la enseñanza.

**Cuadro 1—EL BUEN CONFERENCISTA (JUZGADO
POR ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS) ***

Es una autoridad en su campo y exige mucho trabajo de parte de los estudiantes.

Planea y organiza cuidadosamente el material y lo presenta en forma interesante, clara y concisa.

Relaciona el material con otros aspectos del curso y con valores globales.

Explica los métodos que emplea, se percata de las reacciones de los alumnos y hace innovaciones de acuerdo con las circunstancias.

Estimula la expresión de opiniones por los estudiantes, escucha atentamente, y hace sus comentarios sin hostilidad. Invita a formular críticas sobre su propia enseñanza.

Elogia a los estudiantes cuando han realizado bien su labor y está dispuesto a ayudarles a resolver sus problemas personales.

Es una persona cultivada, que es amistosa e informal fuera de la clase.

Por el momento, examinemos nuestro comportamiento como profesores de medicina y veamos cómo podríamos en el futuro dictar una clase más satisfactoria para todos.

Contenido de la enseñanza

Hace algunos años, debía dar a un curso de estudiantes de medicina una clase que había dictado con anterioridad siete u ocho veces. Conocía bien el tema, por experiencia propia y como consecuencia de trabajos de investigación, y siempre veía con agrado la oportunidad de exponerlo. Cada año mejoraba mis apuntes, modificaba la manera de enfocar el asunto y generalmente al terminar la clase había quedado bastante satisfecho del resultado. Pero en esta ocasión, pronto me di cuenta de que no todo iba bien. A juzgar por la expresión de los alumnos, su falta de atención, un cierto desasosiego, la reacción tardía a mi invitación a que hicieran preguntas, no me estaban siguiendo y, según mi impresión, el resultado final fue nulo. Hasta el día de hoy no me he podido explicar qué ocurrió, pero en vista de esa experiencia rompí mis apuntes y empecé a observar cómo otros profesores, mejores que yo, se conducían en tales circunstancias. No por ello soy un buen conferencista. Nunca lo seré, y prefiero enseñar de otra manera. Sin

* Adaptado de un estudio de Isaacson, R. L., McKeachie, W. J., Milholland, J. E., y Baerwaldt, J. (1).

embargo, se despertó mi curiosidad, y tengo un sentido más crítico, tal vez exagerado, de la enseñanza que observo y de mis propios esfuerzos.

Hubiera sido muy interesante haber presenciado, desde la primera fila, las clases magistrales que Claude Bernard, el “padre de la fisiología moderna”, dictaba a sus estudiantes en París a mediados del Siglo XIX. Al leer algunas de sus clases, después de transcurridos cien años, es fácil apreciar el placer que le proporcionaba el arte de la enseñanza, y su popularidad incluso más allá de las fronteras de su propio país. Basta leer, por ejemplo, sus “Estudios fisiológicos de algunos venenos americanos—Curare”, publicados en la *Revue des Deux Mondes* en 1864. No se trata de una descripción al estilo de los libros de texto, acerca de hechos científicos, sino de un maravilloso viaje personal, junto al maestro, por un mundo desconocido. Hay relatos pintorescos de incidentes fortuitos que al principio le llamaron algo la atención, luego despertaron su curiosidad, estimularon la realización de un ensayo experimental y, por último, dieron origen al descubrimiento de nuevos fenómenos biológicos. Se trata de un maestro que comprendía a su auditorio y que, en lugar de presentarle el esplendor de la ciencia ya consumada, lo estimulaba por medio de dudas, observaciones experimentales, ideas erróneas, y mediante proyecciones ocasionales hacia el futuro, hasta que por último lo inducía a formular conclusiones que ahora parecen ineludibles e indisputables. Las palabras mismas que utiliza han sido elegidas con una habilidad que es rara en medicina. Con ellas aguijonea a su auditorio, despierta su interés y enfoca clara y directamente el tema. El relato no es de carácter teórico ni abstracto, sino personal, y tiene el realismo y la intensidad de la experiencia original. Una clase de esa índole se convierte en una verdadera aventura para el que escucha y, como cualquier experiencia, no se olvida nunca. Tal vez esta habilidad como maestro y conferencista, que Claude Bernard poseía en tan alto grado, se haya debido al deseo, manifestado muy temprano en su vida, de seguir la carrera de dramaturgo; se dedicó a la medicina sólo después del desaliento que le produjo aquella otra profesión. Es posible que en los tiempos de Claude Bernard la selección de material para una clase fuese una tarea más fácil que hoy en día, pero lo dudo. En aquella época, la ciencia avanzaba también a pasos agigantados.

El maestro debe hacer frente a la necesidad de elegir de entre el gran acervo de información disponible, únicamente esa pequeña proporción que puede ser útil para el estudiante en su aprendizaje y para su visión del futuro. Esta tarea representa un dilema para quien asuma seriamente sus responsabilidades. Es evidente que no cabe esperar que un

estudiante de medicina domine cada tema de la misma manera que un estudiante de cursos superiores que se está preparando para completar una carrera en determinada especialidad. Sin embargo, gran parte de la enseñanza de estudiantes de medicina está a cargo de especialistas, cada uno de los cuales se considera competente sólo en un aspecto limitado de su especialidad. En la organización de un programa de enseñanza, se suele confiar a un grupo de dichos expertos la responsabilidad de presentar el material. En tales condiciones, el tema probablemente se trata con excesivo detalle y excede de las necesidades de los estudiantes; no se integra fácilmente en un todo unificado. Por otra parte, lo que hoy en día se selecciona como importante puede ser obsoleto en cuatro u ocho años, cuando el alumno inicia una carrera independiente. Además, en cada clase de medicina hay estudiantes de diferentes mentalidades e intereses. Ojalá pudiera ofrecer alguna fórmula que facilitara la selección del contenido de la enseñanza. Pero en vista de las innumerables posibilidades y de los muy variados intereses de los estudiantes que integran un curso cualquiera, la idea de prescribir una fórmula parece absurda. No obstante, sin algún tipo de orientación o sin el reconocimiento de denominadores comunes, el programa educativo tiende a ser individualista e, incluso, caótico. Aunque parezca ambiciosa mi pretensión, voy a ofrecer cuatro ideas que, a mi juicio, merecen ser tomadas en cuenta al organizar cualquier experiencia de aprendizaje:

Conocer el auditorio y adaptar la enseñanza en consecuencia.

Distinguir entre lo esencial y lo accesorio, entre principios y detalles.

Estar atento al desarrollo del individuo, así como también de sus conocimientos.

Enseñar tanto para mañana como para hoy.

En las páginas que siguen, procuraré explicar estas ideas y citar algunos ejemplos.

El auditorio

He vacilado en utilizar la palabra "auditorio" porque casi da la idea de alguien que escucha un drama o una clase dada con alguna autoridad. Pero también pone de manifiesto la relación entre estudiante y maestro, en la que uno es el receptor interesado y el otro el que tiene algo que ofrecer. En algunos aspectos, la enseñanza no se diferencia del teatro, y he visto cómo un profesor de declamación y arte dramático mantenía ensimismados a un grupo de profesores de medicina

mientras disertaba sobre el arte de la pedagogía. Empleo el término auditorio sin referirme al número de personas que lo forma; podría ser un estudiante o un grupo de cinco a quince, o un curso de 200 alumnos. La importancia del término estriba en la relación que entraña.

Es de lamentar que muy pocos profesores de medicina puedan conocer a sus estudiantes más que a través de las relaciones superficiales que se establecen en las actividades habituales. Los oradores se turnan ante cursos numerosos, del mismo modo que pequeños grupos de estudiantes se turnan para llevar a cabo ejercicios de laboratorio y experiencias clínicas. Son pocas las oportunidades que se presentan para establecer o continuar relaciones estrechas entre estudiante y maestro. Salvo raras excepciones, el plan de estudios, la enseñanza por cátedras, y los ejercicios individuales son planeados y realizados por los profesores, y hay muy pocas oportunidades de tomar en cuenta la opinión del estudiante o de comprender cómo reacciona al contenido de la enseñanza. Muchos alegarán que esto es a la vez inevitable y conveniente. Dirán que es absurdo que un alumno que sabe poco o nada acerca de un tema contribuya al planeamiento y a la enseñanza. Personalmente, estoy totalmente en desacuerdo con esta conclusión y trataré de explicar las razones que tengo para ello. La diferencia de opinión surge respecto de las preguntas siguientes: ¿cuán importante es el interés y la motivación para el aprendizaje? y ¿sabe siempre el maestro qué es lo que conviene enseñar a determinado curso en un momento dado? Me pregunto si el lector ha ido alguna vez a una biblioteca, o se ha dirigido a algunos de sus colegas, con objeto de buscar información que necesita desesperadamente para salvar la vida de algún paciente o pariente. Si ha tenido que hacerlo, habrá podido apreciar cuán diferente es el proceso de aprendizaje bajo una motivación intensa, tanto en rapidez como en permanencia, de la adquisición de conocimientos que habitualmente y sin inspiración alguna tiene lugar en muchas escuelas. Dichas experiencias se han corroborado en repetidas ocasiones en el laboratorio de psicología, y ya no puede dudarse de la importancia de la motivación en el aprendizaje. El verdadero problema consiste en saber cómo puede el maestro aprovecharla en relación con un gran número de estudiantes. Es evidente que, en primer lugar, debe conocer a sus estudiantes, y conocerlos como integrantes del curso y como individuos. Mientras el maestro no logre este objetivo, su labor será por necesidad mecánica, sin enfoque directo y menos estimulante para los alumnos de lo que debiera ser. En otro capítulo se ha presentado un resumen de la vida y de las acti-

tudes de los estudiantes de medicina, vista por un grupo de sociólogos que convivieron con ellos durante un largo período de tiempo. Voy a repetir algunas de las observaciones formuladas por la gran importancia que tienen para comprender al auditorio.

“La medicina es la mejor de las profesiones”.

“Cuando se empieza a ejercer queremos ayudar a la gente. . . . Queremos ganar dinero suficiente para llevar una vida cómoda, pero este no es nuestro interés primordial”.

“Queremos aprenderlo todo, ya que nos será útil cuando seamos médicos”.

“Tenemos que estudiar muy intensamente”.

“Debieras estudiar de cuatro a seis horas cada noche”.

“A pesar de todos nuestros esfuerzos, no podemos aprenderlo todo en el tiempo disponible”.

“Seleccionamos las materias importantes de estudio descubriendo lo que el profesorado quiere que sepamos”.

“Es enorme la responsabilidad que pesa sobre el médico”.

“Necesitamos toda la experiencia que podamos obtener en el hospital”.

“El profesor puede humillar e incluso degradar al estudiante (hasta el punto de impedirle que prosiga la carrera). . . . Es necesario causar una buena impresión”.

¿Ayudan estas observaciones a organizar las clases del futuro? Confío en que por lo menos sirvan de orientación y puedan ser útiles como sugerencias.

Hay también otras maneras de conocer más directamente a los estudiantes que el profesor tendrá mañana y su actitud respecto del contenido y el método de la enseñanza. Conozco un maestro excelente que organiza su clase a base de un buen libro de texto y espera que los estudiantes hayan leído el capítulo asignado antes de venir a clase. Su presencia en el aula tiene por objeto principal contestar preguntas, dirigir el debate, explicar y ampliar aquellos aspectos que los alumnos no hayan comprendido al estudiar por su cuenta. También se preocupa de la continuidad e integración del material, a fin de situar los detalles en la perspectiva total del tema. Este profesor enseña a varios cursos de treinta alumnos, pero logra conocer a cada uno individualmente, y relaciona la enseñanza directamente con las necesidades e intereses del grupo. Otro profesor, en un departamento de ciencias básicas, organiza semanalmente una “sesión de café” a la que asisten por turno grupos de diez a quince estudiantes. Esto tiene lugar inmediatamente después de una clase teórica y su finalidad es crear un ambiente cordial y un interés amistoso en sus relaciones con los estudiantes; al mismo tiempo, sirve para conocer las reacciones que provoca la enseñanza impartida durante la semana. Cuando las clases son numerosas y es difícil ponerse en contacto con todos, algunos profesores pueden mantener relaciones estrechas con un grupo representativo en un club o por medio de alguna

actividad fuera del programa, y el resultado sería beneficioso para todos. Otro procedimiento útil es el examen crítico anual del curso hecho por toda la clase, lo que dará buenos resultados si el personal encuentra el tiempo necesario para reunirse con la clase, escuchar con interés el informe que esta presente y examinar las sugerencias con espíritu de tolerancia y comprensión. Estas son sólo algunas de las numerosas posibilidades. Si al planear para el mañana se conoce al auditorio, se aprovechan sus motivaciones y necesidades, y se mantiene un buen sentido del humor, estoy seguro de que los resultados serán más satisfactorios y que todos disfrutarán más del trabajo. Ningún maestro puede conocer bien a sus alumnos si se encierra demasiado en su torre de marfil.

Lo esencial y lo accesorio

Todo el mundo reconoce la importancia de enseñar conceptos y principios en lugar de detalles, y cada maestro cree que esto es lo que él hace. Pero, cuántas complicaciones surgen cuando los detalles son, como sucede a menudo, los medios para la comprensión de principios y estos son necesarios para dar a los detalles su debida perspectiva. Consideremos, por ejemplo, la anatomía. Como resultado de estudios internacionales de nomenclatura, se sabe ahora que la anatomía y sus diversas subdivisiones utilizan unos 10,000 términos para definir las estructuras del cuerpo humano y sus relaciones. En dichos términos están contenidos los principios de la estructura anatómica y los detalles necesarios para comprender y comunicarse con otras personas. Más que cualquier otro grupo de profesores de medicina, los especialistas en anatomía saben lo que comprende su materia y están en condiciones de seleccionar lo que reviste más importancia de lo que tiene menos importancia. En esta terminología se está tratando de distinguir varias categorías según su grado de importancia, y de analizar el material en su totalidad, a fin de determinar con más precisión los amplios aspectos conceptuales. Este enfoque parece bien fundado y podría aplicarse con igual provecho a las ciencias fisiológicas, patológicas y psicológicas. El vocabulario constituye un instrumento conveniente para identificar y analizar el material basado en hechos. La ulterior tarea de cómo seleccionar lo que es más importante revelará variaciones según la naturaleza del tema. El esfuerzo de los estudiantes por aprender tendrá más recompensas cuando la impresión de que se aprende a ciegas en un campo de conocimientos limitados se sustituye por la comprensión de lo que tiene importancia.

En los aspectos clínicos existe una situación análoga. Con demasiada frecuencia, es corriente entre maestros y estudiantes preferir lo extraordinario y lo poco común. Según ellos, siempre se presentan oportunidades para aprender acerca de enfermedades comunes, pero un caso determinado puede ser el único con que el estudiante se enfrentará en toda su vida. En contraste, conozco un departamento de pediatría que después de un detenido estudio sobre su programa de enseñanza, llegó a la conclusión de que sus alumnos necesitaban conocimientos y experiencia sólo en cinco aspectos principales, a saber:

1. Atender al paciente con criterio profesional, es decir, aprovechar conocimientos básicos para orientar la solución racional de problemas clínicos.
2. Familiarizarse con las modalidades del crecimiento y desarrollo de niños en la medida en que influyen en la salud y en las enfermedades.
3. Tener experiencia en las enfermedades comunes de la infancia y la niñez.
4. Comprender al niño como ser social tanto en la salud como en las enfermedades.
5. Establecer una relación bien concebida entre médico y paciente, incluso un sentido de responsabilidad moral por el bienestar de la infancia.

El profesorado del departamento mencionado supone que hay interés y motivación por parte del estudiante, pero de todos modos emplea métodos pedagógicos encaminados a estimularlos e incitarlos a rendir más. El programa de instrucción y los exámenes se orientan directamente hacia el logro de estos objetivos. De este modo el aprendizaje no se limita a esos temas, ya que se fomenta la experiencia en otros aspectos y existen oportunidades para aprovecharlas por todos lados. Esta es, pues, una clara definición de objetivos y una manera de seleccionar lo que es más importante, lo que beneficia igualmente a los profesores y a los estudiantes.

La diferencia entre lo que es más importante y lo que es menos importante en la enseñanza de la medicina, debe basarse en definitiva en la utilidad que representa para la práctica clínica y en la evaluación que uno tiene de las innovaciones que probablemente se introduzcan en los próximos veinticinco años. Dificilmente puede ser de otro modo mientras el 85 al 90% de los egresados ejerzan alguna forma de práctica clínica. Esta diferencia se comprende más fácilmente en relación con la situación internacional que dentro de un solo país. En todos los continentes no se registra la misma prevalencia y distribución de

enfermedades, ni tampoco en las diversas divisiones geográficas de un solo país de gran extensión. El clima, el suelo, los alimentos, el agua, las costumbres sociales, la flora y la fauna, y muchos otros factores influyen en la salud y en las enfermedades. Debido al reconocimiento de este simple hecho, es imperativo que la patología característica de la región en la que se espera que los graduados actúen sirva de criterio básico para seleccionar lo que es importante que se enseñe. Si bien es cierto que la creciente movilidad de la población y de los médicos introduce un elemento de duda en ese sistema, todo el mundo reconoce que es imposible enseñarlo todo en forma cabal. Creo que es preferible un plan de selección bien concebido a una exposición, bajo gran presión, de un gran número de hechos que con mucha frecuencia no dan resultados permanentes en el aprendizaje. Se obtiene también cierta compensación si un departamento de enseñanza logra despertar suficiente interés e iniciativa en los estudiantes a fin de que continúen su educación por su cuenta después de graduarse.

El individuo

Se ha dicho que las escuelas de medicina enseñan la ciencia médica pero no a los estudiantes. Aunque se trate de una exageración, pone de manifiesto una situación común. Dejamos a la naturaleza y al azar un elemento de la profesión que, sin duda, es de gran importancia para determinar la calidad de los egresados. Muchos afirmarán que el carácter y la personalidad del estudiante se perfilan mucho antes de su ingreso a la escuela de medicina, y que la educación profesional es un asunto de carácter científico y técnico, distinto del de actuar de niñera o de la psicoterapia. Ojalá pudiera compartir ese criterio, porque en ese caso la vida del maestro sería menos complicada. Pero el hecho es que desde los tiempos de Hipócrates, la profesión médica se ha fijado elevadas normas no sólo de práctica profesional, sino de conducta ética e ideales, tanto individuales como sociales. Estas cualidades también merecen ser estimuladas y cultivadas en la educación del médico. La profesión y la legislación reconocen la necesidad de disciplinar a quienes no cumplen los requisitos en ese sentido y que traspasan los límites de lo correcto y de la conciencia social. Pero, ¿qué hacen los maestros para inculcar ideales y una conducta ética?

Cabe preguntarse cómo se pueden enseñar principios morales y éticos y estimular el desarrollo del carácter, en una clase sobre los mecanismos fisicoquímicos de la anafilaxis o durante las observaciones de

laboratorio sobre un gato descerebrado. Decididamente, la escuela de medicina no debe transformarse en púlpito desde el cual sermonear sobre teología moral. Sin embargo, existen oportunidades en las que en forma indirecta, y a veces explícitamente, pueden plantearse y discutirse dichos problemas. Mencionaré sólo algunas y dejaré que el lector decida acerca de la posibilidad de aprovecharlas.

Al describir los adelantos de la investigación, histórica y corriente, ¿se mencionan las cualidades de la persona que hicieron posible determinado descubrimiento, así como los hechos propiamente dichos? ¿Se examinan alguna vez los elementos personales y psicológicos que requieren las observaciones exactas? Si recuerdan ustedes sus días de estudiante, creo que estarán de acuerdo en que la honradez está a prueba cuando se aprende a emplear la balanza analítica y realizar el recuento de los glóbulos rojos. ¿Representan un curso y los requisitos para aprobar exámenes una carga tan pesada en materia de aprendizaje que deba estimularse el charlatanismo intelectual, o incluso una total falta de honradez? ¿Por qué no confiar en el "sistema de honor" durante los exámenes en una escuela profesional cuando el próximo año o el próximo mes los egresados saldrán de la escuela con la autorización oficial de desempeñar para con el público responsabilidades de vida y muerte? ¿Y qué decir del desarrollo y evaluación de nuevas drogas en virtud de una subvención de una compañía farmacéutica, que insiste en obtener resultados y está ansiosa de promover su fama y sus productos? ¿Le respetan sus estudiantes por lo que usted es como individuo, o le temen como el que puede contribuir al fracaso que lo obligue a retirarse de la escuela? En las actividades dentro del hospital ¿tiene usted la sensibilidad necesaria para comprender los sentimientos humanos en sus relaciones con pacientes, estudiantes, enfermeras, conserjes y con sus colegas en el lugar donde estaciona su automóvil, para que suscite la estimación e ilustre con su ejemplo? ¿Señala usted en sus visitas a las salas del hospital los problemas del sufrimiento humano y las consecuencias sociales de las enfermedades? ¿Cómo fomenta en sus estudiantes la confianza en sí mismo, la sensación de haber sido comprendido, apreciado y necesitado; la libertad de expresarse y atender a sus necesidades, incluso de cometer errores y aceptar su rectificación, y una cierta seguridad en relación con usted, el profesor, y el resto de la facultad, que les permita a ellos buscar ayuda para vencer sus limitaciones?

Tal vez estas preguntas basten para mostrar algunas de las maneras mediante las cuales se puede influir en el carácter de los estudiantes de medicina. Lo que se logre no dependerá de la revisión del plan de

estudios, sino del reconocimiento del principio de que los deberes del maestro no terminan con la presentación de los hechos, y que deben incluir también al individuo que ha de emplearlos.

¿Para hoy o para mañana?

Ninguna persona que se dedique al campo de la medicina puede dejar de apreciar la rapidez con que evoluciona esta ciencia en la actualidad. El número de libros y artículos publicados, el número de muestras de nuevas drogas dejadas sobre el escritorio del médico, y el presupuesto anual del Instituto Nacional de Salud son pruebas eloquentes de la amplitud de la investigación y del impulso de la medicina. Desde el descubrimiento de la bomba atómica y desde el lanzamiento del Sputnik I, el público se ha percatado de la situación y ha estado esperando nuevos adelantos cada semana. Continuamente se nos está recordando la rapidez con que cae en desuso la maquinaria, la mano de obra calificada y todo cuanto se enseñó ayer. En medicina, sentimos compasión y, en cierto modo, resentimiento, por el médico rural que continúa ejerciendo la profesión sobre la base de lo que aprendió 10, 25 ó 40 años atrás. Insistimos en la necesidad de que los estudiantes de medicina estudien toda la vida en un afán, sin esperanza, por tratar de mantenerse al corriente de los nuevos adelantos. Enaltecemos al investigador y consideramos que el Premio Nobel es la más alta recompensa del médico que triunfa.

Ante esta situación, cabe preguntarse qué enseñaremos mañana. Tal vez lo que proyectemos habrá perdido actualidad cuando los estudiantes de hoy se establezcan en sus carreras profesionales. Se ha ido muy lejos en la tendencia a ensalzar el cambio, pero si consideramos la situación con sobriedad, posiblemente no sea tan difícil como parece serlo. Examinemos, por ejemplo, el problema de las nuevas drogas. Se nos dice que solamente el 10% de las que se usaban hace diez años circulan todavía en el mercado. Pero ¿qué significa esto? Una persona bien informada dirá que el 90% de las drogas anticuadas son en realidad principalmente fórmulas o mezclas que ahora tienen nuevas proporciones, nuevos ingredientes y nuevos nombres. En 1963 sólo se habían aprobado dieciocho drogas nuevas para su venta y distribución, y no hay seguridad alguna de que no serán pronto reemplazadas. En efecto, es una gran suerte que en un año aparezcan tres o cuatro nuevas drogas que resistan la prueba del tiempo, como la morfina y la digital. Muchos de los llamados "descubrimientos" parecen alentadores, tienen su día

de gloria, y se olvidan en menos de diez años. La publicidad moderna ha creado una situación semejante a la del hombre de la ciudad que se trasladó al campo donde le molestaba el ruido de las ranas del estanque. Para librarse del ruido y ganar algún dinero extra, trató de vender tres barriles de ranas a los restaurantes de la ciudad, pero logró únicamente pedidos de unos cuantos kilos, y cuando fue a pescar las ranas, descubrió que eran sólo cinco las que producían todo el ruido.

Otra especialidad de maravillosos adelantos es la cirugía. Mediante dispositivos mecánicos y pericia técnica ahora es posible efectuar un diagnóstico de defectos internos y corregirlos con asombroso éxito. Los cirujanos opinan que un paciente es afortunado si la enfermedad de que padece puede ser corregida mediante una operación. El uso de pulmones artificiales y válvulas de plástico en el corazón, el trasplante de riñones de animales, la sustitución de glándulas endocrinas y muchos otros procedimientos no sólo se convierten en posibilidades, sino que son prácticas habituales para salvar y prolongar la vida. Los adelantos en este sentido asombran tanto a los estudiantes de medicina como al público en general, y suscitan el respeto de cualquier miembro de la profesión. Las innovaciones representan en gran parte la aplicación de la tecnología y la ingeniería a las enfermedades del hombre, y no requieren un gran salto en el pensamiento conceptual para el médico de familia. Dichas innovaciones ponen de relieve la creciente importancia de especialistas y super-especialistas, y la necesidad de un sistema coordinado en la práctica de la medicina que permita a cada médico y a cada paciente beneficiarse de tales progresos. No obstante, dudo que tengan tanto que agregar a la formación básica que el estudiante recibe mientras asiste a la escuela de medicina.

Quizás me equivoque, pero tengo la impresión de que estamos viviendo en una época en que todo lo nuevo es bueno y todo lo viejo es malo. Como estimo que los seres humanos no han cambiado esencialmente en los últimos 2,500 años, y que sus aficciones, temores y aspiraciones son casi iguales, a pesar de los adornos y comodidades de la civilización, me parece que con frecuencia descuidamos y olvidamos los aspectos más estables de la profesión. Me atrevería incluso a señalar que, en cierta medida, lo antiguo todavía supera en importancia a lo nuevo. Los principios que guían al médico en su primer diagnóstico, al considerar la enfermedad como una serie de trastornos y reacciones biológicas compensatorias, al hacer frente a la ansiedad que cada persona enferma experimenta ante la invalidez y la muerte, y al orientar a la comunidad hacia un ambiente más sano, no son menos importantes que en el siglo pasado, en el último milenio o en los tiempos de Hi-

pócrates. Las cualidades y aptitudes que caracterizaron a Hipócrates, Ambrosio Paré, Claude Bernard, William Osler, Sigmund Freud y a otros famosos médicos del pasado son tan útiles hoy como lo fueron entonces. Es preciso adaptarlas a la tecnología e innovaciones modernas, pero no son anticuadas ni están gastadas. Al planear la enseñanza para el mañana, no es necesario seguir la opinión de la mayoría y descartar todo lo viejo en favor de los últimos adelantos en investigación. Hay que procurar, en la mejor forma posible, reflejar las tendencias y anticipar el futuro, pero sin esperar éxito. Conviene recordar que los alumnos no pueden pasar de la inocencia a los nuevos conceptos revolucionarios sin comprender los antecedentes y fuerzas que originaron la situación que existe en la actualidad. Debe procurarse darles una perspectiva de la evolución de la ciencia y los principios que la hacen avanzar. Si captan la inquietud de la aventura científica y se familiarizan con fuentes de información a las que puedan recurrir en el futuro cuando lo exijan las circunstancias, tal vez eso baste para condicionar el alimento necesario de cada día.

* * *

La enseñanza de la medicina se basa en gran parte en tres métodos relativamente comunes: la clase magistral, enseñanza de laboratorio, y enseñanza clínica. Tal vez sea de utilidad examinar cada una para ver si las ideas antes expuestas pueden aprovecharse en forma práctica.

La clase magistral

Como ejemplo de clase, he mencionado ya el relato de Claude Bernard y sus estudios, publicados en 1864, sobre un veneno de flechas usado por indios sudamericanos. Agregaré algunos nuevos detalles, a fin de mostrar cómo el "padre de la fisiología moderna" seleccionaba y organizaba el material de enseñanza. En primer lugar, relata su encuentro con la sustancia en bruto tal como la recibió en una pequeña calabaza y, luego, la descripción un tanto romántica, hecha por viajeros, de su origen y preparación. Enseguida, invita a pasar al laboratorio a observar algunos experimentos preliminares sobre varias especies de animales y para obtener una idea general de lo que sucede en los pocos minutos transcurridos entre la punzada con un instrumento envenenado y la muerte. Completa la orientación un relato histórico de un accidente ocurrido a un cazador indígena. Para el científico de la biología, dicho

veneno "es un instrumento por el cual disecta y analiza los delicados fenómenos de la vida, y al estudiar detenidamente los procesos de la muerte causada por diferentes venenos, aprende en forma indirecta los procesos fisiológicos de la propia vida".

¿Por qué la muerte llega en forma tan rápida y peculiar? Este es un misterio, pero hay varias maneras en que se puede aprender a este respecto. Con el maestro, se puede planear un experimento, tomar nota de los resultados, y empezar a comprender algo de lo que está pasando. Luego se realizan experimentos más complicados, y poco a poco se obtiene una idea extraordinariamente clara de la naturaleza del proceso. Para facilitar la comprensión y el aprendizaje, no se han presentado hechos comprobados ni explicaciones autorizadas. En su lugar, se han observado pruebas experimentales y se ha orientado la mente. En un cuarto de hora se han recorrido las etapas de ignorancia, misterio, experimento y conclusiones que en el caso original tomaron meses. Claude Bernard pudo haber formulado el problema y las conclusiones en forma enfática, semejante a los libros de texto modernos. El estudiante pudo haber recogido sus palabras en la libreta de apuntes, haberlas memorizado durante las horas de estudio y repasado nuevamente para el examen final. Pero dudo que al final hubiera podido emplear el material con la misma comprensión y habilidad que si hubiera escuchado la clase original. En otras partes del relato, se recurre a una organización y presentación análoga para demostrar el metabolismo y la excreción del veneno del cuerpo. A su vez, esto conduce, lógicamente (y parece que también en forma muy sencilla) a un plan de tratamiento que permite la supervivencia aun después de ingerir una dosis muchas veces mayor que la necesaria para causar la muerte en un animal que no ha recibido ese tratamiento. Termina su exposición proyectándose al futuro: "... tales investigaciones son largas y llenas de innumerables dificultades, pero los fenómenos de la vida tienen un determinismo absoluto, tal cual lo tienen todos los fenómenos naturales. La ciencia existe, aunque a oscuras, a causa de su complejidad" (2).

Es muy interesante comprobar que las conclusiones formuladas por Claude Bernard en 1864 representan probablemente el 80% de lo que sabemos hoy sobre drogas de este género. La disertación abunda en hechos que pueden recordarse fácilmente. Pero no se insiste en los hechos, pues estos aparecen urdidos en la trama de una narración y son parte de una estimulante aventura científica. Los hechos no están aislados, sino íntimamente combinados para el auditorio o el lector, con el ambiente, el conferencista, la historia, el método científico en biología, el proceso de la vida y la curación de las enfermedades.

Comprenden un todo que no termina en el aula ni se limita a un extraño veneno de flechas usado por los indios. El estudiante queda mejor preparado para enfocar una gran variedad de problemas experimentales y clínicos.

Evidentemente, la conferencia se planeó con sumo cuidado. Claude Bernard comprendía a su auditorio, conocía su grado de información y qué notas de interés y estímulo podía tocar. Seleccionaba el material y el método de presentación que despertara curiosidad, y luego satisfacía esta sólo en parte. A medida que pasa de la duda al conocimiento, se pone de manifiesto el lugar que corresponde al curare en la farmacología, así como también el que corresponde a esta disciplina en la comprensión de la ciencia biológica, las enfermedades y la prevención de estados patológicos y la muerte. Si el lector no está familiarizado con esta obra maestra de la enseñanza de la medicina, se la recomiendo como ejemplo clásico de atinada exposición (2).

He escuchado conferencias de análoga orientación y finalidad tanto en las ciencias básicas como clínicas en las escuelas de medicina de hoy en día. Lo importante es el método experimental, la evolución del conocimiento y la relación entre los diversos aspectos. Los hechos mismos se encuentran comúnmente en libros de texto y revistas y el estudiante puede obtenerlos fuera de las salas de clase. En cambio, la perspectiva y los conceptos los proporciona con más facilidad el buen conferencista. Algunos profesores emplean variantes del método de clases y prefieren el seminario, las preguntas de tipo socrático, la sesión de pruebas orales breves y la hora dedicada a preguntas del estudiante. El método que se elija depende del maestro, y es posible emplear cada uno eficazmente siempre que se comprendan los objetivos y se organice la clase con pleno reconocimiento de los principios rectores.

Enseñanza de laboratorio

Tal vez la tarea del maestro del mañana no consista en enseñar a base de una clase magistral, sino de alguna experiencia en el laboratorio. A manera de ejemplo, imaginemos una sesión de laboratorio en patología y consideremos la enfermedad del cáncer. Se trata de una enfermedad que es causa principal de defunción, que concierne en cierta medida a cada especialidad y que ha estimulado una gran cantidad de investigación actualmente en curso. Es probable que dentro de veinte a veinticinco años los médicos en ejercicio necesiten un concepto fundamentalmente diferente al que utilizan hoy en día. En las bibliotecas se

está acumulando un gran acervo de información con tanta rapidez que muy pocas personas, incluso expertos que dedican todo su tiempo a dicha enfermedad, pueden mantenerse bien informadas de todas sus ramificaciones. En tales circunstancias ¿qué debe enseñarse en el laboratorio? ¿Qué será de utilidad en la carrera profesional de los estudiantes? ¿Cómo puede estar preparado el estudiante joven para lo que probablemente venga, pero que no puede vislumbrarse con certeza ahora?

Tal vez lo primero que deba considerarse es lo que necesitan saber sobre el cáncer todos los médicos, independientemente de sus futuras especialidades. Una vez que se haya elegido el material sobre esta base, el segundo paso consiste en decidir qué aspectos pueden estudiarse en forma más adecuada mediante ejercicios de laboratorio y cuáles a base de clases, lecturas, asistencia a autopsias u operaciones, o la experiencia clínica. No soy experto en cáncer, pero me parece que hay ciertos aspectos que todos los médicos generales deben saber, entre estos un concepto claro de la enfermedad en general. Esto comprenderá las diferencias entre células primitivas y maduras, las características de proliferación rápida, los trastornos producidos en el tejido periférico de masas de tumores en expansión, los conductos por los que se produce la metástasis, y la muerte como una interferencia con función de los órganos invadidos. Las diferencias entre tumores benignos y malignos, la existencia de diversos tipos, cada uno con sus células y modalidades de propagación característica, las reacciones de defensa de diferentes tejidos y del organismo en su totalidad, son importantes, pero el exceso de detalles puede agobiar al principiante. La sensibilidad de las células en rápida proliferación a los rayos X y venenos químicos, otros métodos para disminuir el ritmo de crecimiento, y las posibilidades de modificar el tejido y la resistencia del huésped son aspectos interesantes y sirven como ejemplo de las tendencias en materia de investigación. La evidencia de que un agente externo podría alterar la naturaleza química de la proteína celular, de tal modo que se convierta en una sustancia extraña dentro de su propio organismo, es una hipótesis corriente que no se puede pasar por alto. Estos son sólo algunos de los numerosos aspectos del cáncer que podrían enseñarse, pero bastan para mostrar que es preciso una gran variedad de situaciones de aprendizaje a fin de abarcar el tema. Recuerdo claramente mi propia confusión, cuando era estudiante de medicina, ante la excesiva cantidad de hechos y los inadecuados métodos empleados por varios de mis profesores más jóvenes.

En la enseñanza es costumbre empezar con una breve exposición sobre la importancia del cáncer en el mundo como causa de defunción

y, luego, examinar los hechos básicos de histología necesarios para comprender el trabajo del curso. Seguidamente, se hacen algunas demostraciones ante la clase con algunas muestras de tumores grandes y, por último, se proyectan sobre una pantalla en un aula oscura secciones microscópicas para dar cuenta del trabajo de laboratorio que se ha realizado durante el día. El instructor señala los aspectos importantes que deben observarse, después de lo cual el curso se traslada al laboratorio donde cada alumno pasa el resto de la hora ante el microscopio, estudiando secciones semejantes de la serie que se le ha asignado. En las paredes del aula y en los libros de texto se exhiben fotografías del aspecto microscópico del tipo de tumor que se estudia, y un instructor permanece junto a los alumnos para ayudarlos a identificar detalles que no son fáciles de ver. El ejercicio se completa con un resumen y nuevas proyecciones al final del día, y se refuerza mediante el estudio del libro de texto en casa. En esta forma de enseñanza se ha indicado lo que se ha de aprender, el método que se ha de seguir, cómo cerciorarse de que no ha habido error, y lo que se necesita saber para aprobar los exámenes. El microscopio se ha utilizado para obtener una imagen visual y la oportunidad de estudio individual. Además, da cierto sentido de la realidad que no tienen las ilustraciones del libro de texto y las proyecciones. Durante el resto de su carrera, el estudiante tendrá pocas ocasiones de ampliar dicha experiencia, a menos que se presenten circunstancias especiales o que se encuentre con algún problema que desee estudiar por su propia necesidad o interés.

Por mi parte, nunca he tratado de modificar el método tradicional de enseñar la estructura microscópica normal y la patología, pero sé de un profesor que lo intentó y se enfrentó con una huelga estudiantil y con una solicitud de su destitución. El conflicto se resolvió cuando se comprendieron las finalidades de la modificación y el profesor atenuó un poco su política. Por lo que veo, lo que se necesita es que cada estudiante adquiriera experiencia que le permita comprender el proceso de la enfermedad, trabajar inteligentemente con los patólogos en el diagnóstico de pacientes y, si la ocasión lo requiere, poder por sí solo efectuar cortes histológicos y un diagnóstico presuntivo. Según la región del mundo en que el médico ejerza, esto último podrá aparecer absurdo o esencial. Indudablemente, debería saber qué rumbo seguir y cómo aprender más si las circunstancias lo requieren. Al planear un ejercicio de laboratorio sobre patología del cáncer, he deseado apartarme de la pauta tradicional de organización de la enseñanza médica y de buscar alguna nueva forma de ordenación general y de enseñanza en colaboración.

Si tuviera que establecer una pauta basándome en lo que fue para mí un modelo de situación de aprendizaje, recomendaría primero una visita al hospital para observar al paciente que va a ser operado de un tumor al día siguiente. Los problemas médicos y humanos podrían aclararse en unos pocos minutos, y esto agregaría un enorme incentivo al aprendizaje. Un pequeño grupo de estudiantes podría entonces asistir a la operación y trabajar junto al patólogo mientras este efectúa el corte en la muestra congelada y da su diagnóstico, de tumor benigno o maligno, curable o sin remedio. Luego, el grupo utilizaría parte del tumor para hacer demostraciones ante sus compañeros de clase y efectuar sus propios cortes. Una vez preparados los cortes, se pediría a los alumnos que los estudien en el microscopio, que indiquen sus hallazgos respecto a organización y detalles celulares, incluyendo quizá diagramas, y que comparen las células y el grado de mitosis con tumores semejantes de la serie estándar. Se debería insistir en la exactitud de las observaciones y en las deducciones que podrían formularse en cuanto a función y actividad. El grupo presentaría la historia clínica y sus estudios al curso en su totalidad con miras a un debate general. En esa oportunidad, se podrían considerar las consecuencias de lo observado para el futuro del paciente, y estimular al pequeño grupo de estudiantes a mantenerse en contacto con el paciente hasta que pudiera notificarse a los demás el resultado final. Los alumnos que desearan agregar secciones del tumor a sus colecciones personales tendrían el privilegio de prepararlas bajo supervisión.

En los ejercicios tradicionales de laboratorio en patología microscópica, el alumno utiliza una serie de láminas preparadas para observar por sí mismo lo que ya ha sido descrito y demostrado en una clase o en un libro de texto. En gran parte, el proceso consiste en corroborar lo que se ha enseñado por otros métodos, y de seguir las instrucciones hasta que el estudiante pueda repetir la labor del experto. El resultado de dichos métodos es, a mi juicio, menos amplio que el que debiera obtenerse, e ineficaz desde el punto de vista pedagógico. ¿Por qué no invertir el orden? ¿Por qué no presentar al estudiante unas pocas láminas (sencillas, al principio) y sugerirle que las estudie, que señale las diferencias en comparación con órganos normales, que analice las características de las células y la organización celular, y deduzca las conclusiones correspondientes sobre la naturaleza del trastorno? Después de media hora aproximadamente, el instructor podría proyectar los cortes sobre una pantalla, suscitar un debate sobre las observaciones y, por último, indicar los aspectos que se hubieren omitido o interpretado erróneamente. El orden es el que sigue generalmente el investigador

en cualquier actividad, incluso el médico que ejerce y que se encuentra ante el problema de hacer un diagnóstico y sacar conclusiones. Dichos ejercicios, cuando son debidamente organizados, podrían estimular el aprendizaje bien concebido y de carácter permanente, así como la formación de hábitos de procedimiento, lo que redundaría en gran provecho.

Un segundo tipo de trabajo de laboratorio que ofrece una oportunidad inusitada para demostrar la naturaleza dinámica de la patología y la enfermedad es el proyecto experimental. En este caso, un pequeño grupo de estudiantes pone en marcha un proceso anormal—inyección u operación—y sigue sucesivamente los cambios mayores y los microscópicos. Es infinita la variedad de dichos proyectos, y por lo menos unos cuantos grupos de estudiantes debieran encargarse, de ser posible, de algún aspecto del crecimiento del tumor del experimento. Al considerar un proyecto para cada grupo, existe el peligro de seleccionar los que son demasiado complicados, los que exigen procedimientos sumamente técnicos o los que son relacionados íntimamente con las preocupaciones del personal en materia de investigación, más que con los verdaderos intereses de los estudiantes. En general, mientras más sencillos los proyectos mejores son para el alumno de medicina. Si cada uno realiza un proyecto durante el año y asume responsabilidades, tanto respecto de los procedimientos técnicos como de la cuestión de informar a la clase acerca de los resultados, la experiencia puede ser valiosa en muchos sentidos. Los estudiantes no sólo aprenden de la experiencia misma, sino que en el proceso de planear y llevar a cabo el experimento, siguen también métodos científicos empleados en la investigación. Por otra parte, la aplicación de los procedimientos y la evaluación de los resultados les permite apreciar en forma más vívida que cuando sólo escuchan o leen las limitaciones de cualquier experimento, y, además, se forman una base para una apreciación crítica de publicaciones sobre medicina.

Desde el punto de vista del alumno, las clases, los ejercicios de laboratorio, las autopsias y las experiencias clínicas en relación con un tema como el cáncer no constituyen elementos aislados, sino que tienen una finalidad común. Mientras más integrados estén en el programa de enseñanza, más fácil será la tarea del estudiante. Por otro lado, para los numerosos profesores que participan en el programa, la integración supone una restricción a su independencia, la dedicación de tiempo adicional al planeamiento y a los exámenes, y mayor número de horas de enseñanza conjuntamente con otros departamentos afines. Me parece, sin embargo, que la enseñanza integrada es una necesidad

si las escuelas de medicina han de adaptarse a los continuos avances del conocimiento. Una comisión técnica para determinar el contenido del programa de estudios, semejante a lo que en la Escuela de Medicina de la Universidad Western Reserve se llama "comisión de materia" (3), podría organizarse en cualquier escuela y sería de especial utilidad para integrar un tema como el de lucha contra el cáncer. Miembros de todos los departamentos que enseñan algún aspecto del tema determinan el orden del procedimiento y participan conjuntamente en la enseñanza, ya sea que se lleve a cabo en el primer año o en el último. Cada uno sabe lo que el otro enseña, y juntos presentan un panorama coordinado y aspiran a lograr objetivos comunes. Es, pues, conveniente, no descartar la posibilidad de aunar esfuerzos con los demás al planear la enseñanza del mañana en lo que se refiere a trabajos de laboratorio.

Enseñanza clínica

Dentro de los hospitales, es preciso enfocar la enseñanza de la medicina de manera diferente. Las clases magistrales y el trabajo práctico organizado ya no son la base del aprendizaje. En su lugar, se aprende en forma más eficiente en el transcurso de los trabajos con pacientes y en los subsiguientes cambios de impresiones con instructores y compañeros de clase. El libro de texto es útil como referencia al igual que las historias clínicas de casos previos archivados en los registros. Al profesor de hospital le es imposible planear hoy lo que enseñará mañana. La razón es muy sencilla: no tiene forma alguna de saber de antemano qué pacientes serán admitidos o qué situaciones críticas se presentarán en los ya hospitalizados. Podría preparar un plan, pero el que se atenga o no a él dependerá de lo que suceda durante la noche. El profesor debe ser adaptable y estar dispuesto a enseñar sobre una gran variedad de enfermedades, complicaciones, aplicaciones de la ciencia básica, la ansiedad del paciente, y problemas sociales que plantea la enfermedad.

Comúnmente, los profesores escuchamos el relato del estudiante sobre la historia clínica y su descripción de las manifestaciones físicas. Le preguntamos acerca del diagnóstico diferencial y le pedimos la explicación de los síntomas importantes. Tal vez los otros miembros del grupo deseen hacer preguntas o formular observaciones. Con frecuencia, es evidente que saben muy poco de la enfermedad de que se trata y que están solamente repitiendo lo poco que han leído o lo que han oído decir a los internos. En esta etapa, difícilmente se puede resistir a la

tentación de proceder a una exposición en gran escala sobre el tema, con ilustraciones de la propia experiencia. Los diez minutos siguientes se dedican a los aspectos de síntomas, etiología, fisiopatología, diagnóstico diferencial, tratamiento y pronóstico en forma minuciosa y lógica, mientras los estudiantes se basan en lo que primero encuentran y esperan. A menudo olvidamos que nuestra pequeña disertación es producto de la experiencia acumulada y que el verdadero propósito de la enseñanza en ese momento es ayudar a los alumnos a adquirir por su cuenta una experiencia directa. Para quienes nos escuchan, el resultado dependerá menos de los hechos y acontecimientos que se desprenden de nuestra experiencia, que de nuestra habilidad para hacerlos reaccionar, utilizando al paciente como el vínculo necesario.

La tarea consiste, en realidad, en convertir la desgracia del individuo que yace en una cama del hospital en una experiencia inolvidable para el estudiante que preparó la historia clínica y, en lo posible, también para los demás miembros del grupo. ¿Cómo se procede? Me parece que hay tres conceptos que conviene tener en cuenta:

- a) el paciente como persona con un problema de salud;
- b) la enfermedad como un proceso determinado por factores estructurales, funcionales y psicológicos, y
- c) el tratamiento como restauración, a un equilibrio de la salud, de los trastornos causados por la enfermedad.

El orden en que los he presentado obedece a un propósito. Según creo, cada uno es consecuencia lógica del que le antecede, en relación con las necesidades de la educación.

El profesor de un curso clínico se enfrenta, en primer lugar, con la tarea de llamar a la atención del estudiante el paciente como persona, y de despertar en aquél un sentimiento de respeto e interés por este. ¿Cómo se puede lograr eso en el tiempo disponible para visitar las salas? El medio más eficaz *no* es un breve discurso sobre la importancia del paciente como persona en la práctica de la medicina. Con este método nada o casi nada se consigue. En su lugar, el respeto y el interés deben demostrarse sin palabras y mientras más indirectamente, mejor. Han de revelarse al principio y no descuidarse o aplazarse debido a la presión del tiempo o por cualquier otro motivo. Unas pocas palabras al paciente ayudarán, así como una preocupación evidente por sus padecimientos, y algunas preguntas acerca de los problemas del hogar durante su enfermedad o ausencia. Es posible que lo único que se le podrá ofrecer será una manera realista de abordar su problema y el estímulo tácito que se deriva de la sinceridad y la confianza, pero sin duda se habrá conseguido algún efecto en el paciente

y en los estudiantes. El fortalecimiento de esta clase de demostración diaria tiene un efecto acumulativo, y poco a poco puede modificar las actitudes y hábitos de los estudiantes. A veces, antes de que el grupo proceda a estudiar otro aspecto, se puede organizar un debate entre sus miembros sobre el tema de las relaciones entre el paciente y el médico, durante el cual la participación del maestro puede ser más directa.

Fuera de la verificación de la historia clínica preparada por el estudiante y del examen físico, nada se gana discutiendo los detalles clínicos y científicos junto a la cama del paciente. Pues en realidad, como sabe todo médico, el paciente puede sentirse confundido y alarmado. En cambio, alrededor de una mesa en una sala de seminario y tal vez mientras se toma una taza de café, se pueden examinar los detalles científicos y técnicos con libertad y detenimiento. Es así como se aprende. Posiblemente sea necesario obtener información adicional, que los miembros del grupo podrán conseguir antes de la siguiente reunión. Y si todos pueden seguir el curso de la enfermedad y tratamiento con un análisis y un resumen en un seminario subsiguiente, se habrá obtenido en conjunto una experiencia indeleble. Durante la pasantía en la sala, es preciso señalar a los estudiantes las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad. Con esto se lograrán mejores resultados si se estimula a cada estudiante a visitar el hogar de dos o tres de sus pacientes durante el período de hospitalización y, nuevamente, varias semanas después que se les ha dado de alta.

Al comienzo de este análisis, señalé que, a mi juicio, el primer concepto y el más importante que el maestro debe tratar de transmitir a sus alumnos es el del paciente como persona que tiene un problema de salud. He sugerido que cada estudiante debe visitar el hogar de varios de sus pacientes. Esta insistencia probablemente hay que explicarla, ya que para muchos quizá parezca una pérdida injustificable del escaso tiempo disponible para el aprendizaje. He tenido dos razones para poner de relieve dicho concepto. La primera deriva del hecho, ahora bien fundado, de que la enfermedad física—su origen, tratamiento y prevención—puede separarse de los componentes sociales y psicológicos únicamente con serios perjuicios para el individuo, su familia y la comunidad en su conjunto. La segunda razón es que los aspectos humanos de la enfermedad dan a los estudiantes la misma satisfacción que los indujo a ingresar a la profesión. Se trata de un factor de poderosa motivación que puede utilizarse con gran provecho. Si el maestro consigue despertar en el alumno interés y cariño por el paciente, el impulso por ayudar al prójimo lo incitará a seguir adelante y a asumir seriamente sus responsabilidades. Realizará su trabajo minuciosamente

y complementará su limitada información cuando se presente la oportunidad. Está, pues, en el camino que lo llevará a ser un médico ya hecho. El resultado no se limita al paciente o a la enfermedad que se estudia en el momento. Con una motivación humana como base, es posible adaptarse a los adelantos técnicos futuros.

Los maestros se quejan de que este tipo de enseñanza clínica requiere un tiempo que no se justifica. En respuesta diremos que la cuestión de si se justifica o no depende de lo que se desea lograr. Habrá quienes estén en desacuerdo, pero yo estimo que mediante un número limitado de experiencias clínicas, minuciosas y profundas, que tengan atractivo e incentivo, se logrará mucho más a la larga que con una distribución más amplia de carácter superficial. Para terminar este análisis, mencionaré tres ejemplos de lo que, a mi juicio, constituye una manera esclarecida de enfocar la enseñanza clínica.

Me ha impresionado favorablemente un experimento reciente de que dan cuenta King y Zimmerman (4). En su enseñanza de cirugía, dedican la primera hora de clase con cada grupo de estudiantes a elegir los temas que estos (y el personal docente) consideran más importante para todos los médicos. Luego, los profesores preparan una bibliografía de diez a quince selecciones de material de lectura para cada tema, algunos de los cuales posiblemente sean artículos bastante insignificantes y en los que se formulan conclusiones dudosas. En un día determinado, los estudiantes se reúnen para cambiar ideas ante una grabadora, pero sin la presencia del profesorado. Discuten libre y acaloradamente sobre lo que es importante o innecesario, y sobre lo que es verdadero o falso. Al final de la hora, un instructor se lleva la cinta grabada, escucha la discusión y luego se reúne con los estudiantes para asesorar—pero no como la autoridad—en lo que viene a ser el análisis final del tema. Los autores citados manifiestan que, en esta forma, se suscita un gran interés y entusiasmo por el aprendizaje, y que en comparaciones, bastante bien controladas, con otros grupos en los que se emplean métodos pedagógicos tradicionales los resultados son decididamente mejores.

Un profesor de medicina interna, con imaginación, adoptó recientemente una nueva manera de visitar las salas con sus estudiantes. Un alumno presenta al grupo el caso que se le ha confiado y defiende su diagnóstico y recomendaciones sobre el tratamiento. Otro dirige el debate, un tercero representa la oposición, un cuarto recomienda alternativas y un quinto registra el debate y debe presentar un resumen al final de la sesión. Los papeles se cambian al pasar de un paciente a

otro. El instructor actúa solamente como asesor y evita intervenir con información categórica. Se recurre con frecuencia a la biblioteca (5).

El tercer ejemplo es el de un eminente maestro de estudios clínicos, con más de treinta años de experiencia, que manifiesta que ha obtenido los mejores resultados después de muchos años de constante auto-disciplina con el fin de abstenerse de hablar durante sus visitas a las salas hasta que los demás, incluso los propios estudiantes, hayan tenido la oportunidad de expresarse primero.

* * *

En el presente capítulo se ha procurado ilustrar algunos de los principios que el profesor de medicina debe tener presentes al prepararse para una actividad docente, y se ha examinado la clase magistral, el ejercicio de laboratorio y la experiencia clínica como ejemplos del empleo de esos principios. Se ha señalado que la medicina es algo más que hechos y el médico algo más que una enciclopedia ambulante. Cuando el maestro debe enseñar el tema asignado bajo la presión de los conocimientos acumulados y cambiantes, existe siempre la tentación a comunicar los hechos esenciales en forma de píldoras concentradas y a considerar que se ha hecho lo mejor posible. Para nosotros los maestros, la definición sustanciosa sintetiza nuestra propia acumulación de experiencia, y suponemos que el significado se transmite a los estudiantes con idéntica fuerza. Lamentablemente, rara vez sucede tal cosa y, aunque es posible que memoricen obedientemente la definición y la repitan al examinador con exactitud, ello no significa, en forma alguna, comprensión y aprovechamiento. El principiante falto de madurez no tiene ni orientación ni preparación para apreciar lo que el maestro puede simbolizar en unas pocas palabras muy cargadas de significado. En gran medida, el estudiante tiene que vivir las mismas experiencias que usted, el maestro, para llegar a ese mismo grado de comprensión. La experiencia ajena tiene valor, pero también limitaciones. El estudiante debe luchar con nuevas ideas, incorporarlas en su propia vida, verificarlas en el calor de la decisión tomada con sentido de responsabilidad y gradualmente idear su propia manera de usarlas dentro del conjunto de su información y experiencia. Las palabras y consejos de alguien mayor y más sabio pueden ser de utilidad, pero en última instancia debe tomar sus propias decisiones y aprender de sus propios errores. Sus mayores sólo pueden protegerlo en cierto

sentido. Más importante es ayudarle a comprender y aceptar sus limitaciones, saber a quien recurrir para remediarlas, y amar a su prójimo en forma tan sincera que se propondrá corregirlas.

Referencias

(1) Isaacson, R. L., McKeachie, W. J., Milholland, J. E., y Baerwaldt, J.: *The Effective Teacher*. University of Michigan, Ann Arbor, 1961-1962.

(2) Bernard, Claude: "Etudes physiologiques de certain poisons américains—Curare". *Revue des Deux Mondes* 53:163-190, 1864. (Se puede obtener del autor la versión traducida al español.)

(3) Ham, T. H.: "Medical Education at Western Reserve University: A Progress Report for the Sixteen Years, 1946-1962". *New Engl J Med* 267:868-874, 25 de octubre y 1 de noviembre de 1962. (Disponible también del autor en forma de reimpreso.)

(4) King, T. C., y Zimmerman, J. M.: "Motivation and Learning in Medical School". *J Med Educ* 38:865-870, octubre de 1963. "The Student-Centered Group". *Ibid.*, 38:871-878.

(5) Jalil, J. (Universidad de Chile). Comunicación personal.

NUEVOS CONCEPTOS DEL SABER *

Edward M. Bridge †

Tradicionalmente se ha considerado que la teología, la jurisprudencia y la medicina son profesiones doctas, y no cabe duda que de las tres la primera en aparecer fue la teología. Entre los pueblos primitivos, las autoridades religiosas servían de intermediarios con los dioses y eran los intérpretes de las leyes divinas ante el pueblo en lo referente a las costumbres y circunstancias conforme a las cuales vivía la humanidad. Su exploración de los cielos facilitó los comienzos de la astronomía y la comprensión de los ciclos cronológicos, y constituyó el fundamento de las matemáticas. Nacían así las ciencias naturales. Los conflictos humanos derivados de la vida en comunidad dieron lugar a la organización y al control de la sociedad. Los dirigentes religiosos desempeñaban las funciones de maestro al transmitir conocimientos y tradiciones a los novicios del sacerdocio y, más tarde, a los miembros de la comunidad.

La jurisprudencia tuvo su origen en la interpretación y ejecución de la voluntad de Dios, pero posteriormente se ocupó de resolver los conflictos entre los hombres y de la administración de la justicia. El derecho consuetudinario tuvo su fundamento en las experiencias de la vida en comunidad, y con el tiempo se procedió a su codificación. Mientras más complicadas eran las costumbres sociales, más se necesitaban eruditos especializados que conocieran al pasado y las leyes, y pudieran mantener una actitud congruente ante las desavenencias, la evolución de las condiciones y las tradiciones en proceso de formación. Era también indispensable que el estudioso de jurisprudencia instruyera a la generación joven y se encargara de formar a quienes iban a sucederle, a fin de que se mantuviera la continuidad de las pautas establecidas. Sin embargo, tanto el teólogo como el jurisconsulto tenían que adaptarse al cambio y contribuir al progreso. Con el tiempo, la autoridad y el poder se transfirieron gradualmente de los dioses a los monarcas, se extendió luego a la aristocracia y, por último, al hombre del pueblo, trayéndole más libertad y más responsabilidad. Con esta transición se produjo el inicio de la democracia y aparecieron los conflictos concomitantes entre la

* Capítulo 13 del libro *Pedagogía médica. Publicación Científica de la OPS* 122, 1965.

† Profesor de Farmacología y Fisiología Aplicada, Escuela de Medicina, Universidad del Estado de Nueva York en Buffalo; Consultor en Educación Médica, OPS.

lealtad hacia sí mismo y el deber para con los demás. Los individuos y las familias deben convivir, y los vecinos deben compartir sus dichas y sus desgracias. En su posición directiva en estos asuntos, la jurisprudencia se transformó en una profesión interesada en problemas muy humanos. Así se constituyó la base de lo que en los círculos pedagógicos se designa ahora con el nombre de "humanidades".

La medicina podría muy bien haber surgido como profesión erudita antes que el derecho, ya que satisface una necesidad imperativa de la humanidad, y aun de los animales inferiores. Como ha dicho Víctor Robinson (1): "El primer grito de dolor en la jungla primitiva fue el primer llamado en busca de un médico". La experiencia fue el maestro y la acumulación de experiencias constituyó la base de la primera escuela de medicina. Los únicos medios de tratamiento existentes eran los que se encontraban en el medio ambiente, pero la urgencia de la necesidad fomentaba el espíritu de experimentación, aunque el único método empleado fuera el de ensayo y error. Las fracturas óseas llevaron al conocimiento de la anatomía y al empleo del entablillado. La lucha contra la fiebre, los escalofríos, y los abscesos permitió apreciar los beneficios del calor y del frío, de la humedad y del desecado, de las cataplasmas, y de las hierbas, y contribuyó a un mayor conocimiento de las enfermedades. Las heridas recibidas en el campo de batalla permitieron obtener información sobre la sangre y su presión, las funciones de los órganos y el sitio de la conciencia. El cuidado de los heridos dio lugar a experiencias en lo que ahora se llama cirugía. La necesidad hizo que los médicos más enérgicos desafiaran la tradición y experimentaran en búsqueda de algo nuevo y mejor. Y con el fin de transmitir a los aprendices el arte y la pericia del oficio, el médico también se dedicó a la enseñanza. Su función en la comunidad consistía en aliviar el sufrimiento, curar las enfermedades y, si era posible, evitar la muerte, y, si sus conocimientos técnicos no eran suficientes para evitar la tragedia, ofrecer consuelo y apoyo a los afligidos. La labor del curandero evolucionó hasta llegar a la ciencia del hombre, y condujo, milenios más tarde, al reconocimiento de la unidad esencial de todos los organismos vivos de la naturaleza, es decir, a la ciencia de la biología.

Si bien la tarea principal de los primeros curanderos consistía en la atención de las heridas físicas y de las enfermedades, poco a poco fueron surgiendo otros aspectos no menos importantes. Por ejemplo, se esperaba que el médico y el erudito asesoraran en asuntos relativos a la prevención y control de las epidemias que a veces diezmaran poblaciones enteras. Las enfermedades y aun la amenaza de la muerte eran

capaces de producir profundos trastornos en la persona afectada; el temor, la ira y los conflictos podían ser de tal intensidad que incapacitaban a los hombres convirtiéndolos en seres peligrosos para la sociedad. El médico se encontraba con que se le llamaba para prestar servicios de mayor alcance que los de un especialista en ciencias naturales. Tenía también que desempeñar las funciones de consejero humanitario, guía espiritual y asesor del Estado en la planificación del bienestar de los ciudadanos.

Esta dualidad en el arte del médico—ya que ha de actuar como científico y como humanista—ha suscitado ciertos problemas que se presentan en muy pocas profesiones. Se advierte hoy en día más que en cualquier otra época de la historia y se acentúa por la enorme proliferación del saber en todo sentido. Ello impone una doble carga al médico en su adiestramiento y requiere una decisión al comienzo de su carrera que representa para cada persona un conflicto consigo mismo. ¿Ha de concentrar su interés y energía en la humanidad, en prestar servicio y en ejercer la medicina? ¿O se ha de dedicar a las ciencias físicas y aportar su contribución mediante el estudio y la investigación? Cualquiera alternativa representa un conjunto demasiado vasto de conocimientos para ser absorbido por una sola persona, por mucha capacidad que posea.

Cada estudiante de medicina y cada médico ha de encontrar de alguna manera su propio equilibrio y su propia armonía en la carrera que elija; de otro modo, la vida se torna demasiado difícil.

En la actitud de los estudiantes y de los médicos con respecto a este equilibrio influyen poderosamente las impresiones que tengan acerca de su posición como individuos en relación con su posición como miembros de la sociedad. Estos son conflictos fundamentales a los que el hombre hace frente cuando pertenece a una comunidad humana. Se utilizan varias expresiones para explicar esta lucha que sostiene un individuo consigo mismo—el ser egoísta y altruísta, independiente y cooperador, autoritario y democrático, ego y superego. Común a todas estas actitudes es el hecho consabido de que el hombre es un individuo desde que nace, que está solo en su lucha contra las fuerzas hostiles de la naturaleza, que vive y muere dentro de su pequeño mundo, pero que a pesar de ello es incapaz de existir sin los demás. Sin embargo, la existencia misma de los demás crea complicaciones y confusiones entre las que el individuo ha de tratar de lograr cierta armonía, en su afán por conseguir la paz y la comodidad personal. La situación va de un extremo al otro; se transforma a medida que el niño se hace hombre. Sus sentimientos se modifican bajo la influencia de la educación, de su asociación con

otras personas y de una más amplia perspectiva del mundo en general. También influyen en él los progresos que logre en el conocimiento científico. La medicina comenzó prestando servicios empíricos al hombre, y llegó al extremo en seguir tradiciones basadas en la ignorancia y carentes de fundamento. Los métodos de la ciencia objetiva evolucionaban como medio de contrarrestar los errores. Pero el entusiasmo por el adelanto científico también peca de exceso y conduce a un renovado interés por las humanidades; lo contrario es igualmente cierto. Esta es la ley natural de la acción y la reacción, del cambio y la adaptación y del progreso. Cada persona es obra de su época, así como un individuo por derecho propio. Al estudiante de medicina o al médico muy atareado no le es fácil verse en la perspectiva de la historia—pasada, presente y futura. La situación es compleja y las tendencias parecen divergir. Sin embargo, hay en ella una unidad básica, y cuando eso se comprende se tiene la sensación de afinidad, de conjunto y de que se está contribuyendo al progreso. El presente capítulo tiene por objeto buscar una orientación y una dirección en la profesión médica, a pesar de toda la complejidad y la aparente diversidad. Tal vez surja de aquí una perspectiva que nos guíe para hacerle frente a situaciones que pueden presentarse en el futuro.

El erudito en la historia

A través de la historia el concepto de erudito ha estado íntimamente relacionado con el de maestro. En la antigua India, el erudito se ocupaba principalmente de la filosofía de la religión y de transmitirla al sacerdocio. En la China de Confucio y de Lao-Tse, el objeto de la educación consistía más bien en mantener la estructura y la moral de la organización social. Se inculcaba también el concepto de un misticismo contemplativo como ideal espiritual. Para aprender era preciso memorizar el conjunto de tradiciones y adquirir la aptitud para leer y escribir un estilo de escritura extremadamente complicado y amplio. En Grecia, la educación tendía en un principio al adiestramiento físico del individuo para que asumiera funciones directivas en la guerra, pero pronto se orientó hacia la preparación de dirigentes del Estado. Con la expansión de las distintas ramas del saber durante la "Edad de Oro", la enseñanza se convirtió en una nueva profesión y florecieron las artes y las letras. Las profundas cuestiones planteadas por Sócrates y Platón, la lógica de Aristóteles, y el estudio de la naturaleza en muchos aspectos, entre ellos la medicina, son otros ejemplos del adelanto de la educación. En las

antiguas comunidades hebreas se asignaba una persona anciana, instruida y sabia, para que enseñara a los niños el idioma, las tradiciones religiosas y la filosofía moral de la sociedad. La instrucción era un deber sagrado, y algunos de los métodos empleados revelaban una extraordinaria comprensión de la naturaleza del aprendizaje en el hombre y de las fuerzas que plasman el carácter y estimulan el saber.

En el Siglo I después de Cristo existía claramente la ciencia de la pedagogía y era evidente la importancia que se atribuía al maestro y a su metodología. Como preparación para una carrera en el Imperio Romano, era importante poder arrastrar a las masas mediante la oratoria y la retórica. Por consiguiente, Quintiliano estableció un Instituto de Oratoria para los hijos de la aristocracia que fue famoso en Roma en su época y continuó influyendo en la educación por muchos siglos después, inclusive hasta nuestros días. Según parece, Quintiliano fue el primero en reconocer el valor del sistema y del método en el arte de la enseñanza, habiéndose distinguido también por su comprensión y respeto de la niñez y de las diferencias individuales entre sus alumnos. En su opinión, para aprender era necesario despertar el interés de los alumnos, e hizo todo lo posible para que el aprendizaje fuese atractivo y agradable. Para alentarlos recurría al estímulo más que al castigo, y su objetivo era la comprensión más que la memorización. Quintiliano estimaba que el trabajo de la escuela debía reflejar la vida fuera del recinto escolar, y empleó el método que hoy se denomina "estudio de casos" para que la instrucción respondiera a la realidad. "En la educación de hoy queda todavía mucho de Quintiliano, aunque la mayoría de las personas que hablan volublemente de la formación del carácter, de la educación del ciudadano, de las relaciones entre alumno y maestro, de la psicología de las compensaciones, de la ineficacia del castigo corporal, o de la necesidad de socialización entre los niños, no saben que están repitiendo lo que ya expresó un maestro en Roma hace más de dieciocho siglos" (2).

La actitud profundamente humana de Quintiliano con respecto a la enseñanza y al aprendizaje quedó casi aislada en el largo período de esterilidad que se produjo con la decadencia y desmoronamiento del Imperio Romano. La pobreza, la ignorancia y la falta de oportunidad se arraigaron en Europa como una oscura nube, sofocando el anhelo de saber y el auge que había conocido Grecia y Roma. En los territorios que en una época pertenecieron al Imperio había muy pocos centros de enseñanza, y la mayoría funcionaba en monasterios donde algunos de los clásicos se protegieron contra la secularización y donde la voz de la Iglesia suprimió toda innovación y cambio. En cambio en los

países árabes, más allá de los límites de Roma y de la Cristiandad, la ciencia y el pensamiento griego continuaban floreciendo. Con las conquistas musulmanas, que llegaron a su apogeo en los Siglos VIII y IX, renació en Europa el saber del período anterior. Revivió poco a poco el interés por aprender, y con el establecimiento de las universidades en los Siglos XII y XIII se inició una nueva era. Aparecieron los eruditos librepensadores como Huss, Erasmo y Vesalio, quienes impugnaron todo lo que no estaba de acuerdo con la verdad y la naturaleza, como ellos las entendían. Los eruditos empezaron a ocuparse del hombre, del lugar que ocupa en el universo y de las realidades de la naturaleza. Este movimiento humanista influyó en todos los aspectos de la vida, incluso en el desarrollo de la ciencia.

Desde el punto de vista del saber y de la educación, la trama de la historia se diversifica y se hace más especializada. Las ciencias físicas avanzaron rápidamente con Copérnico, Galileo, Newton, Lavoisier y muchos otros. Francis Bacon preconizó una filosofía y un método científico. Montaigne apartó de la educación de los niños el concepto de la memorización, y abogó por una serie de principios que todavía prevalecen. "Nada es tan importante como despertar el interés y el afecto", escribió (3) hacia fines del Siglo XVI, "de otro modo, sólo se forma una multitud de asnos cargados de libros. Mediante el látigo, se les da un puñado de conocimientos para que los retengan, cuando lo que conviene es no sólo depositarlos, sino que los asimilen y entren a formar parte de su mente y de su alma".

Juan Comenio, destacada figura del Siglo XVII, elevó el concepto de erudición a un nuevo nivel. En los principios de educación que preconizó, era moderno en casi todo sentido. Censuró los inútiles ejercicios de repetición de gramática y retórica de su tiempo, esbozó un sistema de educación basado en el desarrollo y la comprensión de los estudiantes, y preparó libros de texto adecuados a sus intereses. Reconoció la necesidad de contar con métodos pedagógicos fundados en la psicología de la naturaleza humana, e insistió en que la educación, para ser eficaz, debía relacionarse con la vida y las realidades de la comunidad de la que procedían los alumnos y a las cuales regresaban. En muchos aspectos, Comenio se adelantó a su tiempo. Sus libros de texto continuaron usándose mucho después de su muerte, pero sus conceptos fundamentales influyeron sólo lentamente en el desarrollo de la educación en general.

A fines del Siglo XVII, varias órdenes católicas aceptaron como una de sus responsabilidades la educación general de la juventud, y establecieron programas para la formación de maestros. De especial signifi-

cación histórica fue el Instituto de los Hermanos de las Escuelas Cristianas, y su dirigente, Juan Bautista de La Salle. El programa estaba destinado a la población laica que pensaba dedicarse al magisterio; el idioma que se utilizaba en la instrucción era el vernáculo y no el latín. Además de las tres asignaturas básicas—lectura, escritura y aritmética—se preparaba a los profesores para que establecieran un ambiente de orden en el aula, para que usaran métodos más humanos de instrucción y disciplina, e incluyeran la enseñanza práctica y vocacional para los niños.

Los programas para la formación de maestros también recibieron impulso en Alemania durante la época de Federico el Grande (1712–1786). Como reconocimiento del hecho de que se necesitaban ciertas normas para evaluar las funciones que correspondían a los maestros en un sistema estatal de educación, y de que era conveniente que se les diera una preparación común y que existiera una metodología uniforme, se establecieron institutos para futuros maestros y, más tarde, para los que ya ejercían la profesión. Se insistió en el estudio de los clásicos y en el dominio de la especialidad que la persona debía enseñar. Sin embargo, por mucho tiempo tuvo lugar un activo debate entre los que recomendaban que se prestara atención a las asignaturas académicas clásicas y aquellos que atribuían igual o mayor valor a la enseñanza práctica y utilitaria. No obstante, al organizarse y difundirse la educación para el pueblo, se concedió importancia al sistema y a los maestros con la debida formación. En el curso de los años ha variado la insistencia en la preparación del personal docente, pero en definitiva todos han reconocido que la enseñanza es algo más que un pasatiempo al que se pueden dedicar quienes saben leer y escribir. Esta se ha convertido en una profesión que posee su propio acervo de conocimientos y métodos, y que representa una forma particular de servicio público comparable a las profesiones más antiguas y ya más estabilizadas.

La historia de la educación y de los nuevos conceptos del saber constituye un interesante relato que ha sido objeto de numerosos libros (4), en donde se exponen las divergencias entre los clásicos y las humanidades, y entre estas y las ciencias naturales que se advierten incluso en la actualidad. Al predominio de unos, en ciertos periodos, ha seguido a veces un creciente interés por los otros. Estos cambios se reflejan en la filosofía de la enseñanza y en la imagen que presentan del erudito las instituciones docentes. El conflicto con sus altibajos fue algo más que el resultado de circunstancias fortuitas. Tuvo su origen, y continúa teniéndolo, en problemas filosóficos fundamentales que no serán resueltos en mucho tiempo.

Por ejemplo, la adquisición de conocimientos especiales crea autoridad en el individuo, pero al transmitir estos conocimientos a los estudiantes los métodos autoritarios no son tan eficaces como los democráticos. La reacción del estudiante es, en esencia, más importante que la labor externa del maestro. Al mismo tiempo, es necesario armonizar el objetivo de la educación en la sociedad con el crecimiento del individuo y con el sentido de conciencia y de responsabilidad por parte del estudiante. De este modo, el individuo adquiere cada vez más importancia en cualquier sistema de educación. El experto y la autoridad han de hacer frente a problemas de adaptación cuando pasan a desempeñar funciones docentes.

Es indudable que la especialización ya se ha perpetuado en todos los campos de actividad. Pero si el especialista sabe poco del mundo y de la sociedad, su contribución será mecánica y continuará aportando sus conocimientos en forma inconexa y sin una visión de conjunto. La significación social de sus esfuerzos tiende a perderse en un laberinto de detalles técnicos. Valoramos los amplios conocimientos del sabio, su habilidad para organizar cuidadosos experimentos y la manera en que aclara relaciones y hechos. Pero, en gran medida, estas cualidades que apreciamos tienen su origen en la naturaleza del sabio como persona más que en su preparación técnica. En la universidad moderna no es difícil formar técnicos científicos de la más elevada categoría, pero coronar esta labor con un sentido de propósito, de humanidad y genio creador escapa a nuestros esfuerzos y suele ser obra del azar.

A medida que aumenta la población del mundo y que la educación pasa a ser un "derecho innato de la humanidad", surge otra dificultad. Se requieren métodos de enseñanza colectiva y se tiende a hacer caso omiso del estudiante como persona ante la preocupación por el grupo y los problemas de gran escala. La materia de estudio, los niveles que es preciso alcanzar y las pruebas estadísticas de aprovechamiento reemplazan la preocupación paternalista del profesor por la creciente madurez de su discípulo. El problema de cómo preservar los aspectos humanos e individuales de la educación en las grandes organizaciones en que se han convertido las universidades modernas merece ser estudiado.

Dichos conflictos son evidentes especialmente en los Estados Unidos de América, donde hoy se da tanta importancia a las ciencias físicas y a la ingeniería. El público siente gran satisfacción por la conquista del espacio, los medios de divulgación, la energía atómica y la cura de las enfermedades, y alaba estos progresos. El investigador, el organizador, y el individuo emprendedor que contribuye a los adelantos físicos

y técnicos, han adquirido prestigio y poder. Sin embargo, los grandes problemas que acosan al mundo son de orden político, filosófico, económico, social y educativo. La tarea de lograr condiciones que permitan al hombre vivir con sus semejantes en un ambiente de paz, felicidad y productividad es de enormes proporciones. El conflicto entre las ciencias físicas y las humanidades continúa y es característico de las escuelas de medicina de hoy.

La situación es diferente en otras regiones del mundo, como, por ejemplo, en la América Latina. En esta región, la demanda por atención médica, educación y las comodidades de la tecnología moderna es muy superior a lo que puede esperarse del desarrollo económico por un largo tiempo. En el orden de prioridades, la investigación y el desarrollo de la ciencia física ocupan necesariamente un lugar secundario. Los conflictos que surgen no son muchos, puesto que la necesidad de desarrollo social es bien evidente para todos. No cabe esperar que el progreso en estos países siga la pauta de los países industrializados. En cambio, la planificación nacional está ya preparando el camino para establecer un nuevo equilibrio entre las ciencias y las humanidades que hasta ahora no se puede vislumbrar claramente. Es muy posible que de ello surja un nuevo concepto del erudito-profesor.

Ahora bien ¿que es un erudito y qué significa la erudición? Ambos términos tienen su origen en la escuela y en el aprendizaje. Históricamente, sin embargo, el concepto básico se ha ampliado. Ya no significa el joven que adquiere nociones elementales, sino el logro de un alto nivel del saber por un individuo maduro. Reconocemos que el tener conocimientos en una determinada disciplina no hace al erudito, pues se trata de cualidades humanas que pueden encontrar una salida en cualquier especialidad. Es menos probable que la unidad de conocimientos y carácter se produzca en una asignatura aislada y de acentuada índole técnica, que en una que combine el conocimiento con el discernimiento y mantenga una relación con los seres humanos. Un erudito puede también ser un artista, un hombre de letras, un ingeniero, un médico e incluso un artesano. Posee elevados conocimientos, pero tal como entendemos el concepto hoy en día, tiene también una cualidad superior, que no es fácil de definir, pero que suscita el respeto de todos y se basa en una actitud esclarecida y en la integridad personal que están más allá de las de los demás. Esto es evidente para los estudiantes que recurren a él en busca de instrucción y orientación. La combinación de erudición, la búsqueda sin temor de la verdad, el buen criterio y la integridad personal son cualidades típicas de los eruditos y maestros que simbolizan el progreso. Como lo dijo Samuel Johnson por boca de

Rasselas (5): "El estudioso habla en público, medita en la soledad, lee y escucha, indaga y contesta a preguntas. Anda por el mundo sin pompa ni terror, y no es ni conocido ni valorado, excepto por otros como él".

El saber en medicina

La historia del saber en medicina sigue un curso paralelo al de la educación en general. Hipócrates, que falleció en el año 355 antes de Cristo, fue el primer gran médico de la Edad de Oro de Grecia. Era profundo observador de las enfermedades y de la naturaleza, un humanista en su trato con los pacientes, un maestro benévolo, y el originador del código de ética de la profesión de la medicina que todavía nos guía. Cuando la ciencia griega pasó a Alejandría, la medicina alcanzó un notable grado de adelanto, especialmente en anatomía, fisiología y patología. A esa ciudad acudían eruditos de todas partes del mundo, y la colección de libros de estudio no tenía precedentes.

Con el triunfo y la decadencia del Imperio Romano estos felices comienzos se perdieron y el progreso casi se paralizó. El médico más destacado de la época, Galeno (138-201 después de Cristo), estudió en la Escuela de Alejandría y siguió las tradiciones de Hipócrates. Como clínico y como maestro adquirió gran fama en el mundo romano, escribió abundantemente y con autoridad, y se convirtió en el dogma de la medicina durante los siguientes mil años o más. Organizó los conocimientos en sistemas, e insistió en la cabalidad de los hechos a su disposición y en la infalibilidad de sus interpretaciones. Después, generaciones de médicos memorizaron sus prescripciones y siguieron sus preceptos, el error de muchos de los cuales había sido ya demostrado por sus predecesores. En Europa, durante los siglos siguientes de la Edad Media, la ignorancia, la superstición y el charlatanismo corrompieron los admirables progresos de la medicina griega y egipcia. No obstante, por un curioso capricho de la historia esos adelantos se conservaron en lengua árabe y resurgieron con nuevo brillo en Europa durante las conquistas musulmanas.

En ciertos aspectos, el renacimiento del saber en Europa se debió a la medicina, y la primera universidad en el sentido moderno del término fue la de Salerno. Su Escuela de Medicina tuvo su origen en el Siglo X y adquirió un prestigio que traspasó las fronteras de Italia. La ciencia se basaba en las tradiciones de Hipócrates, era liberal y estaba exenta de influencia mágica o dominación religiosa. Los estudiantes procedían

de todas partes de Europa y la organización laica que se desarrolló constituyó una pauta que siguieron otros centros del saber. En París, Bolonia, Oxford, Padua, Montpellier, Salamanca y en numerosas otras ciudades los estudiosos de la medicina organizaron programas de instrucción y enseñaron a numerosos estudiantes. Ya en el año 1140, Roger II, Rey de Sicilia, instituyó leyes en virtud de las cuales se exigía que todos los que ejercieran la medicina en su reino siguieran un curso de estudios y que aprobaran satisfactoriamente los exámenes.

Con el tiempo, las nuevas universidades fueron ampliándose y ofrecieron oportunidades para enseñar, investigar y trabajar en un ambiente de libertad académica que atrajo a médicos eminentes y ambiciosos. En Padua, Vesalio fue profesor de anatomía e inauguró una nueva época en la ciencia médica. Su principio rector de "Observación en vez de autoridad; naturaleza en vez de libros" constituyó un estímulo para una nueva ciencia y el fin del árido y autoritario escolasticismo de la Edad Media. Con la publicación de sus estudios clásicos de anatomía humana en 1543 se inició la era de la ciencia moderna y se modificó la definición del saber. Paracelso (1493-1541) ya había impugnado y desacreditado muchas de las doctrinas de Galeno e insistido en las reformas de la medicina. Ambrosio Paré (1510-1590), el cirujano barbero de los campos de batalla, escaló nuevas metas del saber y ha recibido de la posteridad el título de "padre de la cirugía". A Galileo (1564-1642), Leeuwenhoek (1632-1723) y a Malpighi (1628-1694) le debemos el desarrollo del microscopio y los comienzos del amplio y nuevo campo de la anatomía microscópica, la fisiología y la patología. Con la descripción de la circulación de la sangre por Harvey (1578-1657) se preparó el terreno para un amplio progreso. Una vez que se descubrió el llamado método científico de investigación, su empleo fue lo que caracterizó al nuevo tipo de estudioso interesado en la observación, el análisis de causa y efecto, la verificación mediante la experimentación, la proyección de los resultados a otras situaciones, así como la búsqueda continua del elixir de la vida y la explicación de los fenómenos biológicos mediante mecanismos físicos.

A través de todos estos cambios la medicina como profesión conservó su arte y su humanidad. El parto, las enfermedades, la pobreza, el hambre, la pestilencia y la guerra continuaron cobrando un fuerte tributo de vidas humanas. En todas partes se solicitaban los servicios curativos del médico y este gozaba de gran aprecio, a menudo a pesar de sus fracasos. El código de ética promulgado por primera vez por Hipócrates continuó siendo el vínculo que unió a todos los médicos. La medicina era un consorcio universal, y en el ejercicio de la misma

debían mantenerse elevadas normas de atención personal y de criterio científico. Pero las responsabilidades del médico no terminaban con el individuo. Cuando asolaban a Europa epidemias de malaria, tifus, peste, viruela y cólera, como consecuencia del auge de los viajes y medios de comunicación, se esperaba que el médico adoptara medidas de control y evitara que las calamidades se ensañaran con las familias y comunidades. A fines del Siglo XVII, la medicina social y la prevención de las enfermedades comenzaban a aceptarse como especialidades de la medicina.

Durante esa misma época, la enseñanza de la medicina experimentó una importante evolución. Cuando se establecieron las primeras universidades en Italia, Francia, y España y los estudiantes acudieron en gran número a los pocos centros del saber, los únicos métodos adecuados de instrucción eran las clases y las demostraciones. Como resultado de las tradiciones de Galeno y de la escasez de libros, la enseñanza—como es de comprender—era autoritaria. El aprendizaje se basaba en la memorización y en la emulación. Dada su importancia numérica, los estudiantes controlaban las universidades, con frecuencia seleccionaban a los profesores y aun establecían las normas. De este modo, las escuelas de medicina y la educación médica era una curiosa mezcla de instrucción excesivamente dogmática y de organización democrática igualmente excesiva. En cuanto a la asistencia y al aprendizaje, la iniciativa correspondía a los estudiantes, y esta era una innovación auténtica e importante en contraste con la compulsión y reglamentación de épocas ulteriores. Desde los comienzos de la nueva era se exigió el estudio de la anatomía, algo más tarde se introdujo la instrucción en obstetricia, pero sólo después de varios siglos el médico decoroso se dignó considerar que la pericia del cirujano barbero era importante para el estudio de la medicina. Durante mucho tiempo se continuó enseñando a los clásicos, y especialmente a Galeno. Se procedió a la descripción de las enfermedades, se establecieron prescripciones, y se examinaron los beneficios de los diátesis, la flebotomía y los purgantes. No obstante, ya en 1715, Lancisi, eminente clínico y epidemiólogo italiano, se percató del reducido alcance que tenían los estudios de medicina y propuso una reorganización a fin de incluir en ellos cursos tanto culturales como científicos.

Como se comprenderá, el progreso fue lento, pues muy pocos maestros estaban directamente familiarizados con las nuevas investigaciones en anatomía, fisiología y patología; además, un número todavía menor se atrevía a desafiar tradiciones ya arraigadas y a aceptar la culpa por la situación que pudiera producirse. Por atreverse

a seguir la verdad, cualquiera podía perder la cabeza y otros ser quemados vivos en público. No obstante, en esta época surgió un nuevo tipo de erudito y de maestro, que observaba los fenómenos naturales y valoraba la experiencia, aceptaba autoridad únicamente cuando servía de complemento a una profunda conciencia de lógica natural, y reconocía la investigación tanto como método de aprendizaje como un medio de impulsar el conocimiento. Todavía era posible combinar en la vida de una persona la ciencia y el arte de la medicina con la habilidad de un maestro. Aún no había llegado la edad de la especialización y la tecnología.

La historia de la medicina en los Siglos XVIII y XIX es bien conocida y no es necesario que entremos en mayores detalles. La ciencia de la medicina floreció en Francia, en Alemania y en Gran Bretaña, y poco a poco fue desapareciendo el misticismo, el empirismo y la lógica especulativa de períodos anteriores. Se reconoció que las enfermedades se debían a causas externas, y los síntomas se aceptaron como manifestaciones de trastornos en la estructura y funcionamiento de los diversos órganos. Al profundizarse los conocimientos, el tratamiento tendía más a la eliminación de las causas, al mantenimiento del equilibrio del ambiente interno de acuerdo con las enseñanzas de Claude Bernard, y a la restauración de funciones. La enseñanza continuó siendo autoritaria bajo la presión de una cantidad cada vez mayor de hechos y de su empleo directo por el médico en ejercicio. Por otra parte, se incorporaron también al plan de estudios la enseñanza a la cabecera del paciente, las pasantías en salas del hospital y las prácticas bajo la supervisión de preceptores. En algunas universidades se estimulaba a los estudiantes a llevar a cabo estudios especiales por cuenta propia, y a presentar una tesis antes de recibir el título de medicina; en otras, estas actividades eran obligatorias. Se combinaban la ciencia y el arte de la medicina, y los profesores alentaban la esperanza de que sus aprendices fuesen a la vez eruditos y médicos practicantes.

Los más famosos médicos han sido en su mayor parte investigadores científicos interesados en la aplicación de nuevos conocimientos básicos a los problemas fisiológicos y patológicos. A mediados del Siglo XX, la tecnología de la ingeniería empezó a aportar una importante contribución a la metodología de la investigación y al tratamiento quirúrgico, y a influir en la impresión que el público tenía del saber en medicina. Más aún, el control de las infecciones, el continuo progreso hacia la comprensión de la naturaleza del cáncer, el control de las epidemias y la disminución de los problemas de la malnutrición y de las condiciones de vida insalubres han introducido cambios espectaculares en la ex-

pectativa de vida y en el número de habitantes del globo. Las ciencias sociales también han abierto nuevas perspectivas para la investigación y el progreso. Los numerosos factores que hacen al hombre bueno o malo, sano o enfermo, alegre o triste, ya no se expresan en términos abstractos y filosóficos, y están sujetos a control para beneficio de todos. Avanzamos rápidamente hacia un milenio científico sin muchos obstáculos que se opongan al éxito, y actualmente el experto en el laboratorio y su colaborador, el ingeniero, ocupan un lugar de preferencia. El saber es ahora sinónimo de investigación. El péndulo ha oscilado mucho desde los modestos comienzos de la Edad de Oro de Grecia y del renacimiento de la medicina durante el Siglo XVI.

Basta observar la situación que existe hoy en muchas escuelas de medicina de los Estados Unidos y en algunos otros países del Hemisferio Occidental. Es necesario mencionar también la industria y el gobierno, ya que ambos realizan una gran cantidad de investigaciones. Se destinan fondos para impulsar el "progreso", aun cuando no existe personal suficiente para usarlos inteligentemente. Sin embargo, el deseo de alcanzar las glorias del milenio es irresistible y cada vez se destinan más fondos con ese objeto. Las universidades y centros del saber dicen: "necesitamos espacio para otro edificio de investigación científica, de modo que podamos contar con más hombres de ciencia, quienes necesitarán continuamente más espacio, por lo cual nos harán falta más y más edificios para trabajos científicos" (6). Se necesitan más médicos y más escuelas de medicina para atender las necesidades de una población en rápida expansión, pero cada año es mayor el número de graduados que son atraídos a prestigiosas carreras de investigación. El laboratorio de investigación se está convirtiendo en un templo sagrado. El saber se desvaloriza en nombre de la investigación y el progreso.

No es que la investigación médica sea mala y la práctica de la medicina buena, sino que entre las dos debe existir un equilibrio que armonice con otros aspectos de las necesidades del hombre. Año tras año, la investigación honesta ha contribuido en gran medida a la solución de problemas locales, nacionales e incluso internacionales. Ha producido conceptos y métodos para hacer más eficaz la atención médica y para mejorar la salud de un mayor número de personas. A veces, la investigación ha transformado también el proceso del aprendizaje, de una ardua práctica de memorización de hechos en que consistía, en una interesante aventura compartida igualmente por estudiantes y maestros. Pero cuidémonos de adoptar un concepto demasiado estrecho de investigación. Para la mayoría de las personas investigación significa

laboratorios, ratas, instrumental, estadística y trabajo nocturno. Creo que todos tenemos la tendencia a confundir las laboriosas actividades que se llevan a cabo en la torre de marfil y el prestigio de las publicaciones con la búsqueda de la verdad y el progreso de la raza humana. A mi entender, se realizan más investigaciones fuera de los laboratorios que dentro de ellos. Dudo que se requiera menos inteligencia, imaginación creadora o juicio crítico para solucionar el problema de atender las necesidades de salud de una comunidad primitiva y eliminar algunas de las amenazas locales a la salud que para analizar la acción específica de una enzima. No veo diferencia esencial alguna, desde el punto de vista del saber, entre un médico que utiliza su pericia y su ingenio para combatir las aberraciones mentales de individuos o las condiciones poco satisfactorias de las comunidades, y otro que pasa su tiempo en el microscopio electrónico y el aparato ultracentrífugo. Son actividades distintas; eso es todo. Una atrae a quienes se interesan por los problemas humanos; la otra libera al investigador de la necesidad de establecer contactos humanos y hace que se concentre en los aspectos físicos. En un caso, las circunstancias imponen el problema al investigador; en el otro, la selección la hace la persona misma o algún miembro de su equipo. La investigación organizada se ocupa también del control planificado y evalúa los resultados desde un punto de vista estadístico. Fundamentalmente, sin embargo, todo aquél que lucha contra un problema en condiciones inciertas y difíciles sin que se conozca la solución es un investigador, conforme a mi definición. La importancia concedida al laboratorio es puramente artificial.

¿Cómo vamos a apartarnos de esta rutina de la investigación en las ciencias físicas para retornar a un concepto más amplio del saber en las escuelas de medicina del futuro? ¿No deberían nuestros estudiantes preocuparse por el hecho de que más de la mitad de las camas de hospital en algunos países están ocupadas por pacientes de enfermedades mentales, de que la delincuencia juvenil en el mundo entero está aumentando a un nivel alarmante, y de que la tasa de alcoholismo y suicidio es más elevada en algunos de los países más avanzados e industrializados? La medicina desempeña una función útil para curar las heridas de la guerra, pero la educación médica ¿no tiene nada que ver con los conflictos ideológicos que causan la guerra? ¿Y qué hubo de las extensas zonas del mundo donde la pobreza, la ignorancia, las enfermedades y la muerte impiden que la mitad de la población del globo disfrute de los derechos inalienables del hombre? ¿Han de continuar nuestros estudiantes ignorando lo que sucede en la acera de enfrente? Es cierto que la formación de un médico exige tal dedicación para poder absorber

el conocimiento científico que casi no le queda tiempo ni energías para nada más, por muy conveniente o agradable que sea. Pero me pregunto si al conceder tanta importancia a la ciencia y tanto prestigio a la carrera de investigador no estamos escondiendo la cabeza como el avestruz y negándonos a examinar la situación del mundo en su realidad. A menos que la profesión médica reconozca que tiene la responsabilidad de ayudar a controlar las fuerzas humanas y sociales que afectan el destino del hombre, es posible que la medicina quede relegada en el futuro a desempeñar una función insignificante en el campo de la pericia técnica. Los principios pedagógicos y el concepto de erudito que le presentamos a nuestros estudiantes determinarán en gran medida el futuro de la medicina en el próximo siglo.

En todos los fenómenos biológicos y físicos cada acción produce su reacción y sus fuerzas compensatorias. Con el tiempo, la extremada especialización y la excesiva insistencia en las ciencias físicas y en la investigación en el Siglo XX estimularán el renacimiento de las humanidades. En realidad, ya se ha iniciado el movimiento en ese sentido, y tal vez reciba su impulso no tanto de los países industrializados del Occidente como de los del Hemisferio Meridional y del Lejano Oriente, donde naciones en vías de desarrollo y masas humanas reclaman una vida mejor y un nuevo orden económico y social. Quizá estos países más jóvenes encuentren el rumbo que nosotros, con nuestra preocupación por las ciencias físicas, estamos en peligro de perder.

El saber individual

Por una extraña evolución de los acontecimientos, un movimiento que comenzó por ser un medio de poner la educación y el saber al alcance de todos ha tropezado con serios e insospechados obstáculos derivados de su propio éxito. Me refiero al conflicto entre la educación de las masas y el saber individual. Durante el Renacimiento y la primera época de las universidades, miles de jóvenes recorrían enormes distancias y aceptaban privaciones, incertidumbres y peligros para ir a sentarse a los pies de maestros de renombre. La educación era un estímulo y una oportunidad, una puerta que se abría a un nuevo mundo. Al ampliarse los horizontes con el reconocimiento de los derechos del hombre y las esperanzas de una sociedad democrática utópica, las escuelas y las universidades fueron la clave del progreso y de una vida mejor. A mediados del Siglo XVIII, la ideología humanista democrática en Francia reclamaba educación para todos, gratuita y bajo control secolar.

Poco tiempo después se aceptó en Prusia, bajo Federico Guillermo II, la responsabilidad de las autoridades públicas en materia de educación, y la Revolución Francesa introdujo las reformas en Francia. En Inglaterra, las escuelas mantenidas por organismos privados e instituciones de beneficencia ofrecían oportunidades de educación para los indigentes. Las órdenes de los jesuitas y franciscanos de la Iglesia Católica establecieron poderosos sistemas para la formación de maestros y para llevar los conocimientos al Nuevo Mundo. En los Estados Unidos de América, cuatro de los primeros líderes—Jefferson, Franklin, Paine y Samuel Adams—defendieron enérgicamente los derechos del hombre y su responsabilidad en participar en el gobierno. Durante el período de Andrew Jackson, la esperanza y la aspiración no conocieron límites. Aun el hogar más humilde no era obstáculo para ocupar el más alto cargo, y se reconoció que la educación era importante tanto para los dirigentes como para los ciudadanos.

La prosperidad y la riqueza nacional cada vez mayor, especialmente en los Estados Unidos de América, facilitaron los medios para convertir en realidad este ideal democrático de educación universal. En 1963, el 41% de los jóvenes estaban todavía en la escuela a los 18 años, y el 17% asistía a colegios universitarios (20–24 años de edad). Y si los servicios de educación pública fuesen suficientes para atender las necesidades de todas las familias, la proporción sería todavía mayor. Estas cifras son mucho más elevadas que las correspondientes de Europa o de otras regiones adelantadas del mundo, pero en ningún modo rebasan las aspiraciones de la humanidad. En el mundo entero el hombre busca en la educación los factores materiales y espirituales que necesita, y los únicos que se oponen al logro de este objetivo son los obstáculos de la pobreza económica y la falta de madurez política.

Pero el tesoro que se esperaba encontrar al final de la meta resulta ser una extraña mezcla de metales preciosos y de chatarra. Mientras más nos acercamos al ideal de la educación para todos, obligatoria y gratuita, menor es el estímulo para aprender y más adulterados son los conocimientos adquiridos. Inevitablemente, la producción en masa descuida al individuo, y aunque tal vez el producto medio sea mejor, es probable que no se obtenga la más elevada calidad. Por ejemplo, para una sorprendente proporción de niños en los Estados Unidos la escuela es un mal inevitable impuesto por sus superiores y del que conviene escapar cuando sea posible. Aun en los niveles universitarios y profesionales, donde los estudiantes reconocen vagamente la importancia de los estudios para la consecución de su propio objetivo, hay tanta norma falsa, competencia y disciplina pedante y a menudo en-

señanza por quienes saben muy poco del arte, que en el camino de la educación se pierde o se deforma el incentivo del verdadero aprendizaje. El estudiante tiene que enfrentarse con el personal docente y el sistema escolar en una lucha que puede destruir el espíritu y el interés por aprender.

En contraste, examinemos la situación en los países donde la vida es difícil y las oportunidades de educación son escasas. En ellos hay que luchar para vivir, pero quienes sobreviven tienen un ansia de conocimientos completamente diferente a la que se observa en los países "más adelantados". La educación que se adquiere mediante la lucha y el sacrificio personal tiene una realidad y profundidad que no puede compararse con la que se recibe en ambientes más fáciles y protegidos. La privación agudiza el deseo y la visión intensifica la ambición. En estos países, los estudiantes universitarios se dan cuenta de sus deficiencias y se percatan de los beneficios que pueden aportar la educación y la ciencia moderna. Con la debida orientación, la apreciación de estos hechos puede conducir a un nacionalismo beneficioso de gran vigor. El resultado final es muy distinto al del erudito y científico de regiones más privilegiadas, dedicado a su investigación en el laboratorio o en la biblioteca. En los países más industrializados, van disminuyendo los arduos problemas de la vida y aumentando las comodidades. Pero los beneficios resultantes no son oro puro.

El hecho lamentable, sin embargo, es que ninguno de los inconvenientes de los sistemas de educación tiene su origen en algún defecto inherente del objetivo o del sistema propiamente dicho, sino únicamente en la manera como los profesores y administradores desempeñan sus funciones. Nadie podrá poner en duda la utilidad social de la educación para todos. Y en el mundo entero se necesita un sistema que permita la educación de un gran número de estudiantes. Además, se dispone de métodos para lograrlo y los resultados podrían ser más eficaces que antes. Tampoco causa hoy menos emoción el placer de aprender. Para quienes sienten la inspiración, los incentivos y las satisfacciones son tan maravillosos hoy como lo fueron ayer. En algún momento de la historia, nosotros, los maestros, nos extraviáramos del camino. No confiamos en que la juventud aprenda por curiosidad e interés, sino que hemos agregado la disciplina severa. No toleramos que el alumno aprenda con lentitud y vacilación, sino que hemos interpuesto la voz de la autoridad y el cronómetro. No aceptamos que nuestros hijos tengan que luchar y enfrentarse a las dificultades; y en su lugar les ofrecemos complacencia y comodidades. Hemos confundido el "cociente de inteligencia" y la velocidad de aprendizaje con la inteligencia real. La responsabilidad y

la conciencia han sido sustituidas, por una parte, por la licencia y, por otra, por la disciplina. Hemos supuesto que el trabajo en laboratorios es sinónimo de erudición. ¿No corremos el riesgo de fomentar la ciencia y la tecnología a expensas de los derechos innatos de la humanidad? Sin embargo, el objetivo que aspiramos lograr es elevado y las intenciones de todos son las mejores.

Creo que no es imposible corregir los errores y volver a la senda del saber. No es difícil definir los objetivos que persigue la educación médica. Sin embargo, es más fácil enseñar los objetivos científicos que desarrollar en los estudiantes las cualidades personales que son condiciones necesarias del saber y del éxito. Si bien no se dispone de conocimientos completos acerca de la psicología del aprendizaje y de los factores que influyen en él, los que se tienen son suficientes para establecer principios y servirnos de guía. Por desgracia, son muy pocos los profesores universitarios que están familiarizados con estos hechos y que pueden llevarlos a la práctica. La erudición es, ciertamente, algo más que la acumulación de informaciones. Se trata de un proceso que consiste en adquirir la capacidad para hacer frente a situaciones cada vez más complejas y para encontrar soluciones atinadas. El saber depende del estudio, de la información y de la experiencia y fomenta el discernimiento y el buen criterio. En medicina, el aprendizaje se realiza en un ambiente de seres humanos y relaciones humanas. El saber debe impregnarse de humanidad para evitar que descienda al nivel de la tecnología y para impedir la formación de enciclopedias vivientes y computadores animados.

* * *

En este capítulo se ha intentado trazar la evolución del concepto de erudito y sabio que prevalece en la actualidad y analizar algunas de sus cualidades esenciales en el campo de la medicina. En el pasado, la medicina se caracterizaba por el hecho de que los que la ejercían debían ser a la vez científicos y humanistas, y con el auge de la especialización se ha alterado el equilibrio natural entre las dos actividades. Hoy en día, los nuevos conocimientos sobre ambos aspectos son tan amplios y la necesidad de mantenerse al corriente es tan grande que nadie puede abarcar los dos campos. Al determinar su futuro, algunos médicos deciden dedicarse exclusivamente a la ciencia, otros a los servicios públicos de la profesión, otros se aferran a la desafortunada combinación de ambas especialidades, y unos cuantos se consagran a la enseñanza. En la actualidad, las escuelas de medicina tienden a

destacar la importancia y el prestigio del científico y del investigador. La tendencia es muy pronunciada en este sentido, y existe el peligro de que los estudiantes que se gradúen como médicos posean grandes aptitudes científicas y técnicas, pero muy pocas cualidades que contribuyan al saber y a la grandeza. Desde tiempos remotos la medicina se ha ocupado de problemas muy humanos, y no hay motivos para creer que el mundo necesite menos que antes los servicios de un médico que tenga interés por sus pacientes como seres humanos; pero hoy el médico necesita también una gran cantidad de conocimientos científicos bien fundados. Las escuelas de medicina harían bien en examinar el camino que están siguiendo, pues hay cierto peligro en las tendencias actuales. Si estas continúan, posiblemente nos encontremos con una generación de técnicos y tecnócratas de alto nivel más que de médicos generales y profesores de gran formación e individuos que buscan la verdad, que es lo que más necesita la sociedad.

Referencias

- (1) Robinson, V.: *The Story of Medicine*. New Home Library, Nueva York, 1943, pág. 1.
 - (2) Cole, L.: *The History of Education: Socrates to Montessori*. Rinehart, Nueva York, 1950, pág. 55.
 - (3) Montaigne, Michel E.: Citado en Ulrich, R.: *Three Thousand Years of Educational Wisdom*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1954, pág. 301.
 - (4) a. Butts, R. F.: *A Cultural History of Education*. McGraw-Hill, Nueva York, 1947.
b. Véase también la referencia 2 precedente.
 - (5) Johnson, Samuel: *Imlac*, Capítulo VIII.
 - (6) Seegal, D.: *An Unbelievable Colloquy at Delphi*. The Pharos, abril de 1964, págs. 47-53.
-

COORDINACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS *

Arlene Howe †

Lo que el Centro Médico de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, logró mediante procedimientos de ingeniería industrial, da la norma por la cual, incluso los hospitales pequeños, pueden mejorar la eficacia de la enfermería.

“Volver la enfermera a la cabecera del enfermo” es uno de los lemas invocados a diario en la administración de hospitales, y, en el Hospital Clínico de la Universidad de Michigan, la aplicación de métodos de ingeniería dio por resultado una fórmula administrativa que, al parecer, lleva precisamente a lo que el lema propone.

El problema planteado en este hospital de 1,000 camas puede muy bien ser similar al de hospitales de tamaño mucho menor. Por lo que al primero respecta, el problema constaba de dos partes, ambas relativas a cada unidad de enfermería.

La primera de dichas partes era la necesidad de suprimir, en el departamento de servicios de enfermería, las actividades consideradas “ajenas a la especialidad”. La segunda, y más difícil, era la necesidad de coordinar las múltiples funciones inherentes a la unidad de enfermería.

En el Hospital Clínico, había residentes especializados en administración de hospitales y estudiantes de métodos de ingeniería, del departamento de ingeniería industrial de la Universidad de Michigan, dedicados a investigación de asuntos de administración de hospitales.

La necesidad de coordinación quedó demostrada muy pronto, ya que la unidad de enfermería de pacientes internos estaba controlada por tantos departamentos como servicios había en el hospital.

Cierto es que a la enfermería parecía incumbir la responsabilidad primordial de la atención a los pacientes, pero muchos otros departamentos ejercían una acción perturbadora. Los departamentos de ser-

* Publicado en inglés en *The Modern Hospital*, Vol. 101, No. 1, julio de 1963, y en español en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LVII, No. 4, octubre de 1964.

† Ayudante de personal y consultora de enfermería en el Departamento de Administración del Centro Médico de la Universidad de Michigan, Estados Unidos.

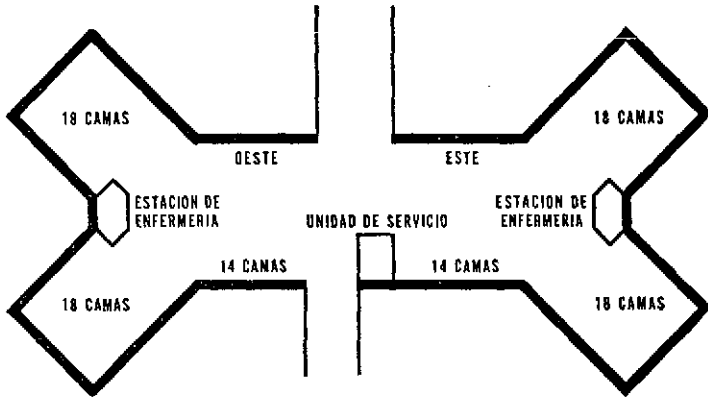
vicios, tales como los de ropa blanca, almacén general, materiales esterilizados, laboratorios, farmacia y compras, desempeñaban funciones de atención indirecta de pacientes. Personal de disciplinas afines a la ciencia de la salud, tales como dietética, fisioterapia, ergoterapia, servicio social y otras, intervenía también en el cuidado directo de pacientes.

Las reparaciones generales de las salas de pacientes correspondían al servicio de mantenimiento; el servicio de limpieza (llamado "servicio del edificio") tenía a su cargo la limpieza general y el lavado de paredes, y a los auxiliares del departamento de enfermería incumbían otras labores de limpieza.

Todas estas complicaciones culminaban en los ingentes problemas del sistema de consultas. Solicitudes de consultas "inmediatas", consultas incompatibles de un enfermo determinado establecidas por departamentos distintos, y el volumen de transporte de pacientes, contribuían a crear una situación casi imposible.

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ESTUDIO

<i>Cuidado de pacientes</i>	8 a.m. 4 p.m.	4 p.m. 12 p.m.
<i>Cuidado de pacientes</i>		
Medicamentos y otros cuidados directos	23.6	27.1
Otros cuidados de cabecera	3.5	2.8
Total de cuidados en presencia del paciente	27.1	29.9
Intercambio de información	10.2	9.9
Registro médico	6.3	13.4
Medicamentos	6.7	9.7
Altas, transferencias, etc., de pacientes	2.0	1.9
Otros cuidados indirectos	15.0	9.6
Total de cuidados en ausencia del paciente	40.2	44.5
Total de todas las actividades de cuidado de pacientes	67.3	74.4
<i>Otras actividades</i>		
Administración — equipo y suministros	3.9	2.3
Limpieza y mantenimiento	1.7	2.2
Dietética	7.4	10.5
Transporte de pacientes	3.8	0.8
Servicio de mensajeros	1.0	1.5
Normas y métodos de hospital	0.6	0.1
Total — administración	18.4	17.4
Perfeccionamiento durante el servicio	6.2	2.1
Tiempo libre dedicado a asuntos personales	8.1	6.1
Total de otras actividades	32.7	25.6



HOJA DE CITA	
Nombre del paciente _____	
Local _____ Cuarto N° _____ Cama N° _____	
Cita para _____	
Local de cita _____	
Hora _____ Fecha _____	
Llevar _____	
Comentarios _____	
TRANSPORTE	
Silla de ruedas _____	Requiere ayuda de enfermería _____
Camilla _____	_____
Ambulante _____	No requiere ayuda _____
Hora _____	

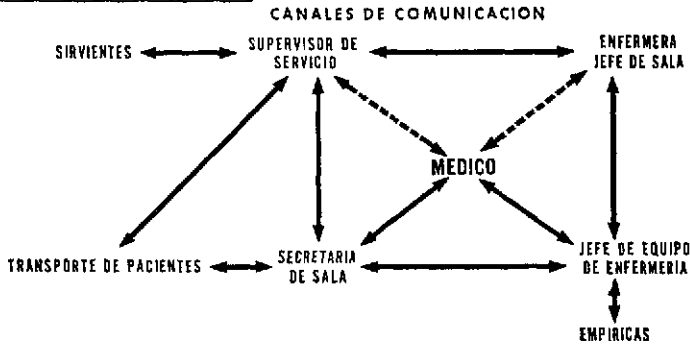
PLAN DE PISO ENSEÑANDO LA LOCALIZACION CENTRAL DE LA OFICINA DE SERVICIO EN RELACION CON LAS DOS ESTACIONES DE ENFERMERIA.

—

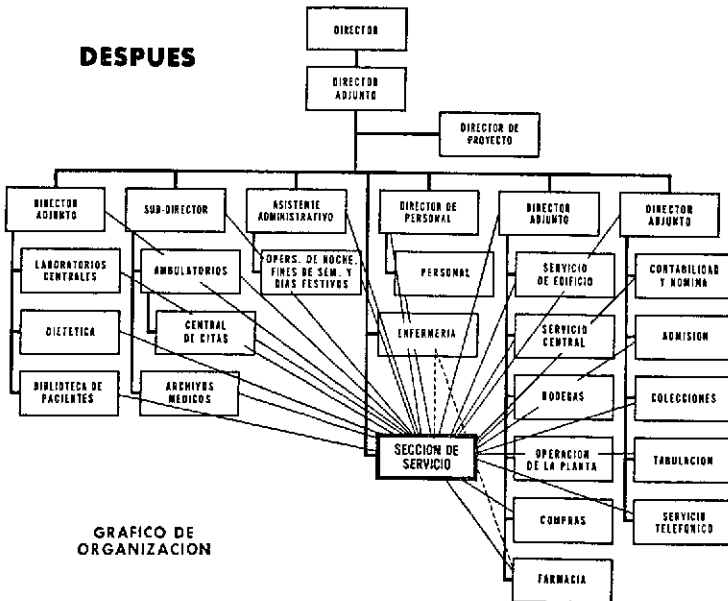
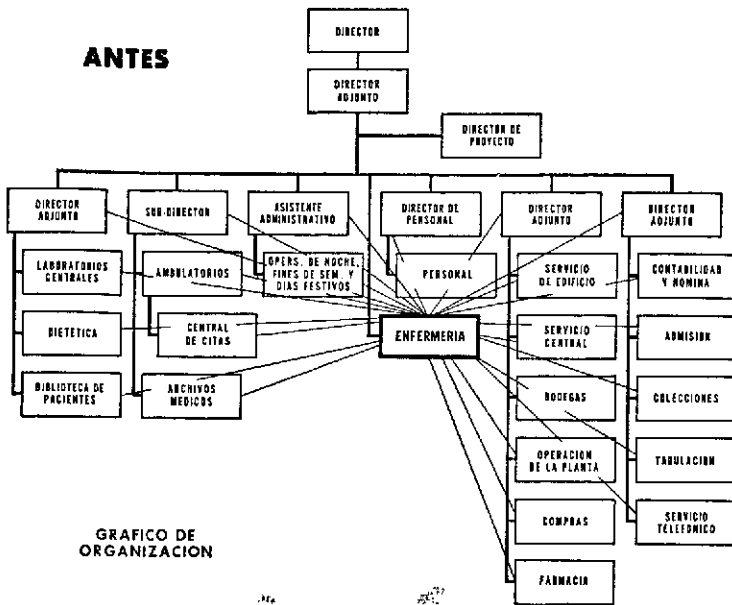
LA PREPARACION Y TRANSPORTE DEL ENFERMO SE COORDINAN CON DOS COPIAS DE LA HOJA DE CITA.

—

EL NUEVO PLAN DA AL PERSONAL DE SERVICIO UN PAPEL PRIMARIO EN LAS COMUNICACIONES EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA.



Si bien las enfermeras jefe contaban con auxiliares de oficina, la coordinación de esta diversa labor departamental en la unidad de enfermería era casi imposible. En realidad, se vio después que, por escasez de enfermeras, las enfermeras jefe venían dedicando casi el



DEMONSTRA DRAMATICAMENTE LA SITUACION DE LA ENFERMERA JEFE DE SALA CON SU CARGA DE ADMINISTRACION, EL GRAFICO "ANTES" ESTA EN GRAN CONTRASTE CON EL "DESPUES", CUANDO LA SECCION DE SERVICIOS ASUME LA MAYOR PARTE DE LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

90% de su trabajo al cuidado directo de pacientes, lo que les dejaba sólo un 10% de su tiempo para supervisión de enfermería, por no mencionar siquiera las necesidades de la coordinación.

En el cuadro se representan los resultados principales del estudio de utilización. Se observó que, cuando menos, el 26.7% de las actividades de enfermería, desde las ocho de la mañana a las cuatro de la tarde, eran ajenas a la profesión. Además, el tiempo dedicado a "intercambio de información" y a "otros cuidados indirectos" ascendía a otro 25.2%, no todo ello dedicado a enfermería estrictamente. Las actividades que no eran de enfermería propiamente ascendían a una proporción aún mayor desde las cuatro de la tarde hasta la medianoche.

En contraste con estos resultados, tan sólo el 13% de la jornada de servicios de enfermería estaba a cargo de personal sin formación o adiestramiento oficial para el cuidado directo de pacientes.

Un examen más cuidadoso puso de manifiesto la incompatibilidad de las funciones de enfermería con las que no lo eran. Por ejemplo, mientras estaba transportando pacientes o limpiando material, la auxiliar no podía ayudar a la enfermera titular en la tarea de cuidar de los enfermos. En realidad, se averiguó que las auxiliares de enfermería empleaban el 45% de sus horas de trabajo en tareas similares, ajenas a la profesión.

Se puso de relieve que las enfermeras, al verse con frecuencia ante la alternativa de optar por el cumplimiento de funciones importantes desde el punto de vista de la administración del hospital o por deberes importantes de tratamiento del paciente, prefirieron, como es justo, lo segundo.

La división de trabajo es un principio administrativo reconocido, así como lo es su importante corolario de que cada función ha de coordinarse como es debido con las demás del conjunto.

El estudio inicial confirmó la creencia de que la enfermería había aceptado, año tras año, muchas funciones ajenas a su misión y de que había posibilidades de aplicar el sistema de división de trabajo.

Con base en los resultados, se estableció un nuevo criterio fundado en el reajuste general de funciones y en la implantación de un nuevo sistema de supervisión dentro de las unidades de enfermería. En concreto se partió de que hubiese un solo supervisor que coordinase todos los servicios de piso facilitados por los servicios centrales, servicio del edificio (limpieza) y mantenimiento.

En la figura 1 puede observarse que las zonas destinadas a los pacientes en el hospital principal están construidas con arreglo a una planta en

forma de "doble YY". Dos salas de enfermos, de 50 camas cada una, forman cada uno de los pisos.

Se decidió crear una "unidad de servicios" que atendiera las 100 camas, dirigida por un supervisor que no fuera de la especialidad de enfermería y que tuviera a su cargo las auxiliares de oficina, sirvientas y mozos de hospital. A este grupo se le asignaría la función principal de 1) limpieza del local; 2) servicio de mensajeros y transporte de pacientes, y 3) trabajo general de oficina.

Se efectuaron revisiones importantes en el sistema de comunicaciones a fin de poder contestar todas las llamadas telefónicas en la oficina de la unidad de servicios.

De esta forma, la auxiliar de oficina informaba a los visitantes, contestaba el teléfono, anotaba la fecha de consulta de los pacientes, despachaba el servicio de mensajeros del piso, se encargaba del ingreso, transferencia y alta de pacientes y demás labores de oficina similares, llenaba los formularios de los registros médicos, ayudaba en el pedido de suministros y otras necesidades de la unidad.

El puesto de enfermería retuvo una auxiliar de oficina de piso, entre cuyas funciones estaban la transcripción de órdenes y recetas del médico, la comprobación de existencias de productos farmacéuticos, el mantenimiento del registro de horas de entrada y salida del trabajo del personal de enfermería y otras tareas asignadas por la enfermera jefe.

Los planes de largo alcance relativos al departamento dietético comprendían el servicio de alimentación de los pacientes; así, pues, la consideración de la transferencia de esta función a la unidad de servicios fue suprimida al principio del análisis.

Para conseguir la deseada organización, se transfirieron seis puestos de plantilla (dos auxiliares de oficina y cuatro de enfermería) del servicio de enfermería; del mismo modo se transfirieron seis puestos y medio del servicio del edificio, y se añadieron dos puestos y medio.

No relacionada con la nueva organización, aunque de utilidad para el departamento de enfermería, fue la adición simultánea de servicios de oficina, desde las cinco de la tarde hasta la medianoche, de lunes a viernes, así como en las horas diurnas durante el fin de semana.

El primer supervisor del servicio fue un joven procedente de las oficinas de administración. Para este puesto se fijó una escala de sueldos flexible, cuyo mínimo era inferior al sueldo inicial de una enfermera titular y cuyo máximo equivalía al de enfermera jefe.

Es posible que el entusiasmo compartido por todos en el momento de discutir los planes por primera vez, decayera por las muchas objeciones

suscitadas a medida que tales planes se fueron llevando a la práctica. El intento de transferir demasiadas funciones con demasiada rapidez puede haber sido un error.

Pero en el momento en que fueron analizadas cada función y tarea y definidos los propósitos y fines, las cosas empezaron a situarse en su lugar. Se empezó a descubrir que las personas, en vez de hacer objeciones, comenzaban a aportar ideas útiles al perfeccionamiento del programa. Por ejemplo, quedó sentado que la preparación de un paciente era función de la enfermera, y su transporte, de la unidad de servicios. Como garantía, se creó un formulario al respecto (fig. 1). Este lo llenaba, por duplicado, la auxiliar de oficina en el momento en que se pedía una consulta, y se enviaban copias del mismo a la enfermera y al encargado del transporte. La enfermera llenaba lo relativo al "medio de transporte" y la "asistencia requerida", y fijaba su copia a la cabecera de la cama.

De esta forma, el paciente sabía a dónde iba y cuándo. El encargado del transporte sabía a qué hora debía recoger al paciente y qué se necesitaba para hacerlo. En ausencia del paciente, la hoja a la cabecera de la cama decía dónde se hallaba.

El análisis tendiente a evaluar el funcionamiento de la auxiliar de oficina prosiguió, y se evidenció que esta no era una "oficinista de enfermería" en absoluto. Lo que se necesitaba era una "auxiliar administrativa de oficina". Se descubrió que esta podía ayudar al médico a preparar las órdenes para la enfermera, y que dicha auxiliar no ayudaba a la enfermera. Por consiguiente, la supervisión de todas las auxiliares de oficina se transfirió al supervisor de servicios.

Mediante el análisis de métodos aplicados en procedimientos de ingeniería, se convirtieron en realidad muchas mejoras de las funciones de las auxiliares de oficina. Se hizo una revisión importante del sistema de intercomunicación para evitar duplicaciones.

El archivo de registros médicos se reorganizó a fin de efectuarlo mientras los registros no eran utilizados por los médicos y enfermeras. Desde luego, a medida que esta reorganización fue progresando, se fueron estableciendo relaciones muy intrincadas.

La auxiliar de oficina desempeña una función importante de enlace entre el médico, la enfermera al cuidado del paciente, el supervisor de servicios, el paciente y el encargado del transporte de este. En la figura 1 se indican las vías de comunicación.

Hemos utilizado el grupo de enfermería del Hospital Clínico. En la misma figura puede observarse que la enfermera jefe queda al margen

de la línea directa de comunicación, a menos que desempeñe también el puesto de jefe de grupo. Esto la libera de buena parte del trabajo de rutina y le permite ser, en pocas palabras, enfermera jefe en vez de mensajero, gerente y recadero.

Al asignar las actividades de transporte y limpieza a la unidad de servicios, las auxiliares de enfermería pueden dedicar ahora toda su jornada a ayudar a la enfermera en el cuidado del paciente. Antes de la reorganización, estaban encargadas de hacer tantas cosas para tanta gente que muy pocas veces disponían de más de dos horas al día para asistir a la enfermera en el cuidado directo de los pacientes.

El supervisor de servicios tiene asimismo a su cargo exclusivo el mantenimiento de los suministros y equipo necesarios para el cuidado de pacientes y el funcionamiento de la unidad. Según el sistema de cuota normal, algunos departamentos están directamente encargados de facilitar suministros, tales como productos farmacéuticos y ropa blanca.

En cuanto a otros suministros, el supervisor de servicios colabora en la preparación de listas de artículos destinados al almacenamiento en puntos designados dentro de la unidad, y en el establecimiento de las normas que han de seguirse. Esto ha demostrado ser muy útil para familiarizarlo con el equipo y suministros que los doctores y enfermeras precisan para el cuidado de los pacientes.

Otra de las funciones habituales del supervisor de servicios es la de cooperar en el programa de orientación de la estudiante de enfermería, el interno, el estudiante de medicina y los nuevos miembros del personal. Esto comprende la familiarización del nuevo miembro con las funciones de la organización del servicio y de los métodos y medios de comunicación establecidos para facilitar dichas funciones, así como lo relativo a la naturaleza y situación del equipo y suministros mantenidos en la unidad, y el medio de procurarse otros cuando se necesiten. El supervisor de servicios está también encargado de establecer y aplicar normas y métodos administrativos.

Al principio fue difícil que las enfermeras reconocieran, aceptaran y recordaran que alguna otra persona estaba a cargo de las funciones de administración de la unidad. Se celebraron conferencias durante muchas horas entre el personal de enfermería y de la unidad de servicios, en las cuales se insistió con éxito, en las ventajas del sistema, que dejaba a las enfermeras en libertad para ofrecer mejor cuidado al paciente.

Desde luego, la unidad de servicios hubo de demostrar paso a paso su eficacia en cada uno de los aspectos de sus atribuciones. Una enfermera jefe deploraba que "ahora nadie me pide nada, salvo en lo que se refiere a cuidados de enfermería y órdenes del médico".

Cuando le preguntamos que deseaba que le pidieran, nos contestó: "Yo solía estar enterada de todo"—cuándo llegaba la ropa blanca, cuáles eran las existencias de material quirúrgico, etc.—pero ahora estas cosas ya no eran de su incumbencia. Se sentía "apartada de las cosas".

Desde el principio, la mayoría de las enfermeras jefe tuvo una noción justa de los fines del programa. Las enfermeras titulares, estudiantes, personal médico y auxiliares de oficina necesitaron más orientación acerca de los objetivos del programa. Por ejemplo, un grupo de estudiantes de último curso expresaron la idea de que la enfermera jefe es la persona que "sabe todo cuanto se relaciona con la unidad".

El nuevo programa ofrece la oportunidad de fijar una nueva imagen de la enfermera jefe: es la planificadora y experta en materia de cuidado del paciente. En realidad, el nuevo plan ha aclarado la administración de los servicios de enfermería, con la facultad actual de concentración en el cuidado directo del paciente, sin todas las desalentadoras funciones secundarias de antes.

Otro importante efecto del programa ha sido elevar la categoría de todo el personal. Cada individuo tiene ahora a su cargo un determinado repertorio de ocupaciones, así como la misión de hacer un trabajo. Y cada persona depende de su propio supervisor, en vez de estar sujeta a una múltiple supervisión.

El programa ha recibido el apoyo del personal médico. Las necesidades administrativas y de oficina están ahora a cargo de personas cuya función principal es satisfacerlas. La enfermera, libre de la supervisión de funciones auxiliares, dispone de más tiempo para trabajar con los médicos. También ha recibido el apoyo de todos los departamentos afines. La aportación de estos pudo determinarse con facilidad dando a cada uno ocasión de tomar la iniciativa en lo relativo a mejoras.

El programa no hubiera logrado éxito—ni siquiera se hubiese iniciado—de no haber contado con el apoyo entusiasta de la administración. La unidad de servicios ha proporcionado a la administración valores directos. Contribuye a la práctica de la administración preventiva en lugar de la administración correctiva.

Hubo algún aumento inevitable de costos, pero resultó insignificante comparado con las ventajas demostradas diariamente. El objetivo original había consistido en reorganizar sin aumentar los puestos de nómina. Para compensar el no haberlo conseguido aún, se tiene el aumento de productividad y—si bien no determinado con exactitud—el incremento muy manifiesto del tiempo que las enfermeras dedican al cuidado de pacientes.

Con todo el estímulo que esto representa, se ha elaborado ahora un plan minucioso para ampliar el concepto de unidad de servicios. La primera fase, que se encuentra ya a punto de terminar, comprende los servicios quirúrgicos y de medicina general y especialidades para pacientes internos. Esto representa cuatro pisos con 400 camas aproximadamente.

Las fases sucesivas comprenderán las salas de pediatría para pacientes internos, las zonas para pacientes internos privados y semiprivados, hospital de mujeres y unidades psiquiátricas.

Se trata de un programa continuo, y es mucho lo que queda por hacer para alcanzar los fines. Estos fueron calificados recientemente en un editorial de un periódico de Michigan como "la restauración de la profesión de enfermería a una posición de prestigio". Se espera, para otoño de 1964, haber terminado todas las fases de la reorganización.

Se considera digno de subrayar que la existencia de la organización de servicios en nuestro hospital no representa el fin de las mejoras del servicio de enfermería. Antes al contrario, la organización de servicios, al funcionar con eficacia, permite en la actualidad iniciar verdaderas mejoras en el cuidado de pacientes.

¿Quién puede ser un buen supervisor de servicios?

Cuando se estableció el departamento de servicios en el Hospital de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor, una de las tareas más importantes fue encontrar supervisores que se hicieran cargo de las unidades de enfermería. No había precedentes en qué fundar su elección ya que nunca había habido tal empleo en el mencionado hospital, y sus características y funciones tendrían que establecerse a medida que se fuera desarrollando el propio departamento de servicios. No se tenía idea acerca de antecedentes culturales, experiencia previa o conveniencia de que los supervisores procedieran del propio Hospital Clínico o de fuera del mismo. No se ignoraba que los supervisores habrían de ser adiestrados en lo relativo a su trabajo e interesaban las personas que ofreciesen garantía de larga permanencia en el puesto, habida cuenta de que sería preciso emplear mucho tiempo en capacitarlos antes de que resultaran verdaderamente útiles.

Sin duda, un supervisor ha de ser una persona apta para manejar gente, por lo cual se decidió buscar individuos que hubieran desempeñado puestos de supervisión o demostrado aptitud para estas funciones.

Otro requisito, y muy importante, era que los supervisores tuviesen buena presencia: ser amables y ecuanímenes, pues han de llevarse bien con personas de toda clase de temperamentos. Además, han de saber ganarse el respeto de las enfermeras jefe.

Se llegó a la conclusión de que los supervisores no necesitan genio creador, y que una característica valiosa es el ingenio para hacer frente con acierto a las distintas situaciones que se presentan. Han de ser capaces de actuar con rapidez e improvisar cuando la ocasión lo exija. Finalmente, la persona elegida para ejercer la supervisión ha de ser bien ordenada y concienzuda.

De los cuatro supervisores contratados para la primera fase de ejecución, tres son mujeres que habían estado empleadas en el hospital en diversos puestos durante varios años. Una era auxiliar de oficina de enfermería, otra supervisora del servicio del edificio y la tercera había trabajado en la oficina de administración del departamento de psicología infantil. El cuarto supervisor, un hombre joven, había sido enfermero de Sanidad de la Armada. Todos ellos habían terminado la enseñanza secundaria.

Un interesante e incidental detalle del asunto de la elección de supervisores, es que se tenía la impresión de que la experiencia adquirida por cada uno de los supervisores que habían trabajado en otros departamentos del hospital sería de alguna utilidad. Esto no ha resultado cierto. Si acaso, han tenido que olvidar todo lo que habían aprendido en sus empleos anteriores.
