

RINCÓN CIENTÍFICO



OPINION

PENSANDO EN VOZ ALTA

Autora:

M^{ra} Luisa Mazariegos Romero

En una ocasión oí decir al Dr. Guijarro que en un estado terminal hay que considerar tres factores:

- La **enfermedad** en sí que va a terminar con la vida, con sus características, dolor, minusvalías, etc.

- El **anciano**, el protagonista de este último proceso biológico, con sus reacciones de miedo, ansiedad, con la rigidez de sus esquemas mentales y, finalmente,

- el **entorno**, del que el medio humano es algo imprescindible. Es un poco el factor al que me voy a referir ya que es el más afectado por los cambios socio-económicos de la Sociedad Occidental.

En una sociedad eminentemente competitiva en que el anciano se margina, el deterioro, la senilidad y la muerte se ignoran, se evita hablar de ellos y se relegan al hospital. Así, en los últimos años el nacimiento y la muerte que eran procesos biológicos vividos en familia y con un cierto ritual salen de este ámbito y, con el pretexto de una mejor atención técnica, se ingresa al anciano y se le aplican, con los mejores deseos, las más sofisticadas técnicas y aparatos que sirven, en el mejor de los casos, para prolongar una situación límite.

No es ésta una crítica a los familiares que toman la determinación de ingresar al anciano que, generalmente, elige "morir en su casa", ya que suelen verse desbordados por la situación de crisis, sobre todo si ésta se prolonga. Además, muchas veces ignoran qué hacer y con frecuencia no cuentan con el adecuado respaldo asistencial a domicilio o no saben aprovecharlo.

Cualquiera de estas razones hace que el anciano aborde su enfermedad terminal con la sola ayuda del personal médico y de enfermería en el hospital, que ha sido creado para curar, no para morir, como nosotros hemos

sido entrenados para luchar contra la enfermedad, para mantener la vida y, en el aspecto psicológico, no siempre estamos preparados para asumir estas situaciones. La muerte nos sorprende y con frecuencia la vivimos como una derrota y un fracaso de la técnica y los cuidados. Sin pretenderlo se realizan con prisa los cuidados, se habla con evasivas y se evita con frecuencia incluso entrar en la habitación.



No obstante, son estos pacientes los que necesitan más y mejores cuidados de enfermería, prestados por un personal altamente cualificado en el aspecto técnico y con formación específica en psicología y relaciones humanas y sociología. Este personal debe ser capaz de desarrollar actitudes que se adapten a las corrientes filosóficas que modelan el cuidado y manejo de los ancianos.

Este conjunto de necesidades sentidas ha llevado a Enfermería a pedir la creación de una especialidad en Geriatria y Gerontología cuyo Proyecto de Directrices ya ha sido elaborado por un grupo de profesionales que trabajan en este campo.

Esta especialidad no nace con un afán de conseguir un título más, sino que su propósito es preparar enfermeros con conocimientos especializados, con actitudes y habilidades que les permitan mejorar la calidad de la atención de Enfermería a las personas, familias, grupos y comunidades, contribuyendo a la solución de los problemas de este grupo de población.

¿Cómo hemos llegado a sentir esta necesidad?

Permitidme que haga un poco de historia de lo que ha sido la trayectoria profesional de la Enfermería en nuestro país.

Podemos distinguir varias fases. La primera, que abarca los diez primeros siglos de nuestra era, en ella la Enfermería existía y era realizada por personas, individualmente, que daban respuesta al deseo de curación y de mantener la salud mediante unas técnicas y un cuerpo de conocimientos adquiridos experimentalmente y transmitidos por lo general en la familia. Con frecuencia estaba presente el elemento mágico-religioso. Es el periodo que llamaríamos de Enfermería Intuitiva.

Del siglo X al XV se inicia la génesis de la profesión como tal. Se identifica y da nombre a la persona que realiza un determinado tipo de funciones: partera, enfermera... La enfermería, sus tareas, va unida en esta época a las órdenes religiosas. No se habla de profesión, sino de vocación y la caridad, el altruismo y el sentimiento maternal son consustanciales con el nombre de enfermera. Esta idea va a prevalecer durante los siglos XVIII y XIX.

Por lo que respecta al cuidado de los ancianos que había tenido origen en los "gerocomios" en las zonas bizantinas y otros en comunidades judías, pasa en el siglo XVII a ser labor casi exclusiva de las Hijas de la Caridad y en el XIX de las Hermanas de los Ancianos Desamparados, fundadas por Sta. Teresa Jornet.

RINCÓN CIENTÍFICO

OPINION



Hacia finales del XIX se inicia un cambio en la actitud de la enfermería. No basta ya ser virtuosa y obediente, que sigue siendo imprescindible, hay que adquirir conocimientos aunque muy básicos, inspirados en Florence Nightingale.

Así, en 1.915 se aprueba el Primer Programa y se autoriza a ejercer la profesión de enfermera a las religiosas que acrediten los conocimientos necesarios y extiende tal autorización a las seglares. Hacia unos años -1.896- que había sido creada la primera Escuela de Enfermería: "Sta. Isabel de Hungría".

Aunque quedan definidas las características de la profesión, en casi 50 años no se observan cambios substanciales salvo los de la estricta evolución tecnológica y mientras en los países anglosajones hay un desarrollo progresivo en todos los aspectos, en nuestro país la evolución es mínima. Desde 1.915 a 1.952 en que se diseñó una reforma de estudios que se llevó a la práctica en 1.953, no hay cambios importantes.

Existía un cierto desfase entre la teoría aprendida y la práctica diaria y ésta se realizaba sin ningún tipo de planificación, sin secuencia lógica y global de conocimientos, que muchas veces se adquirían de forma autodidacta.

A pesar de los inconvenientes anteriores, el desarrollo tecnológico que se inicia en nuestro país en la década de los 50 y la transformación hospitalaria provocarán la demanda y expansión de la Enfermería Institucional.

El hospital es el centro de la técnica y un dispositivo de seguridad, hasta el nombre de nuestra carrera se cambia y pasamos a llamarnos con un término absurdo: A.T.S. El objetivo de nuestra profesión dentro del hospital es el que la atención se lleve a cabo con método, orden y responsabilidad, y en los grandes macrohospitales se da primacía a las tareas y funciones de tipo técnico.

Sin embargo, el comportamiento humano no se ha modificado al ritmo que el desarrollo técnico; surgen las enfermedades sociales.

En el gran hospital el paciente es un número, y aunque hablamos de cuerpo y mente los tratamos por sepa-

rado y de forma dissociada. Aplicamos técnicas a unos cuerpos como si fueran mecanismos que no participan en la aplicación de sus propios cuidados y que se sienten inermes ante el poderoso engranaje dispensador de Salud.

Hemos pasado de la "vocación" a la "técnica" pero nos hemos deshumanizado y no nos sentimos satisfechos. Surge un ideal humanista que trata de recuperar la perdida relación paciente-enfermero sin dejar por ello de lado el ideal científico. Volvemos a recuperar el nombre de enfermeros y en 1.977 surge el nuevo plan que, con sus fallos, pero también con algunos logros está vigente.



Se va a dar importancia al "cuidar" y al hombre como un ser bio-psico-social; en lugar de hablar de actividades y tareas las englobamos dentro de planes dirigidos a la persona en forma integral y en una situación determinada, en este caso, el hombre anciano y en situación terminal.

En los nuevos planes de estudio se incluye la geriatría como una asignatura cuatrimestral, muy poco a mi juicio, que con frecuencia se considera en algunas escuelas como una "maría". Los alumnos la ven como una parte de la Médica e ignoran sus implicaciones sociológicas, de cuidados, etc.

A lo largo de tres años he hecho algunas encuestas a grupos de 50

alumnos a los que se les hacía una sola pregunta:

¿Trabajarías con ancianos?

SI NO

(por favor, indica las razones)

El porcentaje de síes fue siempre mínimo, del 2 al 4%. Los noes rotundos oscilaban entre el 38 y el 42%, siendo las demás respuestas como:

- Lo haría si no encontrara otra cosa.

- Antes que no trabajar...

- Solo mientras preparaba algo.

- Solo un poco de tiempo.

Las razones que alegaban los que decían no querer trabajar con ancianos eran:

1ª.- Me deprimen.

2ª.- No se curan.

3ª.- No me gustan.

4ª.- Dificultad para relacionarme con ellos.

Por el contrario, los que trabajarían en Geriatría, como primera elección lo harían por:

- Sentir que son personas que necesitan más cuidados.

- Satisfacción y realización personal.

- Cree que le enseñan algo con su vida.

Pues bien, la misma pregunta hecha a un grupo de profesionales (muy pequeño) que tienen trato frecuente con ancianos dió unos resultados del 50% para cada respuesta. Por supuesto, no es significativo, pero hace que me pregunte y proponga a todos los que desempeñan tareas docentes si no sería oportuno que en las prácticas de Enfermería de Salud Pública que los alumnos realicen en Centros de Salud se dé la debida importancia a la inclusión de los alumnos en los programas de visitas domiciliarias a crónicos, en el programa del anciano, de forma que el futuro profesional de Enfermería viva la realidad del anciano en su medio familiar y social. Aprenda de la realidad en su medio familiar y social. Aprenda de la realidad de cada día a planificar cuidados "vivos" de Enfermería de forma que cuando acabe y decida elegir esta especialidad de Enfermería Geronto-Geriátrica lo haga con el mismo cariño y vocación que los que hoy estamos aquí.

Gracias.