La enfermería como profesión ha experimentado a lo largo de su historia innumerables transformaciones con objeto de amoldarse a las necesidades de la sociedad.

Algunas de esas transformaciones se llevaron a cabo sin dificultad, otras como la que está viviendo en las últimas décadas suponen cambios profundos, difíciles de interpretar y que generan en los profesionales infinidad de dudas.

Este libro, escrito desde el conocimiento directo, desde la vivencia de la enfermería actual viene a rellenar un largo vacío de bibliografía tanto de enfermeras como para enfermeras y responde de una forma clara y sencilla algunas de las preguntas de mayor actualidad.

¿Cuál es la identidad profesional de la nueva enfermería?

¿Qué aporta la enfermera, como específicamente suyo al equipo de salud?

¿Qué significa en la práctica ser el profesional del cuidado?

La primera parte del libro es una reflexión acerca del Sistema Sanitario actual y el lugar de la enfermera en la Atención Primaria, abordando su identidad, su contenido teórico, etc.

La segunda parte se acerca a nuevos campos de actuación y, junto a elementos de reflexión, va marcando aspectos prácticos relativos al cuidado del anciano en el domicilio, o la consulta de enfermería para el control del enfermo crónico, etc., convirtiéndose de esta forma en un libro de consulta para profesionales de enfermería de los Centros de Salud y una ayuda imprescindible para los alumnos.

ISBN 84-87189-11-3

9 788487 189111

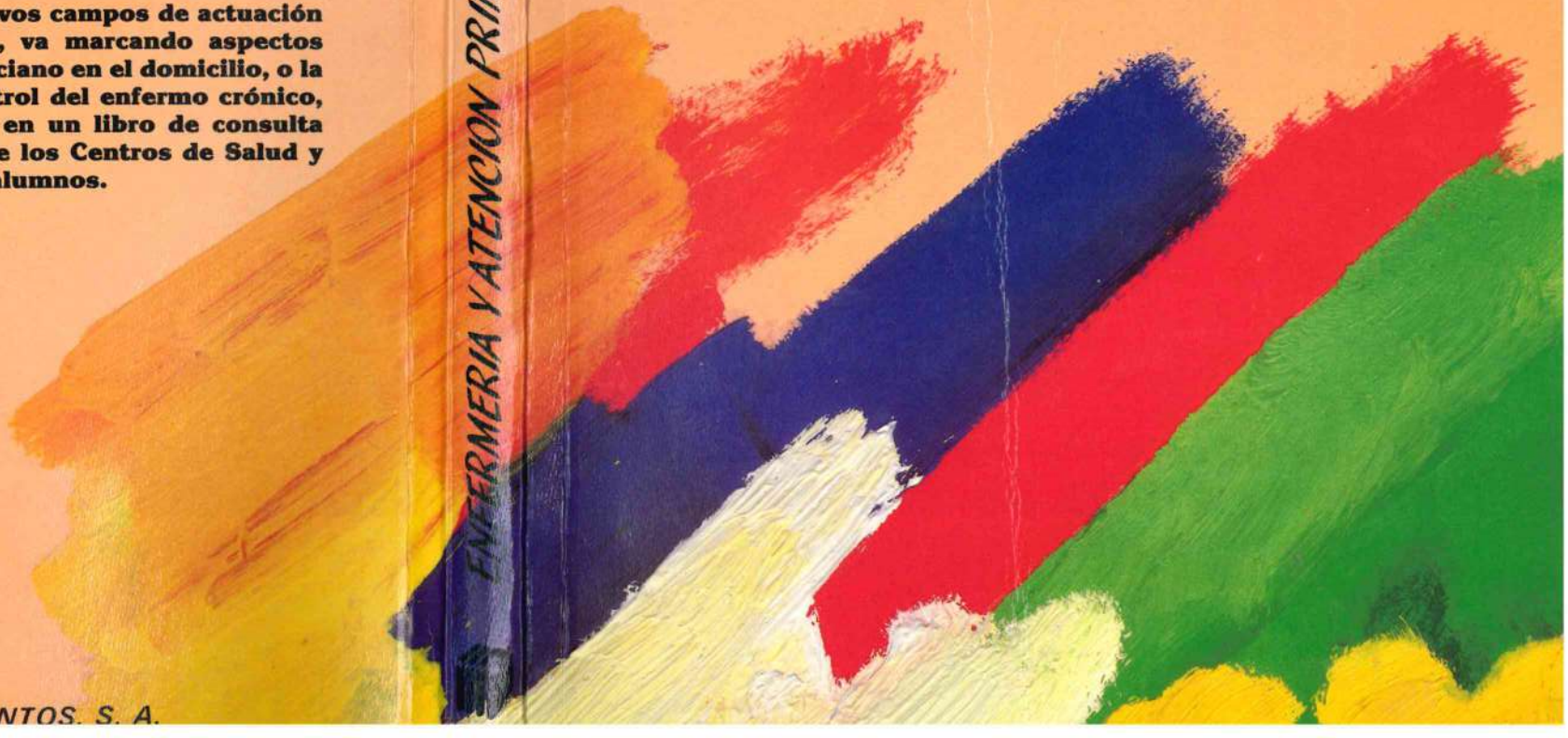
Ediciones DÍAZ DE SANTOS, S. A.

ENFERMERIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD Mª Victoria Antón Nardiz

Mª Victoria Antón Nardiz

ENFERMERIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

De enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad



© 1989 M.ª Victoria Antón Nardiz

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright»

ISBN: 84-87189-11-3
Depósito legal: M. 9.383-1989

Edita: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
Juan Bravo, 3A. 28006 Madrid

Diseño de cubierta: M.ª José Antón Nardiz
Fotocomposición: MonoComp, S. A.
Conde de Vilches, 31. 28028 Madrid
Impresión: LAVEL. Los Llanos, nave 6. Humanes (Madrid)

María Victoria Antón Nardiz

ENFERMERIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad

Ediciones DÍAZ DE SANTOS, S. A.

Indice

Agradecimiento XI

Prólogo XIII

PRIMERA PARTE

La enfermería y la reforma de la Atención Primaria

Introducción 3

1. Un repaso por la historia reciente de la Atención Primaria . 5
1. La crisis y algunas de sus causas 5
2. La respuesta desde la OMS 7
3. La situación española 9

2. La enfermera en la Atención Primaria de la Salud 13
1. Introducción 13
2. La enfermera en el ambulatorio 14
3. El comienzo del cambio 15
4. La necesidad de una nueva teoría 16

3. La enfermera comunitaria y el cuidado de la salud 19
1. El cuidado de la salud 19
— El autocuidado 19
— El cuidado desde el sistema sanitario 21
— El cuidado desde la política general del Estado 23
2. La enfermera comunitaria. Una posible definición 24
— Conocer las necesidades de cuidado de la salud 24
— Tener los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para prover cuidados 30

— A individuos aislados, en familia o en colectivos varios 35
— Donde el individuo vive y se relaciona y en los centros sanitarios cuando sea preciso 37
— En equipo profesional, interprofesional y en coordinación con instituciones 48
— Abierta a la participación ciudadana 60

4. La educación para la salud, el instrumento básico de la enfermera comunitaria 65

1. Introducción 65
2. Metodología 68
3. Contenidos de la educación para la salud 70
4. Medios para la educación para la salud 72
5. Fases de la educación para la salud 75
6. Nivel de conocimientos que precisan los profesionales de enfermería para llevar a cabo la función de educador para la salud 75
7. Ejemplo orientativo 76

5. La visita domiciliaria, algo habitual para la enfermera comunitaria 81

1. Introducción 81
2. Algunas dificultades para la visita domiciliaria 83
3. Metodología de la visita domiciliaria 85
4. Visita domiciliaria con carácter investigador 88
5. Visita domiciliaria con carácter asistencial 90

Bibliografía 94

SEGUNDA PARTE

Reducir la marginación es también tarea de la enfermera

Introducción 101

6. La enfermera de Atención Primaria y el minusválido físico . 105

1. Introducción 105
2. Cuidados de enfermería al minusválido 107

7. Hacia una vejez saludable 109

1. Introducción 109
2. Características de la vejez 111
3. Cuidados de enfermería a la población anciana 114
— Fomentar la salud 115
— Prevenir la enfermedad y accidente 119
— Cuidar al anciano cuando está enfermo 123
— Ayudar a la rehabilitación y reinserción social 128

8. Ayudar a nacer y ayudar a morir 129

1. Introducción 129
2. Plan de cuidados de enfermería al enfermo terminal ... 131

9. Cómo cuidar lo que no se puede curar: la enfermedad crónica 135

1. Introducción 135
2. Contenido de la consulta de enfermería 138

10. ¿Quién cuida al drogadicto? 151

1. Introducción 151
2. Programa de cuidados al drogadicto 154

11. Hablemos del SIDA 157

1. Introducción 157
2. Actuación ante el SIDA 160

Bibliografía 164

Conclusión final 167

Agradecimiento

Quisiera desde aquí dar las gracias a todos los que me ayudaron a escribir este libro, a los que lo criticaron, lo valoraron, a los que simplemente me animaron, me escucharon o sencillamente me aguantaron.

La lista de todos ellos sería interminable, pero a algunos de ellos quisiera hacerles llegar un especial reconocimiento por dedicar un rato de su tiempo a enseñar a una inexperta a escribir un libro. Entre ellos están M.ª Victoria de Felipe, José Ramón Banegas, Ricardo Usieto, Carmen Domínguez-Alcón, M.ª Eugenia Colilla, M.ª Angeles Durán, Armando Bauleo, Carlos Alvarez, Luis García Olmos, mi hermana María José que realizó la cubierta del libro y muchos otros.

La relación de los amigos es infinita, y vosotros Teresa, Lola, Fran, Guillermo, Miren, Antonio, Alejandro, Berta, Miguel Angel, Nancy, Martina, M.ª Jesús, Lourdes, el Oso, Nacho, M.ª José, Quini, Perico, China, Mila, Irma, etc., y todos los demás sabéis que sin vuestro aguante y vuestro ánimo este libro nunca se habría terminado.

Pero si alguien simboliza para mi el auténtico apoyo, es mi hija América, y a ella agradezco especialmente su ayuda, porque aguantó reuniones, soportó mis ausencias, asistió a mis «discursitos» y se entretuvo sola mientras yo emborronaba cuartillas.

Por ello y por muchas otras cosas más, le dedico con especial cariño este libro.

M.ª V. A.

Prólogo

No quisiera cansar a nadie con un interminable y aburrido prólogo, pero me sería imposible explicar el cómo, el cuándo y el por qué surge este libro sin hacer referencia a mi propia historia profesional.

El primer trabajo, aquel con el que estrenaba el título de Ayudante Técnico Sanitario, fue en un ambulatorio de la Seguridad Social, en las afueras de Madrid. Allí llegué dispuesta a poner en práctica todo lo que me habían enseñado en la Escuela de Enfermeras, todo lo que yo misma entendía como contenido profesional.

La decepción no se hizo esperar. El mismo día que llegué me colocaron en una consulta médica donde mi único cometido fue escribir, escribir y escribir innumerables recetas, volantes, partes de baja, amén de recoger los cartones de los medicamentos, llamar a los usuarios por su número y presenciar cómo, tras largas horas de espera, aquellas gentes pasaban como un rayo por la consulta del médico y en tres minutos eran diagnosticadas, recibiendo tratamientos que no quedaban reflejados en ninguna parte, o se ordenaban radiografías que en muchas ocasiones se perdían, o análisis que casi siempre otro médico diferente habría de interpretar. Y todo esto, entre prisas, malos modos y un cierto aire de desgana y fastidio.

Durante un año soporté aquel trabajo y en cuanto tuve ocasión busqué en el hospital un lugar más cercano a mi idea de enfermera. Era el año 1966.

Años después crucé el charco y aterricé en Perú, donde con un equipo de amigos de diferentes profesiones intentamos llevar a cabo un proyecto de desarrollo integral en las Comunidades Nativas del Alto Marañón.

Mi trabajo allí, como el de mis compañeros médicos y enfermeras, fue formar *promotores de salud nativos*, llevar a cabo campañas de *educación para la salud*, vacunar, atender enfermos, etc.

De los años de selva sólo soy capaz de recordar todo lo que aprendí. Quisiera pensar que tal vez algo les enseñé yo.

De la selva fui a la costa norte del Perú y allí llevé a cabo otro proyecto similar de formación de *promotores de salud campesina*, y de creación de *núcleos de salud*. Nuevamente me surge la duda de quién aprendió más, si ellos o yo, y sólo el tener noticias de que aquellos promotores que formamos continúan trabajando me hace pensar que de algo sirvió nuestra ayuda.

Vuelvo a España en 1979 y al reintegrarme al mundo profesional, encuentro que las enfermeras en los ambulatorios continúan escribiendo, que las consultas siguen siendo fulminantes y que ni la tranformación del currículum, ni el reciente título de Diplomados Universitarios, ni la transformación de la sociedad y de sus problemas parecen haber existido.

Constatar aquello fue para mí muy amargo ya que acababa de dejar un mundo donde una enfermera profesional para miles de habitantes era un lujo que pocos podían tener.

Eso me llevó a una pérdida de mi identidad profesional y a un alejamiento de las enfermeras. Pero, poco después, la oportunidad de trabajar en el Centro Especial de Medicina Comunitaria, el tiempo que como coordinadora de enfermeras dediqué a poner en marcha el Centro de Salud de Parla y el encuentro con tantos y tantos enfermeros deseosos de cambiar la situación, me llevó a la convicción de que el cambio era posible.

A partir de entonces participé en cursos, cursillos, congresos, jornadas, en definitiva, en todos los lugares donde me permitían hablar de lo que la enfermería como colectivo era capaz de ofrecer a la sociedad.

En aquellos encuentros surgió la idea del libro como una necesidad de dejar plasmadas las razones de un movimiento que con grandes dificultades se estaba llevando a cabo.

Tras dos años de trabajo este es el producto. En este libro está todo lo que sé, todo lo que pienso. Este libro no es una guía, pues no me siento capaz de guiar a nadie. Es sólo un elemento más de reflexión que espero incite a otros compañeros a escribir otros libros y que poco a poco, desde el análisis y la reflexión, vaya surgiendo esa nueva enfermera que todos deseamos.

PRIMERA PARTE

La enfermería y la reforma de la Atención Primaria

Introducción

La historia define sus etapas por los eventos más significativos que en ella sucedieron: la economía, la política, etc., da nombre a las diferentes décadas tomando como base acontecimientos, ya sean guerras, descubrimientos, avances, etc.

La sanidad, de igual forma, habla de la década de los antibióticos, del *boom* de los hospitales, y, siguiendo en esa línea, no sería aventurado decir que los años ochenta podrían quedar marcados como la década de la *reforma de la Atención Primaria de la Salud.*

Si bien las transformaciones que hoy se están llevando a cabo en este nivel no parecen tener excesiva influencia, sin embargo, si se llevase a cabo una auténtica *reforma de la Atención Primaria,* dentro, naturalmente, de una amplia transformación del sistema sanitario, sus consecuencias políticas, económicas e, incluso, culturales, podrían ser de capital importancia.

En el año 2000 difícilmente se cumplirá el objetivo de «salud para todos», pero una reforma profunda del sistema traería consigo una sociedad más participativa y conocedora de su responsabilidad individual y colectiva en el campo de la salud.

De igual forma habría que modificar el presupuesto nacional si realmente se quiere trabajar para la salud y no sólo contra la enfermedad, así como los porcentajes del presupuesto destinado a hospitales y a la *Atención Primaria.* Incluso tendría que cambiar la producción de las grandes empresas farmacéuticas y dirigirse prioritariamente a la prevención y al fomento de la salud.

Todavía no se puede predecir el efecto de la entrada del equipo multidisciplinar en el sistema sanitario, pero está claro que el conjunto de disciplinas complementarias —medicina, psicología, sociología, enfermería, economía, etc.—, dirigidas a mejorar la salud de la población, antes o después tendrán resultados que sin duda variarán la calidad de vida de ésta. Por otra parte, si el anciano, el minusválido, el marginado, recibieran un cuidado oportuno y eficaz, podrían transformar su marginación en participación en temas de salud.

La participación ciudadana que defiende la *Ley General de Sanidad*, cambiará roles asumidos durante siglos y obligará a todos los que trabajan en el sistema nacional de salud a sentarse frente a frente al usuario. Esto, y mucho más, podrían ser los efectos de una auténtica reforma de la sanidad española, y especialmente en el nivel primario.

Para muchos esa reforma nunca se llevará a cabo, y sólo existe en la letra impresa. Para otros, entre los que me encuentro, supone creer en la utopía de una salud para todos y saberse comprometido en conseguirlo, conocer las dificultades para llevarlo a cabo, pero, a la vez, ser consciente de que sobre las leyes y los decretos, los presupuestos y las competencias, existe el compromiso individual de cada uno, y la actitud positiva para alcanzar una meta que nunca se conseguirá sin su aportación.

1

Un repaso por la historia reciente de la Atención Primaria

1. LA CRISIS Y ALGUNA DE SUS CAUSAS

La crisis que de una forma u otra estalla en Alma-Ata, en 1978, no fue algo inesperado. Todos, desde los políticos hasta la población, pasando por los profesionales de la salud, eran conscientes de la crisis de la Sanidad.

Sin embargo, el malestar sentido fue sólo la punta del iceberg, y no cabe duda que las causas primeras de este malestar escapan la mayoría de las veces de aquel que las sufre, y es preciso un análisis más profundo y más amplio para llegar a entenderlo.

De una forma muy escueta Peter O'Neill centró la crisis de la Sanidad en los siguientes puntos:

- Alza vertiginosa de los costos de los servicios, particularmente servicios médicos y productos farmacéuticos.
- Demanda progresiva y en ascenso de servicios por parte de la población frente a una cobertura desigual e incompleta, con marginación de grupos de población.
- Descontento de la población frente a los servicios ofrecidos, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

Cada una de estas causas se desdobla a la vez en muchas otras.

Esta interpretación tan clara de Peter O'Neill se traduce en que lo que la Sanidad ofrece al usuario es muy caro, lo que el usuario pide no se

le ofrece, y ello genera descontentos, a la vez que desigualdades, muertes, dolor, etc.

La crisis económica que sufre la mayoría de los países tiene muchas causas que sobrepasan el objetivo de este libro y que por unos motivos o por otros llevan consigo el replanteamiento de la economía nacional. El sistema sanitario no es ajeno a esto.

Desde una perspectiva económica, los sistemas sanitarios occidentales se encuentran ante una situación insostenible.

Los años sesenta fueron los años del *boom* de los hospitales. Se construyeron macro-hospitales, ciudades sanitarias, hospitales monográficos, centros de alta tecnología e investigación, fruto de una determinada concepción de la salud y la enfermedad, y en un momento en que la cirugía entra de lleno en la resolución de los problemas antes insalvables, y el aporte de la tecnificación a la práctica sanitaria como apoyo al diagnóstico, a la investigación y al tratamiento, abría un campo inesperado a la medicina. Sin embargo, el gasto de todo este sistema se hace insostenible para los gobiernos y les obliga a replantearse íntegramente el sistema.

No es sólo el problema económico el que desencadena la necesidad de este análisis, sino también la insatisfacción de la población, la demanda cada vez mayor de servicios diversos y el convencimiento de que este sistema super-tecnificado no ha contribuido a elevar el nivel de salud de los pueblos.

Pero, ¿por qué esa insatisfacción del usuario? Tal vez aquí es donde radica el principio de la crisis.

Los usuarios del sistema sanitario se sienten insatisfechos porque no encuentran respuesta a muchos de sus problemas de salud.

Los servicios sanitarios no cubren las necesidades reales de salud de la población. Son servicios pensados desde una concepción de la salud como ausencia de enfermedad y desde una concepción únicamente biológica de ésta. Desde esta perspectiva unicausal, biologista, aislada, se planificaron unos servicios que, tal vez, en las décadas anteriores cubrieron sus objetivos, pero que ya no dan respuesta real a los problemas de la sociedad actual.

La salud en los años setenta a ochenta, al igual que en los años veinte o en los cincuenta, no deja de ser un «equilibrio del hombre y su medio».

Las enfermedades, los problemas de salud de los años ochenta están condicionados por unos «estilos de vida» propios de sociedades avanzadas, donde el estrés, la alimentación desordenada, el tabaco, la velocidad, la contaminación ambiental, las drogas, la falta de ejercicio físico, etc., han generado unas patologías que poco tienen que ver con las de las generaciones anteriores.

Estas enfermedades propias de nuestros tiempos son entre otras, las tantas veces repetidas:

— Enfermedades cardiovasculares.
— Enfermedades crónicas.
— Enfermedades degenerativas.
— Enfermedades mentales.
— Toxicomanías.
— Accidentes de tráfico, laborales, etc.

Ante estas nuevas patologías, la población demanda «algo» que el sistema sanitario no le da.

Estas enfermedades, que no se resuelven en el nivel hospitalario más que en estadios avanzados o en circunstancias terminales, sólo pueden ser atajadas modificando los estilos de vida, detectándolas a tiempo, tratándolas de forma integral, es decir, sin olvidar los aspectos de la vida que las produjeron. Por tanto, no es sólo el problema económico el que genera la crisis, sino también otros factores de igual o mayor importancia.

Por otra parte, la entrada en el campo de la salud de otras profesiones y de otras ciencias, las ciencias sociales, las ciencias de la conducta y de la educación, la economía, la administración, la psicología, etc., han alterado una situación existente durante siglos, una situación en la que el sustento teórico y práctico de todo el sistema sanitario se basaba en una ciencia y en un profesional: la medicina y la figura del médico.

Es también este factor el que ha contribuido a que los países analicen sus sistemas sanitarios, sus presupuestos, sus recursos, etc.

Por tanto, son muchos los factores (económicos, conceptuales, políticos, técnicos, etc.) que han provocado la crisis con la que comenzaba este trabajo. Para resolverla, todos los países liderados por la Organización Mundial de la Salud pusieron manos a la obra.

2. LA RESPUESTA DESDE LA OMS

Bajo formas diversas, la mayor preocupación por la atención de salud adquirió las características de una aspiración universal, que llevo a la XXX Asamblea Mundial de la Salud (1977) a señalar que «la meta social más importante de los estados miembros de la OMS en el sector de la salud es conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo

hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva».

En el corto lapso de diez años esta declaración ha dado lugar a un movimiento universal que dificilmente encuentra precedentes en la historia de los servicios de salud.

Los hechos significativos a nivel mundial de este movimiento han sido los siguientes, en orden cronológico:

— En primer término, la Conferencia de Alma-Ata (1978), que señaló a la *Atención Primaria* como la «clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000».
— En segundo lugar, la XXXII Asamblea Mundial de la Salud (1979), que ratificó la declaración de Alma-Ata, e instó a los estados miembros a formular y poner en ejecución estrategias nacionales, regionales y globales para alcanzar la meta propuesta.
— Y en tercer lugar, la LVIII Asamblea de las Naciones Unidas (1979), que reafirmó la concepción de la salud como parte integral del desarrollo, acogió igualmente las recomendaciones formuladas en Alma-Ata e invitó a los organismos del sistema de Naciones Unidas a apoyar los esfuerzos de la OMS por alcanzar las metas señaladas, mediante acciones apropiadas en sus respectivos campos de competencia.

Alma-Ata no sólo plantea los problemas, sus causas y sus consecuencias, sino que además abre posibilidades de solución.

A partir de aquí se empieza a replantear la necesidad de dotar al primer nivel de atención de los presupuestos económicos y recursos de personal, así como la planificación y respaldo legal suficiente para que se pueda desarrollar en plenitud, puesto que se considera que sólo por la vía de la mejora de la *Atención Primaria de Salud*, se puede elevar el nivel de salud de la población.

La OMS, por su carácter mundial, plantea unas líneas para la *Atención Primaria de Salud*, que los países miembros habrán de amoldar a sus propias situaciones.

Alma-Ata se esparce por el mundo provocando transformaciones presupuestarias, transformaciones en la formación de los profesionales, y lo que es más importante, transformaciones en las políticas sanitarias. Compromisos de los ministros, reuniones por regiones de la OMS, van acercando a España esta situación, y Alma-Ata se convierte en un compromiso dentro de la política sanitaria española.

3. LA SITUACION ESPAÑOLA

Nuestro país recibe la declaración de Alma-Ata, reconociendo en ella aspectos muy cercanos. En España conviven un nivel hospitalario supertecnificado, con amplios presupuestos y personal preparado, con un nivel ambulatorio urbano o rural, masificado, infradotado, donde los profesionales no tienen alicientes de formación o de investigación.

También España vive en esos momentos una situación económica difícil, donde el capítulo sanitario se lleva un buen bocado de los presupuestos nacionales sin encontrar que el resultado de todo ese gasto sea un mayor nivel de salud de los españoles.

En nuestro país la Reforma de la Atención Primaria y la meta de «la salud para todos para el año 2000», ha sido una baza utilizada por los gobiernos, una esperanza de los profesionales y una exigencia de la población.

Desde 1978 hasta la fecha ha habido congresos, conferencias, declaraciones, publicaciones de todos los colores políticos, de todos los niveles profesionales, de todo tipo de asociaciones comunitarias, sobre la mencionada Reforma de la Atención Primaria de la Salud, que han culminado con una serie de disposiciones legales que de alguna forma nos orientan acerca de cómo será ésta.

Estas son las disposiciones que de alguna manera abren las puertas de la Reforma de la Atención Primaria de la Salud.

Primero fue la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la creación de unidades docentes para esta especialidad (Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre).

Ya entonces, aunque de forma no muy claramente delimitada, se aventuraba una nueva forma de atención a la salud, donde se irían integrando otros elementos psicológicos, sociales, que por vía de la formación de los residentes, redundaría en una atención más acorde a las necesidades de los individuos. Se completa ésta con la Orden Ministerial 33671/1983, de 19 de diciembre, por la que se regula el desarrollo de la formación en Atención Primaria de la Salud, de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Ya no era sólo el hospital el lugar de formación teórica o práctica; también en el ambulatorio tendría que rotar el residente y, tal vez, el día de mañana, el alumno.

Pero no fue esto lo más significativo. Es el Decreto de Estructuras Básicas de Salud 137/1984, de 11 de enero, el que realmente nos define el

modelo elegido por el Gobierno para llevar a cabo la reforma, en espera de la Ley General de Sanidad.

> «La tradicional separación en la organización sanitaria española entre las actividades de Sanidad preventiva y las asistenciales, poco consecuente con las exigencias de un moderno sistema sanitario, tendrá que ser reconsiderado y, en su caso, revisado en toda su dimensión en el marco de la nueva legislación que se apruebe en desarrollo de las previsiones constitucionales.»

El Decreto de Estructuras Básicas anuncia una Ley General de Sanidad en línea con la Constitución española, y si bien se hizo esperar demasiado tiempo, y para muchos no responde totalmente a las expectativas de cambio esperadas, lo que sí es obligado reconocer es que plantea las líneas básicas, los pilares de un sistema sanitario que, basado en la enfermedad, se estaba desmoronando.

La Ley General habla de legislar para poder satisfacer el derecho constitucional a «la protección de la salud». Plantea que, como principios generales, estará orientada prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que supone un cambio en la filosofía de transcendental importancia.

En diferentes capítulos habla de la educación sanitaria como medio para promover el interés individual, familiar y comunitario por la salud, lo cual supone un cambio de ciento ochenta grados en la cultura de la salud, en la que el individuo pasa de receptor a ser elemento activo y participativo en ella. Considera fundamentales los estudios epidemiológicos, la planificación y la evaluación sanitaria, en un país en el que no se consideraba necesaria ni la historia clínica en la atención al enfermo.

Constantemente coloca al usuario en el lugar de la decisión y le exige conocer sus deberes al igual que sus derechos.

Incluye la Ley campos hasta ahora considerados como secundarios, tales como la planificación familiar, la salud laboral y la salud mental, y muchos otros que corresponden a las necesidades prioritarias de un país en desarrollo.

Para poder comprender lo que la Ley General de Sanidad supone dentro del panorama sanitario español, es preciso hacer un repaso aunque sea superficial por lo que ha sido hasta ahora el primer nivel asistencial —los ambulatorios y consultorios— de la Seguridad Social.

La Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad fue promulgada en 1942, aunque la asistencia sanitaria comenzó a aplicarse en España en

1944, y se basaba en la pronta recuperación del trabajador para reincorporarse a su trabajo.

Poco a poco van ampliándose sus asistencias a la esposa y familia, sin llegar hasta la fecha a cubrir toda la población.

Es importante resaltar que durante mucho tiempo (como señala Domínguez de Alcón en el libro *Enfermería y Sociedad*), la población no incluida en la Seguridad Social era precisamente la más necesitada de asistencia sanitaria, ya que en ella se encontraban los parados, los ancianos, hijos ilegítimos, población rural, minorías étnicas, madres solteras, menores de edad, enfermos mentales, pacientes crónicos, etc.

Poco a poco la asistencia sanitaria se va multiplicando en cuanto a usuarios y también en cuanto a patologías, cada vez más variadas. Sin embargo, esta multiplicación no fue acompañada de un reciclaje personal ni de una mejora real y efectiva de recursos técnicos para diagnósticos y exploraciones, ni de un presupuesto adecuado.

De esa forma se llegó a que a una determinada dolencia correspondía un determinado medicamento, dejando fuera de la consulta los aspectos de la vida de ese individuo que desencadenaron esta enfermedad, su familia, su casa, su trabajo, su barrio, su economía, su cultura, etc.

Gran número de enfermedades no se resolvían en este primer nivel. En la mayoría de los casos se diagnosticaban y trataban con exactitud, pero al no integrarse en el diagnóstico y en el tratamiento los aspectos totales de las personas, no producían el efecto esperado.

Si se pudiera hacer un perfil del funcionamiento de los ambulatorios aparecería lo siguiente:

Por una parte, el ambulatorio atendía *sólo a enfermos*, dejando de lado por falta de medios (consecuencia de una determinada política) a los sanos, con lo que ello conlleva de ausencia de prevención, de detección precoz, etc.

Asimismo, el ambulatorio atendía *sólo al enfermo que acudía*, dejando fuera al enfermo que, desconocedor de la posibilidad de curación o acostumbrado a su dolencia, no acudía, quedando fuera también el portador de gérmenes y otros con el riesgo de transmisión, contagio, etc.

Otras de las características del ambulatorio es que atendía al paciente *sólo cuando venía*, sin sentirse responsable de su continuidad, tratamiento, resolución, etc., no existiendo obligación, por tanto, de realizar historia a los pacientes en la que se pudiera registrar procesos, tratamientos, etc., de tal forma que cada visita era un algo aislado, generalmente sin continuidad.

El ambulatorio, pariente pobre del hospital, fue perdiendo prestigio a los ojos del usuario, que, por una parte, no recibía la atención que esperaba y, por otra parte, se veía deslumbrado por el hospital, su técnica, su diversidad de servicios, etc.

El usuario utilizaba el ambulatorio cuando no le quedaba más remedio, resignado a perder su tiempo y su paciencia en esperas interminables, desconfiando de los resultados de la consulta que se resolvía en pocos minutos y desesperado ante la necesidad de tener que hacer análisis y radiografías que le harían perder nuevamente su tiempo.

Este primer nivel que, aunque evocado en pasado, pertenece a nuestro más próximo presente, recibe el Decreto de Estructuras Básicas como una savia nueva, capaz de transformar algo que parecía intransformable.

El Decreto, con la creación de «Centros de Salud» como compromiso de la Administración, acompañado de otras pequeñas y/o grandes transformaciones administrativas/burocráticas, supone el comienzo de la reforma, que la Ley General de Sanidad refrendaría dos años después.

Cabría preguntarnos ahora cuál fue el lugar de la enfermería en ese primer nivel que acabamos de describir de forma sucinta.

2

La enfermera* en la Atención Primaria de la Salud

1. INTRODUCCION

Para la enfermería, la reforma de la atención primaria supone la transformación de su lugar, no la modificación de su actuación, sino la transformación en otro personaje nuevo que es necesario crear.

La enfermera española ha de dejar de ser «la enfermera del médico» para ser la «enfermera de la comunidad». Y esto, que tal vez para otros no tenga significado, para la enfermería, que supone un alto porcentaje del personal de atención primaria, es una de las aventuras más importantes de su historia.

Alejarse de la consulta médica y acercarse al domicilio, a la escuela, al trabajo, cuidar el crecimiento y desarrollo del niño, atender al anciano como anciano y no como enfermo, enseñar al enfermo crónico a convivir saludablemente con su enfermedad, ayudar a morir en su casa a quien no desea hacerlo lleno de tubos en el hospital, etc., es hoy la meta de un profesional que a lo largo de su historia ha sabido amoldarse a las necesidades de la sociedad.

Un profesional que se hizo religioso cuando la sanidad se ejercía en los templos, se hizo técnico cuando los macro-hospitales lo precisaron, y hoy quiere ser promotor de la salud en una sociedad que tiene que cambiar su estilo de vida para poder sobrevivir.

* Siguiendo el uso internacionalmente aceptado, el término «enfermera» significa siempre el profesional de enfermería, tanto masculino como femenino.

2. LA ENFERMERA EN EL AMBULATORIO

La enfermería de atención primaria ha venido realizando durante las últimas décadas en este primer nivel un conjunto de actividades heterogéneas que es preciso describir, e imprescindible analizar y reflexionar sobre ellas, para no caer en la tentación de juzgar a estas enfermeras con una dureza que resultaría injusta.

Hasta ahora la jornada de trabajo de una enfermera de ambulatorio (mayoritariamente mujer) se componía de, al menos, tres consultas médicas. En estas consultas su cometido iba desde proveer al médico de bata limpia semanalmente, hasta sacar de los cajones los talonarios, sellos y otros utensilios a usar en la consulta, guardarlos al terminar, llamar a los pacientes por su número, pedirles los «cartones» (partes de la caja de medicamento que el paciente decía necesitar) y proveerles de las recetas firmadas por el médico, rellenar los partes de baja, y, cuando en la consulta se llevaba a cabo alguna técnica en la que se utilizase material —otoscopio, pinza, termómetro, etc.—, lavar este material y mantenerlo en orden.

En las consultas de especialistas, como cirugía, traumatología, u otras, la enfermera también realizaba algunas curas —quitar escayolas, etc.—, además de las anteriores descritas.

Esta forma de trabajar se ha venido realizando desde el principio de la Seguridad Social y podemos decir que durante varias décadas existía un equilibrio perfecto entre el trabajo que realizaba este profesional y sus expectativas.

No cabe duda que con un análisis superficial de esta situación llegaríamos a la conclusión de que si bien no parece gratificante este cúmulo de tareas, tampoco podríamos decir que en la mayoría de los casos fueran agotadoras, ya que la enfermera las realizaba sentada en un mismo espacio físico, y la responsabilidad que asumía por su tarea era nula: cualquier error en las recetas u otros documentos sería atribuible legal, única y exclusivamente al médico.

En un principio, estos puestos fueron cubiertos en muchos casos por mujeres que recibieron su titulación por méritos durante la guerra civil y que, al unificarse los títulos de Enfermería, Practicante y Matronas en el de Ayudante Técnico Sanitario, consiguieron una titulación académica.

A partir de ahí, en la década de los sesenta y setenta, enfermeras mayores o enfermeras con cargas familiares, llenaron los ambulatorios, ya que el horario flexible, trabajo cómodo y ninguna exigencia profesional, era algo totalmente imposible de encontrar en el hospital, mientras que enfermeras jóvenes y menos jóvenes, pero con inquietudes, optaron por el hospital donde se sentían profesionalmente realizadas, aunque en muchos casos con trabajos agotadores.

3. EL COMIENZO DEL CAMBIO

Esta armonía a la que se hace referencia anteriormente, y que era la nota más llamativa de los ambulatorios hasta la década de los ochenta, se vio afectada por un cúmulo de causas, algunas imputables a la enfermería y otras totalmente ajenas a ella.

Por una parte, enfermeras recién graduadas vieron casi imposible su acceso a los hospitales, ya que una vez completadas sus plantillas veían lejano el relevo, al estar formadas estas plantillas por personal muy joven.

A estas enfermeras sólo les quedaba la posibilidad del ambulatorio y vieron en él su tabla de salvación frente al paro.

Primero llegaron a hacer suplencias de verano, luego contratos y, después, plazas en propiedad. Por otra parte, las enfermeras mayores que entraron en los ambulatorios con su creación en los años cuarenta, se iban jubilando y otro profesional totalmente diferente ocupaba su lugar. Las diferencias entre unos profesionales y otros eran infinitas.

La irrupción de los Diplomados Universitarios en Enfermería fue un factor decisorio en la crisis.

Las jóvenes enfermeras habían ido a la universidad y, en su formación aprendieron aspectos de la profesión que chocaba tremendamente con lo que encontraban en los ambulatorios. Se relacionaban de otra manera con los médicos, se negaban a ser su auxiliar escribiente, hablaban de funciones, de competencias, y, al haber participado durante su formación en programas de salud, no podían entender que se les pagase un sueldo por escribir recetas mientras nadie acudía a los colegios, ni atendía a los ancianos, ni «cuidaba» la salud de los usuarios.

Pero hubo todavía más factores que vinieron a romper esa armonía. Si bien las enfermeras de ambulatorio en los años sesenta y setenta eran personas que habían superado en su mayoría con creces los cuarenta años, también los médicos se movían en estas edades. Tal vez por eso fue también de capital importancia la renovación de la clase médica.

Médicos jóvenes llegaron a los ambulatorios y, aunque de forma aislada, ayudaron a tranformar la vida de estos. Estos médicos no esta-

ban dispuestos a ver a los pacientes contra reloj, ni a admitir en muchos casos cupos excesivos de pacientes, aún a costa de perder dinero. A muchos de ellos, cuando acababan sus dos horas de consulta, se les veía atravesar el ambulatorio con los pacientes restantes a la búsqueda de un espacio, donde, sin prisas, poder atender a los que quedaban.

Estos médicos abrían historias, estudiaban los casos en sus casas o acudían al hospital a asesorarse. Jóvenes, sin consulta privada y con mucho tiempo, dedicaron su esfuerzo en explicar a la enfermera una nueva forma de hacer medicina.

Muchas enfermeras vieron en estos médicos la reforma de la atención primaria. Otras sabían que, aunque mejoraba la atención médica, ellas seguían realizando tareas impropias.

Pero los esfuerzos renovadores de enfermeras y médicos no hubieran servido de nada sin la Ley General de Sanidad.

La enfermería vio en la Ley General de Sanidad y en los decretos previos a ésta, la posibilidad de transformar su lugar, su absurdo, impropio, improductivo lugar de escribiente.

La enfermería asumió el reto de transformar su rol, pero tropezó con innumerables dificultades, unas imputables a ellas mismas, otras procedentes de afuera.

Las dificultades «de afuera» tuvieron que ver con la resistencia al cambio de otros profesionales, la pérdida del poder médico, la falta de decisión de la Administración a la hora de normatizar la actuación de los profesionales, etc.

Las dificultades provenientes de la enfermería son para nosotros las más importantes.

4. LA NECESIDAD DE UNA NUEVA TEORIA

La enfermería tuvo claro cuál *no* era su lugar, cuáles *no* eran sus competencias, pero le costaba definir cuál *sí* iba a ser su cometido.

El análisis del viejo lugar fue el motor de su transformación.

Mientras la enfermería española continuase realizando la improductiva tarea de rellenar recetas o auxiliar al médico en su consulta, se le estaría negando al ciudadano el derecho constitucional a «la protección de su salud».

Mientras la enfermería continuase encerrada entre las cuatro paredes de la consulta médica, los encamados en sus domicilios seguirían cubiertos de escaras, los niños españoles continuarían mal vacunados al igual

que los adultos, las mujeres continuarían abortando por falta de programas masivos de planificación familiar, nadie ayudaría al crónico a convivir saludablemente con su enfermedad, nadie entraría en las escuelas a prevenir las caries o llevaría a cabo programas de detección precoz del cáncer, y nadie, nadie, ayudaría al enfermo terminal, al moribundo que no quiere morir en el hospital lleno de tubos, a terminar sus días en su casa.

Una vez sabido esto hubo que ir edificando ladrillo a ladrillo las nuevas funciones, las nuevas tareas, las nuevas competencias de este profesional. En definitiva, hubo que crear la *nueva teoría de enfermería.*

La vieja teoría de la enfermera como auxiliar del médico ya no servía, ya que la sociedad reclamaba cada vez más unos servicios que ésta directamente podía y debía asumir, por lo que había que pasar a ser enfermeras de la comunidad.

Pero pasar de ser enfermeras de médicos a ser enfermeras de ciudadanos no se consigue de la noche a la mañana. La teoría de una profesión la tienen los profesionales asumida muy dentro de sí, forma parte de su filosofía, impregna todos sus actos, su nivel de decisión, de independencia, etc.

A la enfermería la prepararon para ser auxiliar del médico y, en base a ello, le enseñaron minimedicina, minicirugía, minipediatría. Aprendió como pilar de su profesión a obedecer, a no actuar sin consultar, y términos como vocación, sumisión, obediencia, se repitieron en todos los momentos.

Tal vez por eso el reto no fue fácil.

3

La enfermera comunitaria y el cuidado de la salud

1. EL CUIDADO DE LA SALUD

Antes de pasar al tema del *cuidado de la salud* desde la perspectiva de la enfermera y sin alejarnos de la idea del cuidado como una *actitud* de todo ser humano, es conveniente reflexionar sobre lo siguiente. *La salud de los individuos depende de tres factores:*

— El autocuidado.
— El cuidado desde el sistema sanitario.
— El cuidado desde la política general del Estado.

Definir el lugar y la responsabilidad de la enfermería en estos tres campos no es difícil. Sólo exige de ésta una actitud abierta a nuevas responsabilidades y a nuevas formas de trabajar.

Sólo desde este análisis será posible ir colocando las competencias de un profesional, o mejor aún, las competencias de una profesión.

El autocuidado

Las necesidades de salud de los ciudadanos dependen en gran medida de la capacidad de autocuidado que éstos tengan.

La salud de la familia o del grupo depende de que el individuo asuma sus responsabilidades, de forma consciente o inconsciente y «se cuide» a sí mismo o cuide su núcleo familiar.

Sólo cuando este cuidado se deteriora o la agresión externa es demasiado fuerte, la salud se quiebra y el individuo enferma. Entonces y sólo entonces, entra el sistema sanitario a actuar.

Sin embargo, sería erróneo creer que el autocuidado es solamente una «actitud», una «asunción de responsabilidad», etc., ya que el autocuidado depende en gran manera de dos factores: *saber* y *poder*.

— *Saber* equivale a la cultura de la salud de ese ciudadano, de su familia o de ese grupo de población. En la cultura de la salud entran conceptos, habilidades, técnicas, actitudes, prejuicios, valoraciones, tabúes, etc.
— *Poder* supone tener los medios necesarios para, basándose en su saber, actuar.

A veces entre los sanitarios se califica, con demasiada facilidad y una cierta superioridad, a la sociedad de inculta, como ignorante y necesitada de educación sanitaria, y, creyendo que le faltan conocimientos técnicos, se vuelcan en ofrecérselos, olvidando que la gente posee una determinada cultura, con una riqueza tal vez mayor que la que el sanitario le ofrece, pero con unos tabúes o errores que sólo pueden destruirse si se tienen en cuenta.

Inculto no es la palabra que define a un pueblo que no cree en las vacunas o que considera que la mujer no debe bañarse durante la menstruación, porque tal vez llegaron a esa conclusión por la vía de la experiencia, interpretada erróneamente o con acierto.

Mediante la educación sanitaria se pueden analizar errores tradicionales o aceptar nuevas valoraciones, basadas en datos concretos, palpables, que hagan a uno abandonar sus viejas ideas.

La educación sanitaria como elemento para ir creando en el individuo una cultura de la salud que le permita autocuidarse o cuidar a los suyos, que le enseñe sus derechos como usuario y sus deberes como ciudadano, que le informe de cómo actuar en situaciones especiales o cómo valorar determinados aspectos que inciden desfavorablemente en su salud, es tarea del sistema sanitario y podría llegar a ser el contenido mayor de la profesión de enfermería.

Pero como se verá en el capítulo de la *Educación Sanitaria*, el individuo no es un libro abierto a la espera de que alguien vaya escribiendo por primera vez ideas, conceptos, definiciones, valoraciones, etc.

El ciudadano sabe, tiene su propia valoración de la salud, unas veces se equivoca y otras veces acierta, pero no transformará su actitud simplemente porque unos enfermeros le digan que debe hacerlo. Hay que

comprender su mundo y desde allí ir transformándolo, teniendo en cuenta no sólo la transmisión de los conocimientos sino también las barreras que el individuo pone a nuevas actitudes, la lucha entre la tradición, lo aprendido de sus padres, y lo que se le va a enseñar.

El *saber* como interiorización de conceptos, transformación de actitudes, adquisición de hábitos, será uno de los condicionantes del autocuidado.

Pero de nada servirá *saber* sin *poder*, saber sin tener los elementos necesarios, las estructuras apropiadas, los medios indispensables para actuar según su conocimiento.

Nuevamente, como en casi todo lo relacionado con la salud, se entra en una maraña de ideas entremezcladas, que si bien condicionan determinadas actuaciones, deben llevarnos a seguir analizando y avanzando en la idea de definir el tema de la salud.

De nada servirá que el individuo conozca la necesidad de ejercicio físico o de alimentación adecuada, o de su responsabilidad en la detección precoz de enfermedades, si no cuenta su comunidad con los medios necesarios, o su pensión sólo le permite sobrevivir, o los servicios sanitarios del área son lentos, con una concepción meramente curativa, y donde realizar una citología anual supone mil visitas, tardanzas, colas, etc.

Es necesario también, antes de terminar la reflexión sobre el autocuidado, que la responsabilidad del individuo en su propia salud vaya siempre equilibrada con su derecho a exigir a las instituciones su cometido. De lo contrario se podría caer con demasiada facilidad en el error de «culpar» al individuo de lo que no hace desde un sistema sanitario lento, obsoleto e incompleto.

El cuidado desde el sistema sanitario

Continuando con la idea de que la salud depende del autocuidado, del sistema sanitario y de la política general del país, profundizamos ahora en este segundo elemento.

El sistema sanitario y los que en él trabajan han de reconocer que su función no es únicamente la de restauradora de la salud, y que han de asumir *todos* el cuidado de ésta, cada uno con sus propias competencias, cada uno desde sus conocimientos y sus campos específicos.

Los programas de salud son la vía por la que el sistema cuida a los ciudadanos, controla su salud en las diferentes etapas, les provee de la información necesaria para mejorar su salud o sobrellevar su enfermedad, les facilita los medios para detectarla precozmente, les enseña a

convivir con sus hándicaps o sus enfermedades crónicas, en definitiva le ayuda a nacer, a vivir y a morir.

Un plan de salud local, regional o nacional que incluya programas para atender la salud en *todas* las etapas de la vida y en *todas* las situaciones, es la única forma de cuidado de salud de la población.

El lugar de la enfermería en los programas se verá a medida que en la práctica se vaya definiendo, pero siempre será de quien fomente la participación activa del usuario en todas las fases, de quien le enseñe derechos y deberes, de quien le ayude mientras no se vale, de quien acepta que la curación no existe para todos los procesos y desde allí asume con energía tanto el curar como el cuidar a quien no puede curarse, de quien acepta la muerte como una fase más y hace que ésta sea lo menos dramática, dolorosa y desagradable posible.

Pero los sistemas sanitarios pueden tener uno u otro enfoque, una u otra filosofía.

Hoy el país se encuentra con una Ley General de Sanidad que en la letra responde a una filosofía de la sanidad abierta a todos los ciudadanos, que valora el prevenir la enfermedad y fomentar la salud, tanto como el curar a los enfermos, que asume el cuidado del individuo en todos los estadios y en todas las situaciones por las que pasan y que abre los servicios a la comunidad acercándose a donde el usuario vive, trabaja o se relaciona.

El cuidado de la salud ha de asumirse desde un sistema sanitario cercano al individuo, cercano en el espacio (distancia), cercano en la actitud, donde todos los ciudadanos, sin distinción de ninguna clase, son motivo de interés, donde no existan marginados ni enfermedades de segunda, donde el derecho a la atención de la salud definido en la Constitución se viva desde el interior de los que en él trabajan.

Un sistema sanitario que trabaje en *programas* de salud, donde se controle y apoye desde el niño hasta el anciano, donde se cuide la escuela y el trabajo, donde se preocupen por la salud de la población marginada, por su adición a la droga o por alcoholismo, etc.

La política del sistema sanitario dará las pautas y cada trabajador aportará su actuación concreta.

Tal vez ahora que los profesionales de enfermería se encuentran en la *atención primaria* transformando su lugar a la vista de las necesidades de salud de la sociedad, sean éstos los momentos más difíciles de las últimas décadas.

Saber hoy cuál es el aporte específico de la enfermería en la salud de los individuos aislados o en grupos, no es fácil. Definiciones hay muchas,

pero son definiciones que a la hora del trabajo en equipo no acaban de dar respuestas sobre qué lugar ocupa la enfermería en ese equipo, qué aporta específicamente, en qué se diferencia del médico o del trabajador social e, incluso, en qué se diferencia del auxiliar de enfermería.

Las actividades delegadas del médico, que durante décadas dieron contenido a este profesional, hoy resultan impropias.

A la enfermería no le va a ser fácil encontrar su lugar en los programas si no es capaz primeramente de analizar su experiencia profesional.

La enfermería ha hecho un planteamiento teórico de su lugar, y se ha definido como quien se encarga de proveer cuidados de salud; sin embargo, durante décadas ha considerado cuidar como sinónimo de curar.

Es importante que, sin abandonar la curación, *no* abandone otras necesidades de la población que, sana o enferma, reclama sus servicios.

El reto está aquí, y poco a poco se irá dando la respuesta, esa respuesta que definirá a la enfermería ante sí misma, ante la sociedad y ante el equipo de salud, y en la que encontrará los contenidos específicos, concretos y prácticos del cuidar.

El cuidado desde la política general del Estado

Las instituciones públicas responden a una determinada política general del Estado: política de pensiones, de transporte, de educación, de comunicaciones, política social de integración, política económica, de producción, etc.

Todos estos aspectos influyen directamente en la vida de los contribuyentes, ya que se concretan en pensiones, carreteras, escuelas, presupuestos, etc., y a su vez inciden directamente en la salud de éstos.

La pensión marcará la calidad de vida del pensionista, así como los medios de comunicación que tenga a su alcance para relacionarse.

La política de educación marcará la calidad de vida de los escolares y sus conocimientos acerca de la salud.

Los presupuestos nacionales y la línea ideológica que los marcan, definirán la política social del país.

En estos campos no será la enfermera como trabajador aislado quien pueda influir sino como colectivo profesional desde un equipo multiprofesional, donde, desde la investigación, aporte datos a la Administración sobre las necesidades de salud de la población y desde la educación sanitaria transmita a la población los conocimientos que le serán precisos para la participación activa en la política de salud.

2. LA ENFERMERA COMUNITARIA. UNA POSIBLE DEFINICION

Tomando como base el análisis de la sociedad actual, los trabajos y las ideas de muchos profesionales, la reflexión y la práctica de tantos otros, se podría plantear que la *enfermera comunitaria* es aquella que:

«Conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveerlos a individuos, aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo profesional, de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria.»

Para poder trabajar esta definición es imprescindible desmenuzarla e ir reflexionando sobre cada uno de los conceptos que ella contiene:

— Conocer las necesidades de cuidado de la salud
— Tener conocimientos científicos, habilidades técnicas, actitud apropiadas para proveerlos.
— Individuos aislados en familia o en colectivos varios.
— Dónde viven, dónde se relacionan y en los centros sanitarios.
— En equipo profesional, equipo interprofesional y en coordinación con instituciones.
— Abierta a la participación comunitaria.

Conocer las necesidades de cuidado de la salud

El término «conocer» supone que la enfermería se embarca en el reto de investigar sobre esas necesidades de cuidado, se decide a analizar, a recoger datos, a valorarlos, y con esta base determinar cuáles son las necesidades actuales, cuáles puede atender ella, cuáles habrán de ser atendidas con el apoyo, la coordinación o la asesoría de otro grupo profesional, cuáles a las que el sistema sanitario no puede dar respuesta y habrá de coordinar con otras instituciones, y cuáles, en definitiva, dependen de una determinada política general del Estado y en estos casos el aporte de la enfermería sólo será efectivo si va de la mano de estructuras más amplias.

Investigar supone haber incluido en la formación del profesional los conocimientos sobre el método científico, las habilidades técnicas y la actitud investigadora.

La enfermería, por tanto, según este planteamiento asume la investigación dentro de sus competencias profesionales, y para ello precisa de una formación que estaría compuesta por:

Conocimientos científicos

De todos aquellos aspectos teóricos o ciencias en las que se sustentan los métodos de investigación: epidemiología, estadística, informática, etc.

Habilidades técnicas

Darán a la enfermería la posibilidad de manejar de forma eficaz los instrumentos de la investigación que de esa forma pasarán a formar parte de sus actividades cotidianas. Estas son: la encuesta, la entrevista, la observación, la recogida de datos, el análisis de datos, etc.

Actitud investigadora

De nada servirán conocimientos y habilidades si el profesional de enfermería no tiene la «actitud investigadora».

Esta actitud no le vendrá dada por unos conocimientos específicos sino desde un proceso de reflexión. Desde la constatación de la importancia de la investigación, desde la evidencia de la efectividad de los nuevos descubrimientos.

La actitud investigadora se consigue con la práctica, con la repetición, con la disciplina de la recogida de datos, de la rutina asumida y desde el conocimiento de la eficacia de la investigación.

Necesidades de salud

Una vez enmarcado de alguna manera lo que supone «conocer», es preciso plantearse el concepto «necesidades de salud de la población».

Tal vez este concepto sea uno de los más extensos, más importantes y que más puede prestarse a la confusión y al error.

Las necesidades de salud no son algo encasillado, bien delimitado y objetivo; por el contrario éstas serán diferentes según quién las investigue, qué concepto tenga, no sólo de la salud sino también del hombre, etc.

De igual forma dependerá de los conocimientos que quien investigue tenga de las ciencias de la salud. Por ello, tal vez, la enfermería habrá de profundizar en el conocimiento de dos conceptos de incalculable importancia:

— El concepto de salud.
— El concepto de hombre.

Hay que definir lo que se entiende por persona, por *hombre* como palabra genérica de población, y aceptar que sólo si se entiende al hombre en plenitud, aceptando todas sus variantes, incluso sin compartir todas sus ideas, sólo desde la concepción integral del hombre, de sus necesidades, de *todas*, sin juicio de valor, sin marginación ni discriminación a nadie por sus ideas, sus deseos o sus hábitos, se podrá realmente investigar sus necesidades de salud y participar activamente en que esas necesidades sean cubiertas.

El conocimiento del hombre vendrá dado por el estudio de las ciencias que desde diferentes enfoques tienen a éste como su objeto de estudio: antropología, fisiología, anatomía, psicología-sociología, etc.

Conocer las necesidades de salud supone ponerse como profesional en una perspectiva y en una actitud que le permita «empaparse» de esas necesidades, descubrirlas, valorarlas y saberse responsable de asumirlas.

La enfermera, al abordar las necesidades de cuidado y al valorar estas necesidades, que no serán sólo físicas sino también psíquicas y sociales, se acerca al mundo del usuario y descubrirá hábitos, costumbres, valoraciones que muchas veces serán antagónicas con las suyas o con la valoración dominante en la sociedad y, tal vez, corra el riesgo de creerse juez de conductas o de individuos, abortando de esa forma la esperanza o tal vez la utopía de una sanidad donde no exista ninguna clase de marginación.

La actitud abierta y los conocimientos científicos serán la base desde donde estudiar las *necesidades de salud.*

Si la enfermería asume como suya la definición de la OMS de 1945, en que la *salud* es el «bienestar físico, psíquico y social y no la ausencia de enfermedad», habrá de sistematizar cuál va a ser la forma de ir conociendo esas necesidades físicas, psíquicas y sociales, que cuando están cubiertas producen bienestar, sinónimo de salud, y cuya ausencia o carencia genera enfermedad.

La enfermería y cualquier profesional de la *salud* cuando define a ésta como un concepto integral, donde lo físico, lo psíquico y lo social precisan de igual atención, está haciendo un discurso «hueco» si no tiene los conocimientos científicos que le permitan acercarse a esos campos del individuo.

Si desconoce las ciencias relativas al estudio de la personalidad o no conoce los aspectos sociales de enfermar, difícilmente su definición se convertirá en un actuar en consecuencia. Es, por tanto, fundamental plantear los conocimientos que la enfermería habría de tener para poder acercarse a una idea integral de la salud.

Necesidades físicas

Tal vez el campo de las necesidades físicas sea el que la enfermería de forma más habitual ha provisto, siempre centrada en el cuidado físico del individuo enfermo.

La valoración de las necesidades físicas ha de abarcar campos más amplios que aquellos que tienen relación con la curación, preocupándose por conocer las necesidades físicas de los diferentes grupos de población, según las diferentes etapas de su vida, las situaciones por las que pasa, etc.

El conocimiento de las necesidades físicas vendrá dado por el estudio de: anatomía, fisiología, higiene, dietética, ecología, antropología, etc.

La enfermería habrá de aventurarse cada vez más en saber qué necesidades físicas tiene el niño, el niño sano o el niño de riesgo; la embarazada, la que trabaja o la que no; el adolescente, el sano o el diabético; el trabajador según dónde y cómo trabaje; el anciano, el que tiene una buena pensión y el que tiene que malvivir, el que vive en su casa o está en una residencia.

De igual forma habrá de adentrarse en las necesidades físicas de enfermos, minusválidos, encamados, enfermos terminales, intentando no centrarse en las necesidades estrictamente curativas sino en aquellas que le producirán bienestar.

Necesidades psicológicas

Las necesidades psicológicas de las que reiteradamente se habla no acaban de entrar en la actitud profesional de la enfermera, que valora los aspectos psicológicos, pero no los actúa en los momentos que debería hacerlo.

Tal vez porque su mundo de conocimientos de ese campo es bastante limitado, la enfermería ha sido incapaz de detectar los problemas psicológicos, saber lo que significa el miedo, la soledad, la marginación, en la salud.

No se han estudiado con profundidad los síntomas del desempleo y, centrados en el grave problema del contagio del SIDA, se está olvidando la angustia del portador.

Sólo cuando se es capaz de entender las dificultades del fumador para dejar de serlo, el miedo de la embarazada, la depresión del obeso, la soledad del anciano, podrán proveerse los cuidados de salud que precisan.

La enfermera en su trabajo comunitario va a encontrar personas que viven en la soledad más terrible, ambientes familiares donde los niños viven en la violencia desde su nacimiento, desempleados que en su angustia maltratan a los que con ellos conviven, y los mil problemas derivados del alcoholismo, de las drogas, etc.

El encuentro con la otra cara de la sociedad le llevará a la enfermera no preparada, a situaciones graves que pueden hacerla volver a los muros del hospital o del ambulatorio, incapaz de actuar en un mundo demasiado difícil para ella y donde no ha sabido implicarse únicamente como profesional.

Las necesidades psicológicas le vendrán del conocimiento de la psicología humana, de la psicología evolutiva, de la psicología de los diferentes grupos de riesgo, el conocimiento de las bases de la salud mental, etc.

La psicología y el trabajo en equipo con esos profesionales le ayudarán a entender los problemas psicológicos de la sociedad, su entramado con los problemas sociales y sus repercusiones en la salud.

No se trata de que la enfermera se convierta en minipsicóloga, sino que tenga los conocimientos teóricos y la actitud apropiada para detectar problemas psicológicos, derivarlos al equipo de salud mental y actuar cuando fuera oportuno en coordinación y con la asesoría de éstos.

El mundo de la depresión, tan habitual en las consultas, puede ser abordado en algunos aspectos por la enfermera, pero sólo si ésta tiene los conocimientos necesarios, la coordinación, el apoyo y la supervisión de los profesionales específicos de ese campo.

Saber escuchar puede ser una actuación de enfermería, pero dominar la angustia, tanto del enfermo como la propia tras haber escuchado, precisa de conocimientos técnicos específicos.

La enfermera, si realmente se adentra en el conocimiento del mundo de las necesidades psicológicas de la sociedad, tal vez deba empezar por

sí misma. De esa forma entenderá las dificultades que tiene para entender al enfermo terminal o al drogadicto, las barreras que pone el trabajo en equipo o el miedo a la participación de los ciudadanos. Pero todos estos conocimientos no se adquieren simplemente por desearlo, es necesario aprender, estudiar, profundizar en el mundo de la psicología, para desde el conocimiento teórico ir transformando su actitud frente al individuo y la sociedad.

Necesidades sociales

Las necesidades sociales que los individuos tienen para mantener, aumentar y conservar su salud suponen un campo amplísimo y obligan a la enfermera, al igual que al resto de los profesionales sanitarios, a colocarse en una postura responsable y activa.

Los sanitarios han de comprometerse desde su perspectiva profesional a crear una sociedad más libre y más sana, una sociedad que viva en salud y genere salud, donde todos tengan los mismos derechos al bienestar, donde disminuyan las conductas violentas y donde se acepte por igual a los fuertes, los inteligentes y los ricos, como a los pobres y a los enfermos.

Las necesidades sociales van desde escuelas infantiles que permitan a las mujeres entrar en el mundo del trabajo, como bordillos en las aceras cómodos para los ancianos, jardines e institutos, pensiones y sueldos dignos, empleo para todos e igualdad de oportunidades.

Para que la enfermera pueda incidir en la transformación de la sociedad precisa conocerla, entender sus reglas, conocer las instituciones y analizar la política general del país. Para ello, sobre todo, ha de salir del ostracismo, donde sólo su pequeño mundo, su consulta o sus inyectables le importan, y abrirse a la sociedad, saberse responsable en parte del deterioro de la salud de ésta y asumir el reto o, tal vez, la utopía de cambiarla.

En este campo la actuación de la enfermera difícilmente será la del profesional aislado. Sólo desde la institución sanitaria y en coordinación con otras instituciones podrá incidir en la mejora de las condiciones sociales, denunciando éstas y presionando para que cambien.

De igual forma es hora de que la enfermería se embarque en la aventura del poder político, de escalar los lugares donde se decide la política sanitaria del país, de la comunidad, de las instituciones, etc., donde su valoración de los aspectos de salud de los individuos podría dar

una visión nueva y forzar en la medida de sus posibilidades un giro en las políticas, en los presupuestos y en las prioridades del Gobierno.

Llegará a conocer las necesidades sociales si en su mundo intelectual incluye la *sociología, sociología de la salud y de la enfermedad, sociología del grupo familiar y de las instituciones.*

Las necesidades sociales serán todas aquellas que estén en relación con su forma de vivir en sociedad, con el cuidado que la sociedad le procure, con sus dificultades de relación, los medios a su alcance, etc.

Tener los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveer cuidados

Conocimientos científicos

La profesión de enfermería ha basado su formación durante décadas en conocimientos técnicos, y los conocimientos teóricos que se incluían correspondían prioritariamente a la medicina.

De esta forma el currículum de Ayudante Técnico Sanitario se basaba en tocar un poco la patología médica, la cirugía, la farmacología, para de esa forma hacer una profesional hábil, con los mínimos conocimientos que le permitieran ayudar al médico en su función.

La transformación del currículum del ATS en Diplomado Universitario de Enfermería ha sido un gran paso para definir el lugar de la enfermería, introduciendo conocimientos científicos en los que basar su trabajo.

Hoy, al adentrarse en nuevas actividades en atención primaria tales como la *consulta de enfermería*, la *visita domiciliaria*, el *trabajo en equipo*, se es consciente de que esas actividades, para que sean efectivas, precisan de unos conocimientos científicos, de unas teorías, sin las cuales los resultados no serán de ninguna manera los esperados.

Tal vez el gran reto profesional es llegar a la conclusión de que cada una de las nuevas actuaciones, cada actividad y cada tarea que se realice tiene tras sí una teoría, un método, una razón sin la cual la tarea carece de sentido.

La *consulta de enfermería* sin conocimientos básicos de la *entrevista o de la teoría de la comunicación*, serán únicamente un intercambio de información, pero posiblemente no sirva para transformar la actitud del paciente o modificar sus hábitos de vida.

La *visita domiciliaria* se desaprovechará si la enfermera no tiene conocimientos acerca de la institución familiar y sus pautas de conducta.

De igual forma el *trabajo en equipo* no producirá más que quebraderos de cabeza si no se tiene en cuenta que el equipo tiene sus fases, su dinámica, sus normas o su lucha por el poder.

Por ello es necesario plantearse como colectivo el conocimiento de aquellas ciencias que permitirán abordar los diferentes campos de la salud del ser humano, desde la infancia hasta la muerte, y sus características, las enfermedades *clásicas* y aquellas generadas por la violencia, el estrés o la marginación, las necesidades de salud del trabajador o las características de la menopausia.

Habrá que aprender puericultura, psicología infantil, así como investigar sobre salud ocupacional para entender cómo y de qué depende la salud del trabajador, adentrarse en el estudio de los elementos que alteran el medio-ambiente, con sus inumerables productos, etc.

No acaban aquí los conocimientos científicos que habrán de incluirse, ya que nuevas dolencias con síntomas nuevos y tratamientos nuevos, están demandando cuidado: la drogadicción, la salud del enfermo o del portador del SIDA, etc.

El campo de la *educación sanitaria* que se reivindica como específico de enfermería, exige el conocimiento de la pedagogía, los métodos y los medios de la educación, la elaboración de carteles y la creación de mensajes eficaces.

También la informática ayudará en la provisión de cuidados de salud, y tal vez habrá de incluirla en la formación básica, así como la necesidad de los idiomas que permitan entrar a conocer otras alternativas, otras experiencias de otros países, y cuya bibliografía sin el conocimiento de esos idiomas estará vedada.

No se trata de enumerar ciencias, sino de estar abiertos a incluir los conocimientos necesarios que ayuden a entender al hombre y sus necesidades de salud, desde una perspectiva profesional dinámica.

El currículum de Diplomado Universitario de Enfermería, con diferencias entre unas escuelas universitarias y otras, va cubriendo las necesidades de conocimientos del profesional en general, pero habrá de mantener una actitud crítica y suficientemente flexible para modificarlo tantas veces sea necesario, hasta crear una enfermería que en *atención primaria* sea capaz de asumir su nuevo rol.

Habilidades técnicas

No cabe duda que los profesionales de enfermería han sabido dar respuesta técnica a las necesidades de cuidado que se le han exigido. El dominio de la técnica ha sido indiscutible y se puede considerar que la enfermera es un profesional hábil, en todo lo referente al cuidado del enfermo, a la administración de medicamentos, la elaboración de pruebas, etc.

Sería más discutible saber si es hábil en las nuevas técnicas de provisión de cuidados.

Con demasiada facilidad la enfermera acude a cursos sobre campos nuevos: epidemiología, estadística, elaboración del diagnóstico de salud, etc., y se provee de conocimientos científicos. Pero al tratar de aplicarlos a la práctica de su trabajo cotidiano, se encuentra con enormes dificultades que, en muchos casos, le llevan al desánimo y al abandono.

De igual forma, campos nuevos como la *visita domiciliaria*, la *educación sanitaria*, la *evaluación*, la *observación*, etc., chocan en la práctica con dificultades técnicas, ya que la provisión de conocimientos teóricos no va acompañada de la habilidad para llevarlos a cabo.

Por eso es preciso que se vayan incluyendo en la sistemática de trabajo para ir mejorándolas, y adquiriendo en definitiva la habilidad que estas actividades precisan.

Por ello es importante adentrarse en campos nuevos, ir como miembros del equipo a *entrevistas con otras instituciones* y aprender los movimientos de éstas, la dinámica de este tipo de encuentros, recogiendo datos, valorándolos, etc.

La *visita domiciliaria*, la *entrevista*, la *elaboración de una clase*, podrían llegar a ser tan habituales y conocidas como las actividades anteriores, pero hoy exigen a la enfermería un aprendizaje y un adiestramiento específico.

La habilidad se consigue en la práctica y de la misma forma que se llega a manejar un monitor o tecnologías avanzadas para el cuidado del enfermo, se llegará a manejar y a familiarizar con las nuevas técnicas de enfermería, sabiendo y aceptando la posibilidad de cometer errores y que éstos sólo se evitarán cuando esas prácticas se conviertan en habituales.

Actitud apropiada para proveer los cuidados

Tal vez algunos de los conceptos repetidos en la formación de ATS han pasado de moda, y hoy no sólo no están de actualidad sino que son rechazados totalmente: vocación, caridad, ayuda, etc., desaparecieron del lenguaje y fueron cambiados por profesionalidad, servicio, etc.

La palabra «servicio» es, por tanto, algo repetido por la enfermera, pero tal vez no asumido suficientemente en todo su pleno significado.

El derecho constitucional a la protección de la salud es uno de los razonamientos que deberían llevar a la enfermería y al resto de los profesionales a asumir una actitud auténticamente de servicio.

El derecho del individuo a que el sistema sanitario le ayude a conservar la salud y a aumentarla, le cure sus enfermedades cuando esto sea posible y le ayude a rehabilitarse y a reinsertarse en la sociedad, es un argumento que habría que cambiar el comportamiento de los que en él trabajan.

Esto transformaría a los trabajadores al servicio de la Administración o de la institución que administra los fondos, en trabajadores al servicio del usuario.

Hoy se plantea un sistema sanitario donde el usuario defiende sus derechos y al que se le pueden *exigir sus deberes*. Hoy se dice que éste debe *conocer* acerca de su enfermedad para poder decidir. Se le da una responsabilidad en el cuidado, pero para ello es necesario informarle. La información le dará capacidad de decisión, pero la decisión no siempre será acorde con las decisiones de los que trabajan en el sistema sanitario.

Será preciso, por tanto, una *actitud abierta a la participación* del usuario en la salud, una actitud profesional que sepa dónde está la responsabilidad de cada uno, que se aleje de la idea de propiedad del sistema.

Esta actitud abierta hacia el usuario reconociéndole sus capacidades y sus errores, es una de las más difíciles de asumir, ya que supone destruir la anterior, la del profesional que utiliza términos ininteligibles para que sus decisiones no sean discutidas.

De todo el sistema sanitario, la *atención primaria* ha sido durante las últimas décadas uno de los lugares menos ejemplares del trabajo de la enfermería.

Su profesionalidad ha dejado mucho que desear, aceptando y colaborando en hacer de los ambulatorios lugares tremendamente desagradables para el usuario.

Enfermeras que llamaban a gritos al siguiente o pasaban a un enfermo sin haber acabado con el otro, enfermeras que no levantaban los ojos de la cartilla y no miraban para nada al usuario, enfermeras que aceptaron las consultas de dos minutos como algo justo, que vieron cómo al paciente no había tenido tiempo de expresarse cuando ya se le había recetado, enfermeras que aceleraban ellas mismas las consultas o no dejaban sentarse al paciente para que terminase antes, o ocultaban errores de otros profesionales, fue algo habitual en el sistema.

Sería absurdo generalizar esa situación, ni culpar a enfermeras o médicos de ella, pero todos, desde la Administración hasta el celador que recibía en la puerta, pusieron su grano de arena para hacer inexistente el derecho del usuario, y hoy han de partir de ahí si se quiere realmente transformar el sistema.

En el viejo sistema sanitario los derechos no existían y los deberes eran muchos.

Se recibía la queja del usuario de la Seguridad Social con desprecio. Su «para eso pago» le convertía a los ojos de los profesionales en un inculto, en el típico «asegurado», y se ponía en esta definición toda una carga de desprecio y de superioridad que muchas veces se reflejaban en la actuación.

Esa actitud de la enfermería, a la que se hace referencia, estuvo condicionada a una falta de contenido profesional, de un lugar con contenidos y responsabilidades específicos.

La actitud de servicio es la primera a asumir, y de ella irán surgiendo matices que harán de la enfermería una auténtica profesión de apoyo a la salud.

Actitud abierta a todo tipo de personas, *no discriminatoria y alejada de cualquier juicio* sobre conductas será el paso siguiente.

Aceptar a la sociedad con todas sus diferencias, aceptarlas como profesional, aunque no se aprueben a nivel interno, será algo imprescindible para dar una atención integral.

Las conductas humanas no siempre parecen las adecuadas, pero no será basándose en criterios individuales, sino en las leyes o en los derechos del usuario como habrá que actuar.

Los sanitarios se van a encontrar con situaciones como la ley de interrupción voluntaria del embarazo, que no será aceptada por muchas personas, pero de ninguna manera tendrán derecho a dar una atención diferente a aquellas personas que solicitan información para hacer uso de sus derechos legales.

La drogadicción y el mundo que la rodea tampoco va a ser de su agrado, y a algunos les costará aceptar al drogadicto como una persona con derecho a ser atendido en sus necesidades de salud.

La prostitución será algo que llegará a los programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, y habrá que aceptarlos al igual que se acepta al niño o a la embarazada o a cualquier otro grupo de población.

Actitud abierta a conductas, a cambios culturales, a transformación de valores, será la única forma de alcanzar el objetivo de una atención integral.

Actitud abierta a la crítica, al aprendizaje de todo lo que pueda ayudar a asumir mejor el rol.

Hasta aquí se han venido enumerando una serie de ciencias y de teorías que la enfermería ha de conocer en mayor o menor profundidad.

Estos conocimientos son imprescindibles si realmente se quiere asumir la definición de salud integral. De otra forma, desde la ignorancia, como profesional defenderá, aunque sólo de palabra, la integridad del concepto de salud, pero será incapaz de ponerlo en práctica dejando fuera los aspectos del hombre que no pertenecen al órgano enfermo o aquellas necesidades físicas básicas.

El estudio más o menos profundo de estos campos que se han venido enumerando, darán a los profesionales de enfermería la información para conocer las necesidades de salud y también los instrumentos para descubrir las alteraciones que en ésta tienen determinadas carencias, determinados desequilibrios o determinados impactos.

Por tanto, la teoría de una profesión se va conformando desde las ciencias que aportan sus contenidos teóricos, desde la práctica o la actuación en consecuencia, y todo lo anterior tal vez sea una aproximación a esa teoría que al principio se apuntaba.

A individuos aislados, en familia, colectivos varios

Hasta ahora, en atención primaria, era habitual prestar atención a la salud de los individuos que aisladamente acudían a los centros sanitarios.

La atención a la familia aparecía en situaciones en que por alguna causa existía riesgo de salud para el resto de sus miembros, y de esa forma el grupo familiar aparecía para recibir una atención como tal.

Exceptuando situaciones de riesgo de contagio y otras aisladas, pocas veces se tenía en cuenta el grupo familiar y las historias clínicas, y las pocas veces que se hacían, recogían sólo datos individuales.

Las nuevas teorías acerca de la salud y la enfermedad plantean desde hace tiempo que la salud depende del equilibrio del hombre y su medio. De esa forma, el medio familiar y el medio ambiente laboral, escolar, en resumen, comunitario, entran de lleno en la concepción de salud.

Entran tal vez en la teoría, pero todavía habrá que esforzarse hasta que entre realmente en el trabajo, en la actitud y en la actividad diaria.

Trabajar con esta perspectiva de individuos aislados, en familia y en agrupaciones, exige el *trabajo en programas*.

Los programas de salud

Sólo desde el trabajo en *programas de salud* es posible abarcar el cuidado de la salud de la población, desde el niño hasta el anciano, en todas las etapas de la vida, y en todas las circunstancias por las que éste pasa, en solitario o inmerso en colectivos.

Los *programas*, por tanto, deben abarcar todas las etapas de la vida y todas las circunstancias, y conformarán un *plan de salud*.

El *plan de salud* puede ser diseñado a nivel nacional, regional, local, con programas y subprogramas a su vez de ámbito nacional, regional, local.

Los programas de salud no están dirigidos únicamente a la población enferma, sino que, por el contrario, muchos de ellos abarcan poblaciones teóricamente sanas.

Los objetivos de los programas de salud serán diferentes según a quien vayan dirigidos. En el caso de programas dirigidos a población «sana» tendrán como objetivo fomentar la salud de la que disfrutan, alejar al máximo el riesgo de enfermar o también ayudar a aquellos que no disfrutan de un nivel de salud alto, enseñándoles a convivir de forma saludable con sus minusvalías, sus hándicaps, sus enfermedades.

Otros programas tienen como objetivo detectar precozmente enfermedades, para de esa forma abordar con más facilidad su resolución, y otros se basan en controlar épocas de la vida, para supervisar si se desarrollan óptimamente o en caso contrario actuar para que así sea.

Habrá programas de salud dirigidos a individuos aislados o en familia, *programa materno-infantil, programa de control de enfermedades crónicas*, etc., y otros que van dirigidos al individuo en cuanto que es miembro de un colectivo: éstos son los programas de salud escolar, laboral, medio-ambiente, etc., que sobrepasan el ámbito familiar.

El plan de salud, como señalábamos anteriormente, sería el marco amplio donde, como piezas del rompecabezas, se van encajando los diferentes programas.

Los programas se subdividen a su vez en subprogramas, y su número puede ser infinito, ya que es un sistema abierto a subprogramas que surjan de necesidades no previstas en el primer momento o necesidades que no existen de forma habitual.

Donde el individuo vive o se relaciona y en los centros sanitarios cuando sea preciso

Priorizar el medio ambiente habitual del usuario por encima del centro sanitario supone una transformación de gran envergadura.

Acostumbrados a trabajar en los hospitales y en los centros, ya sean ambulatorios, consultorios o servicios de urgencia, se ha visto siempre la calle, la casa, la escuela como un lugar al que de forma aislada se debía acudir. Para algunos la salida al exterior se ha considerado como un snobismo, ya que, al parecer, la enfermería ha estado, está y estará siempre dentro físicamente de las instituciones, lo que supondría que la costumbre, lo habitual, vale más que el peso de una necesidad sentida y analizada. De esa forma se olvidaría que la historia de la profesión abarca mucho más que éstas últimas décadas y que lo que hoy se trata de implantar, para otras enfermeras, no sólo en España, sino en la mayoría de los países, fue algo habitual.

Hoy nadie discute que la salud se la juega uno en la calle, en el trabajo, en la forma de afrontar las dificultades de la vida, en la forma de alimentarse, de divertirse o de utilizar los bienes de consumo.

Por tanto, hay que reflexionar seriamente si la enfermería, que se define como profesional dedicado a cuidar y velar por la salud, debe permanecer de forma mayoritaria donde únicamente llega la población enferma.

El estar físicamente dentro de la institución, con el uniforme, en un lugar como el hospital o el ambulatorio, que produce determinados sentimientos en el usuario, generó en la enfermería una determinada actitud.

La protección del hospital, la regresión en muchos casos del paciente, el vocabulario difícil de entender por éste, etc., colocaron a la enfermería y al resto de los trabajadores sanitarios en una actitud de poder, de superioridad, que cuesta mucho transformar.

Tal vez por eso y por otras razones, salir a la calle y entrar en el medio del usuario no es tarea fácil.

Esos nuevos ámbitos, donde la enfermera de forma habitual va a transitar, serán en primer lugar el domicilio, LA CASA.

La casa impone unas normas a quien las visita, y es diferente una entrevista en la consulta del Centro de Salud a la misma entrevista en el domicilio. El ámbito es diferente y hay que tenerlo en cuenta si se quiere llegar a incidir en determinados comportamientos.

La *visita domiciliaria* tiene sus dificultades y tiene también sus ventajas; pero para llevarla a cabo, al igual que para llevar el resto de las actividades, es necesario analizarla, elaborar una metodología, estudiar las teorías que pudieran ayudarnos a entender por qué surgen determinadas dificultades, cuáles son las leyes que rigen el ámbito familiar, quién ostenta el poder, etc.

Si no se trabaja con unos determinados conocimientos, no se entiende por qué se cierran en algunas ocasiones las puertas, o por qué determinados acuerdos con el ama de casa no se cumplen al no haber tenido en cuenta la decisión de quien ostenta el rol de cabeza de familia, etc.

Sobre la *visita domiciliaria*, actividad llevada a cabo de forma prioritaria por las enfermeras en otros países, existen numerosos estudios y datos acerca de sus ventajas y sus inconvenientes, sobre su necesidad y sobre la metodología de la misma, desde el tiempo que debe durar hasta lo que es preciso llevar de equipo. Es necesario revisar toda esa bibliografía para crear el modelo óptimo.

Más adelante dedicamos un capítulo específico a *la visita domiciliaria*, que trata en profundidad este tema.

Otro ámbito probable de actuación de la enfermería es LA ESCUELA.

El niño pasa mucho tiempo en la escuela, y con la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, su período de socialización comienza, en algunos casos, antes de cumplir el año, en centros infantiles.

Allí pasa ocho horas, como mínimo y muchas más en demasiados casos, y eso hacen que estos centros cobren gran importancia en el desarrollo de su salud.

En la guardería o en el colegio come, juega, aprende, sufre accidentes, se relaciona.

Los programas de salud escolar, unos dedicados a mejorar la salud en campos específicos (prevención de caries, vacunaciones, etc.) y otros dirigidos a evaluar el desarrollo y crecimiento de los niños, tienen la facilidad de encontrarse con un grupo de población reunido y al que se puede acudir con facilidad, con características similares.

Elaborar programas de salud escolar será tarea del equipo. Decidir el lugar y las competencias de la enfermería es tarea propia y se deberá llevar a cabo desde el conocimiento de la dinámica del medio escolar desde el análisis del rol del profesor, la función de las asociaciones de padres, etc.

Si no se tienen en cuenta todos los elementos que conforman el medio escolar puede que se elaboren magníficos programas abocados al fracaso, y nunca se sepa la razón, al no haber tenido en cuenta la dinámica interna.

El MEDIO LABORAL es, tal vez, el menos habitual para los profesionales sanitarios; sin embargo, por su influencia en el bienestar y por sus repercusiones en la salud, antes o después habrá que instrumentar programas que protejan y controlen la salud del trabajador.

Para cuando esto se lleve a cabo, hará falta que la enfermera haya reflexionado seriamente sobre este medio y sus posibilidades de intervención.

La tradicional medicina de empresa o medicina laboral ha estado siempre abocada a la recuperación de la salud del trabajador de la forma más rápida, y son pocas las experiencias de empresas públicas o privadas que hayan «cuidado» de forma institucional la salud de sus trabajadores.

A nadie se le escapa ya que la salud laboral no consiste únicamente en chequeos estándar periódicos, con los que detectar precozmente los problemas, sino en evitar que estos aparezcan y en mejorar las condiciones del medio laboral de forma que no sólo se eviten riesgos, sino que este medio ayude a elevar la calidad de vida de la población.

Las condiciones de vida del medio laboral no son competencias del sistema sanitario, sino que en gran medida están condicionados a la política general del país que legisla o no legisla según condicionantes, en la mayoría de los casos demasiado lejanos a la salud del obrero.

El sistema sanitario ha estado hasta la actualidad centrado en recibir al trabajador enfermo, recuperarle y devolverle en las mejores condiciones al trabajo. Para cambiar esto, si bien son los políticos, los partidos y los sindicatos los que tienen una mayor responsabilidad, no por eso los sanitarios pueden cruzarse de brazos.

Al igual que en otros campos relativamente «nuevos», los trabajadores de la salud se encuentran con una limitación grave de conocimientos acerca de los elementos que alteran la salud en el trabajo, que cada vez son más numerosos, variados y sofisticados.

Desde la postura, el ruido, los turnos, la ventilación, los horarios, etc., pasando por los tipos de contrato y la maquinaria, luz y residuos tóxicos, todos estos y muchos más forman la abultada lista de elementos que intervienen, para bien o para mal, en la salud de los trabajadores.

Conocerlos es fundamental a la hora de elaborar programas de salud laboral, eficaces y efectivos.

De nada servirá el examen de salud periódico de una enfermera de UVI consistente en análisis sistemáticos de sangre, orina, citología vaginal y otros, si lo que altera su salud es el turno, la falta de sueño regular, la cercanía a la muerte y la angustia de las familias.

De igual forma los viajantes de comercio sufrirán de problemas de salud derivados del estrés, las horas al volante o las comidas fuera de casa.

Cada trabajo tiene sus connotaciones para la salud y conocerlas es fundamental a la hora de prevenirlas, ya sean varices por estar de pie, o dolores cervicales por estar frente a la pantalla de un ordenador o problemas intestinales por estar en la calle muchas horas.

La enfermera, al igual que el resto de los trabajadores sanitarios, tiene responsabilidad en este campo, que consisten en:

- Formarse en el conocimiento el medio laboral y de los elementos generadores de la salud y/o enfermedad, como: elementos tóxicos, ruido, turnos, horarios, accidentes, etc.
- Promover desde el conocimiento de la salud de los trabajadores la legislación que no sólo disminuya al mínimo los riesgos de enfermar, sino que promueva las condiciones de trabajo óptimas para la salud.
- Controlar periódicamente la salud de los trabajadores mediante protocolos específicos según las características del puesto y del trabajador (edad, etc.).
- Promover la cartilla laboral, donde conste de forma detallada la historia laboral como medio para el diagnóstico de patologías de aparición tardía.
- Promover condiciones laborales positivas para los trabajadores, ya sean en la realización de su tarea o en su tiempo libre, vacaciones, ocio, etc.

La enfermera, al igual que el resto del equipo de salud, habrá de ir elaborando, con sus conocimientos en este área, sus competencias, sus actividades, que si hoy sólo existen en el deseo de todos, habrán de existir

si realmente se quiere cumplir los mandatos de la Ley General de Sanidad, capítulo IV, artículo 21.

Tal vez sea, aunque parezca una contradicción, en el campo de la salud laboral en el que deban estudiarse también los problemas que genera el no trabajar, el paro, que afecta a un alto porcentaje de españoles y especialmente a los más jóvenes, y que tiene también consecuencias para la salud, tanto física como psíquica.

Conocer las características del desempleo, sus síntomas, sus enfermedades típicas, es un paso más hacia el conocimiento de la salud integral y, si bien la enfermera o el equipo de salud no podrán incidir en la provisión de empleo y quitar de esta forma la causa, sí podrán entender mejor la situación y proveerle del tratamiento o del cuidado necesario.

En el apartado anterior se ha visto que la enfermera de atención primaria, para cumplir su papel profesional, ha de acercarse a donde el individuo, sano o enfermo, se encuentra, por lo que muchas veces no será dentro de las cuatro paredes del ambulatorio o del centro de salud, sino que su trabajo se desarrollará en múltiples ocasiones en la casa, en el colegio, en el trabajo, en lugares de reunión e, incluso, en otras instituciones.

Sin embargo, diversos factores, tales como el factor tecnológico, le llevarán a priorizar la asistencia a los usuarios en las consultas de los centros, donde pueda llevar a cabo exploraciones o realizar tareas técnicas o administrar medicamentos con equipamiento adecuado.

Otras veces serán factores económicos de aprovechamiento de recursos personales y de tiempo los que le obligarán a citar al usuario en el centro sanitario, evitando así desplazamientos innecesarios.

En otras ocasiones, el medio sanitario, la consulta, favorecerá la relación interpersonal, etc.

Por tanto, muchas son las circunstancias por las que el usuario ha de acudir a los centros sanitarios a recibir cuidados de enfermería al margen de las ocasiones en que acuda para ser atendido por personal médico, o por trabajadores sociales, psicólogos, etc., o en situaciones de urgencia.

Por esta razón, es conveniente dedicar un espacio a reflexionar sobre estos lugares, a analizar cómo han sido hasta ahora los centros sanitarios de atención primaria de la red pública, ambulatorios, consultorios rurales o urbanos.

Centros asistenciales de atención primaria

Comenzando por los aspectos externos, se puede ver que, durante años, la falta de rampas de acceso para minusválidos o ancianos, la

suciedad de las paredes hambrientas de una mano de pintura, la lobreguez de los locales, las salas de espera oscuras y abarrotadas configuraron la imagen de los viejos ambulatorios de la Seguridad Social, lo que sumado a las prisas, al trato impersonal, influyó de forma clara y precisa en el deterioro de la confianza que el usuario había de depositar en el personal y favorecía los constantes cambios de médico así como la sensación de insatisfacción e inseguridad.

Está claro que la responsabilidad de estos temas correspondía a la administración, que no adecuaba los recursos necesarios a este primer nivel y eso se reflejaba en la pobreza de medios. Pero como una torre de naipes, a partir de la desidia de la administración, muchos de los trabajadores de los ambulatorios entraban también en esta dinámica y se fue creando un modelo de relación con el usuario que hizo que estos lugares fueran motivo de críticas, protagonistas de innumerables chistes y lugares alejados de todo criterio de bienestar.

En la actualidad, el aspecto arquitectónico de los centros de atención primaria se está renovando y una nueva imagen ofrecen los centros de salud luminosos, alegres y con espacios amplios y cómodos. Tal vez por eso sea el momento de analizar lo que habría que transformar al mismo tiempo que mejoran las condiciones físicas y arquitectónicas de los edificios.

Pequeños detalles configurarán un ambiente propicio a la relación y favorable para los objetivos de los programas, y no cabe duda que dentro de esos pequeños detalles estarán aquellos que conforman la vida moderna de los ciudadanos y que facilitan ésta, tales como teléfonos públicos asequibles, servicios de préstamo o alquiler de aparatos ortopédicos, información sobre servicios cuando éstos no sean cubiertos por la Seguridad Social, una unidad de atención al cliente, no al «paciente», que no sirva sólo para presentar quejas, sino donde el cliente pueda realizar de forma ágil todas sus gestiones, citas para centros hospitalarios, etc., y donde el personal le resuelva los problemas de burocracia, sellados, arreglos de cartillas, adscripción a centros, etc.

Hay que añadir también otros elementos, que tal vez no parezcan fundamentales, pero que resultan útiles y agradables, tales como servicios higiénicos limpios y diferenciados para válidos e inválidos, donde haya jabón, papel higiénico, toalla, etc., así como ascensores, un personal de servicio, «celadores», que resuelvan amablemente dudas, ayuden a descender del coche o de la ambulancia, faciliten la movilización mediante silla de ruedas, etc.

¿Cuáles serían los aspectos que pueden ser mejorados por la enfermera o por el equipo en la asistencia ambulatoria?

La respuesta surge de un mínimo análisis sobre el trato que cualquier persona quiere recibir de las instituciones.

Por una parte, si el usuario no es un número, no ha de ser llamado por ese número, sino que, por el contrario, habrá de hacerse por su nombre y apellido, y utilizando el «tú», el «usted» o el «don», según los deseos de cada persona, la edad, la educación, etc., evitando de esa forma situaciones de violencia contenida o de humillación cuando alguien, que por su edad o condición han sido siempre tratados de usted y con el don, son recibidos por profesionales mucho más jóvenes con un tuteo y un trato campechano, cuando no con el apelativo de «abuelo» o «abuelete», que no sólo es innecesario, sino que resulta para muchos insultante.

En la consulta de enfermería, la enfermera, después de saludar y recibir al paciente en la puerta, se presentará, en caso de que éste no la conozca, con su nombre y apellido y profesión. A continuación le invitará a sentarse teniendo previstos asientos suficientes para él y sus acompañantes, así como toda la documentación que pudiera necesitar a mano, evitando así interrupciones.

De igual forma se impedirán totalmente las interrupciones, entradas de otras personas, aunque éstas sean trabajadores del centro, salidas de la enfermera, en definitiva, todo aquello que incomoda e imposibilita la entrevista.

La intimidad del paciente en las exploraciones, así como la inviolabilidad de su historia, de sus datos, etc., darán la posibilidad de una relación enfermera-paciente imprescindible para el logro de los objetivos.

No hay que olvidar también que la puntualidad en las citas, así como la justificación de demoras, cuando las hubiera, tanto por parte del paciente como de la enfermera, serán la garantía de que, salvo imprevistos, ante una cita no habrá pérdidas de tiempo ni esperas innecesarias.

El trato dentro de la consulta será cercano, pero profesional, dando las explicaciones necesarias, aclarando las dudas, definiendo los objetivos de la entrevista, prefijando el tiempo. Estos son elementos de la metodología de la entrevista (consulta) que será fundamental tener en cuenta a la hora de abordar esta actividad.

Que nadie se engañe pensando que trabajar de esta forma lleva más tiempo o más esfuerzo para la enfermera o para el resto de los trabajadores, ya que los segundos que se gastan en levantarse y despedir al paciente en la puerta son ínfimos al lado del tiempo que se pierde en los centros en los que se trabaja mal y donde las quejas y el desorden causan retrasos y desgastan anímicamente a todos.

Todo esto, que de forma aislada tal vez no merece demasiada impor-

tancia, produce en el usuario una sensación de bienestar y de sentirse cuidado, imprescindible a la hora de entablar una buena relación con la enfermera y con el equipo, y si bien no garantizará por sí sólo el éxito de los programas y de las actuaciones, no se puede negar que lo facilita.

Siguiendo con el planteamiento del bienestar en los centros sanitarios, y aunque el objetivo de este libro está centrado en la atención primaria, no cabe duda que el usuario, protagonista de todas las acciones de la enfermera, puede pasar y de hecho pasa en algún momento de su vida, por la situación de hospitalización.

Centros hospitalarios

El hospital puede aparecer como necesidad de exploraciones más sofisticadas, como lugar de intervención quirúrgica, como receptor de situaciones de urgencias propias o de cualquier familiar, etc.

Sería absurdo que al plantearse el cuidado del individuo durante todas las etapas de la vida se olvide ésta, la de la hospitalización, de por sí difícil y dolorosa, y capaz, si no es bien manejada, de provocar en el paciente y sus familiares situaciones de extrema necesidad, física, psíquica o social.

El hospital aparece siempre para el individuo y su familia como una situación traumática en la que, a la salida del medio habitual, la casa, se une el desconocimiento de «qué me van a hacer», la entrada en un lugar diferente donde, durante no sabe cuánto tiempo, compartirá, con desconocidos, momentos fundamentales de su vida, dormirá con otras personas a su lado, no contará con sus cosas, sus muebles, sus libros, su tele, sus vecinos, etc.

Tal vez sus fantasías acerca de los hospitales le lleven a un auténtico terror al ingreso, o su preocupación por lo que deja fuera: casa, hijos, trabajo, le lleve a situaciones depresivas.

Por estos y otros muchos aspectos, que nos llevarían a capítulos mucho más amplios acerca de la hospitalización, se hace necesario que desde la atención primaria, desde el lugar, tal vez más cercano a la vida cotidiana, se asuma el papel de conductor, apoyo, y orientador de la nueva experiencia.

Hasta ahora, cuando el paciente recibía la indicación de hospitalización, exceptuando las situaciones de urgencia, ésta iba acompañada de una serie de gestiones que había que realizar previamente, y que le forzaban a estar pendiente de acciones concretas: sellados de volantes,

citas, etc., cuando, tal vez, lo único que deseaba era asimilar solo, o con su familia, la noticia.

A partir de entonces tiene que acudir a la Inspección Médica, donde le adscribirán un hospital, de allí a admisión de ese hospital. Posiblemente nadie le habrá informado que, tal vez, el ingreso que él pensaba iba a ser inmediato, puede demorarse durante días, semanas o meses, con lo cual la preparación que había realizado acerca de sus problemas cotidianos, domésticos o laborales, quedaría en suspenso hasta que un día, por una llamada telefónica, se le comunique que ingrese inmediatamente para ser atendido.

Nuevamente no hay tiempo para organizar ni organizarse, no sólo la casa, los hijos, el trabajo sino su propia vivencia, su tiempo para asimilarlo, para superar el miedo, para consultar con sus familiares, e incluso para despedirse.

Cuando de esa forma o de otra el paciente ingresa, tampoco sabe que una vez ingresado pueden pasar muchos días sin ser intervenido, sin recibir, lógicamente, ningún cuidado especial, ocupando una cama, que si la deja tal vez no vuelva a tenerla en otro largo período, y sin saber qué hacer durante esos días en los que sano, aburrido, preocupado por su casa o impresionado por las historias de cada uno de sus vecinos de habitación, irá perdiendo gran parte de su ánimo o deprimiéndose, lo que le llevará a que el día que realmente entre en el quirófano o se le realicen las pruebas, no sea su mejor momento.

Aunque no podemos generalizar esta situación, es innegable que refleja una parte de la realidad. Realidad que en muchos casos no está en la mano de las enfermeras ni del resto del equipo poder transformar, ya que tiene que ver con la política sanitaria, el porcentaje de camas, la ocupación indiscriminada de éstas, la definición de prioridades, e innumerables otras causas. Pero si ésta u otra situación similar va a ser vivida por los pacientes que acuden al hospital, es tarea del equipo de atención primaria el prepararle para ello y ayudar desde su lugar a la mejora de esta situación, mediante un *plan de cuidados de apoyo al proceso de hospitalización.*

Plan de cuidados de apoyo a la hospitalización

El *plan de cuidados de apoyo al proceso de hospitalización* no incumbe únicamente al equipo de enfermería, sino que debe incluir a todos los profesionales que de una u otra forma atienden al usuario. Sin embargo,

al ser éste un libro dedicado prioritariamente a las enfermeras será sobre las competencias de éstas sobre las que se centre.

El objetivo del plan será ayudar al usuario a sobrellevar de la forma más saludable su proceso de hospitalización. Para ello será necesario:

- Que la enfermera de atención primaria conozca el medio hospitalario para de esa forma entender mejor su dinámica.
- Que el futuro hospitalizado reciba previamente a su entrada en el hospital toda la información necesaria para vivirla mejor.
- Que la enfermera de AP informe a la enfermera del área de hospitalización de todo lo concerniente al futuro ingresado que pueda ser de utilidad para mejorar su cuidado.
- Que la enfermera del área de hospitalización al dar de alta al paciente informe a la enfermera de AP de todo lo concerniente a la hospitalización y a los cuidados que habrá de recibir a partir de ese momento.

¿Qué relación existe entre enfermera-hospitalaria y enfermera de atención primaria?

La enfermera de atención primaria vivió alejada del hospital durante las últimas décadas, situación que comienza a cambiar por diferentes razones, bien porque son muchas las enfermeras que «emigran» del hospital a la atención primaria y traen el conocimiento de ese medio, o porque el aislamiento en el que la enfermera ha vivido en este primer nivel está desapareciendo, y su participación en toda clase de eventos docentes, de investigación, etc., es cada vez más habitual.

De esa forma, el hospital y la atención primaria comienzan un acercamiento que tiene como objetivo dar al paciente, desde los diferentes niveles, una atención de calidad, continuada e integral.

El conocimiento que la enfermera de atención primaria precisa del hospital de su área abarca a la estructura física, la organización y funcionamiento de los servicios, e incluso el conocimiento de las enfermeras responsables de determinadas áreas de hospitalización, lo que facilitará la información y la coordinación de niveles.

En el momento en el que el paciente recibe la orden de ingresar en el hospital, la enfermera de atención primaria ha de asumir el papel de orientador en esta difícil experiencia, facilitándole en lo posible todo el camino burocrático, explicándole las normas del hospital en cuanto a horarios, ropa a llevar, dinero, visitas, derechos y deberes, etc. Y cuando esto esté aclarado, facilitar al paciente que cuente sus temores si los hubiera, o aquellos temas que le pudieran preocupar, ya sean de su vida

cotidiana, bajas laborales, el cuidado de los hijos o el miedo a la muerte en el quirófano, para que, según las posibilidades, se le ayude a resolver estos problemas.

Una vez ingresado el paciente, es necesario reseñar que hasta ahora la información que llegaba de atención primaria al hospital en relación a un ingreso, en la mayoría de los casos no se tenía en cuenta y era rehecha en el medio hospitalario, donde se repetían pruebas de todo tipo y donde muchas veces un paciente perfectamente estudiado en atención primaria había de pasar otra vez por pruebas que habían sido realizadas días antes, en muchos casos dolorosas, tal vez en algún caso peligrosas, y siempre molestas, para llegar al final al mismo diagnóstico, pero con una pérdida de días, siempre importantes para el paciente. La razón de esta situación se podía encontrar en el descrédito que la atención primaria ha tenido para el medio hospitalario, descrédito en muchos casos justificado, pero que se extendió a todo ese nivel.

Si bien la información médica unas veces se valoraba y otras no, la información de enfermería no existió, y ese vacío también ha de buscarse en el lugar impersonal de la enfermera en relación con los pacientes del ambulatorio, relación muchas veces nombrada a lo largo de este libro y que al transformarse en una relación directa de atención a la salud genera una información que si es interesante para la enfermería de atención primaria, también puede ser de interés para la enfermería hospitalaria, que habrá de pasar días enteros atendiendo a ese paciente, y cuya relación se hará más fácil con un mayor conocimiento de éste.

Lo que habría de transmitir a la enfermera de hospitalización son los datos que le permitan entender mejor a ese paciente, comprender sus estados de ánimo y ayudarle a superarlos desde el conocimiento de su persona. Conocer el miedo o el ánimo con que se asume la experiencia de la hospitalización, saber si deja tras sí situaciones familiares o laborales que le van a preocupar durante la estancia en el hospital, saber si tiene familiares que le van a visitar o pasará los días enteros solo, a quién llamar en caso de necesidad de información acerca del paciente, conocer datos importantes sobre si duerme en tabla, fuma sin parar, come poco, etc.

A la enfermera del hospital le vendrá bien saber quién es el paciente, de dónde viene (domicilio, barrio), si está casado, tiene hijos o nietos, si está temeroso de lo que le van hacer o vive la hospitalización sin problemas, si dejó fuera asuntos pendientes importantes, si es fundamental para él, para su trabajo, para su negocio, el saber cuándo le van a intervenir, etc.

La enfermera de hospitalización, por su parte, a lo largo de la estancia del paciente, puede haber registrado datos importantes acerca de la

experiencia, que considere de interés para la enfermera de atención primaria, ya sea sobre su situación personal, el proceso vivido, o bien, lo que será más común, los cuidados que el paciente precisará durante la convalecencia, curas y medicación, movilización, etc.

El equipo hospitalario tiene que tener en cuenta que determinados medicamentos utilizados habitualmente en el hospital, sobre todo aquellos referentes a curas, no son asequibles en atención primaria, bien porque se proveen sólo para hospitales, bien porque la Seguridad Social no los da con las recetas habituales, por lo que el médico de cabecera se verá obligado a cambiarlas por otras y el proceso de curación tal vez sufra un retraso.

Articular la forma de que hospital y atención primaria tengan el mismo acceso a los medicamentos no es de ninguna manera tarea de enfermería ni del equipo, pero no cabe duda que el equipo podrá influir en la administración para que articule una fórmula justa.

Tal vez sea una utopía soñar con el día en que el usuario al ingresar en el hospital sepa a qué piso va, a qué cama, e incluso el nombre de la enfermera de su área. Que sea recibido de forma personal y que la enfermera del centro de salud esté en comunicación con el hospital para saber cómo se siente. Que antes de salir del hospital tenga preparado todo aquello que necesita para seguir bien atendido, sin tener que sellar volantes ni esperar interminables citas. Ojalá que algún día dejemos al usuario vivir su hospitalización y el sistema sanitario haga todo lo demás.

En equipo profesional, interprofesional y en coordinación con instituciones

La *reforma de la atención primaria* pasa por la integración de otras disciplinas y otros profesionales en el hipotético equipo de salud.

Esta integración supone un proceso difícil en el que es preciso un compromiso serio por parte de la institución sanitaria y de los mismos profesionales.

Tras muchos años de un nivel de atención primaria en el que se puede decir que sólo existían dos personajes, el médico y la enfermera, y éstos con unos roles muy definidos, va a ser difícil aceptar a otros, repartir el poder, asumir cada uno su campo, permitiendo también un lugar al «otro», sin por ello parcelar al usuario.

Habrá que aceptar que el reto es difícil y que, aunque por una parte es

preciso una legislación que regule esta integración, está claro que los decretos y las órdenes no cambian actitudes, y que será preciso plantearse una fase de reflexión y formación que ayude a todos a dar el salto.

La Ley General de Sanidad plantea el trabajo en equipo como una de las bases del sistema sanitario y considera imprescindible la integración de diferentes disciplinas con el objetivo común de mejorar la calidad de vida, integrando *profesionales diferentes* que, desde perspectivas complementarias, estudien al individuo de forma integral, sin parcelarlo, es decir, en equipo.

En equipo investiguen, planifiquen, diagnostiquen, evalúen, con una clara definición de roles y de competencias, teniendo momentos de diferenciación profesional y momentos de integración, encontrando lugares de actuación en equipo profesional y otros para la actuación aislada.

Y sumado a esta configuración de equipo multiprofesional y como consecuencia de una concepción de salud dependiente asimismo de factores ajenos al sistema sanitario, la configuración en equipo de instituciones, donde desde diferentes competencias relativas a la salud también diagnostiquen, programen, actúen y evalúen juntos.

Y, por último, la comunidad, receptora del servicio, asume también un lugar activo en el sistema sanitario y participa también en el equipo, desde el conocimiento de las necesidades por ella sentida, de las prioridades por ella valoradas, de las peculiaridades propias, y con ello configura el equipo total de quienes desde diferentes lugares, con diferentes conocimientos, pero con los mismos objetivos, se proponen crear una sociedad más sana, o lo que es igual, más libre y más feliz.

Sería utópico pensar que todo esto es tarea fácil, que el solo deseo de alcanzar una meta común de salud para todos, evita las dificultades del camino, las dificultades del equipo, etc. Sin embargo, no cabe duda que cuando la tarea está clara y unificada para todos, es más fácil superar las dificultades.

Durante los últimos años se ha hablado mucho de «equipo», de «trabajar en equipo». Sin embargo, pasados unos años de práctica, de una nueva forma de atención a la salud, hoy se puede decir que son pocas las experiencias que responden realmente a un auténtico trabajo en equipo.

En la mayoría de las situaciones se han conformado grupos de profesionales unidos por su titulación, frente a otros grupos profesionales, asumiendo posiciones muchas veces enfrentadas y convirtiendo los tiempos grupales en lugares de reivindicación laboral, profesional, etc.

Esta situación, aunque no es para nada beneficiosa, tiene que ayudar

a reconocer que el trabajo en equipo había sido algo fantaseado, algo que iba a aparecer por el mero hecho de desearlo, de decirlo, que de la noche a la mañana profesionales diferentes que habían estado en lugares diferentes, con competencias que configuraron roles de poder, o de subordinación, pasaban a sentarse juntos en una mesa y a discutir temas desde diferentes perspectivas profesionales y sin ningún tipo de roces.

Tal vez por ello es necesario acercarse al análisis de esas dificultades que impidieron que el trabajo en equipo fuera una realidad. Ese análisis llevará indefectiblemente a la necesidad de aprender qué es realmente el trabajo en equipo, cuáles son sus fases, cuáles sus objetivos, cuáles sus dificultades y, desde allí, desde el conocimiento científico del equipo, poder ir elaborando las bases de la práctica, previniendo los problemas y allanando de alguna manera el camino para su conformación.

Este apartado intenta adentrarse, aunque de forma un tanto superficial, a la teoría grupal.

Introducción a la teoría grupal

La vida del hombre transcurre en grupos. Desde el momento en que nace, pertenece a un grupo familiar, por la ideología familiar pertenece a un grupo político, religioso, y en el transcurso de su vida formará parte de grupos deportivos, culturales, laborales, etc.

Sin embargo, aunque vive en grupo, no tiene conciencia grupal. La conciencia grupal la adquiere cuando la tarea es explicitada, se hace evidente.

En el campo de la salud la conformación del grupo de trabajo multidisciplinar será imprescindible para concebir al hombre de una forma integral.

El profesional, sea médico o enfermera, necesitará la visión del otro, ya que su visión profesional será parcelada.

Cada uno va a entrar en el grupo aportando su propia historia y su personalidad, y en el grupo vivirá sus fantasías, sus ansiedades. Esto, que cada cual va a vivir dentro del grupo, va a formar una red que conformará la estructura grupal, el esquema grupal. Esto será lo que conforme el grupo y no la unión primaria de los miembros.

Los miedos, las fantasías de cambio, la ilusión de estar en grupo, todo esto de lo que no se habla, pero que está ahí, conformará el esquema grupal.

El paso del esquema individual al esquema grupal lo hará cada uno en distintos momentos.

Para unos será más fácil este paso, para otros más difícil. Dependerá de su resistencia al cambio , resistencia que afectará a muchos niveles del individuo, ya que el hombre vive en grupo, pero no tiene conciencia grupal. Cuando la tarea se evidencia y el «estar» en grupo es innegable, el hombre siente a la vez deseo y rechazo a la experiencia. Miedo a perder su identidad individual y a la inmersión en una identidad grupal, miedos que pueden ser conscientes e inconscientes.

Algunos se refieren a la forma de actuación. El tímido tendrá miedo a que le obliguen a participar, el autoritario miedo a tener que aceptar la opinión general, el triunfalista miedo a compartir la gloria.

También estará presente el miedo a la pérdida de poder, del poder del conocimiento, así como el miedo a que se conozca su ignorancia. Y por debajo de esto, de forma inconsciente, miedo a lo nuevo que pueda surgir de uno mismo en una nueva estructura grupal.

Todo esto configura la resistencia al cambio, todo esto hay que asumirlo y hablarlo si se quiere realmente trabajar en equipo para cuidar de forma integral la salud de la población.

El análisis de las dificultades grupales ha llevado a los expertos en el tema a plantear que en el proceso grupal intervienen factores con un gran peso en el proceso y capaces de hacer fracasar la experiencia si no se tienen en cuenta.

Estos factores son:

— La historia.
— La afectividad.
— La ideología.
— Los niveles de poder.
— Las diferencias salariales de función, etc.

La historia

Si los individuos han pasado ya por experiencias grupales, muchas de las dificultades se obviarán. Si la enfermera ya trabajó en equipo, y supo lo que era compartir una tarea, sea profesional o de otra índole, es muy posible que eso facilite la experiencia. Si el médico por su parte ha vivido experiencias de grupo, también se facilitará. De igual forma, si las experiencias vividas fueron desafortunadas, el deseo de revivir algo parecido tal vez haga a los individuos encerrarse en sí mismos y no inmiscuirse realmente.

La afectividad

El trabajo en equipo significa para algunos algo parecido a trabajar entre amigos, a compartir cosas, discutir juntos. El equipo tiene consonancias agradables, como trabajar en armonía, lejos de peleas. Uno se imagina el trabajo en equipo como algo que se lleva a cabo en medio de la cordialidad, y ese aspecto que tiene que ver con la afectividad también está presente entre quienes abordan la experiencia grupal.

Para unos esa posible afectividad que surgirá en el grupo, esos lazos de amistad, esa armonía será un elemento de indiscutible atractivo según haya sido su vida o lo sea en esos momentos.

Para otros, ese aspecto carecerá de importancia y el trabajo lo enmarcará en algo cerrado sin que en él intervengan necesariamente otros aspectos que no sean los estrictamente laborales.

La afectividad y su contrapartida, el rechazo, aparecerán reales o fantaseados en los miembros del grupo, así como la necesidad de ser admitido o el miedo a ser rechazado por diferentes motivos: titulación, calidad en el trabajo, etc.

La ideología

La reforma sanitaria se encuadra o es consecuencia de una determinada ideología. De igual forma, trabajar en equipo, en coordinación, desde el aprovechamiento de todos los profesionales, pertenece a una determinada ideología diferente al trabajo rígidamente jerarquizado, donde alguien dirige y el resto obedece, donde las relaciones entre estamentos están perfectamente marcadas y limitadas, donde ni el poder, ni la información, ni el conocimiento están repartidos.

Los miembros del equipo no tienen por qué tener la misma ideología. A los equipos de salud de atención primaria algunos llegan con la idea de trabajar de otra forma, de dar una atención integral, partiendo de la riqueza del trabajo en equipo, absolutamente dispuestos para la experiencia.

Otros llegan porque esa es la oferta que les hace la administración y aun sin tener ningún prejuicio sobre el trabajo en equipo tampoco lo consideran imprescindible. Estas personas estarán dispuestas a esa forma de trabajar, siempre y cuando no les suponga un esfuerzo adicional, en cuyo caso preferirán volver a viejos esquemas individualistas.

Otros llegan a los equipos de atención primaria desde posturas totalmente enfrentadas a ese planteamiento. Llegan porque sus puestos, en la reforma de la atención primaria, tienden a ser extinguidos, van perdiendo poder adquisitivo y se ven forzados a entrar en los equipos, o bien porque, cercana ya la jubilación, quieren llegar a ella con mejores condiciones económica.

La ideología de la institución también influirá en el trabajo en equipo. Las instituciones tiene su propia ideología, y muchas veces el equipo se encontrará en situaciones en las que como miembro de la institución habrá de llevar a cabo actuaciones que no son aceptadas por la comunidad en la que trabaja ni por él mismo.

Escuchar la demanda de la población y pensar que esa va a ser la guía de trabajo del equipo de salud suele ser la primera desilusión y el primer choque con la comunidad.

Descubrir que la institución sanitaria tiene sus propias prioridades, al margen e incluso contrarias a las prioridades de los usuarios, le llevará a situaciones críticas. Entonces se corre el riesgo de no querer escuchar la demanda de la comunidad ante la imposibilidad de darle respuesta, o por el contrario analizar en equipo que la institución puede ir transformando sus propios esquemas y que esa transformación, aunque lenta y difícil, sólo se llevará a cabo desde la demanda de los equipos y la exigencia de la sociedad.

Al hablar igualmente de ideología de la comunidad en la que se trabaje, habrá que referirse prioritariamente a la ideología de los grupos representativos de esa sociedad, es decir, los representantes comunitarios, con los que en determinados momentos el equipo coordina. Es evidente que la ideología de éstos condicionará para bien o para mal el trabajo en equipo.

Los niveles de poder

Los niveles de poder condicionan la efectividad, la posibilidad del trabajo en equipo.

— El poder instituido, el jefe.
— El poder del líder.
— El poder del conocimiento.
— El poder imaginario, el que se le atribuye a alguien.

Existirá un poder instituido, el del director o coordinador del equipo, que, según la ideología de la institución, recaerá en una u otra persona, en una u otra profesión, configurando de esta manera una opción.

La ocupación de puestos de poder, tradicionalmente en la clase médica, entra en discusión con la incorporación de otros profesionales diferentes en el sistema sanitario. El mantenimiento del poder sin discusión en ese profesional estará tal vez en discordancia con la idea de equipo, con la valoración por igual de diferentes profesiones, de diferentes disciplinas en el abordaje de temas de salud.

El poder del «líder», que no ha de ser forzosamente el director o el coordinador, sino aquel miembro que por diferentes motivos mueve al grupo.

El poder del conocimiento también jugará en la conformación del equipo.

El conocimiento de aquel a quien tradicionalmente no se le reconoce, como el conocimiento de la enfermería de campos nuevos, planificación, investigación, nuevas prácticas, que no son reconocidas por otros grupos profesionales, pero al mismo tiempo no pueden ser negadas desde la evidencia, plantea situaciones difíciles en determinados profesionales, tradicionalmente superiores.

Las diferencias salariales, de función, etc.

Las diferencias salariales dentro del equipo traerán como consecuencia dificultades a la hora de asumir competencias.

La valoración de la tarea como igual y el salario diferente creará conflictos. El saber que otro con menos trabajo, o con un trabajo que se considera menos duro, percibe sueldos muy superiores, impedirá en muchos casos la configuración del equipo.

El trabajo en equipo se confunde con mucha facilidad con la igualdad de competencias: «si trabajamos en equipo, cualquiera puede hacer cualquier tarea». Ese error puede llevar a poner en manos de trabajadores menos cualificados determinadas cargas, o cargar a personas con titulaciones inferiores de responsabilidades superiores, superiores no sólo a su nivel sino también a su sueldo.

¿Por qué me toca a mí tal tarea? ¿Quién hace lo que nadie quiere hacer? ¿Por qué siempre van a lugares gratificantes las mismas personas? ¿Por qué yo no obtengo las mismas facilidades que los otros para hacer cursos, ir a congresos?

Preguntas como éstas surgen a menudo y evidencian las diferencias internas, diferencias de función, de poder, de responsabilidad, y pueden dificultar seriamente el trabajo en equipo.

Para superar estas dificultades y las anteriormente enumeradas, el primer paso es definir claramente la tarea.

La tarea será la que justificará y dará contenido al trabajo en equipo.

Sin embargo, en muchas ocasiones, aun estando claramente definida la tarea, surgen enfrentamientos, desánimos, envidias, es decir, empieza una situación que lleva con facilidad al fracaso.

Es necesario en estos casos, y conveniente en todos los demás que el grupo sea consciente de que, además de la tarea que les ha reunido necesitarán llevar a cabo otra tarea de forma paralela. Esa tarea será la configuración del equipo.

Será necesario encontrar un tiempo dentro del trabajo y un lugar donde reunirse y hablar de las dificultades del grupo, de las dificultades internas que le impiden trabajar. Para ello será necesario que el equipo cuente con el apoyo de profesionales expertos en dinámica grupal.

No cabe duda que para muchos, esto supone algo demasiado nuevo, y tal vez lo consideren innecesario. Pero un análisis superficial de la experiencia de los equipos de atención primaria, de las dificultades, de los enfrentamientos y de la gran cantidad de horas perdidas o desaprovechadas, llevan a la conclusión de que una inversión de apoyo a la configuración de los equipos tendría una alta rentabilidad en el desarrollo de las acciones.

A continuación, y teniendo como eje la enfermera, es necesario revisar las diferentes instancias grupales por las que pasa.

La enfermera trabaja en equipo con otras enfermeras

«La enfermera, miembro de un equipo profesional.» Hasta tiempos cercanos esa concepción tuvo una interpretación especial. La enfermera del ambulatorio se sabía miembro de un grupo profesional con el que compartía los problemas, los cafés, los ratos libres y la tabla de reivindicaciones. Sin embargo, su trabajo como ayudante del médico en la consulta no respondía a un esquema unificado, sino que cada profesional trabajaba según el estilo de «su médico». En consecuencia, el contenido del trabajo tenía poca identidad con la profesión de enfermera, por lo que la necesidad de coordinación se hacía innecesaria.

En la actualidad las nuevas competencias de la enfermería de atención primaria, su lugar de atención directa a la comunidad, le obligan a

planificar su trabajo, a programarlo, evaluarlo, supervisarlo, y todo ello no de forma individual, sino dentro de un equipo profesional.

La configuración del equipo profesional es en estos momentos de capital importancia, ya que sólo en equipo se puede ir creando una «identidad profesional» y una identidad frente a los demás profesionales y frente a la sociedad, una identidad que no se creará desde posturas individuales, sino desde la configuración de un «algo» que las unifique y las diferencie del resto.

Es importante que la enfermería tenga claro lo que *de diferente* ofrece al equipo para la atención y el cuidado de la salud, lo que aporta como enriquecedor a la medicina, a las ciencias sociales, a la psicología, o cuál es su referente teórico y práctico que lo configura e identifica.

El colectivo de enfermería no es de ninguna manera un colectivo homogéneo. En sus filas se encuentran profesionales diferentes, diferentes por la edad, sexo, lugar de trabajo y, lo que es más importante, diferentes desde la filosofía de la profesión, desde la teoría de qué es y cuál es la función de la enfermera.

La formación de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y la de los Diplomados Universitarios de Enfermería, es en algunos aspectos diametralmente opuesta, no tanto en los conocimientos prácticos, sino en la concepción de la profesión, en su valoración dentro del sistema sanitario, su capacidad de autonomía, etc. Sin embargo, eso que pudo marcar enfrentamientos entre unos y otros, se ha ido salvando a su vez, desde la formación, desde los cursos de nivelación que pusieron al alcance de todos los conocimientos, así como desde las comisiones de docencia o desde las diferentes asociaciones e instituciones que durante los últimos años han ofertado todo tipo de cursos, seminarios, congresos, siempre inferiores a la demanda, pero que ayudaron a entablar un diálogo y a unificar criterios.

La configuración del equipo profesional, no sólo en atención primaria, sino en cualquier lugar donde existan enfermeras, pasará por el apoyo solidario de quienes, por tener las ideas más claras y conocimientos más amplios, han de ponerlos a disposición incondicional de los demás, de forma que, juntos, evitando en lo posible las luchas internas, se llegue a esa identidad que el colectivo necesita.

La enfermera trabaja en equipo con auxiliares de enfermería

Mientras que en el hospital la presencia tradicional del auxiliar de enfermería ha ido definiendo roles, competencias y la dinámica del equipo, en la atención primaria esta presencia no está siendo ni remotamente habitual.

En los ambulatorios y consultorios de la red pública, las competencias del auxiliar o del profesional de enfermería no tenían hasta ahora diferenciaciones claras, ya que de igual forma podía ayudar a pasar consulta una enfermera que una auxiliar, puesto que el contenido no era específico de ninguna de ellas.

Hoy en los equipos de atención primaria no existen más que de forma aislada auxiliares de enfermería en proporción muy limitada, existiendo equipos en los que sólo existe una. Es difícil, así, que este trabajador aislado, y en un lugar de menor poder dentro de todo el equipo, pueda definir su lugar. Pero al mismo tiempo, hoy se está ocupando a auxiliares de enfermería en tareas administrativas repitiendo el viejo esquema de la enfermera. En algunos equipos el auxiliar de enfermería ha pasado a asumir el lugar de escribiente que dejó la enfermera, y desde su aislamiento y su falta de apoyo no es fácil que encuentre otro lugar.

Hoy se están abordando campos nuevos que irán mostrando las tareas, los perfiles, los matices y, desde allí, definiendo las competencias.

El programa de salud escolar, el cuidado del anciano a domicilio, el control del crecimiento y desarrollo del niño sano y muchos otros, han de ser abordados por enfermeras y auxiliares de enfermería, juntos aprender y enseñar, y juntos descubrir qué competencias debe asumir cada cual, desde una perspectiva de garantía de calidad y de aprovechamiento de recursos, sabiendo que conformamos un equipo íntimamente relacionado y que el tándem enfermera-auxiliar de enfermería no es un equipo multiprofesional, sino un equipo profesional.

Mientras la Administración no decida incorporar de lleno a los auxiliares de enfermería en la atención primaria, las enfermeras han de ir abriendo campos de cuidados realmente necesarios y, desde esa demanda que irán despertando, exigir a la Administración, con datos, con cifras, con informes serios de la situación, la necesaria presencia de los auxiliares, la necesaria presencia de los compañeros.

En el caso en que la enfermería cierre los ojos a determinados cuidados tales como la higiene del encamado en su domicilio, u otros por considerarlos «impropios» de su nivel, correrá el riesgo de que un día se encuentre que, por otra institución, por otra vía, llegue a la cabecera del encamado un trabajador diferente, descoordinado con ella y con unas pautas de actuación absolutamente ajenas a la enfermería.

Pero ese riesgo es irrelevante si tenemos en cuenta otro: el riesgo de que lo que la enfermera no asume, no lo asume nadie, y al final y como

siempre hay alguien en algún lugar que multiplica sus dolores y sus sufrimientos porque nadie se acerca a cuidarle.

La enfermera trabaja en equipo con médicos

Sobre la relación médicos-enfermeras existen en atención primaria demasiadas versiones. Por una parte hay una historia reciente de roles perfectamente diferenciados donde no existía duda acerca de quién estaba a las órdenes de quién y, por otra parte, una historia actual de enfrentamientos, consecuentes a los cambios que las enfermeras están llevando a cabo a la búsqueda de un lugar propio y que están deteriorando en gran manera esta relación.

Para poder entender la situación es necesario que la enfermería no olvide su historia, al igual que no debe olvidarla ningún colectivo.

A la enfermera le enseñaron a ser un buen auxiliar del médico, y eso creó una relación de subordinación que persistió durante décadas, en un sistema sanitario que aceptaba como natural la hegemonía de un grupo profesional.

Hizo falta que se transformara el concepto de salud, que irrumpieran en su análisis otras ciencias y otras teorías para que ese grupo hegemónico se viera obligado a transformar algunos de sus esquemas.

Pero las transformaciones nunca son fáciles. Es preciso romper viejos esquemas, cambiar actitudes y hasta la propia concepción de la profesión.

Hoy las enfermeras vislumbran un lugar en la atención y el cuidado directo a la salud de la comunidad, y luchan por obtenerlo. En esa lucha a veces han de enfrentarse con otros profesionales que a su vez heredaron viejos esquemas.

Sin embargo, en estos momentos de transformación, la enfermería corre el riesgo de culpar a la clase médica de todos sus problemas.

Es demasiado fácil asumir el lugar de víctima impotente ante las situaciones, aunque con esa postura pierda la oportunidad única de un lugar relevante en la atención primaria.

Hoy, cuando la situación cambia, todos ponen algo de su parte para impedirlo. La resistencia al cambio no existe solamente en un grupo profesional, sino que también está dentro de la propia enfermería.

Cambiar de lugar, asumir nuevas responsabilidades, es un reto demasiado grande para algunos y la imposibilidad o la incapacidad para llevarlo a cabo les puede llevar a culpar al otro de lo que uno no desea asumir.

No cabe duda que los compañeros médicos han de superar sus dificultades y aceptar a la enfermería como una profesión diferente y autónoma. Pero ésta, por su parte, ha de superar también las suyas y prestarse a definir su identidad y su lugar.

Se parte de una situación difícil, para lo cual es necesario plantearse una estrategia, y esta estrategia pasa por que la enfermera, primeramente, se sienta segura de su aportación al equipo.

La experiencia ha demostrado que sólo cuando hay un proceso de aprendizaje serio se llega a la seguridad en la propia tarea, y es entonces cuando, desde la seguridad en sí mismo como profesional, se puede participar en equipo y aportar, criticar, animar y ser un miembro más.

La formación es la base para la integración en el equipo, formación que unas veces será específica para el colectivo y otras será compartida con el resto de los profesionales, no sólo médicos y enfermeras, sino todos los que trabajan en atención primaria con los que también se vive una experiencia grupal.

La enfermera trabaja en equipo con otros profesionales de la salud

El trabajo con nuevos profesionales, trabajadores sociales, farmacéuticos, psicólogos, sociólogos, etc., va a ser para los viejos profesionales de la atención primaria una oportunidad única de ampliar sus propios conocimientos, de transformar determinadas actitudes de grupo cerrado y de abrirse al conocimiento de otros aspectos de la salud, que, tal vez desde su visión profesional única, nunca llegarían a conseguir. Pero esa oportunidad puede truncarse desde las dificultades que el viejo equipo pueda poner a esa integración, desde la defensa de los viejos lugares desde las dificultades de cambio, del miedo a lo desconocido, desde la inseguridad, la ignorancia, etc.

Conocer el diagnóstico social de nuestra zona, descubrir que el desempleo o la droga generan la mayor carga de enfermedad y que contra ello la medicina y la enfermería poco pueden hacer, puede llevar a estos grupos profesionales a la negación de esa realidad y a seguir buscando en otros factores la causa de las recaídas.

Culpar al enfermo, incapaz de dejar de fumar, de todos sus problemas, es olvidar lo que el tabaco puede producir de bienestar psíquico. Ignorarlo es no entender que la salud es un concepto integral.

Negar que el miedo a historias propias o ajenas, vivencias reales o fantaseadas, pueden influir en el embarazo y convertir a éste en un proceso patológico, es desconocer el mundo psicológico del ser humano.

La enfermería, como la medicina, corre el riesgo de cerrarse en su vieja historia, y aunque defina de puertas afuera la integridad de los cuidados, lo olvide en la práctica diaria.

También los profesionales de la psicología, de la sociología, los trabajadores sociales, tendrán un proceso de integración al equipo con dificultades, luchas por el poder, etc. Pero las dificultades de unos y otros se reducirán o se reconducirán si existe un tiempo y un espacio donde analizar la experiencia grupal y las dificultades que vayan surgiendo, para, desde ese análisis, ir acercándose a la tarea.

El equipo de salud trabaja en equipo con otras instituciones

Desde la concepción de la salud como condicionada a diversos factores físicos, psíquicos y sociales, y en la búsqueda de una mejor atención a la salud individual y comunitaria, el equipo de salud tendrá que llevar a cabo un gran número de actividades en coordinación con otras instituciones: la institución escolar, la administración local, las asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, residencias de ancianos, coodinadoras de barrios, etc.

Las dificultades existentes en los equipos multiprofesionales y en todos los equipos se repetirán aquí con características similares, y tal vez en muchos casos serán más difíciles de reconducir que en el equipo de salud.

La lucha por el poder, las luchas políticas, la utilización de los temas para otros intereses, aparecerán en la coordinación interinstitucional, y será necesario conocer esas situaciones para saber articularlas y prevenirlas.

El conocimiento de la teoría institucional y su dinámica ayudarán a interpretar los movimientos de ésta.

Por otra parte, para garantizar el éxito de la coordinación institucional es necesario tener claro que, cuando un miembro del equipo de salud acude como representante a reuniones de coordinación con instituciones diferentes, ya no representa a una profesión sino a un equipo, y habrá de olvidar o dejar de lado su identidad para asumir la identidad del equipo.

Abierta a la participación ciudadana

Para terminar este capítulo del trabajo en equipo consideramos de interés abordar un tema que no resulta fácil por tener unas características muy específicas.

Es difícil saber si la participación ciudadana en el campo de la salud supone convertir a la comunidad en un miembro más del equipo, ya que la ciudadanía tiene sus propias reglas, intereses, y su lugar es otro. Pero, sin profundizar excesivamente en esa duda, parece apropiado abordar el tema de la participación ciudadana desde las consecuencias o los efectos que puedan tener para los trabajadores de la salud y para la enfermería como un miembro más.

La posible participación de los usuarios en el sistema sanitario podría llegar a ser para los trabajadores del mismo una transformación de incalculables consecuencias.

El mundo de los sanitarios es un mundo fabricado a su medida, lleno de barreras para todo aquel que no pertenezca al medio, es un mundo con vocabulario propio, incomprensible para el intruso.

Es un mundo que basa su autonomía en la confianza ciega del paciente, confianza que éste ha de depositar aunque el sanitario no se la haya ganado.

Es un mundo en el que el usuario tiene todos los deberes y donde durante mucho tiempo se le negaron todos sus derechos.

De todos es conocido el «para eso pago» del usuario, pero ese «para eso pago» nunca se ha entendido como un principio que debería mover los cimientos de la institución sanitaria.

De igual forma que el «para eso pago» ha llegado el capítulo 43 de la Constitución y su «derecho a la salud». Pocos sanitarios son conscientes de que el derecho a la salud atañe a toda su forma de actuar, a su trabajo, a su actitud. Más bien, ese derecho a la salud se defiende como usuario, pero no se asume como trabajador.

Los sanitarios en muchos casos se han planteado a lo largo de la historia su trabajo desde una cierta actitud benefactora, caritativa, de entrega. Estos planteamientos tal vez tuvieron su valor, cuando médicos y enfermeras, a veces voluntarios, a veces con sueldos de hambre, se dedicaban en cuerpo y alma a los enfermos. Hoy, con sueldos fijos, con un pago religioso por parte del asegurado para cubrir sus servicios, la idea de apoyo caritativo deja paso a una obligación de dar al usuario el servicio por el que paga, tanto desde sus descuentos en la nómina como desde sus impuestos. El «derecho a la salud» no habla ya de caridades ni de entrega desinteresada, sino de obligaciones del trabajador y derechos del usuario.

Queda al margen de estos razonamientos la actitud del trabajador, actitud personal de generosidad ante el enfermo, de entrega, de afecto, de dar a veces más de lo que éste paga, de interés profesional por él. Pero

todo esto, una vez cubierto aquello a lo que el usuario, desde su condición de ciudadano, tiene derecho.

Hoy la Ley General de Sanidad plantea unos cauces de participación ciudadana en el campo sanitario, y todos los trabajadores de la salud se verán afectados por ella, ya que no se entiende la participación ciudadana como cumplimiento de sus obligaciones como enfermo o como receptor de unos servicios sanitarios, sino como persona que exige unos derechos.

Los sanitarios, médicos, enfermeras, celadores, han creído siempre saber lo que conviene al usuario. Cuando éste se queja es un pelma; cuando reclama un inculto; cuando no entiende un ignorante.

Pasar de esa postura a la de tener claro que el usuario tiene derecho a saber, a preguntar, a recibir respuestas claras, a pedir responsabilidades, va a suponer para muchos una dificultad muy grande.

La participación es un hecho en el papel. Antes o después se irán conformando los diferentes núcleos de participación, y ante este hecho irreversible el sanitario debe prepararse. Y prepararse supone hacer previamente un análisis de la situación de nuestro país.

España ha vivido durante cuarenta años una dictadura donde los cauces de participación no fueron considerados por muchos ciudadanos como representativos.

Prohibidas las asociaciones políticas, inútiles los sindicatos, los españoles fueron creando desde las bases sus propias formas de participación.

Las asociaciones, muchas veces con identidad declarada diferente a la actividad que se llevaba a cabo en ellas, fueron lugares de reunión de los ciudadanos descontentos del régimen, y desde allí, unas veces clandestinamente y otras más a las claras, intentaban modificar la situación.

La participación era una actitud personal y suponía un compromiso. Su objetivo en la mayoría de los casos era el de enfrentarse al régimen e ir preparando las bases de una ¿revolución?, ¿reforma?, ¿cambio social?, etc.

Siempre se asociaba al individuo desde la base e iba dirigido hacia la lucha contra el poder establecido. Para ello hacía falta motivar, hacía falta salir a la calle, ir a los grupos, a los lugares de trabajo y desde allí ir formando grupos interesados en cambiar la situación.

En el campo sanitario también hubo grupos de profesionales que por la vía de su trabajo fueron a los barrios, organizaron consultas gratuitas, dispensarios, con idea de movilizar a la población y de transformar la situación.

Otros grupos, que también salieron fuera de los muros del hospital y del ambulatorio, tenían como único interés el llevar un servicio a donde el sistema no llegaba, las comunidades marginadas, los gitanos, los pobres, los inmigrantes.

La democracia trajo consigo que muchas de esas organizaciones desaparecieran por ser ya innecesarias o se institucionalizaran y pasaran a formar parte de la estructura social. Pero también con la democracia surgieron organizaciones para defender los derechos de la salud de los ciudadanos, como las coordinadoras de barrios, organizaciones que se movilizaban para un determinado fin: abrir un hospital, crear otro tipo de servicios sanitarios, o la organización que exigía los derechos de los afectados por el envenenamiento de la colza.

La participación a lo largo de todo este tiempo fue, por tanto, de abajo arriba, generalmente teniendo como opositor al Gobierno, y para temas puntuales. Ahora surge una nueva situación: la Ley General de Sanidad plantea la necesidad de la participación comunitaria dentro de su estructura sanitaria.

Ahora es de arriba abajo como se propicia la participación, se definen los cauces, el nivel de participación, la andadura de un nuevo camino.

Pero el objetivo de este capítulo no es hablar de lo que supone para la sociedad participar, sino de lo que supone para los «sanitarios» que la comunidad participe.

Primeramente la participación comunitaria es una *opción ideológica*, y si la enfermera no comparte esa opción difícilmente podrá aceptar los inconvenientes y descubrir las ventajas de la misma.

La opción ideológica supone aceptar que la participación del usuario es positiva a diferentes niveles:

- Como control de calidad del sistema sanitario, al haber alguien a quien rendirle cuentas.
- Como compromiso por parte de la sociedad en los programas que sería imposible llevar a cabo sin su participación.
- Mejor conocimiento de los problemas de la zona en la que trabaja. (El aporte de la comunidad no es, o al menos no tiene que ser el aporte técnico de quien sabe lo que hay que hacer, sino el aporte de quien sufre los problemas y, aunque no sabe la forma de solucionarlos y éstos los deja al sanitario, quiere plantear lo que considera prioritario.)

¿Qué pasará cuando los intereses del sanitario y los de la comunidad se enfrenten (mejor atención, horario diferente, más trabajo en la calle, etc.)?

Un vecindario informado que exige puede ser un interlocutor difícil para un equipo inseguro. Ante esto la única respuesta posible será:

— Ser un profesional de calidad, conocedor de su campo, que domine perfectamente éste.
— Tener capacidad de crítica y de autocrítica.
— Capaz de amoldarse al trabajo en equipo.
— Capaz de defender su campo ante una posible demagogia participativa.
— Con capacidad de cambio.
— Con seguridad.
— Que ha optado ideológicamente por la participación.
— Dispuesto a la evaluación constante.
— Dispuesto a aprender del usuario.
— Dispuesto a enseñar al usuario.

Los caminos para la participación ciudadana en el campo sanitario dependerán de diferentes factores: la Ley General de Sanidad y su articulación, las organizaciones comunitarias, la actitud participativa de la sociedad, etc.

Pero el lugar del sanitario siempre será el de quien informa y enseña a la población el máximo acerca de su salud y de la de los suyos.

Desde la *información-educación sanitaria* y respetando los tiempos, los intereses, las prioridades de la comunidad, se va creando en el individuo la cultura de la salud que le enseñe cuáles son sus derechos, cuáles sus obligaciones.

Para ello el lugar del sanitario es el lugar de la atención integral al usuario, atención en todos los procesos, explicándole cuál es su problema, por qué tiene ese problema, los motivos, las complicaciones que puede tener, los medios a su alcance, su parte en el cuidado.

Con un lenguaje claro y práctico, enriquecido su vocabulario, sin meterle en un laberinto de palabras inútiles, de forma que la *información* le haga más conocedor de sus derechos y de sus deberes, y él de forma individual o colectiva, según sus prioridades, participe.

Cuando esto se lleve a la práctica, los sanitarios deberán estar preparados. De lo contrario, podrían confundir a una comunidad exigente con una comunidad enfrentada.

4

La educación para la salud, el instrumento básico de la enfermera comunitaria

1. INTRODUCCION

Educación para la salud es la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual o colectiva, que tiene como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción, relacionados tanto con su salud, como con la de su familia y comunidad.

El objetivo fundamental de la *educación para la salud* es incrementar en la población la *cultura de la salud.*

Los individuos, los grupos, las comunidades, tienen desde su nacimiento, y condicionados por su situación económica, social, política, geográfica, un determinado «saber» acerca de la salud.

Este «saber» está compuesto de conceptos teóricos acerca de la salud y de la enfermedad, hábitos para promoverla y para mantenerla, unas determinadas prácticas para recuperarla, una valoración propia de la vida, la enfermedad, la muerte, la subnormalidad, la locura. Este «saber» acerca de la salud va creciendo a lo largo de la vida por distintas vías: la familia, la escuela, los medios de difusión, etc., que a su vez están condicionados por el desarrollo social, político y económico del país al que pertenecen.

Desgraciadamente el desarrollo económico no ha ido siempre a la par con un desarrollo cultural en el tema de la salud, y muy al contrario, ha generado en la población hábitos perniciosos, desequilibrios ecológicos, desigualdades sociales y un menosprecio de la salud, tanto individual como colectiva.

La *educación para la salud* ha sido un tema olvidado y relegado, no sólo por la institución sanitaria sino por la administración en general, tanto en la escuela como en la universidad, en el medio laboral o en los medios de comunicación.

El ciudadano de hoy, abrumado por la sofisticación del sistema sanitario, perdidos u olvidados hábitos y prácticas tradicionales para promover su salud, prevenir la enfermedad, para curarse, es un personaje pasivo que ha delegado su salud y la de los suyos en el sistema sanitario.

El sistema sanitario, a su vez, ha demostrado que la tecnología, los avances, la sofisticación, los hospitales, sin la participación activa y responsable de los individuos, no pueden hacer nada para elevar el nivel de salud de los pueblos.

Es necesario que los individuos, los grupos, la colectividad recuperen su lugar autónomo y responsable en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y reinserción social, y este lugar sólo puede ser recuperado o ganado por medio de la *educación para la salud.*

La institución sanitaria no tiene en exclusiva la tarea de la educación para la salud. Esta es tarea de todas las instituciones, ya que es deber de la Administración en general, de los gobiernos, proteger y elevar la salud de los pueblos.

Sin embargo, la institución sanitaria como receptora de la enfermedad, como lugar de escucha del desconocimiento, el error, los hábitos perniciosos, las actuaciones negativas, es quien mejor percibe la necesidad de la educación para la salud.

Es la institución sanitaria y los profesionales que en ella trabajan quienes reciben el producto del desequilibrio del hombre y su medio, unas veces por causas imprevisibles, y otras por causas que la información, el conocimiento o la prevención hubieran podido evitar.

Es por estas razones por las que debemos plantearnos que todos los estadios del sistema, así como todos los que en él trabajan, sirvan de medio para la *educación para la salud,* y el sistema sanitario se convierta en promotor y no en protagonista único de la *educación para la salud.*

Si partimos de que el objetivo fundamental y final de la institución sanitaria es elevar el nivel de salud de la población, es evidente que la participación de la población para el logro de este objetivo es imprescindible.

Para ello, para crear la participación activa de la población, es necesario ampliar sus conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, que se conozcan los riesgos de enfermar para que los prevengan, que se

adquieran determinados hábitos y prácticas saludables, que se sepan las posibilidades que individual y colectivamente se tienen de promover la salud de su medio, y que se conozcan, por último, el sistema sanitario que financian, la mejor utilización del mismo, sus deberes y sus derechos.

Aunque el resultado de la *educación,* en cualquier campo, es profundo, pero lento, su influencia en el desarrollo de los pueblos es incuestionable. Por tanto, la *educación para la salud* deberá valorarse al mismo nivel que la educación escolar, profesional o universitaria, y ser elaborada con bases científicas, con el aporte de las disciplinas necesarias y con el apoyo de la metodología más eficaz para cumplir su objetivo.

La *educación para la salud* deberá sustentarse en las teorías del proceso de enseñanza-aprendizaje, donde al aporte de la pedagogía sobre métodos y medios para transmitir la información se sumen los aportes de la psico-sociología acerca de la transformación de patrones culturales, la adquisición de nuevos conocimientos o los cambios de conducta.

La *educación para la salud* debe alejarse de concepciones simplistas, en las que la buena voluntad prima sobre la pedagogía y en las que cualquier persona, por el simple hecho de desearlo, realice, sin preparación ninguna, la tarea de educador.

Podemos plantear dos formas de *educación para la salud:*

— Educación sanitaria informal.
— Educación sanitaria formal.

Educación sanitaria informal

La recibida desde el nacimiento, en la familia por vía de la tradición, en la calle, en la sociedad en la que vive. En ella se incluyen mitos, técnicas sanitarias, prejuicios, miedos, prácticas, habilidades y actitudes.

Educación sanitaria formal

Aquella que proviene del sistema sanitario u otro sistema, laboral, escolar, etc. Sigue una programación con objetivos concretos y con una metodología más o menos simple o sofisticada.

Por estas dos vías se va conformando en el individuo la cultura de la salud. Esta cultura incluye su propia concepción de la salud, de la vida,

de la muerte, de las minusvalías, la locura, y no es sólo conocimiento de determinadas prácticas sanitarias.

Vamos a hablar solamente de la educación sanitaria formal.

2. METODOLOGIA

Hasta ahora y de forma muy generalizada, en el sistema sanitario se ha llevado a cabo la educación para la salud con métodos directivos, que se basan en una desigual relación entre quien posee el conocimiento casi absoluto acerca de la salud, y el ignorante, y casi siempre mediante órdenes autoritarias.

- Basándose en la bondad de los contenidos: lo que es bueno debe cumplirse.
- Basándose en la autoridad de quien lo dice.
- Basándose en la presión de que si se acude a pedir ayuda se está obligado a aceptarla.

La educación directiva normalmente sólo consigue un cambio de comportamiento temporal por obediencia, por miedo o por infinidad de causas. Pero si lo que se busca es introducir los conocimientos en el sistema de vida de esa persona para que dure de forma permanente, el objetivo no se consigue.

Método no directivo

La nueva pedagogía aportó a la tradicional aspectos fundamentales, que luego la psicología y la sociología irían enriqueciendo. Hoy sus teorías nos pueden servir de guía.

Para el concepto tradicional de que el alumno es un libro en blanco que hay que ir rellenando, la forma más efectiva era la enseñanza tradicional, unidireccional, donde el profesor, poseedor de la ciencia se encontraba frente al ignorante puro. Piaget dice que el individuo no es un libro en blanco, sino que es alguien que previamente ya tiene una información y unos conocimientos acerca de muchos temas. En el tema de la salud, su conocimiento, como decía antes, le viene como parte de la cultura recibida.

El proceso de educación, según la pedagogía moderna, pasa por la necesidad de que el docente aprenda el mundo de conocimientos del

individuo, su mundo cognoscitivo, condicionado por vivencias, sentimientos, afectos, etc., como base para poder aportar nuevos datos, datos que en muchos casos pueden estar enfrentados a sus conocimientos previos.

Las características del receptor —individuos, grupos, colectividades, de diferentes edades y condiciones—, unidas a los contenidos —unos de interés general, otros de interés específico de un individuo o grupo— nos llevan a la necesidad de elegir cuidadosamente métodos y medios educativos.

Contenidos de carácter general y para grandes colectividades precisarán de medios divulgativos, mientras que otros se deberán transmitir por medio de cursos o charlas, y algunos otros de interés individual precisarán de la entrevista individual.

Los métodos y los medios para la *educación para la salud* deberán condicionarse, por tanto, a:

- El contenido educativo.
- El receptor de la educación.
- El coste económico, de personal y tiempo.

Es claro que las informaciones individuales y de pequeños grupos son mucho más caras en personal, tiempo y dinero que los métodos divulgativos. Por tanto, siempre que una información pueda ser divulgada, deberá hacerse.

La educación para la salud se puede llevar a cabo de la siguiente forma:

- *Espontánea*. En la relación individual y/o familiar, ya sea en la consulta, en la visita domiciliaria, en el hospital, en cualquier lugar donde el profesional entre en contacto con el usuario.
- *En programa*. Estos programas pueden ser específicos de educación para la salud, o programas que con otros objetivos llevan implícita la educación sanitaria.

Debemos de intentar alejarnos de las charlas espontáneas, bajo supuesta demanda y que no estén inmersas en ningún programa, ya que una actuación educativa sin un conocimiento previo de la realidad, sin una programación de otras actividades, sin posibilidad real de ser evaluada, puede ser un despilfarro de recursos y una frustración de profesionales y receptores.

Todas las actividades educativas, exceptuando las orientaciones, informaciones espontáneas, etc., que se llevan a cabo en la relación interpersonal, deberán ser programadas, es decir, deberán formar parte de un programa con objetivos definidos en tiempos, métodos y contenidos.

3. CONTENIDOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

Promoción de la salud

a) *Alimentación y nutrición:*

— Alimentación sana y equilibrada en el medio familiar, escolar, laboral, grandes colectivos, etc.
— Higiene de los alimentos.
— Alimentación en los distintos estadios de la vida y en grupos de riesgo.
— Otros.

b) *Higiene:*

— Higiene individual y colectiva: vivienda, colegio, trabajo, grandes colectivos.
— Saneamiento ambiental.
— Higiene en las distintas fases de la vida. Higiene en grupos de riesgo.
— Otros.

c) *Hábitos:*

— El descanso, el ocio, la sexualidad.
— La automedicación.
— Hábitos en las distintas fases de la vida.
— Hábitos en los grupos de riesgo. Tabaco, alcohol, drogas, etc.
— Otros.

Prevención

— Inmunizaciones. Vacunas.
— Enfermedades transmisibles. Prevención de contagios.
— Accidentes.

— Seguridad en la casa, en la escuela, en el trabajo. Seguridad vial.
— Métodos preventivos en las distintas fases de la vida y en grupos de riesgo.
— Otros.

Recuperación de la salud

— Las enfermedades más comunes. El diagnóstico precoz.
— La importancia de cumplir el tratamiento.
— El contagio. Curación real, curación aparente.
— Las enfermedades más comunes en las diferentes fases de la vida y en grupos de riesgo.
— Otros.

Rehabilitación y reinserción social

— El crónico en la familia.
— El drogadicto.
— El minusválido.
— El papel de la familia y de la comunidad en la reinserción social.
— Barreras sociales. Barreras arquitectónicas.
— Rehabilitación y reinserción social de enfermos psíquicos y físicos.
— Otros.

Sistema sanitario español

— Seguridad social, administración local, sanidad, beneficencia.
— Utilización racional del sistema sanitario.
— Deberes y derechos del usuario.
— Vías de representación comunitaria en el sistema sanitario: juntas de gobierno, órganos de gestión, etc.
— Otros.

Esta relación es sólo una aproximación a los contenidos educativos en el campo de la salud.

Todos estos temas forman, a su vez, el contenido educativo de diferentes programas de promoción, detección, rehabilitación, etc., y están destinados a la población en sus tres vertientes:

— En razón de su mayor o menor agrupación: individuos, familiar, colectividades.
— En razón de su estadio vital: preescolar, primera infancia, escolar, adolescente, trabajador, desempleado, ama de casa, jubilado, anciano.
— En razón de estar comprendido en un grupo de riesgo: crónicos, diabéticos, hipertensos, etc.

4. MEDIOS PARA LA EDUCACION PARA LA SALUD

Nuevamente, insisto, los medios estarán condicionados a:

— Los contenidos educativos.
— La población receptora.
— Los medios económicos, de personal y tiempo de la institución.

Folletos o cuadernillos

Se utilizan para temas de carácter divulgativo cuyo contenido puede y/o debe ser de uso constante de la población.

Estos folletos, teniendo en cuenta la diferencia de niveles culturales y la unificación de la información, pueden ser tipo comics, con contenidos claros y asequibles a todos los niveles.

Su distribución sería individual, en consultas, en hospitales, y donde se pueda, de alguna forma, orientar acerca de su importancia.

Estos folletos o cuadernillos deben ir acompañados de carteles.

Contenidos:

— El sistema sanitario español. Deberes y derechos.
— Los accidentes, prevención.
— Vacunas, calendarios.
— Algunos contenidos generales sobre higiene, tabaco, drogas, etc.

Radio y televisión

La radio y la televisión deben, en lo posible, utilizarse para la educación para la salud, por su audiencia masiva y por su condición de empresas públicas.

La institución sanitaria deberá utilizar estos medios para contenidos de carácter general, temas de promoción de la salud, alimentación, hábitos, higiene, etc.

Cursos y cursillos

— *A maestros*, sobre temas de salud escolar, la importancia de la escuela como educadora de la salud . . .

Es de suma importancia promocionar al maestro como educador de la salud, siendo los profesionales sanitarios solamente un apoyo.

— *A trabajadores* de empresas, fábricas, etc., en los programas de salud laboral, en temas de prevención de accidentes, derechos del trabajador a un ambiente laboral saludable, las revisiones periódicas, el uso de algún tipo de cartilla laboral, etc.
— *A asociaciones de padres de alumnos, asociaciones de vecinos*. Personas que están dentro de determinados programas de promoción o prevención, ya sean programas de crónicos, diabéticos, programas de geriatría, etc.

En los cursos y cursillos se utilizan, a su vez, los medios anteriores: folletos, carteles, vídeos, etc.

Todos estos cursos, cursillos, programas de divulgación, pueden, en la mayoría de los casos, ser elaborados con carácter general, con sistemas audiovisuales unificados, lo que abarataría los costes y facilitaría la evaluación, aunque naturalmente puede haber diferencias culturales o geográficas, que impidan que sean utilizados indistintamente en todo el territorio español.

Charla

La charla aislada, sin continuidad, tiene dudoso valor educativo. El utilizarla para dar informaciones diferentes, ante supuestas demandas puede llevar, como decía anteriormente, a una frustración de profesionales y población. La charla debe ser utilizada en los cursos y cursillos, en los programas y en situaciones excepcionales en que un grupo precisa determinada información, ya que tiene poco valor en el campo de los cambios de conducta o transformación de hábitos.

ENTREVISTA

Esta se lleva a cabo en la consulta, en la visita domiciliaria, en los programas y en todas las relaciones interpersonales, usuario-equipo.

El contenido de las mismas es básicamente el antes descrito, aunque el amoldarse a situaciones individuales y tal vez imprevisibles, dependerán del profesional que las realiza, al cual hay que garantizar una formación suficiente para que pueda solucionarlas satisfactoriamente.

PIRAMIDE DE PERTINENCIA

Población	Contenidos	Metodología
Individuos, familias	Específicos de su situación y necesidad	Entrevistas
Pequeños colectivos. Asociaciones	Específicos de su situación, higiene, alimentación, prevención de enfermedades, hábitos perjudiciales, etc.	Charla programada, cursillo
Grandes colectivos, laborales, escolar	Específicos de su situación, higiene, alimentación, seguridad, salud, medio ambiente, etc.	Curso
Población en general	Generales sobre alimentación, higiene, seguridad. Sistema sanitario, etc.	Divulgativos, folleto vídeo

5. FASES DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

1. Definir los objetivos que se quieren alcanzar. Objetivos generales y objetivos específicos.
2. Conocer la población a la que va dirigida: su nivel de conocimientos, sus motivaciones.
3. Elaborar los contenidos educativos pertinentes a los objetivos definidos.
4. Adaptar los mensajes a la estructura cognoscitiva de los receptores, conceptos, definiciones, cantidad de información, etc.
5. Apoyar la información en métodos audiovisuales siempre que sea posible.
6. Evaluar previamente en equipo los contenidos y los medios a utilizar.
7. Evaluación constante, global y específica de todas las tareas educativas.

6. NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE PRECISAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA LLEVAR A CABO LA FUNCION DE EDUCADOR PARA LA SALUD

a) Para la educación para la salud, *individual y/o familiar*, será necesario el dominio de los contenidos profesionales y conocimientos acerca de:

— Relación enfermería-paciente.
— La técnica de la entrevista.
— El proceso de enseñanza-aprendizaje.

De esta forma se despertará una actitud de educador, una actitud para crear una relación con el ciudadano que le permita el intercambio de información, así como la habilidad para descubrir necesidades concretas de educación y amoldar su mensaje al nivel de conocimientos del que le escucha.

A medida que la función educadora sale de lo individual y familiar para ampliarse a colectivos con una metodología de cursos y cursillos, la necesidad de conocimientos de métodos didácticos se va haciendo más patente.

b) Para la educación para la salud a *grupos o colectivos pequeños*, que participan en programas y a los que se les dan determinadas informaciones en forma de charlas o cursillos. El profesional, además de los conocimientos anteriormente descritos, precisará:

— Técnicas de dinámica de grupos.
— Utilización de medios audiovisuales.
— Elaboración de una información.
— Métodos de evaluación, etc.

c) Educación para la salud a *colectivos de maestros, trabajadores* y responsables de grandes colectivos. Para la elaboración de cursos, elaboración de materia audiovisual, etc., el profesional precisa una preparación específica como educador con conocimientos de:

— Planificación educativa.
— Conducción de grupos.
— Motivación.
— Evaluación, etc.

d) Educación para la salud a la *población en general* mediante métodos divulgativos, carteles, vídeos, manuales, folletos, etc. En estos casos la enfermera trabajará con profesionales de la salud, especialistas en educación para la salud, con el apoyo de profesionales de otros campos: dibujantes, publicistas, etc.

7. EJEMPLO ORIENTATIVO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD AL ENFERMO CRONICO

Este es uno de los grupos de población que en las circunstancias actuales la enfermería asume prioritariamente.

En este paciente la necesidad de participar activamente es absolutamente imprescindible y sin ella el tratamiento puede resultar inútil. Por esta razón, la educación sanitaria, en estos casos, es absolutamente prioritaria.

a) *Conocimiento del paciente:* La enfermería tiene que conocer el máximo de datos del paciente.

Este período de tiempo en el que el paciente va contando su mundo cognoscitivo referente a su enfermedad, sus opiniones, sus miedos, debe ser suficientemente amplio y en entrevista individual:

— ¿Qué opina de su enfermedad?
— ¿Cómo la vive?
— ¿Cómo la vive su familia?
— ¿Tiene miedo, algún miedo específico?
— ¿Qué problema además de los de salud le ha generado su enfermedad?
— ¿Se siente animado a participar en un programa de educación-información que le apoye y le anime?
— Etc.

La recogida de estos datos nos servirá de punto de partida para la organización de grupos de personas para los ciclos de educación sanitaria.

b) *Motivación:* Hay que planificar cuidadosamente las expectativas que se van a ofrecer:

— Que comparta sus problemas con otras personas que también los tienen.
— Ayudarle a evitar complicaciones de su enfermedad.
— Que aprenda dietas variadas, ejercicios apropiados.
— Apoyo de profesionales que le pueden resolver dudas.
— Apoyo de otros enfermos que le pueden enseñar cómo han superado sus propias dificultades, etc.

Las expectativas que se puedan ofrecer deben ser reales, coherentes y unificadas por parte de todo el equipo.

La motivación pretende que el individuo sienta que lo que se le va a enseñar le va a producir algún bien.

c) *Confianza en el emisor:* Una vez motivado, el receptor tiene que tener confianza en el saber de quien le va a enseñar. Cuando le planteamos a un enfermo que participe en un ciclo de charlas que se van a dar en el centro, acudirá siempre que tenga confianza en el equipo. Pero si el trato que ha recibido no es bueno en las consultas, o en las visitas domiciliarias, es muy probable que no tenga ningún interés en ir. La confianza del individuo en nuestra capacidad profesional puede comprobarse en todas las actividades que realizamos en su servicio. El usuario tiene su propia valoración acerca de los profesionales y sabe distinguir aquellos en los que confía, lo que repercutirá a la hora de su participación.

d) *Elaboración del mensaje:* El mensaje que queremos transmitir debe tener unos objetivos muy definidos.

La preparación de la charla ha de ser minuciosa. Se definirán los objetivos que se quieren alcanzar. La charla debe ser escrita en su totalidad y revisada en equipo.

Duración: Según el tipo de personas, su edad, si están o no habituadas a este tipo de charlas; para personas mayores no habituadas a una charla, la duración de la exposición del mensaje no debería sobrepasar los quince minutos (sin contar los tiempos previos y la discusión final).

Debe ser muy clara, utilizando un vocabulario adecuado al receptor. Es conveniente, asimismo, una introducción de lo que se va a hablar y un resumen final.

El informador puede verse interrumpido por algún comentario o alguna duda. Resuelta ésta, deberá retomar el hilo y llegar hasta el final de la charla.

El apoyo de audiovisuales es importante, si éstos son de calidad. Carteles, pizarra, franelogramas, ayudan a una mejor comprensión. Se debe reforzar el mensaje por varias vías. El lugar debe ser cómodo.

Todo el material que se vaya a utilizar debe ser preparado de antemano y supervisado por el equipo. Cuidado con un exceso de tecnología (encender y apagar la luz, pizarra, transparencias, etc.) que puede distraer demasiado.

Es bueno reforzar la charla con algún folleto o documento escrito que puedan llevarse a casa para leer.

Después de la información se pasa a la discusión. En esta discusión no se trata sólo de resolver las dudas de lo expuesto. Es importante que el oyente plantee sus dudas acerca de si lo que acaba de oír es mejor que lo que él siempre creyó, y permitir que exponga todo lo que él piensa acerca del tema.

Si el objetivo fundamental es conseguir el cambio de conducta del oyente, es preciso convencerle y rebatir sus ideas con las nuestras.

Es importante en los grupos que se contesten entre ellos dudas acerca de determinadas prácticas, determinadas dietas, etc. Eso tendrá un efecto mucho mayor.

Si algún aspecto les ha sorprendido, por ser algo nuevo o nunca oído, es importante reforzarlo.

El tiempo para la discusión debe ser limitado, pero si es posible se dejará al grupo que continúe un rato ellos solos, comentando, de forma que compartan experiencias y se apoyen entre ellos.

Se deben registrar los datos más llamativos de la reunión. Si es

posible, se contará con un observador que valore la participación y el nivel de atención de los participantes. Antes de terminar se fija la fecha de la próxima reunión. El grupo tiene que ser consciente de que estas reuniones son parte del trabajo y que si no van a acudir, deben avisarlo para que las charlas puedan ser aprovechadas por otros. Si la asistencia va disminuyendo, hay que analizar las causas.

El número de charlas debe ser conocido por todos desde el principio, y el equipo deberá programar desde el principio el sistema de evaluación.

5

La visita domiciliaria, algo habitual para la enfermera comunitaria

1. INTRODUCCION

De las nuevas prácticas que la enfermería esta asumiendo como propias en atención primaria, encuentra un lugar de singular importancia la *visita domiciliaria.*

La enfermería española, exceptuando los ATS de zona y APD, y algunos otros, no han realizado habitualmente trabajos fuera de los muros de los ambulatorios y hospitales. Incluso aquellos que las llevaban a cabo las redujeron al simple aviso, y sólo unos pocos realizaron la visita domiciliaria con la idea de conocer el medio en el que el individuo vive, como foco primero de salud y enfermedad, o utilizar la casa como lugar de enseñanza.

La visita domiciliaria ha formado parte de los principios de la reforma de atención primaria, y así queda reflejado en la Ley General de Sanidad.

La reforma sanitaria plantea en sus líneas generales la necesidad de abarcar el cuidado del individuo, aislado o en grupo, de forma integral, alejándose del viejo concepto de una sanidad para los enfermos y ampliando ésta a los sanos, a los que tienen posibilidades de enfermar, a los que sin estar enfermos precisan cuidados para mejorar su calidad de vida, etc.

Este planteamiento trae consigo la necesidad imperiosa de romper el viejo esquema en el que el sistema sanitario se relacionaba con el individuo, única y exclusivamente en las consultas o en el hospital, y el

domicilio era visitado por éstos, únicamente si el enfermo no podía acudir a la consulta.

Se rompe, por tanto, con ese ostracismo y se abre a la calle, al domicilio, al barrio, a la escuela, al trabajo, a los lugares de reunión, a las asociaciones, etc., es decir, allá donde el individuo vive.

La visita domiciliaria, al igual que otras prácticas que pasarán a ser habituales en el trabajo de la enfermera, tiene connotaciones importantes, que pueden actuar de tal forma que frenen a ésta el llevarla a cabo.

Cuando la enfermera o cualquier otro trabajador de la sanidad abandona el paraguas institucional, la protección que le da el edificio donde se siente alguien respetable y respetado por los usuarios, cuando abandona el uniforme que de alguna manera marca una separación entre ella y los usuarios, se siente insegura.

Llamar a la puerta de una casa sin saber si será bien recibido, pedir a las familias que permitan tomar unos datos, o tratar de convencer a los familiares de un enfermo encamado de que *ellos* pueden y deben cuidar en gran parte la salud de su familiar, no es tarea fácil.

El rechazo de los familiares a asumir su lugar, la violencia de entrar en una casa donde tal vez ni el mismo enfermo valora la labor, producen inseguridad en la enfermera, una inseguridad que difícilmente sentirá en el hospital o en la consulta del ambulatorio.

Se suma a esto que cuando se sale de las cuatro paredes de los centros y nos adentramos en el mundo real de los ciudadanos, se encuentran a menudo miserias mayores a las imaginables: ancianos solos, enfermos a quien «nadie» acompaña nunca, calles donde todos se sienten inseguros, suciedad, marginación, e incluso el riesgo de ser manipulados por la sociedad que pudiera ver en la enfermera alguien que le puede facilitar recetas u otros servicios.

La pobreza, la soledad, la marginación, abofetearán a la enfermera, y ante ello se corre el riesgo de abandonar la calle y volver a la protección de la institución. Con ello no sólo incumplirá sus obligaciones sino que además infringirá un fraude a la sociedad y acrecentará de esa forma su sufrimiento.

Sin embargo, es difícil que la enfermera o cualquier profesional pueda por sí sola plantear cómo salir de esa situación. Precisará del apoyo del equipo y del apoyo específico de los profesionales de la psicología que le presten la ayuda profesional necesaria, y un lugar donde analizar la propia actitud y donde transformarla para poder ser útil.

Si para todos los trabajadores sanitarios la salida a la calle es fundamental, para la enfermería es prioritario, ya que está dentro de sus competencias el cuidado de la sociedad, unas veces, las menos, enferma, y en la mayoría de los casos, sana.

2. ALGUNAS DIFICULTADES PARA LA VISITA DOMICILIARIA

Para muchas enfermeras españolas la visita domiciliaria no acaba de ser asumida en profundidad, por una serie de circunstancias que se dan en nuestro país y que lo diferencian de otros donde la visita domiciliaria forma parte del trabajo habitual de las enfermeras.

1. Una cierta *prevención* del ciudadano a abrir sus puertas a alguien a quien no ha llamado. Visitas domiciliarias para impartir educación sanitaria, para hacer controles de salud o para recoger datos del medio-ambiente, podrían encontrar en la práctica un cierto rechazo por parte de la familia. No así cuando la visita tiene carácter asistencial.

Hasta ahora hay que recordar que las únicas visitas que la población recibía del sistema sanitario eran de médicos previo aviso, o enfermeras para administrar medicamentos, o bien los, en algunos casos, «temidos» inspectores, que fiscalizaban sus bajas laborales.

De igual forma, problemas de seguridad han llevado a la sociedad, especialmente a los más débiles, a encerrarse en sus casas y a no abrir la puerta a nadie.

Costará algún tiempo ir introduciendo en la vida cotidiana la visita domiciliaria. Pero la sociedad que sabe valorar aquello que le es útil, tras un tiempo de dificultades, sabrá aceptar la visita domiciliaria como un servicio más del sistema sanitario y acabará por exigirlo.

2. Las *cargas de trabajo* de la enfermería de atención primaria española que, al no haberse definido por parte de la Administración su cupo de familias o de individuos, se encuentra trabajando con cupos similares a los de los médicos, que resultan demasiados amplios para llevar a cabo plenamente su función. Estas cargas de trabajo dificultan la posibilidad de salir a la calle, tanto como la población precisa, y obligan a seleccionar y priorizar la visita domiciliaria.
3. La *lenta zonificación* de la atención primaria, que, sobre todo en el medio urbano, puede suponer distancias muy grandes, lo que dificulta aún más la práctica de la visita.

La zonificación de la atención primaria es fundamental para todos los que en ella trabajan, pero no cabe duda que es específicamente importante para aquellos cuyos trabajos se realizan en los domicilios, ya que la distancia entre éstos y el centro de referencia marcará un determinado ritmo.

A la hora de seleccionar las visitas domiciliarias hay que tener en cuenta lo siguiente:

1. *La relación coste-beneficio*. La visita domiciliaria es una actividad cara, por lo que supone de tiempo gastado en desplazamientos, tiempo muerto y sin producto. Por esa razón, toda actividad que pueda ser realizada en los centros de salud deberá llevarse a cabo en ellos, reservando las visitas domiciliarias a aquellas situaciones, muchas en la actualidad, en las que es preciso desplazarse a los domicilios, o bien porque el usuario está imposibilitado para hacerlo, o para asesorar y adiestrar a la familia para una mejor atención, o bien porque es preciso conocer el medio, la vivienda, para poder comprender determinadas patologías, recaídas o infecciones.
2. *La relación* que puede crearse entre el paciente y/o su familia y la enfermera, relación que pudiera ser de tipo paternalista, tratando de solucionar todo en las visitas domiciliarias, desconfiando de la capacidad de los usuarios, sobreprotección al paciente o inválido. Asimismo, las visitas domiciliarias podrían generar en el usuario una sensación de fiscalización por parte del sistema sanitario, mediante datos que se toman en las visitas, posibles observaciones acerca de la higiene, el cuidado de los hijos, el cumplimiento de la medicación, etc., que pudiera producir la sensación de que se están introduciendo en su propia vida, y provocar una actitud de rechazo.

La visita domiciliaria será parte importante en el trabajo de la enfermera y debe ser desde el principio planificada y programada de igual forma que cualquier otra actividad, dejando de lado la improvisación y la buena voluntad, y planteándose que cualquiera de los instrumentos de trabajo de un profesional debe ser planificado científicamente.

3. METODOLOGIA DE LA VISITA DOMICILIARIA

Captación del caso

Las vías serán diversas, según el tipo de visita domiciliaria.

— Podría venir por vía del «aviso» dado por el mismo paciente o por su familia, y en algunos casos por organizaciones comunitarias que han detectado esa necesidad: parroquias, trabajadores sociales de otras instituciones, etc.
— Podría venir por vía de cualquier profesional del equipo de salud, que solicita de la enfermera que asuma el cuidado de una caso detectado en la consulta.
— La visita domiciliaria podría surgir de la misma enfermera una vez conocido el caso.

Definición de los objetivos

La visita domiciliaria puede tener diferentes objetivos:

— Visitas domiciliarias con carácter investigador.
— Visitas domiciliarias con carácter asistencial.
— Visitas domiciliarias con carácter de educación sanitaria.
— Visitas domiciliarias mixtas y otras.

Los objetivos de la visita domiciliaria deben ser sucintamente registrados como parte de la historia del paciente y como elemento de evaluación. Sirva de ejemplo lo siguiente:

Objetivos prioritarios:

— Investigar el hábitat de un semiencamado para elaborar el plan de cuidados.
— Recogida de datos para el cuidado al niño asmático.
— Revisión del recién nacido.
— Administración de medicamentos y educación sanitaria sobre movilización del semiencamado

Objetivos secundarios:

— Saber las posibilidades de deambulación por la casa de un amputado de una pierna.

— Enseñar a la familia a hacer la cama de un encamado y cuidados específicos de la escara.
— Enseñar posturas para incorporar diariamente al anciano y forma de inmovilizarle en una butaca.
— Curar herida postoperatoria tardía.

Los objetivos, tanto prioritarios como secundarios, nos ayudarán a preparar el equipo a llevar.

Citación con fecha y hora

Es importante que todas las visitas domiciliarias sean previa citación por diferentes motivos, porque de otra forma la enfermera puede encontrarse con que nadie le abre la puerta por miedo, por no esperar a nadie, o porque, en el momento de la visita, el enfermo está sólo y/o inmovilizado.

Por otra parte, porque una visita no esperada puede producir desagrado en los que viven en la casa al no haberles permitido tener la casa arreglada ante la llegada de extraños, ya que tal vez no les guste que le encuentren con la casa sin ventilar, mal arreglada, o sin recoger los cacharros o las camas sin hacer. Incluso en las visitas domiciliarias en las que el interés sea observar el medio, es fundamental avisar.

De igual forma, si por una causa justificada no se pudiera acudir a una cita, es imprescindible avisarlo, ya que si no las citas perderán su valor y la familia también incumplirá.

Equipamiento

El equipo a llevar a la visita domiciliaria depende del contenido de la misma, en unos casos será necesario llevar una caja de curas estéril con material, en otras folletos de educación sanitaria, en otras los utensilios para hacer un control al recién nacido, etc.

Duración de la visita domiciliaria

La duración de la visita domiciliaria debe estar prefijada, ya que si el tiempo se calculó corto, tal vez la solución no esté en alargarlo sino en hacer otra visita. La duración máxima recomendada es de veinticinco minutos, en los que se cubrirán todos los pasos siguientes:

Fases de la visita domiciliaria

— Identificación del profesional y del objeto de la visita.
— Identificación del paciente.
— Control de constantes (si fuera necesario).
— Control de medicación (si fuera necesario).
— Educación sanitaria (con adiestramiento si fuera necesario).
— Educación sanitaria de actitud (si fuera necesario).
— Técnicas de rehabilitación (si fuera necesario).
— Registro de los datos.
— Fijación de la próxima visita domiciliaria (si fuera necesario).
— Otros.

Registro de datos

El registro de datos de interés puede ser realizado en la misma visita o bien se formalizará lo más pronto posible después de abandonar el domicilio, ya que muchos datos no se recordarán. El registro de datos tiene como objeto:

— Completar la información sobre el paciente y familia, que puede ser de interés para el equipo.
— Tener un punto de referencia para la evaluación, tanto de las actividades como cura de escaras o rehabilitación física, como para evaluar la actitud del paciente y/o de la familia, según los objetivos prefijados.

Los datos más significativos se reflejarán en la historia.

Información al equipo

Sobre las visitas domiciliarias que pudieran ser de interés para el equipo se informarán en las reuniones de equipo. No será necesario hacerlo sobre las que suponen una continuidad sin datos reseñables.

De igual forma, los casos de visita domiciliaria difíciles de asumir o de interpretar por las condiciones de la vivienda, la actitud de las familias u otras connotaciones que escapan a los conocimientos de la enfermera, deberán remitirse al equipo y éste al profesional específico (trabajador

pequeña), cocina ventilada, baño (de un golpe de vista se percibe el uso de la bañera, toallas, limpieza, etc.).

Tomando como base los datos objetivos de la historia y la observación podremos, junto con el equipo, hacer un diagnóstico de la situación, detectar los riesgos de enfermar o de accidente, las posibilidades de rehabilitación, el nivel de bienestar físico, psíquico y social, o, lo que es igual, el nivel de salud de los que en esa casa viven.

5. VISITA DOMICILIARIA CON CARACTER ASISTENCIAL

Dentro de los diferentes programas específicos:

— Visita domiciliaria a postoperados.
— Visita domiciliaria a semiencamados.
— Visita domiciliaria a minusválidos.
— Visita domiciliaria a patología variada, SIDA.
— Visita domiciliaria a enfermos terminales.

En todos estos casos y en todos aquellos en los que una persona precisa para valerse del apoyo de alguien, ya que no puede valerse por sí misma, por alguna enfermedad, accidente o simplemente por la edad, será necesario que la enfermera le visite para, desde el conocimiento del terreno elabore un plan de cuidados, que naturalmente no serán a la cabecera del paciente, pero que incluirán la preparación técnica y psicológica de la familia para que atienda a su enfermo o impedido.

En la actualidad nos encontramos con que los hospitales, por distintos motivos, dan de alta a pacientes que todavía precisan de cuidados y que son derivados a su médico de zona.

Estos son postoperados con alguna herida abierta o con puntos, o ancianos que tras una larga estancia en hospitales se envían a casa, en algunos casos con escaras o al menos con necesidad de cuidados referentes a su higiene, alimentación, cambios de postura, etc., que una simple información a los familiares no resuelve.

Hay que partir de la imposibilidad real de que un equipo de enfermeras se ocupe día y noche del paciente y de la seguridad de que los cuidados que el paciente, anciano o impedido precisa, pueden ser perfectamente dados por sus familiares con un pequeño adiestramiento y supervisión periódica.

Detección del caso en visitas domiciliarias asistenciales

La detección de un caso que precisa atención directa de la enfermería a domicilio podrá venir por diferentes vías:

— Se conoce al paciente.
— Vienen los familiares a comunicar que ha sido dado de alta en un hospital.
— Lo deriva el médico.
— Otros.

Según sea la forma de detectar el caso, la enfermera deberá proveerse de la información necesaria: informes del hospital, coordinación con la enfermera del hospital, información directa del médico, etc., para conocer a priori las características del paciente y preparar la visita de la forma más eficaz en cuanto a material, folletos, material de curas, etc.

Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería en este tipo de visitas domiciliarias comprende:

1. Situación física del paciente, diagnóstico médico, cuidados que precisa, capacidad de movilización, alimentación, autocuidado, medicación que precisa.
2. Situación familiar: personas, familiares, vecinos o amigos que pueden proporcionarles cuidados, nivel de instrucción, edad, capacidad de aprender a realizar alguna técnica simple, fuerza para movilizar, para lavar al paciente, etc.
3. Medio ambiente, domicilio, habitaciones, ventilación, lugar donde va a permanecer el paciente, posibilidad de movilización con muletas, sillas de apoyo, baño, posibilidad de lavado, ducha, baño, condiciones generales de la vivienda.

A partir de aquí elaborará el *plan de cuidados*. Plan de cuidados domiciliarios que abarcará dos áreas:

Cuidados de enfermería y cuidados de la familia

Aquellos que la enfermera habrá de proveer al enfermo y que tienen que ver con administración de medicamentos, realización de pruebas, de

curas específicas, de algunas técnicas de rehabilitación y que, generalmente, tendrán un tiempo limitado, pasando después a *cuidados que la familia le puede proveer*.

Por tanto, el trabajo a domicilio de la enfermera tendrá un gran contenido de educación sanitaria, cuyo objetivo será el siguiente:

— Transmitir a la familia la filosofía de enfermería, con el fin de ayudar a ese familiar a hacer aquello que el enfermo realizaría si pudiera y durante el tiempo que lo necesite.
— Ayudarle a convivir de la forma más saludable con su minusvalía, su enfermedad o su vejez, equilibrar su estilo de vida a su situación, alimentación, higiene, ejercicio, etc.

Al mismo tiempo que le transmitimos esa actitud de cuidado, le vamos adiestrando en aquellas técnicas que le ayudarán a facilitar su trabajo, técnicas para hacer la cama, para movilizar a un paciente, formas de realizar ejercicios físicos, material a utilizar en la higiene diaria, cómo lavar a un inválido, etc.

El adiestramiento de la familia debe amoldarse a las capacidades de ésta, capacidades no sólo físicas sino psíquicas e intelectuales.

Enseñar a manejar determinados productos, o a distinguir el material contaminado y lavarlo por separado, o hacer entender que la alimentación de una persona inmovilizada debe ser diferente a la de quien se mueve, etc., son factores que exigen un tiempo de asimilación y comprensión, de igual forma que la aceptación de la responsabilidad de cuidar a una anciana con mal genio aunque ésta sea familia.

Asimismo, deberá informarse a la familia sobre la forma de levantar a un enfermo, los contrapesos, entre cuántas personas debe hacerse, etc.

Cuando a una persona mayor o inválida le conviene levantarse de la cama y pasar unas horas sentado en un sillón, muchas veces los familiares no lo realizan por miedo a que se caiga y que alguien tenga que estar todo el tiempo pendiente de él. Sin embargo, no son nuevas para la enfermería las técnicas de sujección e inmovilización, que permitan al paciente estar cómodo, seguro, sin necesidad de estar atado, con un mandil a la medida del asiento que le mantenga cómodo y le permita movilizar brazos y piernas, algún tipo de cinturón de seguridad casero, cómodo, resistente y que no le dé sensación de «atado».

Entretenimiento

Partiendo de que la atención de enfermería es integral, ésta se preocupará de cómo pasa el día el paciente, si recibe visitas, lee, ve la televisión, juega a algo, etc., e intentar que la familia sepa de la necesidad de compañía del paciente, ya que muchas veces estos enfermos o inválidos, o ancianos, se sienten como una carga, y se van plegando sobre sí mismos evitando el dar trabajo, y perdiendo muchas veces el contacto con la realidad.

La enfermera debe tener en cuenta todos esos factores a la hora de adiestrar a la familia.

Tras muchos años en que el sistema sanitario no ha asumido el cuidado de los enfermos en su domicilio más que en situaciones puntuales, y ha dejado en manos de las familias el cuidado de sus propios ancianos, minusválidos o deficientes mentales, sin tener en cuenta los medios económicos, culturales, etc., no será fácil convencerles de que continúen llevando a cabo esta labor, ya que en muchos casos estos parientes, cansados de atender al enfermo verán con la llegada de la enfermera la posibilidad de liberarse de gran parte de la carga y dejar ésta en manos de profesionales. Manejar bien esa situación y delimitar competencias es un reto del sistema sanitario y de la enfermería en particular.

PRIMERA PARTE

BIBLIOGRAFIA

ADAM, E.: *Hacia dónde va la enfermería*, Interamericana. México, 1982.

AEED: *Calidad en el trabajo de enfermería*, Cuartas sesiones de trabajo de enfermería, A.E.E.D. Madrid, 1984.

ALISON, E. W.: *Health Visitor Contribution to Pre-School Child Prophilaxis*, Public Health, 1987: 101, 229-232.

ALVAREZ-DARDET, C.; GASCON, E.; ALFONSO, M. T., y ALMERO, A.: *Los orígenes de la enfermería de salud pública*, Gaceta sanitaria, noviembre-diciembre, núm. 9, vol. 2, 290-293. Barcelona.

ANTÓN NARDIZ, M. V.: *Enfermería actual, análisis y perspectivas*, III Jornadas de Sociología de la Sanidad y de la Salud. Revista de Sociología, núm. 1. Ed. Aso. Cast. Social. Madrid, 1983.

ANTÓN NARDIZ, M. V.: *Enfermería básica de salud*, 2.° Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Libro de Ponencias. Madrid, 1987.

ANTÓN NARDIZ, M. V.: *Reciclaje de enfermería en atención primaria de salud*, en: *Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública*. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid, 1985.

ARANGUREN, M. J., y cols.: *Formación de la enfermera. Perspectivas de una profesión*, EUNSA. Pamplona, 1975.

BAILON, E.; GARCÍA CUBILLO, M., y LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.: *La participación de la comunidad. Nuestra experiencia en el centro de salud de Cartuja*, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla, 1984.

BARKANSKAS VIOLET, H., y PHD. RN. CNM.: *Efectivness of Public Nurse Home Visits to Primarous Mothers and their Infant*, American Journal of Public Health, núm. 5, vol. 73. Mayo, 1983.

BAULEO, A. (compilador): *Los síntomas de la salud. Psiquiatría social y psicohigiene*, Cuarto Mundo. Buenos Aires, 1976.

BRAVO, F.: *Sociología de los ambulatorios. Análisis de la asistencia prima en la Seguridad Social*, Ariel. Barcelona, 1979.

BUHLER-WILDERSON, K., y REVERBY, S.: *Can a Time-Honored Model Solve the Dilemma of Public Health Nursing?*, A.M.J. Public Health, 1984: 74, 1081-1083.

C.A.M.: *Conclusiones de los foros de enfermería de la Comunidad de Madrid*, Conferencia Europea de Enfermería, Viene. Junio, 1988. Consejería de Salud, C.A. Madrid.

CASTILLO RÍOS, C.: *Medicina y capitalismo. Proceso de la medicina liberal*, Realidad Nacional. Lima (Perú), 1979.

CHACEL TUYA, C.: *Asociación Nacional de ostomizados e incontinentes y la Comunidad*, 2.° Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Libro de Conferencias y Comunicaciones. Madrid, 1987.

COLLIÈRE, M. F.: *Promouvoir la vie. De la practique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Inter Editions. París, 1982.

COLLIÈRE, M. F., y DIEBOLT, E.: *Pour une histoire des soins et de professions soignantes*, Amiec. Lyon, 1988.

Consejo Internacional de Enfermería: *Informe de la jornada de trabajo sobre función de enfermería en atención primaria de salud*. Nairobi, Kenia, 1979. O.M.S. Ginebra, 1979.

DE MIGUEL, J. M.: *La reforma sanitaria en España. El capital humano en el sector sanitario*, Cambio 16. Madrid, 1979.

DOBBSS, POLETTI: *Vivir el hospital*, Rol, S. A. Barcelona.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C.: *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*, Pirámide. Madrid, 1986.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C.: *Sociología y enfermería*, Pirámide. Madrid, 1983.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C.; RODRÍGUEZ, J. A., y DE MIGUEL, J. M.: *Sociología y enfermería*, Pirámide. Madrid, 1983.

DURÁN, M. A.: *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos. Madrid, 1983.

FINNERTY, JR., y FRANK, A. M. D.: *The nurse's Role in Treating Hypertension*, The New England Journal of Medicine. Julio, 1975: 10.

HORNAM, D. J.; CAMPBELL, J. D., y GREGORY, J. L.: *Gender and the Atribution of the Nurse Practitiones and Physician Status*, Med. Care, 1987: 25, 847-855.

HUGHES, D.: *When Nurse Knows Best: Some Aspects of Nurse/Doctor Interaction in a Casuality Department*. Sociology of Health and Illness, núm. 1, vol. 10, 1988.

ILLICH, I.: *Nemesis médica. La expropiación de la salud*, Joaquín Mortiz. México, 1978.

INSALUD: *Lecciones del I curso de terapéutica aplicada*, Comisión farmacoterapeuta provincial. Madrid, 1985.

INSALUD: *Primera reunión de experiencias de enfermería en atención primaria de salud de Madrid*. Madrid, febrero, 1986.

ISARAEL L.: *El médico frente al enfermo*, Los libros de la Frontera. Buenos Aires, 1976.

JEFFERSON, N.; SLEIGHT, G., y MACFARLANA, A.: *Inmunisation of the Children by Nurse Without a Doctor Present*, British medical Journal, vol. 294-14, 1987.

JIMÉNEZ OTERO, M. DE LA O, y RUIZ ARIAS, E.: *Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios*, Cuadernos de Salud, núm. 3, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla, 1986.

Junta de Andalucía: *La reforma sanitaria en la atención primaria 1984-1990*, Serie monográfica, núm. 3, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía. Sevilla, 1985.

Junta de Castilla-León: *Jornadas técnicas sobre atención primaria de salud*, Consejería de Bienestar Social, Junta de Castilla-León. Avila, 1984.

KUTSON ALISON, L.: *Indicators of Quality in Nursing Care, an Alternative Aproach*, Journal of Advanced Nursing, 1986: 11, 133-144.

LAMB, G. S., y NAPODANO, R. J.: *Physician-Nurse Interaction Patterns in Primary Care Practices*, Am. J. Public. Health, 1984: 74, 26-29.

LEVINE DAVID, M.: *Health Education for Hypertensive Patient*, J.A.M.A., núm. 16, vol. 241. Abril, 1979.

LUKER, A. K., y PERKINS ELIZABETH, S.: *The Eldery at Home: Service Needs and Provision*, Journal of the Royal College Practitioner, Junio, 1987: 37, 248-250.

MARTÍN BARROSO, C.: *Enfermería presente y futuro*, Colegio Oficial de ATS. Madrid, 1978.

MARTÍN ZURRO, A., y CANO PÉREZ, J. F.: *Manual de atención primaria de salud. Organización y pautas de actuación en la consulta*, Doyma. Barcelona, 1986.

MCCLURE, L. M.: *Teamwork, Myth or Reality: Community Nurses Experience with General Practice Altachment*, J. Epidemiol Community Health, 1984: 38, 68-74.

MENDERSON, V.: *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra, 1971.

Ministerio de Sanidad y Consumo: *Colección: Atención primaria de salud*, Departamento Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984: 88.

Ministerio de Sanidad y Consumo: *Guía de enfermería en atención primaria de salud*, Departamento Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.

Ministerio de Sanidad y Consumo: *Ley general de sanidad*, Departamento de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

NANAY SALVATIERRA, M. D., y PÉREZ CARRASCO, Y.: *Consulta de enfermería*, 2.º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Libro de Conferencias y Comunicaciones. Madrid, 1987.

O.M.S.: *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata. O.M.S. Ginebra, 1978.

O.M.S.: *Enfermería de apoyo al objetivo de salud para todos en el año 2000*, Alma-Ata. O.M.S. Ginebra, 1978.

O.M.S.: *Enfermería y salud de la Comunidad*, Serie de Informes Técnicos, núm. 558. O.M.S. Ginebra, 1974.

O.M.S.: *Foro mundial de la salud*, Revista Internacional de Desarrollo Sanitario, núm. 3, vol. 6. O.M.S. Ginebra, 1985.

O.M.S.: *Los objetivos de la salud para todos*, Departamento de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986.

O.M.S.: *Mecanismos de reglamentación de la enseñanza y la práctica de la enfermería: Satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud*, Informe Técnico, núm. 738. O.M.S. Ginebra, 1986.

O.M.S.: *Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud*, Informes Técnicos, núm. 690. O.M.S. Ginebra, 1983.

O.M.S./O.P.S.: *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*, Publicación Científica, núm. 3, vol. 6. O.M.S. Ginebra, 1985.

O.P.S.: *Plan de educación y participación de la Comunidad en el desarrollo de la infraestructura de salud*, XXII Reunión del Consejo Directivo de la O.P.S. Documento Oficial, núm. 127, 1974.

OÑORBE DE LA TORRE, J.: *Papel de la red de atención primaria en el sistema de información*, 1.º Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria, Libro de Ponencias. Barcelona, 1985.

OREM, D. E.: *Normas prácticas de enfermería*, Pirámide. Madrid.

PALACIOS, F., y PONS, A.: *Aceptación por parte de los pacientes de un programa de visitas de enfermería y concertadas en un C.A.P. no jerarquizado*, Atención Primaria, 1985: 2, 303.

PEITCHINIS, J. A.: *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*, Alhambra. Madrid, 1982.

PÉREZ FERNÁNDEZ, M. M.; LÓPEZ GARCÍA, E.; GARCÍA GARCÍA, E., y GERVAS, J. J.: *Contenido y organización de una consulta de enfermería*, Atención primaria, vol. 5, 272-276.

PICHÒN-RIVIÈRE, E.: *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social (I)*, Nueva Visión. Buenos Aires, 1980.

PIZUIK, H., y cols.: *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. O.M.S. Ginebra, 1988.

POLETTI, R.: *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*, ROL S. A. Barcelona, 1980.

POLETTI, R.: *Cuidados en enfermería. Tendencias y conceptos actuales*, ROL, S. A. Barcelona, 1980.

POLETTI, R.: *Enfermería como profesión*, I Congreso para el Desarrollo de la Enfermería, Colegio de ATS-DUE. Madrid, mayo 1980.

PRITCHARD, P.: *Manual de atención primaria de salud*, Díaz de Santos. Madrid, 1986.

RAISON T.: *Los padres fundadores de la ciencia social*. Anagrama, 1970.

RECIO AVIA, P.: *El retraso del sistema sanitario*, 2.º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Libro de Ponencias. Madrid, 1987.

ROBERTSON, C.: *Health Visiting in Practice*, Churcil-Livingstone. Edimburgo, 1988.

RUBIO, R.: *Educación de adultos hoy*, Gabinete de Estudios y Asesoramiento de la Fundación Hogar del Empleado. Madrid, 1979.

SALLERAS SANMARTI, L.: *Educación sanitaria: Principios, métodos, aplicaciones*, Díaz de Santos. Madrid, 1985.
SAN MARTÍN, H.: *Salud y enfermedad*, La prensa médica mexicana. México, 1983.
SCHELLENGER JAMES, A.: *Los fundadores de la psicología social: Freud, Mead, Lewin, Skmerer*, Alianza Editorial. Madrid, 1981.
SERIGÒ, A.: *La crisis de la sanidad española*, Serigò, S. A. Madrid, 1979.
SONIS, A., y col.: *Atención de la salud*, Tomo II, Ateneo. Buenos Aires, 1982.
SONIS, A., y col.: *Medicina sanitaria y administración de la salud*, Tomo I, Ateneo. Buenos Aires, 1982.
STANDARD, K., y KAPLUN, A.: *Educación sanitaria: Nuevas tareas nuevos criterios*, Crónica de la O.M.S., 37(2): 79-83, 1983.
STILWEL, B.; GREENFIELD, S.; DRURY, M., y HULL, F. M.: *A Nurse Practitioner in General Practice: Working Style and Pattern of Consultations*, Journal of the Royal College of General Practitioner, 1987: 37, 154-157.
VAQUERO PUERTO, J. L.: *Salud pública*, Pirámide. Madrid, 1984.
Varios autores: *Salud pública*, U.N.E.D. Madrid, 1982.
VENTOSA ESQUINALDO, F.: *Historia de la enfermería española*, Ciencia 3. Madrid, 1984.
VÜORI, H.: *¿Qué es la atención primaria de salud?* Atención primaria, 1984: 1, 3-4.

SEGUNDA PARTE

Reducir la marginación es también tarea de la enfermera

Introducción

El individuo vive en sociedad, no es un ente aislado del resto, su necesidad de aceptación por parte de la sociedad es imprescindible para su equilibrio vital y para su salud, de tal forma que la marginación que provocan determinadas enfermedades le impide participar de la vida común, y a su enfermedad ha de sumar el daño que esta imposibilidad de participación le produce.

La sociedad, tanto de forma individual como colectiva, tiene su responsabilidad en la no marginación, en la reinserción de sus elementos, y, muchas veces, esta marginación es producto de la ignorancia, del miedo, de errores culturales, que alguien, entre ellos la institución sanitaria, ha de tratar de solucionar.

La educación sanitaria, como elemento generador de la cultura de la salud, debe ser el elemento de cambio hacia una sociedad solidaria con sus enfermos, con sus minusválidos, con sus ancianos, etc.

Reinserción significa volver a insertar, volver a incluir a quien de una manera u otra fue expulsado o se salió.

Hasta hace poco los niños subnormales o mongólicos eran escondidos en las casas por la vergüenza de sus padres, por miedo a «exhibirlos» y, también, por ignorancia acerca de la necesidad de éstos de una vida normal.

Las enfermedades mentales también han sido tabúes en nuestra sociedad y el hecho de haber pasado por un centro psiquiátrico o haber «estado internado», marcaba al enfermo de «loco» para toda su vida e

impedía la reinserción social de éste, ya que la familia prefería ocultarlo al no haber podido ocultar su enfermedad.

Familias enteras en tiempos pasados eran «marcadas» por la enfermedad de uno de sus miembros y quedaban fuera de una sociedad que seleccionaba cruelmente a sus miembros.

Hoy los nuevos marginados son otros. Hoy es la capacidad productiva la que define quién vale y quién no vale. Aquellos que no pueden competir pasan a ser relegados de la sociedad.

La posibilidad de competir está condicionada a demasiados factores. Unas veces será la falta de trabajo que genera jubilados de cincuenta años o desocupados de veinte y despoja al individuo de la posibilidad de un proyecto de vida satisfactorio y con futuro. Otras veces serán las limitaciones físicas las que pondrán barreras al individuo en la lucha por un lugar en el sistema productivo. Tras estas barreras quedarán los minusválidos o algunos enfermos crónicos que, pudiendo realizar infinidad de tareas, se ven incapaces de llevar a cabo otras que son las que se les exige. También los ancianos, cada vez más prematuros, cada vez más marginados se ven expropiados de toda posibilidad de continuar produciendo cuando todavía pueden.

Sería absurdo decir que sólo la capacidad productiva margina a los individuos, pero éste es uno de los factores determinantes en la sociedad actual.

El sistema sanitario, por lo general, no asume su responsabilidad en la no marginación de estas personas, desde la perspectiva de que su problema no es curable, ya que la minusvalía, la enfermedad crónica, la vejez, no tienen tratamiento.

Sin embargo, posiblemente sea en ellos en los que el colectivo de enfermería puede asumir un rol de gran envergadura como profesional de los cuidados.

La enfermería puede ser quien ayude a estos grupos de población a sacar el máximo provecho de sus capacidades, a equilibrar su vida con sus limitaciones, a buscar desde la información y la educación sanitaria el camino de la autosuficiencia.

Reducir la dependencia de estos grupos de población puede ayudarles a ser más libres, y éste es el lugar de la enfermera como conocedora de las situaciones individuales y como miembro de un equipo multiprofesional.

En esta parte del libro se intenta reflexionar sobre el lugar de la enfermera en el cuidado de la población más dependiente y por ello más marginada.

Pero todavía existen «otros» a los que la sociedad prefiere ignorar,

aquellos en los que nunca se piensa más que cuando crean problemas, aquellos siempre considerados como un peligro para el resto de los ciudadanos.

Hoy esos otros usuarios, los toxicómanos en general, los enfermos y portadores del SIDA, deben hacer reflexionar a la sociedad, al sistema sanitario y a la enfermería en particular, y llegar a encontrar el lugar profesional desde donde se cuide su salud, donde no sólo se proteja a los demás de ellos sino donde ellos sean el objeto del cuidado. Los capítulos siguientes intentan ayudar a la enfermera a reflexionar sobre estos grupos.

6

La enfermera de Atención Primaria y el minusválido físico

1. INTRODUCCION

La rehabilitación del minusválido está condicionada por tres factores: uno que depende del paciente y familia, otro de su proceso, que le permitirá o no volver a la vida normal, tanto por la patología que sufrió como por las secuelas que le quedaron, y otro de la sociedad, que le permitirá o no ocupar su viejo lugar en el trabajo, en la vida comunitaria, en definitiva, que le permitirá o no reinsertarse.

Cuántas veces hemos sido testigos del deterioro de personas a las que, tras sufrir un accidente o una enfermedad, la sociedad las catalogó como inválidas, y a las que, aun manteniendo el 60 por 100 o más de su capacidad de pensar, de mover determinados miembros, no les da la oportunidad de hacer ese 60 por 100 productivo y prefiere perder el 100 por 100 antes de plantearse cómo aprovechar el 60 por 100.

La familia es muchas veces el primer elemento marginador que impedirá que el paciente vuelva a la vida activa, unas veces por sobreprotección y otras veces porque nadie le sacó de su error. Cuando la familia coloca a su miembro el título de inválido, esta persona ya nunca más participará como el resto, aunque mantenga activa gran parte de su capacidad física o mental.

También el colegio, la calle, impiden al minusválido entrar en la vida normal, planteándole barreras arquitectónicas u olvidándose de sus necesidades.

Sin embargo, si algo simboliza realmente la vuelta a la vida, la auténtica rehabilitación y la reinserción social es el *trabajo*.

La vuelta al trabajo, el reconocimiento de su parte activa y positiva para producir, la consideración por parte de la sociedad de que todavía está vivo. Sin embargo, en época de crisis, como la que de unos años aquí afecta a muchos países, la vuelta al trabajo supone una de las mayores dificultades.

España, un país con un alto porcentaje de parados jóvenes y sanos, no prioriza la reinserción por el trabajo, y muchas veces enfermos perfectamente recuperables sin secuelas son expulsados de las empresas por varias vías, cuando se encuentran todavía convalecientes y no vuelven a ser aceptados, encontrándose siempre leyes que justifican al empresario y dejan al trabajador en el mayor desamparo.

La baja del trabajador (ILT) por más de dieciocho meses supone su pase a *invalidez provisional* y su desvinculación con la empresa, pasando a cobrar como pensionista de la Seguridad Social. Si este enfermo se recupera y quisiera volver a trabajar, encontraría, en la mayoría de los casos, dificultades serias de hacerlo, sobre todo si su empresa es pequeña, e incluso en las grandes si se encuentra en reconversión.

Determinados aspectos de la rehabilitación y reinserción social se escapan de las posibilidades de actuación de la enfermería, e incluso de la del equipo de salud y abarca otros campos, tanto de política municipal —barreras arquitectónicas, ayudas sociales, centros de recuperación—, como de política nacional, política de empleo, de pensiones, administración sanitaria, etc. Pero no por eso hemos de quedarnos de brazos cruzados.

Si el equipo tiene responsabilidad en la reinserción y rehabilitación, la enfermería como miembro del equipo ha de buscar su lugar y asumir su parte de responsabilidad.

En la actualidad el número de accidentes de circulación, accidentes laborales y accidentes caseros, sitúan a éste entre los primeros problemas de salud de los países desarrollados, estando España incluida en ellos.

Los accidentes de circulación generan al cabo del año gran cantidad de minusválidos físicos, psíquicos, con un nivel de minusvalía variado.

El sistema sanitario centra sus esfuerzos en la recuperación al máximo de su capacidad. Pero cuando llega al límite los envía a su casa, incapaz de recuperarlos más e ignorante de su lugar como rehabilitador y reinsertor de estos pacientes en la sociedad.

La formación de la enfermería, tanto ATS como Diplomado en Enfermería, contiene los conocimientos básicos que este profesional ha de

tener para asumir este campo. Sin embargo, la práctica de este profesional, tanto en los hospitales como en la atención primaria, ha estado al igual que el resto de los profesionales más abocada a la curación total que a la aceptación del fracaso de ésta, y es preciso desempolvar viejos conocimientos.

Atención primaria debe ser el nivel que asuma al paciente dado de alta en el hospital, y donde se valore lo antes dicho y se comience el aprendizaje de su nueva fase, que si bien habrá de ser de *hándicap frente al resto de la sociedad sana, no tiene por qué ser de «marginación»*.

2. CUIDADOS DE ENFERMERIA AL MINUSVALIDO

Cuidar al minusválido supone una serie de pasos:

— *Diagnóstico de su capacidad:*

- Saber cuáles son sus niveles de capacidad motora, de control de esfínteres, de capacidad intelectual, sensitiva, etc.

— *Diagnóstico de la situación:*

- Situación personal del minusválido, características de su personalidad, aceptación de la situación.
- Situación familiar: aceptación de la situación. Persona o personas encargadas del cuidado.
- Situación social: nivel cultural, nivel económico, características de la vivienda y del barrio, amigos y mundo de relación.

Estudiar su nivel de minusvalía, su capacidad de autosuficiencia, la proporción de su capacidad vital, es la base. A partir de ahí, e incluso sin haber agotado las posibilidades recuperadoras, se irá enseñando al paciente a utilizarlas al máximo.

La enfermería ha de huir siempre de una actuación de compasión sensiblera, si bien, cada cual, según su carácter, sabrá dar en sus cuidados una mayor o menor carga de afecto. La base de su trabajo será científica, con método y con el objetivo de hacer al paciente autosuficiente y de que su ayuda sea sólo temporal.

La enfermera ha de intentar también que la familia, los amigos, le traten no como a un niño, sino como una persona que ha perdido parte de su capacidad, pero adulta y con capacidad de decidir, digna del respeto de todos.

La reinserción del minusválido no es competencia sólo de la enfer-

mera ni del equipo de salud, sino que es precisa la coordinación institucional.

Cuando las dificultades de rehabilitación y reinserción están en una mala planificación arquitectónica en barreras para minusválidos y ancianos, en una política de ayuda insuficiente, la enfermería como miembro del equipo habrá de plantear a los responsables, con datos claros, análisis de la situación, de sus causas y de sus consecuencias, la necesidad de cambios concretos sean semáforos sonoros, bordillos más bajos, autobuses menos bruscos, servicios de ayuda a ciegos, sordos, ayudas domiciliarias, etc.

La calidad de vida de una sociedad no se puede medir por el bienestar de los sanos, los fuertes o los ricos; por el contrario, debe medirse por los recursos que esa sociedad pone a disposición de los que por un motivo u otro sufren un hándicap.

La sociedad que acepta a los minusválidos y se siente responsable de su integración, que modifica el hábitat de éstos, les provee de ayudas domiciliarias, les facilita la entrada en lugares públicos, cines, restaurantes, genera en toda la población una sensación de seguridad ante el infortunio que a su vez se convierte en salud.

La enfermera puede ser un elemento de vital importancia en el reto de reducir la marginación del minusválido y para ello debe asumir la responsabilidad de formarse para estar al día en las más avanzadas técnicas de apoyo al minusválido.

7

Hacia una vejez saludable

1. INTRODUCCION

Este capítulo va dirigido prioritariamente al cuidado de la salud del anciano *sano*, aquel que vive su ancianidad con alteraciones previsibles, que sufre, tal vez, alguna patología crónica, pero que puede, si alguien le ayuda, vivir esa etapa saludablemente.

En España, la prolongación de la esperanza de vida, que de alguna manera asumimos como un éxito del sistema, no ha ido acompañada de una política de bienestar del anciano.

Vivir se ha convertido en «durar», y durar no tiene sentido si la calidad de vida se olvida.

El anciano en general vive una existencia nada envidiable, exceptuando aquellos que gozan de una situación económica o familiar buena.

Para la mayoría, su economía sólo les permite sobrevivir, pero cualquier imprevisto, desde la rotura de unas gafas o tener que ir a pedir cita a un hospital lejos de su domicilio, les puede suponer un gasto insoportable.

Hoy el colectivo de enfermería contempla impasible cómo empleadas del hogar, que acuden por cuenta de otras instituciones a casas de ancianos a ayudarles en sus tareas domésticas, se ven obligadas a ayudar al anciano a incorporarse o le recuerdan su medicación, o le animan a moverse, mientras los profesionales de enfermería continúan esperando en los centros sanitarios al *anciano enfermo*.

Los sanitarios acostumbrados a atender al anciano en su condición

de enfermo, han dejado fuera la promoción, la rehabilitación, la prevención, y todos aquellos aspectos de su vida, que no corresponden a ninguna patología en particular sino al deterioro lógico propio de su edad.

Es hora ya de que la enfermería española, al igual que las de otros países «desarrollados», donde la población anciana empieza a representar una alta proporción en la relación con la población total, asuma que este grupo, al igual que el de los niños, los trabajadores, los crónicos, precisan de unos cuidados que este colectivo puede dar y que sin duda alguna ayudará a reducir el gasto, los ingresos hospitalarios, el sufrimiento y, sobre todo, hará que la prolongación de la esperanza de vida sea realmente un índice de calidad.

Para que la enfermería, o cualquier otro profesional, pueda proveer cuidados a la población anciana, es necesario que previamente la conozca, que se acerque al mundo del anciano para saber cómo es éste y por qué es así.

Es necesario analizar cómo es el anciano tanto desde aspectos físicos, tal vez para la enfermería más cercanos y fáciles, como desde aspectos psicológicos y sociales, y al mismo tiempo analizar la relación con ellos, las razones de determinadas posturas, el paternalismo, el rechazo. Tal vez como fruto de toda esta reflexión se acabe por encontrar el lugar profesional, las competencias específicas, el contenido del trabajo de este profesional.

La formación gerontológica es ya para los sanitarios imprescindible, si realmente las cifras de edades que se prevén para finales de este siglo se cumplen. Cerca del 25 por 100 de la población será mayor de sesenta y cinco años, y los profesionales de la salud siguen sin saber realmente quién es el anciano, qué siente, qué desea, qué necesita.

La enfermería se ha acercado siempre al anciano en su calidad de enfermo y le cuesta descubrir en el anciano con incontinencia, demencia senil o simplemente cataratas, al hombre, al ser humano con vida propia, con deseos, con diferencias culturales, educacionales, etc. Es necesario acercarse al anciano para entender qué significa el tiempo para él, qué sentido tienen las relaciones con la juventud, con la infancia, su necesidad de un proyecto de vida, su sexualidad, sus miedos, terrores nocturnos, sus gustos alimentarios, porque solamente desde esa perspectiva, solamente desde el conocimiento de las características del anciano, se podrá comenzar una política de cuidados a esa etapa, tan importante como la infancia o la adolescencia, y por la que antes o después todos hemos de pasar.

2. CARACTERISTICAS DE LA VEJEZ

La vejez es una fase de la vida con unas necesidades específicas para las que generalmente nadie se prepara.

La ancianidad se ve en los «otros» y, cuando llega, siempre es una sorpresa, algo imprevisto.

La sordera, falta de visión, problemas de movilización, alteraciones «normales» que con controles periódicos se hubieran detectado en fases precoces, aparecen «súbitamente» cuando el anciano ya no oye, o ha estado utilizando gafas inapropiadas, o lleva zapatos con un tacón peligroso para su equilibrio.

De igual forma una alimentación inadecuada a su consumo energético, condicionada más a sus gustos que a su salud, puede producirle insomnios o pesadillas.

El ejercicio que un día se convierte en una medida terapéutica pudo ser un hábito si alguien le hubiera hablado de la circulación sanguínea, de las varices, del peligro de la inmovilización, etc.

Pero la vejez en muchos casos no está siendo sinónimo de edad avanzada.

La jubilación anticipada, la falta de trabajo para personas de más de cincuenta años está trayendo consigo un concepto de vejez erróneo: «se es viejo cuando ya no servimos para trabajar». Así, personas en plenitud de sus facultades se ven abocadas a la inactividad en una sociedad que no prepara a sus miembros para rellenar el «tiempo libre», en una sociedad que no se preocupa de cómo cubrir el tiempo de los desempleados de forma activa.

De esa forma, los «jubilados prematuros» empiezan sufriendo la patología del desempleo, los síntomas propios del sentimiento de inutilidad, de no servir para nada y, poco a poco, van enlazando con el deterioro propio de la vejez. Así se va llegando a la vejez de una forma negativa, sin haber vivido en plenitud todas las etapas, saltando algunas importantes y encontrando de golpe y porrazo con que «ya no hay nada que hacer».

Posiblemente, para la mujer, la ancianidad tenga sus propias características.

Mientras que normalmente para el varón ésta comienza con la jubilación, el olvido del mundo laboral, la inactividad, el aburrimiento y el vacío, para la mujer anciana la vejez es más trabajo, cuidar más horas a su marido, «aguantar» muchas veces su aburrimiento, realizar las tareas de siempre con más dolores, con menos agilidad. En definitiva, una etapa

dedicada a estirar una pensión insuficiente y a esperar las esporádicas visitas de sus nietos.

Gran número de las ancianas de hoy no se pueden considerar «jubiladas» del trabajo, sino que en la edad que más ayuda necesitan, encuentran que se les multiplica el trabajo, al tener asumido que es *ella* quien cargará con el cuidado del marido, además de la casa, la cocina y sus propias dolencias.

Ella, posiblemente, seguirá moviéndose por la casa, haciendo la compra, cocinando o cosiendo como siempre, y tal vez viva su vejez de una forma más placentera. No así la de su marido.

Casi siempre será una mujer, esposa, hija, nieta, quien cuidará de los ancianos sanos o enfermos. Siempre será la mujer la que cargue con lo que las instituciones no cubren. Esta reflexión no debe pasar inadvertida al colectivo de enfermería, sino que ha de ser un revulsivo más que le ayude a salir de su pasividad y asumir ese campo.

La enfermera debe asumir el lugar profesional de quien *cuida* y *controla* la salud del anciano, de quien ayuda a éste a convivir «saludablemente» con su edad, teniendo en cuenta todas sus necesidades.

La salud del anciano, su equilibrio, en la mayoría de los casos, depende de tener una serie de controles periódicos. Cuando esto no es así, los pequeños problemas se convierten en auténticas catástrofes, ya que «anciano sano» o «anciano enfermo», son términos no claramente definidos, y la salud del anciano está siempre condicionada a alteraciones lógicas de la edad, en muchos casos previsibles y soportables con pequeños cuidados.

Las durezas en los pies pueden producir molestias al caminar, lo que unido a su inseguridad natural le llevan a caídas, gravísimas a esas edades. Sin embargo, esas durezas podrían haberse eliminado en controles periódicos de sus pies.

Heridas en la boca, por dentaduras postizas demasiado grandes o desencajadas, producirán dolor y, con ello, problemas de masticación y de alimentación, estreñimiento o simplemente desnutrición.

La vista puede producir graves accidentes en la dosificación errónea de los medicamentos, que una buena rotulación apropiada a sus limitaciones evitarían.

Las necesidades de salud del anciano son similares a las de cualquier otro grupo de población con algunas características específicas, como específicas son las necesidades del niño, de la embarazada, del trabajador.

Las necesidades físicas del anciano tendrán que ver con la alimentación, la higiene, el sueño, el control de esfínteres, el ejercicio.

Las necesidades psicológicas tendrán que ver con el afecto, la compañía, el saberse útil y necesario para su familia y para la sociedad, sintiéndose al mismo tiempo arropado y protegido por ésta.

Las necesidades sociales pasan por una pensión digna, hábitat apropiado, la ausencia de toda marginación y la posibilidad de una vida activa y participativa asequible a su edad, en una palabra, la protección de un Estado consciente de su responsabilidad.

Las necesidades psicológicas del anciano están condicionadas por su entorno, prioritariamente por su entorno familiar. El apoyo o la valoración que reciba de éste supondrá un alto porcentaje de su salud, y, si bien la enfermera no tiene capacidad para transformar este medio, sí puede como educadora para la salud *informar* a la familia de las necesidades del anciano y favorecer una actitud positiva hacia éste.

El mundo de relación del anciano puede suponer un elemento generador de salud o enfermedad, según sus características.

Gran número de ancianos viven solos en pisos a veces inadecuados para su limitaciones, sin ascensor, escaleras peligrosas, falta de lugares donde pasear sin peligro, etc. Por este motivo pasan gran cantidad de tiempo encerrados en sus casas viendo la televisión o sentados mirando por la ventana.

El deterioro que ello origina en su salud física y psíquica es importante y, muchas veces, esta marginación, a la que no podríamos llamar automarginación, puesto que son barreras ajenas a ellos las que los mantienen aislados, les lleva a compartir su vida con animales domésticos. Hay que entender, pues, su relación con un perro, un gato, o con pájaros, pero teniendo en cuenta que al mismo tiempo que pueden darles compañía pueden ser también fuente de transmisión de enfermedades más o menos graves.

El anciano necesita compañía, sentirse útil, activo, algo por lo que levantarse de la cama, algo que hacer más allá de «entretenerse». Por ello, es importante que las tareas sanitarias no se integren en los lugares que fueron creados para otros fines. Estos centros de encuentro, hogares, residencias, no deben convertirse en lugares donde se van a realizar las tareas sanitarias, ya que de esa forma se evita que el anciano se mueva en medio de una sociedad heterogénea, y se le convierta en alguien que de la mañana a la noche sólo vive entre ancianos.

Hacer que acuda al ambulatorio, a las consultas, que aguarde en la sala de espera con el resto de las personas, teniendo en cuenta únicamente que las condiciones del centro de salud se amolden a sus limitaciones: asientos altos y duros, ascensores, escaleras con buenas barandillas,

suelo sin pulir, sistemas de señalización muy claros, conserjes o celadores a su servicio, etc.

Si, por el contrario, acercamos a los lugares de encuentro de ancianos los servicios sanitarios evitaremos esos momentos de relación e intercambio que tanto bien les pueden hacer.

El anciano necesita moverse, salir de casa, hacer la vida de cualquier persona, caminar, ir al centro de salud. Todo ello le supone encontrarse con otras personas, coger autobuses, ver niños, hablar con jóvenes, y es importante que siempre que pueda lo siga haciendo.

Gran parte de las necesidades del anciano precisan, para su resolución, de la coordinación institucional, ya que la suma de los recursos y la adecuación de los mismos son un factor fundamental.

Muchas de las necesidades sociales escapan a las capacidades de actuación, no sólo de la enfermera sino del equipo de salud. Pero lo que sí puede hacer, tanto ésta como el equipo, es, desde el análisis de las consecuencias de salud que tiene para el anciano la ausencia de determinados servicios, instar a las instituciones a que transformen esta situación.

En efecto, es un hecho la ausencia de comedores, de locales de recreo con actividades no sólo lúdicas sino también de desarrollo personal, o la existencia de bordillos altos en las aceras, autobuses difíciles de subir o demasiado bruscos en las frenadas y arrancadas, semáforos demasiado rápidos, escaleras sin pasamanos, etc.

Es en el anciano donde las necesidades de coordinación interinstitucional se hacen evidentes.

Los polideportivos pueden ser un recurso fundamental a la hora de la rehabilitación física de los ancianos y, más aún, como hábito del anciano sano para la prevención de problemas relacionados con el sedentarismo.

El equipo de salud ha de realizar la coordinación necesaria para que esas instalaciones, así como el personal especializado, se pongan también a disposición de la población.

3. CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA POBLACION ANCIANA

Los cuidados de enfermería irán dirigidos a:

— *Fomentar su salud*, mejorando sus condiciones de vida.
— *Prevenir* la enfermedad o detectarla precozmente, así como prevenir los accidentes.

— *Cuidar* al anciano cuando está enfermo o cuando sufre alguna minusvalía.
— *Ayudarle a su rehabilitación*, no sólo física tras la enfermedad, sino a su participación activa en la sociedad que, en la mayoría de los casos, los margina.

El lugar de la enfermera en estos campos de actuación es de quien, desde el conocimiento del mundo de la vejez, desde el estudio y la investigación sobre sus necesidades, asume una actitud de cuidar que este anciano viva de la forma más saludable esta etapa ayudándole cuando precisa ayuda, dejándole la libertad de decidir que dejamos a otros grupos de población, enseñándole los medios mejores para conservar la salud, acompañándole cuando lo necesita, ayudándole a cubrir sus mínimas necesidades, etc.

Ser enfermera de ancianos es ser un profesional que acepta el deterioro físico y el psíquico, pero que sigue valorando los aspectos positivos del hombre. Es aceptar el ritmo más lento, la necesidad de comunicación, el miedo a la soledad, la necesidad de afecto y compañía, la negación de la cercanía de la muerte, tantas cosas que difícilmente se pueden conseguir sin la formación teórica, sin introducir el contenido científico en nuestro trabajo.

Si la enfermera asume el cuidado del anciano desde el viejo esquema de «anciano = a persona incapaz de decidir», el cuidado que le provea será una forma más de tortura, y no conseguirá ni hacerle más sano, ni más libre, ni, por supuesto, más feliz.

Fomentar la salud

El fomento o la promoción de la salud del anciano depende en principio de dos grandes campos de actuación:

— El autocuidado.
— El cuidado desde el sistema sanitario.

Sumado a esto no cabe duda que el fomento de la salud está condicionado por la mejora de las condiciones de vida, factor que no sólo depende del autocuidado o del sistema sanitario, sino de muchos otros factores que abarcarían aspectos sociales, económicos, etc., es decir, la política general del Estado.

El *autocuidado* depende de:

— El conocimiento que el anciano tenga de cómo mantener y mejorar su salud.
— La capacidad para actuar.
— La actitud ante la vida.

El *cuidado* desde el sistema sanitario dependerá a su vez:

— De los conocimientos que los sanitarios tengan de la vejez.
— De las capacidades, recursos, programas, personal, etc.
— De la actitud frente a la vejez, aceptación, paternalismo, etc.

En resumen, el *autocuidado* en el anciano, como en cualquier otro grupo de población, dependerá de tres grandes factores:

— Del *saber*, entendido como conocimiento de la forma de mantener y mejorar la salud.
— Del *querer*, como actitud positiva ante la vida, que le lleva a proveerse de los cuidados necesarios para conservarla.
— Del *poder*, es decir, de tener los medios para, según sus conocimientos y con una actitud positiva, ser capaz de mejorar su nivel de salud.

De igual forma, el *cuidado* desde el sistema sanitario estará condicionado por:

— El *saber*, como nivel de conocimiento que los sanitarios tengan acerca de la vejez.
— El *querer*, como valoración de la vejez y las posibilidades de mejorar su salud y no sólo de recuperarlos de la enfermedad.
— El *poder*, tener los medios económicos y los programas necesarios para que este derecho a la salud se convierta en una realidad.

Ante este planteamiento, la enfermera como miembro del equipo de salud tiene que saber encontrar su lugar, que será en gran parte, el de *educadora para la salud*, que provee a la población anciana de los conocimientos y las habilidades necesarias para saber cuidar su salud cada día mejor.

Pero no se puede olvidar que si bien el autocuidado es una actitud del ser humano de supervivencia, no cabe duda que esa actitud puede estar condicionada por diferentes factores. Por una parte aspectos físicos que limitan las posibilidades del anciano, sea por merma de las fuerzas físicas, de la vista, oído, capacidad de equilibrio, etc.

También la merma de la capacidad de autocuidado puede estar en relación directa con el deseo del anciano de sobrevivir. No cabe duda que la sobrevivencia se consigue mediante actos muchas veces inconscientes, pero otros dependen de una actitud positiva ante la vida, actitud que no siempre existe en la población anciana; por tanto, aspectos psicológicos, de desamparo, de falta de proyecto de futuro, de soledad, de decepción, pueden llevar al anciano a no cuidarse, a no proveerse de todos los medios para mejorar su vida, e incluso el deseo no verbalizado de dejarse morir, cuando no al suicidio directamente.

La enfermera, como miembro del equipo, puede ser capaz de detectar situaciones en los ancianos de actitud negativa ante la vida y, aunque sus conocimientos no le permitan asumir el tratamiento de esa situación, puede ser quien detecte el caso y lo derive al equipo especializado, o quien pueda también asumir parte del tratamiento con el apoyo y la asesoría del equipo de salud mental.

El conocimiento que los sanitarios tengan del mundo de la vejez condicionará directamente la atención que le presten. Gran cantidad de errores que en tiempos pasados, y por desgracia no tan pasados, se han llevado a cabo en la asistencia a los ancianos están en relación directa con el desconocimiento existente acerca de las necesidades integrales del anciano, de sus sentimientos, expectativas de vida, necesidades de relación, etc. Centrados siempre en el anciano enfermo, y en concreto en el órgano o la función alterada, se ha olvidado reiteradamente a la persona, a sabiendas de que su medio social, familiar, intervenía directamente en su salud. Se ha olvidado que el anciano, al margen de su deterioro físico, de su incontinencia o de su lentitud, era una persona con inteligencia, con deseo de ser tratado de forma inteligente y no como un ser indiferenciado. Cuántas veces el anciano ha sido despojado hasta de su nombre a cambio de un «abuelo» que los sanitarios, sin ningún respeto y basados en un supuesto trato cariñoso, le daban.

Además de los conocimientos teóricos sobre la vejez es imprescindible una determinada actitud frente a ésta, y posiblemente la enfermera tenga en muchas ocasiones actitudes de rechazo, paternalismo o agresividad frente al anciano, que debe analizar y resolver antes de asumir el cuidado de éstos.

La ayuda del equipo de salud mental será fundamental a la hora de resolver o encauzar esas actitudes perjudiciales, no sólo para el anciano sino también para la propia enfermera.

Retomemos ahora el lugar de la enfermera como educadora para la salud. La enfermera como educadora sanitaria puede ser un elemento

favorable para mejorar la salud del anciano si es capaz de entender, comprender y aceptar al anciano como es. De lo contrario, su actuación será un motivo más de incomprensión y marginación social.

Los campos de la educación sanitaria son incontables, y ponemos a continuación algún ejemplo:

Alimentación

La enfermera debe conocer el mundo del anciano, sus gustos, sus hábitos, debe conocer las posibilidades de alimentación de un pensionista modesto, así como la oferta de comedores para ancianos o comedores públicos.

No se puede «enseñar» al anciano a comer aquello a lo que no tiene acceso; por ello hay que conocer el mundo del anciano y, desde allí, desde el conocimiento de sus posibilidades, transmitirles:

- Los mejores menús.
- La forma más sencilla y nutritiva de cocinarlos; los peligros del fuego, del horno, gas, luz, etc.
- La importancia del agua.
- El riesgo del alcohol.
- Los mejores horarios de comidas y las cantidades; los intervalos convenientes entre comidas, etc.
- Condimentos.
- Los riesgos de exceso de dulces y de hidratos de carbono (magdalenas, bollos, etc.).

Higiene

Nuevamente, desde el conocimiento del mundo del anciano en general y del anciano que atendemos en concreto, se podrá orientar acerca de las necesidades higiénicas.

De nada sirve aconsejar ducha diaria a quien gastar mucho gas le supone un problema, y calentar el cuarto de baño otro. Es necesario acomodar siempre el mensaje al mundo del receptor, integrando en él todos los aspectos.

Conocer la dificultad de la termorregulación del anciano nos explicará el hecho de que se pongan prendas sobre prendas, o el uso de hornillos para calentarse, o simplemente la resistencia a salir a la calle en días fríos.

A partir de ello habrá que enseñar al anciano la necesidad de la higiene, cambio de ropa, prendas adecuadas y también la forma de ducharse sin riesgo a caídas, barras de sujección en la pared, alfombra antideslizante, etc., así como la forma de secarse tras el baño. De igual forma el cuidado de la dentadura, de sus pies, en fin, todo lo que configura la higiene integral.

Ejercicio

Si durante toda su vida no pisó un campo de deportes, no conoció un gimnasio, ni fue a una piscina, no es fácil que el ejercicio pase a ser un hábito en la vejez.

Andar puede ser el único ejercicio que el anciano tiene asumido, y favorecerlo, apoyarlo y sistematizarlo es la mejor aportación de la enfermera. Una caminata diaria por terreno liso en compañía y modificando las horas, según las estaciones, es básico.

Jugar al billar o a la petanca, en vez de al dominó, reducir las horas de televisión, moverse, hacer recados o hacerse su cama, puede ser favorable para el anciano.

La educación sanitaria será un campo de actuación habitual de la enfermera, no sólo para la promoción de la salud sino para la prevención, recuperación, para todo aquello en lo que el individuo ha de tomar una actitud activa. Los temas, por tanto, son infinitos, y la enfermera habrá de saber descubrirlos y elaborar contenidos adecuados para transmitirlos, ya sea a nivel individual, en la consulta, en la visita domiciliaria o a nivel grupal.

Prevenir la enfermedad y accidentes

Las actividades que la enfermera debe llevar a cabo para la prevención de problemas de salud en el anciano irán encaminados a lo siguiente:

- Detección precoz de alteraciones propias de la edad.
- Detección precoz de enfermedades.
- Control de patologías crónicas
- Prevención de enfermedades susceptibles de inmunización.
- Prevención de accidentes.

Detección precoz de alteraciones propias de la edad

Como señalábamos anteriormente, la salud del anciano está condicionada por alteraciones propias de su edad, que pueden ser controladas y previstas de forma que cuando se presenten se hayan puesto los medios para reducir su gravedad o sus consecuencias.

Esto se consigue mediante controles periódicos de salud, con protocolos establecidos y en los períodos convenidos en el equipo. Estos controles de salud pondrán al descubierto alteraciones de la tensión arterial, peso, equilibrio, vista, oído, etc. Todo ello estará integrado en el *programa de salud del anciano.*

Detección precoz de enfermedades

Los exámenes periódicos de salud tendrán entre sus contenidos la realización de pruebas para la detección precoz de enfermedades, tales como el cáncer u otras patologías susceptibles de ser descubiertas de forma precoz por pruebas de laboratorio, y propias de la vejez.

Las pruebas de detección precoz de enfermedades formarán parte de un subprograma específico, con protocolos de actuaciones, citas y competencias de cada profesional, y elaborado por el equipo.

Control de patologías crónicas

El anciano, al margen de los controles periódicos de salud, puede sufrir una patología crónica, precisando de controles específicos que se harán coincidir en la medida de las posibilidades con otras citas, y seguirán un esquema similar al control y tratamiento de patologías crónicas de enfermos de cualquier edad, con las características propias de la vejez.

Prevención de enfermedades susceptibles de vacunación

El programa de vacunación de gripe u otras de los ancianos, siguen las mismas pautas que los programas de vacunación de cualquier otro grupo de población, con citas, registros, educación sanitaria, evaluación, etc.

Prevención de accidentes

Los accidentes en la vejez están condicionados a las características de esa edad.

Mientras que en el niño los accidentes tienen que ver con la inconsciencia, el juego, el descubrimiento y en el adulto con el placer del riesgo, la velocidad, o el medio laboral, en el anciano los accidentes están en relación directa con la merma de sus capacidades, el equilibrio, la vista, el oído, etc.

El anciano está expuesto, tal vez, a accidentes en mayor proporción que otros grupos de población. Sin embargo, estos accidentes no dependen sólo de la imprudencia del anciano sino que, en muchas ocasiones, dependen de una sociedad que no se preocupó de evitar unos peligros que, si bien éste era incapaz de preveerlos, cualquier otra persona pudo hacerlo con facilidad.

Podríamos, por tanto, clasificar los accidentes de la siguiente forma:

— Los que el anciano puede evitar.
— Los que no dependen de él.

Los primeros se pueden prever mediante la educación sanitaria en que se informa de los riesgos y de la forma de evitarlos. Tacones excesivamente altos que le producirán desequilibrio y riesgos de caídas, así como suelos demasiado encerados o la negativa a utilizar bastón cuando le resultaría de gran ayuda; intoxicación por consumir alimentos mal conservados o por guardarlos demasiado tiempo, quemaduras por hornillos de alcohol o por falta de ventilación, etc., son peligros que el anciano puede prever y, con información suficiente de los riesgos, evitar, modificando determinados hábitos.

Pero no hay que olvidar los riesgos por problemas que él, por sí solo, no puede solucionar.

Intoxicaciones por mala dosificación de los medicamentos o por cerrar mal una llave de gas mal señalizada, dependen de alguien que, no sólo haga revisiones de su vista, sino que conozca su medio y detecte los riesgos. Cables «pelados», cristales rotos, sillas en mal estado, gas mal cerrado o una errónea colocación de estufas, son elementos que la enfermera en la visita domiciliaria puede detectar simplemente con la observación, así como botiquines repletos de medicamentos inútiles, productos de limpieza venenosos en lugares peligrosos, etc.

La enfermera puede informar de los riesgos y de los peligros de

accidente por medio de la educación sanitaria o por la divulgación de folletos, pero su función es la de conocer el medio en el que el anciano se mueve y descubrir los peligros, para evitarlos si es posible o al menos denunciarlos.

La prevención de accidentes tiene un componente de participación del propio anciano, participación que como se dice en otros capítulos ya existe, puesto que el anciano se cuida y previene, en la medida de sus posibilidades, los accidentes, y cuando éstos ocurren, es porque o bien el anciano bajó la guardia por algún motivo que pudo ser previsto, o porque las dificultades fueron mayores que su capacidad para defenderse de ellas. En ambos casos habrá que intervenir como elemento de ayuda complementaria, ya sea desde la información al anciano, para que tenga los conocimientos suficientes para superarlos, o haciendo desaparecer esos riesgos por diferentes medios.

Revisar el botiquín de un domicilio de ancianos y en presencia de ellos, explicándoles las medicinas que ya no sirven, rotulando claramente aquellas que sirven, puede ser de gran importancia para evitar los riesgos de intoxicación o el consumo indebido de medicamentos. Pero nunca la enfermera podrá revisar las pertenencias de estas personas, ni tirar nada sin que ellos participen, por dos razones: una, porque se sentirían agredidos en su propia intimidad, y otra, porque si ellos no han participado en la limpieza del botiquín, al cabo de un mes estaría en las mismas condiciones, al no habérseles transmitido la posibilidad de riesgo, ni ayudado a transformar su actitud.

Otros accidentes dependen de una sociedad que crea, edifica, ordena el medio ambiente en base a los fuertes, a los sanos, a los listos y olvida a los niños, a los ancianos, a los minusválidos.

El equipo de salud como receptor de los accidentes y, por tanto, conocedor de las dificultades que el medio pone para que los ancianos lleven una vida saludable, debe asumir el lugar de quien denuncia en la coordinación institucional esta situación y, desde el análisis de la misma, de sus consecuencias y del deterioro de la salud de gran parte de la población, proponer cambios, transformaciones que, si bien serán en unos casos arquitectónicas, en otros económicas, tenderán siempre a transformar la actitud de las instituciones haciéndolas más conscientes del trato que dan a la vejez.

Cuidar al anciano cuando está enfermo

Al comienzo de este capítulo se planteaba que se iba a tratar el tema del anciano genéricamente sano. Sin embargo, ese anciano genéricamente sano puede pasar por situaciones de enfermedad que precisan el apoyo del equipo de salud por problemas leves o graves, accidentes, complicaciones de patologías crónicas, etc.

La enfermera, como cuidadora de la salud del anciano, habrá de planificarse su trabajo teniendo en cuenta lo siguiente:

— Por una parte, el *diagnóstico*, pronóstico y tratamiento.
— Las *características personales* del anciano, tanto físicas (válido, semiválido, inválido) como psicológicas.
— La *situación familiar y social* del mismo.

Llegando de esta forma a la siguiente clasificación:

— Anciano válido con apoyo familiar.
— Anciano válido sin apoyo familiar.
— Anciano inválido con apoyo familiar.
— Anciano inválido sin apoyo familiar.
— Anciano ingresado en hospital.
— Anciano ingresado en residencia.

Para poder llegar a esa diferenciación tiene que haber habido antes un trabajo por parte de la enfermera de conocimiento de su propia población. En el caso de la población anciana la visita domiciliaria será de gran ayuda, ya que supone conocer el medio donde vive el anciano y, de esta forma, cuando éste cae enfermo, conocer los medios que cuenta para su tratamiento, las personas que pueden atenderle, los conocimientos que éstas tienen, etc.

Anciano válido con apoyo familiar

Las actuaciones de la enfermera ante el *anciano válido con apoyo familiar* son muy simples y van dirigidas prioritariamente al cumplimiento de las indicaciones para recuperar la salud, sea tratamiento, alimentación o reposo, e irán dirigidas por igual al anciano y a la familia si fuera preciso.

Uno de los factores fundamentales será hacer que el anciano recupere

rápidamente la actividad, que si precisa estar en reposo, éste reposo no le convierta en un inválido, que la superprotección de la familia no le lleve a períodos de convalecencia superiores a los necesarios, que se distancie lo mínimo de su vida cotidiana.

La enfermera acudirá al domicilio, si es necesario, para administrarle medicamentos, curas, cambios de sonda, o cualquier otra actividad profesional que precise, así como para observar la situación integral del anciano.

Anciano válido sin apoyo familiar

Cuando la enfermedad o el problema que sufre el anciano no le imposibilita totalmente, la enfermera valorará la situación, verá cuáles son los cuidados que precisan, y decidirá la forma de proveerlos, si en el domicilio o en la consulta.

Es importante que siempre que ello sea posible, se cumpla el deseo del anciano de permanecer en su casa.

A veces, pequeñas ayudas de un vecino o de un amigo pueden suplir las necesidades de atención y evitar el sacarles de sus domicilios, que a la larga puede generar mayor dolor y desequilibrio.

Anciano inválido con apoyo familiar

El trabajo de la enfermera abarcará la administración de medicamentos o cuidados específicos, y la información y apoyo a los familiares para su mejor atención, higiene, alimentación, reposo, cambios posturales, hidratación, etc.

La familia debe conocer al máximo la situación y debe recibir todas las informaciones posibles acerca de cómo cuidar y de las consecuencias de un mal cuidado. Hay situaciones en que la familia acepta de mal grado el cuidado del familiar y habrá que realizar previamente un trabajo con ellos para que transformen su actitud.

El objetivo de la enfermera ante una situación de invalidez pasajera por enfermedad es que no traiga como consecuencia complicaciones por falta de previsión: escaras por inmovilización, depresión, pérdida de interés por la recuperación, etc.

Cuando la problemática del anciano le lleva a la invalidez prolongada, sea por un accidente, fracturas o por cualquier otra causa, es fundamental que la enfermera y el equipo de salud valoren rápidamente la situación y programen desde el primer momento el plan de cuidados, y si precisa estar en silla de ruedas, o en cama, o inmovilizado en un sillón, se le provean de todas las medidas de higiene, movilización, relación personal, alimentación, etc., no esperando a la presentación de escaras de decúbito o a síntomas de depresión u otros problemas para planificar acciones.

Anciano inválido sin apoyo familiar

Cuando un anciano se encuentra incapacitado para su propio cuidado y sin apoyos familiares, la enfermera con el equipo habrá de facilitarle el ingreso en un centro hospitalario donde pueda recuperarse y volver a su medio, en caso de que su situación sea recuperable, apoyándole y explicándole la necesidad de este paso una vez agotados todos aquellos que el propio anciano pudiera sugerir, sea traslado de algún familiar, o apoyo de vecinos, etc.

Un anciano enfermo e imposibilitado no debe permanecer solo en su domicilio, salvo en aquellas ocasiones en que esté totalmente decidido a ello y tenga cuidados suficientes o algún apoyo de amigos o vecinos.

Los ancianos, además de los problemas que les pueden producir la noche, el miedo a la muerte en soledad, ciertos terrores, tienen dificultad para pedir ayuda en caso necesario, movilizarse hasta un teléfono, llamar a un vecino, gritar, situaciones éstas que otra persona joven, incluso enferma, sabría resolver, mientras que ellos pueden desorientarse en el tiempo y en el espacio, sufriendo situaciones que les pueden marcar psicológicamente.

Anciano ingresado en hospital

El ingreso hospitalario puede llevarse a cabo porque tiene que ser intervenido o por una complicación de su patología, para ser estudiado en profundidad, o por accidente. En todos esos casos el anciano suele vivir esa situación con preocupación:

— Preocupaciones físicas, miedo a no ser bien atendido, a que se le encuentre algo grave, a que tarden en darle el alta, a si podrá seguir llevando la dieta que necesita o tendrá cama dura, o podrá tomar la infusión que le ayuda a dormir, o fumar, etc.

— Preocupación por lo que deja fuera, su pareja también anciana, sus gatos, sus pájaros, incluso miedo al robo si la casa se queda sola, miedo a la muerte, o si dejarán entrar visitas, si entenderá lo que le expliquen, si su pareja sabrá valerse, mil temores, en fin, que si en el adulto ya son una grave preocupación, en los ancianos se multiplican.

En estos casos el equipo de salud deberá proveerles de la información necesaria acerca del medio hospitalario, lo que debe llevar, las horas de visitas, los derechos y deberes, así como todo lo referente al ingreso hospitalario, dirección, lugar a donde acudir, recepción, horario de ingreso, etc.

En otra parte de este libro se hace una propuesta de *plan de cuidados de apoyo al proceso de hospitalización* con el objeto de, desde diferentes perspectivas, hacer esta experiencia lo menos traumática posible.

Este plan incluirá la coordinación periódica en procesos de hospitalización largos, y, en la medida de las posibilidades, su enfermera lo visitará no como amigo sino como miembro del equipo de salud interesado en su proceso, en los tratamientos, en el diagnóstico o pronóstico de su enfermedad.

Los procesos patológicos del anciano pueden ser susceptibles de curación o, por el contrario, pueden quedar instaurados para siempre. Esa posibilidad deberá estar presente en el equipo y deberá ser detectada precozmente para elaborar inmediatamente un plan de cuidados que no deje a este paciente un tiempo sin asistencia.

Si sus posibilidades de movilización se reducen, y necesita apoyo, sea de muletas, de silla de ruedas, etc., antes de que salga del hospital deberá estar ese recurso a su disposición, enseñándole la forma de utilizarlo. De igual forma se planificarán la rehabilitación en el domicilio, los apoyos dentro de la casa, los controles que habrá de tener, el programa de visitas domiciliarias, las competencias de cada miembro del equipo, etc.

Sumado a esto habrá de llevarse a cabo la coordinación con instituciones que resuelvan otros problemas derivados de su hándicap.

Hasta ahora, gran número de ancianos eran ingresados en los hospitales por problemas que nada tenían que ver con situaciones físicas, sino que, por abandonos familiares, alteraciones de salud mental u otras causas, eran prácticamente expulsados de sus casas, o bien, por el agravamiento de algún problema de salud, eran incapaces de cuidarse y de seguir viviendo solos. El hospital, por tanto, cubrió una necesidad social, que hoy tiende a rechazar.

Los costes de la hospitalización han llevado a que el hospital dé de alta a aquellos que considera que no tienen problemas sanitarios, y de esa forma se ha llegado a situaciones realmente trágicas, ya que la negativa del hospital a acoger a estos ancianos no ha ido acompañada de una política de servicios sociales que diera acogida a quienes el hospital expulsaba.

El equipo de salud debe asumir la responsabilidad que le incumbe en esta situación que, si bien es pasajera, ya que la necesidad de residencias de ancianos forzará a la Administración a crearlas, puede producir en los que hoy la sufren, situaciones terriblemente dolorosas.

Anciano ingresado en residencia

La ausencia de residencias oficiales suficientes ha generado el crecimiento descontrolado de residencias privadas, muchas veces clandestinas, donde en la actualidad malviven infinidad de ancianos españoles.

El equipo de salud debe reflexionar sobre la situación de los ancianos ingresados en residencias públicas y privadas, en las que muchas veces viven en el mayor desamparo, y elaborar programas de cuidados del anciano.

Sin embargo, habría que comenzar por exigir una legislación clara acerca de esos lugares, ya que el cuidado de los ancianos en residencias, desde la alimentación o la higiene, hasta la relación interpersonal, chocarán en muchos casos con los intereses de los dueños de las mismas, y sólo una legislación y un control continuado hará que esto cambie.

El equipo de salud debe elaborar protocolos de atención y cuidado a la salud de los ancianos ingresados en residencias, teniendo en cuenta las características del anciano y las de la residencia, valorando los cuidados que puede recibir, las necesidades de asistencia en la misma residencia, la información que habrá de dar a los cuidadores, etc. En conclusión el anciano en una residencia tiene un ritmo de vida que puede ser similar al de su domicilio, pero con características propias.

El hecho de que, en la actualidad, una falta de normativa clara esté sacando a la luz situaciones realmente trágicas de asistencia a ancianos, no quiere decir que vivir en residencia sea objetivamente peor que vivir en su domicilio. El anciano, ante una oferta amplia de residencias de calidad, puede optar libremente por vivir en convivencia con otras personas de su edad, liberándose de tareas domésticas y pasando de forma saludable su vejez.

El equipo de salud deberá integrar en su forma de trabajo la residencia como un hábitat más de su población.

Ayudar a la rehabilitación y reinserción social

El diagnóstico precoz de la enfermedad, junto con el tratamiento y el cuidado adecuados, es el factor fundamental para el pronto restablecimiento de la salud del anciano, así como para evitar secuelas y minusvalías.

La enfermera, desde su lugar de cuidadora, de quien prevé determinados procesos y pone soluciones a problemas antes de que estos se presenten, cubre una función importante en la rehabilitación y reinserción del anciano.

En ocasiones el anciano puede precisar apoyo especializado de rehabilitadores, fisioterapeutas ocupacionales, etc., pasando más adelante a ser atendida su rehabilitación por el mismo equipo de salud.

Pero como se dice en diferentes ocasiones, no es la rehabilitación física la única, sino también su reinserción en la sociedad de la que se separó por causa de su enfermedad. Esta reinserción es mucho más difícil y dolorosa que la que pretende únicamente devolver el movimiento a un miembro o la fuerza a una mano.

Reinsertar en su medio al anciano tras una enfermedad no sería tan difícil si no hubiera en la sociedad un sentimiento de que el tiempo del anciano es un tiempo diferente al del resto de la población.

El «ya para qué», el «para lo que le queda», son frases muy repetidas y dejan al anciano en una situación sin futuro, situación terriblemente dolorosa y arbitraria. La reflexión profunda conduce a pensar que tal vez sea más importante la calidad de vida que la prolongación de ésta y que el tiempo del anciano tiene tanto valor como el del niño o el del adulto.

Para la reinserción social es fundamental la coordinación institucional ya que los servicios sociales, la cuantía de las pensiones, la arquitectura urbana o rural, etc., son los auténticos pilares, y los sanitarios, en esta coordinación, tienen la función de denuncia del deterioro que para la salud tienen determinadas situaciones.

Tras un breve repaso por las distintas fases del proceso salud-enfermedad, es necesario abordar la «otra posibilidad», la de no resolución del problema y, por tanto, la muerte. El capítulo siguiente intenta acercar la enfermera de atención primaria al enfermo moribundo y descubrir las posibilidades de ayuda en esta fase de la vida tan importante como el nacimiento.

8

Ayudar a nacer y ayudar a morir

1. INTRODUCCION

La muerte en atención primaria no ha sido considerada como una parte de las situaciones ante las que podemos encontrarnos.

El «boom» de los hopitales modificó las costumbres y llevó a los pacientes a morir al hospital, transformando de esta forma pautas de vida y de muerte en que intervenían una serie de factores como el afecto o la compañía, que el hospital no sólo no cubrió, sino que consiguió que la muerte en el hospital llegará a ser algo que hiciera pensar al individuo en la eutanasia.

Surgieron en todos los países asociaciones para luchar por el derecho a la muerte digna, a no morir rodeado de tubos en una sala del hospital, a que nadie intentara experimentar con el paciente, etc.

La muerte en el hospital trajo consigo el que los sanitarios de la atención primaria considerasen que eso no era suyo, y los moribundos o morían en el hospital sin familia o morían con familia y sin ningún tipo de atención sanitaria.

Atención sanitaria sin familia, frente a familia sin atención sanitaria, hizo que se prefiriese la muerte en el hospital. Esta decisión no era tomada por el enfermo sino por los familiares, asustados desde su incompetencia ante la posibilidad de tener que manejar en casa oxígeno, sueros o algo parecido a la habitación del hospital, sin nadie que les dijera qué hacer, con un médico al que avisaban y con demasiada facilidad les remitía al hospital, o con un ATS que se acercaba a poner la

medicación y nada más. Como consecuencia de todo ello, los enfermos terminales acababan volviendo al hospital, seguros de que morirían solos, con la angustia de que la familia no les quería, y sin ser capaces, ni unos ni otros, de culpar de tanto sufrimiento al sistema sanitario.

No sé si es difícil para los sanos imaginarnos la muerte en el hospital. No sé si es posible pensar que tal vez un día, débiles o viejos, nos veamos atados a los tubos y a las sondas «sabiendo» que ya nunca saldremos, que la muerte irá llegando, que cada vez el médico pasará menos tiempo con nosotros, las enfermeras tardarán en acudir al timbre, ya nadie nos hará pruebas, ni caso en las noches en vela, viendo únicamente el techo blanco y el tubo fluorescente.

Tal vez, entonces, soñemos con nuestra cama y nuestro cuarto, con el olor a las sábanas de casa, de nuestra comida y de nuestro barrio. Añoremos entonces a esos vecinos que sin pase y sin prisas vendrían a vernos, se quedarían un rato con nosotros y nos sentiríamos mejor aunque hubiera dolores, y sólo con que viniera una enfermera de vez en cuando a ponernos la inyección, a cambiar la sonda o a ponernos el suero sería suficiente.

Tal vez imaginarlo sea demasiado para nosotros, porque lo vemos lejos, pero es difícil que no tengamos en nuestra familia o en nuestro entorno alguien que haya pasado por algo similar. O tal vez todas nuestras ideas de la muerte se hayan reducido a hablar de la «muerte digna», de la necesidad de la eutanasia cuando ya no hay esperanza y hay dolor.

Tal vez muchos de nosotros hayamos pensado a veces que debería existir el derecho a dejarse morir o a acelerar esa muerte, todo antes de ir perdiendo la vida en una cama de hospital con la lengua seca del oxígeno, con las uñas largas y sucias porque nadie nos las corta, con el pelo enmarañado y el coxis escarado, oliendo a todo tipo de medicamentos y con un desconocido en la cama de al lado.

La conciencia de esta situación está aflorando en la actualidad por la dificultad de ingresar en los hospitales a enfermos terminales, ya que a los pocos días y ante una situación incurable los mandan nuevamente a su casa.

Por ello es conveniente recordar que el sistema sanitario no tiene como único objetivo curar, sino atender al individuo en todas sus necesidades vitales, previniendo sus problemas, solucionándolos cuando esto es posible, rehabilitándolo para la vida cotidiana y reinsertándolo en la sociedad.

Por tanto, serán funciones del sistema sanitario, prevenir la muerte en condiciones indignas, curar el dolor de la muerte en soledad, facilitar, cuando sea posible, el regreso al hogar donde vivir de manera saludable esa etapa y de donde salió con la esperanza de recuperar algo irrecuperable.

Pero además hemos de plantearnos que:

— La muerte digna del paciente, bien atendido y en un medio familiar cálido, eleva la calidad de vida de una sociedad.
— El miedo a la muerte disminuye cuando uno tiene la seguridad de que no será abandonado en el hospital.

La enfermería de atención primaria ha de asumir el cuidado del paciente moribundo en el convencimiento de que su función es ayudar a nacer, a vivir y a morir; sin embargo, al igual que a muchos otros trabajadores de la salud, les cuesta asumir ese campo y se inventan ventajas de atender a otros grupos de población, ya que la idea de la muerte les revuelve su mundo interior. Sólo el análisis y la consciencia de ese problema les llevará a superarlo, a asumir el cuidado del moribundo como el de cualquier otro enfermo, y a ser capaz de no inmiscuirse personalmente en cada muerte.

Pero para ello es preciso un *tiempo* y un *lugar*.

Un *tiempo* para que «en equipo» se pueda analizar lo que la muerte supone para cada uno, y un *lugar* donde se pueda trabajar con ayuda de profesionales específicos y resolver las dificultades que van apareciendo al asumir el cuidado del enfermo terminal, dificultades que tienen que ver con el miedo a la muerte, la cercanía del dolor, las experiencias personales, etc.

2. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ENFERMO TERMINAL

En primer lugar la enfermera se informará de la situación del paciente: diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidados específicos que precisa.

Si el enfermo viene del hospital sería conveniente comunicarse con el equipo de enfermería que le ha estado atendiendo, con el objeto de hacer una valoración del tratamiento y cuidados recibidos y continuarlos si esos fueron beneficiosos (especialmente en las curas, escaras, alimentación, nivel de dolor, etc.). Con estos datos, llevar a cabo la visita domiciliaria, que será más eficaz si se hace en compañía del médico.

En esta visita la enfermera valorará lo siguiente:

— Condiciones generales de la casa.
— Características de la familia o amigos que le van a atender (aquí valorará su capacidad para lavarle, administrarle los medicamentos, captar el dolor del paciente, etc.).
— Si son histéricos o inteligentes, jóvenes o viejos, si van a pasar muchas horas con él o tienen que trabajar, etc.

A partir de estas informaciones organizará su programa de trabajo.

La enfermera, al planificar su trabajo, tendrá en cuenta no sólo las necesidades físicas sino también las de otro orden: psicológicas, religiosas, legales, etc., dentro de su concepción de salud integral y consciente de que, en esos momentos, si el paciente tiene algún problema que resolver antes de morir, ello le impedirá morir en paz.

Cuidados físicos

El plan de cuidados no requerirá la presencia constante de la enfermera, sino más bien como asesora de la familia acerca de:

— Aseo del paciente: productos con los que debe lavarle, hidratación, forma de hacer la cama, travesera, limpieza de uñas, de boca, es decir, todos esos cuidados que puede realizar la familia si se les demuestra su importancia y se le adiestra.
— Postura del paciente: enseñarle los cambios de postura y la forma de hacerlos, las movilizaciones de los miembros, la protección de éstos para evitar las escaras, el uso de almohadas.
— Medicación: si no se precisan los servicios de la enfermera, ésta explicará a la familia la forma de administrarla, el sistema de tener la medicación ordenada, la necesidad de productos para desinfectar, guantes para el lavado, etc.
— Habitación: con qué limpiar el suelo, quitar adornos que se llenen de polvo, la importancia del sol y de la ventilación.
— Si el médico ha dado unas pautas acerca de cómo combatir el dolor, aclarar a la familia que no es necesario que el paciente «aguante» y enseñarles el momento de administrarle el analgésico y su manejo.
— Oxígeno: enseñarles la forma de utilización, humidificación y precauciones.

Cuidados psicológicos y de relación familiar y social

Saber si el paciente es consciente de que se muere y la importancia de informarle de ello, es un tema que ha preocupado mucho a los sanitarios.

La enfermera debe saber atender a un enfermo terminal sin que el paciente por el cuidado que reciba sienta que va a morir, ni en el caso en que sepa que va a morir la enfermera hará un cambio en sus cuidados o en su actitud. Sin embargo, si el paciente es consciente de su situación, la enfermera, puede llegar a crear una comunicación buena con el paciente, y tal vez ayudarle en otros campos, tales como:

— Religioso: saber si el paciente desea algún tipo de servicio, que tal vez sus familiares no han tenido en cuenta, puede ser de gran ayuda en esos momentos. En caso afirmativo lo transmitirá a la familia o bien ella misma podrá avisar al centro de donde haya de venir el sacerdote, o el evangelista, o el representante de su religión, o derivarlo a quien pueda encargarse.
— De igual forma, conocer si el paciente ha dejado todos sus asuntos económicos en regla o hay algo que quisiera dejar arreglado antes de morir, podrá, asimismo, ser una tarea de la enfermera (naturalmente no el resolverlo, pero sí el saber si algo le está preocupando y derivarlo).

Organizar con la familia aspectos cotidianos como:

— Visitas y el cansancio que éstas pueden producir si se alargan.
— La televisión o la radio, que pueden ser necesarias para los familiares, pero pueden cansar al paciente.
— La necesidad de tranquilidad o de compañía, de silencio o de conversación, será diferente de unos casos a otros y debe ser valorada por la familia con la ayuda de la enfermera.
— La atención durante la noche. La enfermera valorará esta necesidad y si fuera preciso organizará con la familia un sistema de vela, de forma que ninguno cargue con muchas horas de cansancio y el paciente esté atendido.
— Es preciso que los familiares sepan cuál es el aviso de que está muriendo, y, si pueden, vivan ese momento al lado del paciente y, después, cuando todo haya pasado, hagan las gestiones necesarias.
— La familia contará siempre con el teléfono del centro de salud donde avisar a su médico y a su enfermera en horas de trabajo, y durante el resto de las horas a los servicios de urgencia.

Todo lo referente al cuidado del enfermo terminal chocará en la práctica con el rechazo de muchos profesionales de la salud, que, desde criterios de efectividad, criterios económicos u otros, consideran innecesario abordar a estos pacientes en sus domicilios.

Tal vez por eso la única razón que nos debe llevar a introducir el cuidado del enfermo terminal dentro de las competencias de la enfermería sea el «deseo», explicitado o no de esos moribundos, a los que si les preguntáramos si quieren volver a «casa», tal vez comprobaríamos que es eso en lo único que sueñan durante la agonía.

9

Cómo cuidar lo que no se puede curar: la enfermedad crónica

1. INTRODUCCION

Pasada la época en que los mayores problemas de salud eran enfermedades agudas, transmisibles e infecciosas, consecuentes a la situación de subdesarrollo del país, a la situación de penuria y falta de higiene, hoy nos encontramos con que las enfermedades que nos aquejan son en su mayoría consecuencia de un estilo de vida inmerso en el desarrollo, en la competitividad, en la selección de los mejores.

Esta civilización produce, junto con las viejas enfermedades, otras nuevas que ya no se parecen a las de décadas anteriores. Gran parte de esas enfermedades *no se curan*, son las enfermedades crónicas, que además de que no se curan producen, sumado al dolor, problemas sociales, económicos, psicológicos, etc.

La enfermedad crónica en muchos casos margina al paciente por diferentes vías; bien porque sus molestias le impiden llevar una vida normal o porque su tratamiento o determinadas consecuencias de su enfermedad le tienen condicionado a horarios estrictos, a prácticas molestas, o bien porque el enfermo crónico no tiene conciencia de que previsiblemente su enfermedad le acompañará a lo largo de su vida y pendiente siempre de una curación que no llega, no plantea su vida compartida con la enfermedad.

La dieta y la dependencia de la insulina determinarán un cierto grado de marginación del diabético, si nadie le enseña a inyectarse o le explica la variedad tan amplia de alimentos que puede consumir. El colostomiza-

do se marginará por miedo a que en algún momento su bolsa se despegue y el olor provoque rechazo en los demás. El hipertenso puede llegar a marginarse si no es capaz de encontrar sucedáneos de la bebida o comidas asequibles a su enfermedad, cuando su mundo de relación y de amigos vive alrededor de una copa o comiendo en restaurantes. La artrosis, la obesidad, la bronquitis crónica, y tantas otras enfermedades pueden marginar a quien las sufre, no tanto por los problemas que ésta les acarrea sino por la forma en que el paciente *«vive la enfermedad»*, cómo la asume o la niega, cómo la familia la acepta o la rechaza.

El enfermo crónico tiene generalmente una posición pasiva frente a la enfermedad y, aunque la sufre y afecta a toda su vida personal y familiar, en la mayoría de los casos no sabe cómo actuar y pone en el sistema sanitario, en la consulta al médico toda su esperanza, esperanza de curación imposible y que le lleva a vivir siempre pendiente de ese nuevo medicamento, o esas sesiones de onda corta, o esas nuevas pruebas, en definitiva, vive siempre esperando sanar.

La curación no llega y a la enfermedad primera le siguen situaciones de desánimo, de depresión, marginación, etc.

La medicación en la enfermedad crónica no es un elemento generador de salud. Sólo cumple una función de ayuda, ya que lo fundamental es conseguir que el enfermo crónico asuma una postura activa ante su proceso, lo conozca, lo maneje, lo entienda, y, desde esa asunción de su realidad, se cuide.

Sin embargo, aunque el autocuidado es una actitud vital, no es fácil si lleva consigo el cambio de hábitos.

Tal vez para los sanitarios sea fácil hablar de cambios de estilos de vida, de transformación de hábitos perjudiciales, y que les pueda parecer absurdo que alguien que pasó por una experiencia de peligro de su vida, por un infarto de miocardio, o sufre grandes dolores articulares, o se fatiga tremendamente, no cambie sus hábitos de bebida, tabaco u ocio, que tanto le mejorarían. Pero cuando los sanitarios se ponen en esas posiciones olvidan que el individuo no está conformado sólo de arterias coronarias, o de bronquios, o de rodillas, sino que en su vida hay muchos otros aspectos, y esos pesan tanto o más que su dolencia.

Si es cierto que por las mañanas sufre por el exceso de tabaco del día anterior, es indudable que el día anterior o disfrutó fumando, o el esfuerzo por dejarlo fue demasiado grande para él.

Si es claro que el sedentarismo no ayuda a mejorar sus dolores articulares, no es menos cierto que es difícil encontrar un tiempo y un lugar para hacer ejercicio, y ese esfuerzo puede ser demasiado grande.

El autocuidado es tarea fácil cuando sólo hay que mejorar la salud, pero es tarea difícil cuando para mejorar la salud hay que dejar de lado viejas prácticas que fueron agradables y ayudaron a vivir, y eso a cambio de una posible mejora que no siempre llega.

La enfermería tiene que asumir la importantísima función de ayudar al enfermo a *modificar su estilo de vida para convivir saludablemente con su enfermedad.*

El control del enfermo crónico y la educación sanitaria que en ella se imparte, llevan como objetivo que el paciente conozca su enfermedad, la forma de controlarla, de evitar recaídas y de vivirla saludablemente.

Es, pues, su objetivo conseguir que éste no se considere «enfermo», que el hecho de padecer un problema no conlleve el apelativo social de enfermo. La experiencia está demostrando que el conocimiento de su enfermedad, de los medios para controlarla, hace al individuo que la sufre mucho más libre y evita su marginación.

Todo lo que se viene enunciando como cuidado de la salud del enfermo crónico estará incluido dentro del *programa de crónicos*, que a su vez se subdividirá en subprogramas, según las diferentes patologías.

Estos programas llevan consigo la detección precoz, tratamiento, controles periódicos, prevención de estos procesos, y son asumidos por el equipo de salud. En estos programas se especifican las actuaciones por medio de protocolos, y habrá actividades indiscriminadas que cualquier miembro del equipo podrá realizar, y otras que deben ser asumidas por profesionales específicos, conforme a una política de aprovechamiento de recursos.

El lugar de la enfermería en los programas de control de enfermos crónicos podría ser, como se viene enunciando, el de quien enseña al paciente a convivir con su enfermedad mediante el cuidado y la educación sanitaria, evitando de esa forma complicaciones, alteraciones, retrocesos en su evolución, y, sobre todo, evitando dolores y sufrimientos innecesarios.

La enfermera precisa, al asumir el cuidado del enfermo crónico, conocer cómo se relaciona éste con su enfermedad, cómo la vive, qué riesgos cree que tiene, por qué cree que la sufre, qué problema le produce a nivel personal, miedo a la muerte, marginación, depresión, o a nivel familiar, sean económicos, de agresividad, mala convivencia, o bien sociales, marginación de amigos al no poder llevar el mismo ritmo, etc.

Toda esta información que la enfermera recogerá «conversando y observando», será la base para el cuidado y el control de este paciente, para saber qué información habrá que darle y las dificultades que va a

tener para seguir una dieta, cumplir una medicación, o dejar de fumar.

El control de salud del enfermo crónico, lo lleva a cabo la enfermera en la consulta de enfermería.

Se considera consulta de enfermería tanto el espacio físico donde se lleva a cabo la entrevista, como la entrevista propiamente dicha.

Ateniéndonos a este último significado, se puede definir que *la consulta de enfermería es la entrevista entre el usuario, enfermo o sano y el profesional de enefermería, que tiene como objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, realizar pruebas y/o impartir educación sanitaria, todo ello para prevenir la enfermedad, promover la salud, recuperarla cuando fuera posible y ayudarle a rehabilitarse y/o convivir saludablemente con su enfermedad.*

2. CONTENIDO DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA

— Control de constantes, diferentes según las patologías.
— Control de la medicación, si la hubiera.
— Educación sanitaria específica.

Control de constantes

Es la información que necesita la enfermera para conocer la evolución del paciente. Estas constantes serán según la patología del paciente: peso, talla, T.A., pulso, glucemia, glucosuria, estado de piel y mucosa, potencia en las extremidades, etc.

Según el problema de salud que se trata de controlar, habrá que realizar diferentes controles y en cada protocolo deberán especificarse. Para una mayor seguridad de los datos es imprescindible que se elaboren en los centros algunas pautas para realizar la toma de constantes.

Reconocer que en este momento los sanitarios no realizan las técnicas de forma unificada, no supone ninguna deshonra y sí el reconocimiento de algo que hay que mejorar.

No cabe duda que todas las enfermeras saben tomar la tensión, pero muchas pueden haber olvidado los pasos que han de seguirse para tomar este dato «perfectamente». Hay que conocer el momento en que se debe tomar, cuál es el sonido que nos indica la tensión, qué significa la máxima y la mínima, etc.

De igual forma es imprescindible unificar criterios, ya que no es igual

tomar la tensión al comenzar la consulta que tras diez minutos en reposo, o tras hacer una serie de ejercicios, al igual que hay que unificar el peso y la talla, definiéndose en equipo si se hace con el paciente descalzo y sin la ropa de abrigo, o de otra determinada forma, pero siempre con un criterio unificado.

Hasta ahora la calidad del material que la enfermería ha tenido en los ambulatorios era por lo general deplorable, y este profesional se ha acostumbrado a trabajar con fonendos con la membrana rota, con la goma picada, balanzas que no se equilibran nunca, tallímetros que cuesta articular, etc. Esto, no cabe duda, ha tenido como consecuencia que ni el mismo profesional se sintiera seguro de los datos con los que contaba. El usuario, por su parte, tras serle tomada la tensión por la enfermera, acudía a la farmacia y se la volvía a tomar, confiando más en los datos de esta última que en los anteriores.

Para solucionar este problema, que hará imposible un control de calidad de los servicios, es imprescindible contar con material de calidad y cuidar ese material.

Control de medicación

El control de la medicación del crónico es imprescindible, ya que los largos tratamientos se prestan a que el paciente los vaya amoldando a su criterio y llegue un momento en que los cumpla de una forma desigual o errónea.

Muchos pacientes, de entrada, toman menos medicación que la que les indica el médico.

Durante muchos años el control de la medicación de crónicos *no ha existido* de forma generalizada.

La enfermería sabe muy bien que, durante años, el usuario o su hijo, o su vecino, acudían a la consulta médica con los cartones de la medicación, la enfermera recogía estos cartones junto a las cartillas y, sin ver al paciente, sin que el médico controlase para nada esta medicación, rellenaba las recetas, el médico las firmaba y se entregaban al que las había pedido. De esta forma el paciente iba almacenando en su casa medicación, o hacía con ella el uso que quería, aunque a veces no fuera beneficioso para él ni para otros.

De esa forma podía darse el caso de enfermos que al no haber comprendido bien las pautas de la medicación estaban tomando mayor cantidad de la misma sin que nadie se diera cuenta, ya que si el envase

debía durar un mes, ellos lo consumían en una semana y nadie se apercibía de ello.

Esto lleva a organizar un control de la medicación en el que el objetivo primero es que el paciente conozca perfectamente la medicación, sepa cómo administrarla y la enfermera sea capaz de detectar a tiempo cualquier error en el mismo.

La enfermería que asume el ayudar al paciente a convivir con su enfermedad ha de tener en cuenta que éste, en muchos casos, está supeditado a una medicación que no está en consecuencia con su forma de vida y que le obliga a marginarse. Convendrá, pues, plantear al médico todas las posibilidades de modificaciones, sin cambiar para nada el efecto de la medicación, que le ayuden al usuario a vivir una vida más libre.

Enseñar a un diabético a autoinyectarse es la forma de que éste no viva condicionado a acudir al centro y pueda con su propio equipo llevar una vida más libre, inyectándose en su clase, en su casa, en su trabajo. De igual forma, si él mismo efectúa sus controles de sangre y orina, conseguirá una mayor autonomía, imprescindible para conseguir no ser un «enfermo».

En el control de la medicación es imprescindible tener en cuenta:

— Si la cumple con las dosis y pautas prescritas.
— Si se automedica.
— Si sufre de efectos secundarios.

La enfermera debe saber si el paciente cumple la medicación «siempre». Para ello no sirve una pregunta única a la que el paciente normalmente contestará aquello que cree que debe hacer y, muy posiblemente, ocultará que los días que no come en casa no la toma, o que cuando se encuentra mal tampoco, o que él mismo se dosifica según se encuentra. Sin embargo, ésta es la información que interesa conocer.

En el caso en que la enfermera intuya que el paciente no cumple bien la medicación, deberá evitar el «regañar», «amenazar» con riesgos, o «asustar», sino que intentará conocer la base para esa mala dosificación, que podrá estar en que la medicación le produce algún tipo de malestar o que es muy complicado dosificarla (gotas, si no ve bien), o sabe mal, o ha leído el prospecto y ha visto que tiene un sinfín de contraindicaciones, entre ellas algo que él padece.

La enfermera intentará que la medicación no sea una carga, algo que le produce más problemas que beneficios, algo que le estresa por la rigidez de las horas o por otro motivo. Intentar que la medicación se convierta en un hábito, que si bien no resulta agradable, no tiene por qué

ser una gran incomodidad, será una de sus tareas y estudiará la actividad normal del paciente y la forma de administrarla mejor, de cumplirla con la mayor garantía posible.

Además de conocer si la medicación la toman como le indicó el médico y de descubrir si se automedican (ambas cosas se registrarán), la enfermera llevará a cabo el control de los efectos secundarios.

Cuando el equipo de atención primaria trabaja de forma unificada y con programas, el equipo médico puede protocolarizar el tratamiento de las enfermedades más comunes y utilizar de forma unificada los mismos productos con las mismas pautas. Esto simplifica mucho el trabajo de seguimiento, porque la enfermera únicamente deberá conocer los efectos secundarios de un número de medicamentos, que habitualmente son los mismos. Pero cuando no se trabaja de esta forma, cada médico pone el tratamiento que cree oportuno, bajo la máxima de que «cada maestrillo tiene su librillo», y de esta forma, en un mismo centro, el EPOC puede ser tratado con una variedad infinita de medicamentos, de pautas, etc., que complica mucho el seguimiento.

En ambos casos la enfermera habrá de conocer:

— Efectos secundarios de cada uno de los medicamentos y tener un registro de ellos a la mano, estudiarlo y conocerlo a la perfección.
— Efectos secundarios de la medicación total (la suma de los medicamentos).

En su entrevista con el paciente investigará si esos efectos secundarios se están presentando, no haciendo un interrogatorio largo y difícil, sino intentando en la conversación saber si sufre de estreñimiento o ve lucecitas, si siente dolores en las articulaciones o impotencia desde que toma la medicación. Averiguar esto es imprescindible, pero hay que contar con que algunos efectos puede que los sufra y no se haya dado cuenta, por lo que se le dirá que lo tenga en cuenta para otra ocasión y lo observe para contarlo. A veces en las consultas se borran una serie de datos que el paciente recuerda en cuanto sale de ella, por lo que ese dato puede quedar para otra cita.

El registro de estos efectos se hará en la hoja correspondiente evitando dejarlo para luego, porque se puede olvidar.

La *automedicación*, como se ha dicho en otras ocasiones, es práctica habitual entre los pacientes crónicos.

En muchos casos, y debido a la falta de conexión con el médico, a cambios de médico, a las consultas demasiado rápidas, el paciente no se siente seguro acerca de las medicinas. Si a esto se añade el que la

medicación le crea algún problema físico, éste estará muy predispuesto a escuchar de amigos, vecinos o familiares cualquier experiencia parecida a la suya y asumirá los tratamientos ajenos, harto de que el suyo o no le cure o le empeore, ignorante de que el fin de la medicación en el caso de las patologías crónicas no es curar, sino intentar paliar las molestias, el avance de la enfermedad, las complicaciones, etc.

La búsqueda de la curación será un *via crucis* para estos pacientes que desconocen que esto es casi imposible.

La automedicación, en muchos casos, ha sido respaldada luego por el médico del ambulatorio, que en el trueque de cartones por recetas ha llegado, con frecuencia, a recetar medicamentos que no había mandado, al no existir una historia u otro documento.

El enfermo crónico no sólo se automedica con medicamentos clásicos sino también con algunos productos que la propaganda se encarga de ofrecer, que pertenecen a toda la gama de infusiones: antidolorosos, adelgazantes, etc.

El uso indiscriminado de excitantes, café o incluso medicamentos como el «Efortil» (unas gotas cuando se encuentran decaídos), o «Seguril» (cuando se encuentran hinchados, etc.), no es extraño en los enfermos con largas medicaciones.

También será función de la enfermería descubrir el nivel de automedicación, los productos más utilizados, cómo los toma, cuándo y de qué depende. Sólo así podrá informar de los riesgos, aclarar los errores y llegar a convencer.

Queda claro que la actitud de la enfermera como fiscalizadora de conductas es absolutamente negativa, y los resultados que consiga con esa actitud no sólo van encaminados a que el paciente no tenga ningún interés en acudir a ésta y sólo lo haga cuando lo considere imprescindible, sino que los datos que le dé estarán condicionados a lo que la enfermera quiera oír, por lo que no se conseguirá ningún beneficio, sino una desorientación total acerca del proceso que sigue la enfermedad.

La enfermería deberá contar de antemano con una cierta actitud del usuario de ocultar sus hábitos perjudiciales, negar el número de cigarrillos, así como los cafés que se toma o las medicinas que de forma descontrolada consume, unas veces con intención de ocultarlo y otras veces porque realmente no es consciente de que lo que hace sea perjudicial y no le da importancia. Por eso es imprescindible que sepa ganarse la confianza del enfermo y éste descubra en ella un aliado en la lucha contra la enfermedad.

Educación sanitaria

Se puede decir, sin temor a equivocarse, que éste es el eje donde gravita la actuación de la enfermería en el cuidado del paciente crónico.

La educación sanitaria tiene como objetivo que el enfermo asuma su responsabilidad en el cuidado y con ello una actitud activa y positiva ante su enfermedad, enseñándole a modificar aquellos hábitos que, o bien le produjeron la enfermedad, o bien se la agravaron.

La información que se transmita irá en esa dirección y habrá de contener:

- Información acerca de la enfermedad, cuál es, por qué la sufre él, de dónde le vino y por qué, qué riesgos tiene, etc.
- Información sobre cómo puede él intervenir en el proceso, evitar complicaciones, autocuidarse, ser un elemento activo, etc.
- Información acerca de los elementos que influyen en su enfermedad: alimentación, ocio, higiene, hábitos, etc.

Estos contenidos serán previamente preparados y supervisados.

No todas las personas tienen la misma capacidad para comprender los temas, y, aunque se modifique según el nivel del paciente, no cabe duda que esta información exige un tiempo para asimilarla y asumirla. Para ello no existe una relación directa en la que a mayor coeficiente intelectual, mayor capacidad para cambiar el estilo de vida. Por tanto, y teniendo en cuenta que la educación sanitaria no es un traspaso de información simplemente, sino un intento de modificar hábitos de vida, interiorizar conocimientos, cambiar, los tiempos deben ser programados, y los contenidos y la metodología trabajados con rigor científico. Es importante que la enfermera conozca:

a) *Actitud del paciente ante su enfermedad.* Con preguntas sencillas y asequibles a su nivel, tratar de conocer la información que el paciente tiene acerca de su proceso. Si la valora o no le da importancia, si tiene miedo, si cree que está en continuo riesgo de accidente.

b) *Nivel socioeconómico y entorno social del paciente.* La enfermera tratará de conocer su situación familiar, laboral, económica, en el convencimiento de que todos estos datos condicionan el desarrollo de su enfermedad y también el aprendizaje. Nunca se harán preguntas que pudieran dañar la susceptibilidad del paciente y más bien se facilitará que durante la conversación vayan saliendo estos datos.

En caso de situaciones especiales que puedan suponer algún riesgo se registrarán, tales como si vive solo, si está en paro, si su familia no da importancia a su enfermedad, etc.

Muchos son los campos en los que la educación sanitaria habría de incidir, ya que son muchos los aspectos de la vida cotidiana que influyen en las patologías crónicas. Nos referimos aquí a algunos de los que más influencia tienen:

Adelgazar

Adelgazar es algo que conviene a gran parte de los enfermos crónicos, ya que en principio este factor suele existir en determinadas patologías y agrava los procesos, ya sea hipertensión, diabetes, artrosis, epoc, etc. Por tanto, adelgazar formará parte del discurso de la enfermera con el paciente crónico en infinidad de ocasiones.

En la obesidad, al igual que en otros factores fundamentales, existe un condicionante cultural que se va modificando a lo largo de la historia. En la actualidad la sociedad española ha dado un gran cambio antropométrico y, sin necesidad de acudir a tablas, sólo la observación de la calle lleva a la conclusión de que las nuevas generaciones tienen unas medidas diferentes a las generaciones pasadas y «la hermosura» se aleja de la gordura, y el «ni chicha ni limoná» de otras generaciones forma parte de los cánones de belleza actuales.

Dentro de este campo se encuentran diferencias a la hora de perder kilos entre los jóvenes y los mayores, las mujeres y los hombres, el ama de casa y la mujer que trabaja fuera.

La chica joven obesa estará dispuesta a comenzar cualquier régimen a cambio de una mejor imagen, sin que la salud sea para ella el aliciente mayor. Sin embargo, a la madre de familia de cincuenta años, tal vez no será la estética la que le lleve a hacer una alimentación mejor para su salud, ya que argumentos como «a mi marido no le gustan las flacas», o «a quien voy a gustar yo a mis años», serán habituales en ellas.

Argumentos estéticos junto a otros de salud, agilidad, más años de vida, menos fatiga en el trabajo, etc., habrán de amoldarse a la hora de captar el interés del obeso por la dieta. Sin embargo, adelgazar no será el objetivo último sino el que mejore su alimentación.

La enfermera debe huir de dietas espectaculares con alimentos poco habituales y habrá de tender a ir modificando la dieta del paciente al mismo tiempo que va modificando su actitud frente a la alimentación, de

forma que en la medida de lo posible se transforme de igual forma la alimentación individual y la de la familia, ya que fácilmente la enfermedad crónica de un miembro de la familia, si tiene relación directa con la alimentación, acabará apareciendo en los restantes miembros de la familia. ¿Cómo ayudar a adelgazar al obeso?:

- La enfermera tiene que conseguir la colaboración y voluntad del obeso utilizando la vía o aspecto más atrayente o susceptible.
- Explicándole que la obesidad es un factor de riesgo de enfermedades crónicas, favorece el acortamiento de la edad media de vida, etc.
- También habrá de informar que el obeso tiende a compensar los problemas emocionales (ansiedad, depresión) y afectivos a través de la comida, factor que puede ser importante a la hora de asumir una dieta.

Gran parte de la población enferma o sana ha intentado en alguna ocasión perder unos kilos de más, y es de todos conocido que sólo algunos lo llevan a cabo sin esfuerzo, siendo la mayoría la que lo intenta una y otra vez sin éxito y con medios a veces sencillos y otras veces terriblemente sofisticados.

Las dietas de las revistas son fiel reflejo de estos últimos y tienden a hacer adelgazar en pocos días los kilos imprescindibles para lucir una mejor figura, pero sin preocuparse de qué pasará cuando empiecen a comer otra vez alimentos variados.

El objetivo de la enfermera es exactamente el contrario: modificar la alimentación de forma que su organismo reciba lo que necesita, evitando aquello que le hace daño y consiguiendo de esta forma perder kilos.

Para enseñar a adelgazar es imprescindible conocer «cómo engordó». Es decir, es absurdo entregar a una persona una dieta estricta de «X» calorías sin antes saber dónde, cómo come, quién cocina, cuántas comidas puede hacer al día según su trabajo o su horario, cuales son sus gustos, qué cosa le encanta y qué le repugna.

Comer en casa o comer fuera condiciona totalmente las posibilidades de seguir una dieta, y, sin embargo, cada vez es más común alimentarse en comedores, bares, restaurantes, controlando el peso sin tener que acudir al filete a la plancha.

La enfermera y el obeso manejarán las tablas de equivalencias para ir elaborando la dieta. La enfermera debe conocer los alimentos según la economía, saber qué pescado o qué verdura o fruta son del tiempo, y su precio aproximado. Esto le ayudará a la hora de informarle al paciente.

Durante muchos años estar a dieta consistía en comer un plato de verduras y un filete a la plancha eternamente, con lo que eso conlleva de aislamiento, marginación, de aburrimiento. Hoy, sin embargo, las posibilidades son infinitas y comer de dieta no es más caro.

Es imprescindible que la enfermera lleve el seguimiento del paciente obeso, animándole, solucionando sus dudas, variando el menú según la época, entendiéndole ante determinados excesos e incluso adelantándose a ellos. Demostrarle que es lógico que el día que va a una boda rompa el régimen para después volver a él, animarle a que el verano sea para aumentar las ensaladas y no para «picar» más en las playas, etc.

También hay pequeños trucos que ayudan a no engordar: levantarse de la mesa nada más acabar, impedirá que conversando, se termine el plato que se dejó o se coman los trozos de pan, o se repita el postre. De igual forma hay que convencer al ama de casa que al recoger la mesa no se coma lo que queda en los platos porque «da lástima tirarlo» (trozos de filete partidos, patatas fritas que se dejó el niño, restos de paella, etc.).

Una regla fundamental es no hacer el régimen más severo de lo previsto, ni más duro de lo que uno es capaz.

El horario regular en las comidas evitando llegar con mucha hambre, lavarse los dientes al terminar de comer para animarnos a no seguir comiendo, además de prevenir las caries, son medios sencillos para adelgazar.

Hoy día se conoce a la perfección la composición de los alimentos, sus proporciones, las necesidades de los individuos según sus edades, sexo y su estilo de vida, y se pueden elaborar menús infinitos con una amplísima variedad de alimentos que evita totalmente la marginación del que los toma.

La enfermería, por lo general, no ha recibido en su formación básica conocimientos avanzados acerca de la nutrición, y actualmente intenta formarse por diferentes vías para dar respuesta a esta necesidad específica.

La bibliografía actual aporta suficientes conocimientos acerca del tema, y la enfermera ha de asumir la responsabilidad de formarse, bien asistiendo a cursos, o por medio del estudio individual.

No cabe duda que no hay tiempo suficiente para elaborar una dieta específica a cada paciente y que se pueden tener elaboradas dietas bastante amplias. Lo que sí es imprescindible es conocer las pautas de alimentación para poder amoldarse la dieta a cada caso concreto.

Dieta hiposódica

En el tema de la alimentación se puede encontrar con que al paciente le conviene reducir la ingesta de sal. Comer sin sal no se consigue por el simple hecho de que en una consulta médica se diga que ésta perjudica la tensión arterial, ya que la sal forma parte de la alimentación y del placer de comer, y difícilmente se deja ese hábito de la noche a la mañana.

Si la enfermera o el médico que aconseja que coma sin sal al paciente, es consciente (ha comido alguna vez de esta forma) de lo poco sabrosa que está la comida cuando se le quita ese elemento, entenderá mejor las dificultades. Es necesario que la enfermera sea consciente de esta dificultad, la del gusto, para poder enseñar ese cambio tan importante, y habrá de animarle y enseñarle por qué la sal le hace daño, qué alimentos tienen sal y también que otros productos pueden dar buen sabor a la comida sin que tengan sal.

Será importante aclarar que el efecto del caldo concentrado (Maggi, Avecrem, Starlux, etc.), muy utilizado en nuestra cocina, será igual de perjudicial que el de la sal. Pero, sobre todo, le enseñará la amplia gama de alimentos que no tienen sal, qué «tapas» en los bares le conviene tomar de aperitivos, etc., de forma que no se vea obligado a transformar su vida habitual.

Ejercicio-actividad

A muchos enfermos crónicos les conviene realizar ejercicios físicos. Posiblemente cuando a un paciente se le aconseja que haga ejercicios es posible que entienda que necesita hacer algún deporte: natación, footing, ir a un gimnasio, etc., lo que para muchos, según su situación, puede resultar muy complicado.

El trabajador, una ama de casa, una persona de edad, no verá fácil la posibilidad de «hacer ejercicio» si eso supone romper su ritmo de vida. La enfermera debe entender estas dificultades y acercar la necesidad de actividad, de ejercicio, al estilo de vida del paciente.

Saber en qué trabaja, qué actividad realiza, cuántas horas, las posibilidades de descansar, si duerme la siesta, en qué ocupa su ocio, horas de televisión, a qué hora se acuesta, qué aficiones tienen, es algo imprescindible. Con estos datos podrá plantear la necesidad, sustentada en una explicación clara y asequible, de hacer ejercicio y las desventajas de no hacerlo.

Medios fáciles de hacer ejercicio pueden ser realizar a pie tareas que antes hacía en coche o cogiendo otro medio de locomoción, acompañar a los niños al colegio, dar la vuelta a la manzana por la parte más larga, coger el autobús dos paradas más lejos, es decir, todo lo que pueda ayudar a caminar al cabo del día una hora en total. Es recomendable, asimismo, aficionarle a juegos que le obliguen a moverse, y en vez de jugar a los naipes, que juegue al billar o a la petanca.

Hábitos perjudiciales

El *tabaco* es una de las toxicomanías más extendidas y que genera un mayor número de problemas de salud. Sin embargo, aunque todos los fumadores son conscientes del perjuicio que les ocasiona el tabaco, no sólo a largo plazo sino en el mismo presente, ya que tienen fatiga, se ahogan cuando se acuestan, tosen, en general encuentran una gran dificultad para dejar ese hábito.

La educación sanitaria debe alejarse de la prohibición, de la amenaza, del desprecio hacia el que es incapaz de dejarlo.

En primer lugar todos los fumadores son conscientes del daño que el tabaco les ocasiona y casi todos han intentado o han tenido intención de dejarlo alguna vez.

El tabaco, al igual que otros hábitos, ayuda al individuo a calmar la ansiedad, y muchas veces abandonarlo supone irritación, hambre u otro mecanismo de defensa.

La enfermería debe conocer la relación del tabaco con el estrés, saber lo que supone para el fumador el dejarlo. Una vez entendido esto y comprendiendo al fumador, comenzar a ayudarle. Comenzar por explicar los efectos nocivos del tabaco, no a largo plazo sino también en el instante actual, la relación del tabaco con su patología y los efectos nocivos en ella, las ventajas de dejarlo y la mejoría que van a sentir, todo ello encaminado a captar su voluntad para abandonarlo.

La enfermera debe conseguir que el paciente «quiera» dejar de fumar. Si el paciente no quiere dejar de fumar es mejor no insistir, aunque eso le cause un perjuicio, ya que el individuo es libre y puede que se sienta incapaz de abandonarlo en ese momento. Es necesario no insistir y seguir en las consultas posteriores interesándose por el resto de los asuntos del paciente (alimentación, ejercicio, etc.) y animándole de vez en cuando, pero sin intentar convertirse en su conciencia.

Si el fumador en otro momento desea dejar el tabaco, aunque lo haya intentado muchas veces sin éxito, la enfermera habrá de mostrar todo el entusiasmo y la confianza en que lo va a conseguir.

Existen fumadores que necesitan dejarlo de golpe y otros que se sienten incapaces de ello y prefieren ir reduciéndolo. En este último caso la enfermera le ayudará a modificar sus conductas de tabaquismo, le animará a que vaya disminuyendo lentamente los cigarrillos, comenzando por aquellos que menos le apetecen fumar (que siempre los hay), la utilización de boquillas, así como agujerear el filtro o sustituir el tabaco de cigarrillo por el de pipa, no apurar los cigarrillos hasta el final, etc. Todo esto puede ser de mucha ayuda, al igual que retrasar el primer cigarro, alejarse de lugares donde se fuma, o beber abundante agua que ayude a diluir la nicotina de los tejidos, etc.

La enfermera le animará a seguir en esta difícil tarea y a empezar tantas veces falle, aceptando que el paciente busque ayuda en otros métodos más o menos tradicionales: acupuntura, etc.

Sin embargo, el profesional de la salud ha de ser consciente de que cuando un fumador ve fumar a médicos o enfermeras en el trabajo, todo lo que luego le puedan decir acerca del tabaco posiblemente no tendrá el efecto deseado.

Si bien es cierto que, a nivel personal, los trabajadores de la salud tienen las mismas dificultades para dejar de fumar, hay que entender que en los centros sanitarios y a la espera de una legislación que impida radicalmente fumar, se debe intentar no hacerlo en público.

Alcohol: En el caso del alcohol los planteamientos son similares a los del tabaco, y las dificultades para abandonar uno u otro pueden tener relación, aunque es cierto que determinados niveles de alcoholemia suponen un perjuicio para la salud física, psíquica y social de individuo, incomparables con el tabaco.

A determinados niveles de consumo de alcohol habrá de valorarse la necesidad de profesionales especializados, o centros, ligas de alcohólicos, donde pueden recibir una ayuda más efectiva.

La enfermería puede perfectamente asumir la educación sanitaria de bebedores habituales que, aunque beban con moderación, el alcohol perjudica su salud, ya alterada por la enfermedad crónica. En estos casos captar la voluntad del paciente es prioritario para luego animarle a ir disminuyendo la ingesta de alcohol, la cual ha de ser calculada por el mismo paciente. Es decir, la enfermera debe conseguir que el paciente sea consciente de lo que bebe, ya que la suma de alcohol en diferentes momentos del día, al no producirle borrachera, no tienen la sensación de

exceso. Se ha de conseguir que el paciente enumere todo el alcohol del día y hacerle un cálculo de todo lo que ingiere.

La enfemera debe aconsejarle que alterne el alcohol con bebidas no alcohólicas: gaseosas, limonadas. Que no se quite la sed con alcohol, etc.

Hemos de tener en cuenta que la sociedad en la que se mueve tiene el alcohol incluido en sus relaciones sociales, y muchas personas que beberían poco o casi nada tienen ciertas dificultades para abandonarlo, ya que entre copas se hacen negocios, se vende y se compra, se agasaja, se piden favores, se recibe información, etc., y, aunque cada vez está más lejana la idea de que el hombre que no bebe tiene menos hombría, también hay que pensar que todavía subsiste en determinados medios sociales. Con todo ello se debe ayudar a estas personas a encontrar bebidas «sociales» que les permitan realizar todo aquello que se realiza alrededor del alcohol sin que lo sea: tónicas, cerveza sin alcohol, mosto frío, etc.

Los temas que deben configurar la educación sanitaria a personas que sufren de una patología crónica son muy numerosos, ya que están en relación con un amplio campo de aspectos vitales.

Esta educación sanitaria se puede preveer de forma individual en la consulta o en la visita domiciliaria, o bien de forma grupal, reuniendo a personas con las mismas patologías y características similares.

Si la enfermera, junto con el equipo de salud, consigue, mediante la educación sanitaria y los controles, que el enfermo crónico sea consciente de que su enfermedad le acompañará previsiblemente durante toda su vida y que asuma un lugar activo en su propio cuidado, se habrá conseguido lo siguiente:

— Por una parte, reducir las complicaciones de la enfermedad, los accidentes de la misma y, con ello, el gasto de medicamentos, de hospitalización y, lo que es más importante, reducir el dolor y la muerte.
— Por otra parte, el conseguir que el paciente, al menos en parte, controle activamente su enfermedad, este individuo será más libre, más feliz, y se habrá elevado la calidad de vida de un grupo de población cada vez más numeroso habituado a sufrir, a veces de forma innecesaria.

10

¿Quién cuida al drogadicto?

1. INTRODUCCION

El problema de la drogadicción en España es similar al de otros países desarrollados. El número de drogadictos, la edad de éstos y las consecuencias físicas, psíquicas y sociales, son de tal envergadura que han obligado en los últimos años a los ciudadanos, a la Administración y a los sanitarios a salir de su apatía y su rechazo y enfrentarse al problema.

Hasta fechas recientes los sanitarios nos mantuvimos al margen del problema. Los drogadictos no llegaban a los centros asistenciales o si llegaban era de forma muy aislada y, aunque convulsionaban al equipo que los atendía, su repercusión era mínima.

Drogadictos que ingresaban en los hospitales por accidentes de circulación o por problemas comunes, sufrían el síndrome de abstinencia ante un equipo ignorante de lo que aquellas convulsiones, gritos y violencias significaban.

En muchos casos se optaba por calmarlo o bien por atarlo a la cama hasta que se les pasase, tras un forcejeo con el equipo que, al no saber manejar la situación generaba una gran carga de angustia y, en muchos casos, de agresividad hacia el enfermo. Naturalmente éstos eran los pacientes a los que antes se les daba de alta, o bien, ante la mínima posibilidad, ellos mismos se escapaban.

Más tarde, por hepatitis o por problemas relacionados más directamente con su condición de drogadictos, los ingresos de estos fueron en aumento.

Enfermeras o médicos sensibilizados ante el problema, pero sin información sobre el manejo de esta situación y, lo que es peor, sin una estructura que les permitiera atenderles de forma apropiada, sufrieron la manipulación del drogadicto.

Los hospitales hicieron la vista gorda ante los camellos que llegaban hasta la cabecera de la cama del paciente, ante los robos de jeringas y ante las huellas de pinchazos recientes. No haber hecho la vista gorda habría supuesto un caos en los servicios y una situación sin salida.

Durante todo este tiempo no existió de forma generalizada, salvo en algunas Comunidades Autónomas, profundamente sensibilizadas por el tema, una organización ágil y suficiente para atender a los drogadictos.

Atención primaria se mantuvo más tiempo que el hospital ajena al problema. Pocos eran los drogadictos que se acercaban al médico del ambulatorio. Los pocos que lo hacían ocultaban su condición, y la reducida exploración del médico les permitía no mostrar las huellas de pinchazos. La enfermería de atención primaria todavía percibió menos el problema, y sólo de tiempo en tiempo una madre angustiada acudía a la consulta en busca de ayuda, que pocas veces o casi nunca recibía.

Cuando el problema se fue haciendo cada vez mayor y el SIDA apareció en escena, el drogadicto empezó a identificarse en las consultas de los ambulatorios y, poco a poco, todos fuimos despertando de nuestra ignorancia.

Descubrimos la falta de medios cuando el toxicómano o su familia vinieron a pedirnos ayuda, en forma de una oportunidad para desengancharse, o cuando ante un síndrome de abstinencia le enviábamos al hospital y éste a las pocas horas les daba el alta. Descubrimos que mientras parroquias, coordinadoras de vecinos, servicios sociales, e incluso la policía, se preocupaban de este grupo de población, nosotros, los asistenciales, no habíamos incluido el tema de la drogadicción dentro de los problemas de salud.

El despertar real de los sanitarios ante este problema todavía está por llegar. Sólo algunos, muy pocos, asisten a cursos y conferencias, leen y estudian el tema conscientes de su ignorancia. Otros muchos siguen considerando al drogadicto, desde su perspectiva de ciudadanos, como un delincuente en potencia, como un apestado y no han sido capaces de verle desde una perspectiva profesional, preguntándose cuál es su responsabilidad en ese campo.

En el despertar de los sanitarios existe un riesgo.

Condicionados por una sanidad obsesionada por «curar», ¿qué postura adoptarán ante lo que presumiblemente no se cura?

Las últimas cifras apuntan a menos del 10 por 100 de toxicómanos que consiguen desintoxicarse, liberarse de la dependencia e integrarse en la sociedad. El resto, los 90 por 100 restantes, los que tras uno, dos o mil intentos recaen nuevamente, los que previsiblemente no saldrán de su terrible situación, ¿qué lugar ocuparán para los sanitarios?

El Plan Nacional de la Droga y los Planes Regionales en general, y todos los que de una u otra manera se interesan en el tema, plantean su objetivo prioritario, como es lógico, en la prevención y en liberar al drogadicto de su dependencia. Para ello se designan recursos, se adiestra al personal, se coordinan instituciones. Pero, ¿qué haremos con los que fracasan en su intento?

¿Qué haremos con los drogadictos, adultos, jóvenes o niños que de momento se sienten incapaces de salirse de la rueda?

Ante esta situación la enfermería debe reflexionar seriamente sobre su propia filosofía, sobre su teoría del cuidado y preguntarse: ¿El drogadicto es o no es un enfermo?

El drogadicto vive atado a la droga y, tras recibir una dosis, vive pendiente de cómo conseguirá la próxima. Esta situación es diferente según la situación social y económica de cada uno, ya que una situación económica muy desahogada liberaría a éste de *uno* de los problemas, aunque seguiría manteniendo todos los demás: la dependencia, la falta de libertad, el deterioro físico, la marginación.

El drogadicto, por su propia condición, va marginándose, incumple en el trabajo, trastorna su vida familiar, se alimenta de forma desordenada, en muchos casos su higiene es deplorable y falto de ánimo va degenerándose física, psíquica y socialmente. Sumado a todo esto los riesgos de manipulación de la droga, de mezclas, de utensilios, hacen del drogadicto una persona con riesgo constante de enfermar.

El SIDA ha venido a sumarse a este cuadro, y hoy el drogadicto que no puede o no tiene voluntad suficiente para desengancharse de la droga, es un ciudadano sin ninguna protección sanitaria.

La enfermería habría de reflexionar sobre si debe considerar a este grupo de población como un grupo de riesgo, al igual que al crónico u otro, y asumir profesionalmente su cuidado.

Asumir el cuidado de la salud del drogadicto es una opción que afecta no sólo a contenidos técnicos, habilidades y conocimientos teóricos, sino que abarcan también el campo de la ideología.

Analizar los pros y los contras es un reto que la enfermería no puede ni debe eludir.

Primeramente habría de plantearse los *conocimientos* que tiene sobre

el tema y asumir que, si bien, los nuevos Diplomados de Enfermería en algunas escuelas universitarias han abordado este tema en su currículum, la inmensa mayoría se formó sin estos conocimientos.

Esta situación es común a la mayoría de los sanitarios y es recomendable que *todos* pasen por un período de reciclaje sobre toxicomanías.

No son pocos los que por sus propios medios se han ido adentrando en este campo y, mediante cursos de especialización, seminarios, conferencias, etc., se han mantenido al tanto de las evoluciones de este problema.

Habría que plantearse, por tanto, la necesidad de aportar a la enfermería en general los conocimientos básicos para poder abordar este campo y que podrían ir encaminados a los siguientes objetivos:

- Conocimientos acerca de las diferentes drogas, síntomas, dependencia que crean.
- Características del drogadicto, grupos más vulnerables, extracción social.
- Atención al drogadicto, dificultades de relación, características de su personalidad.
- Necesidades de salud del drogadicto, alimentación, higiene, prevención de enfermedades.
- Lucha contra la marginación familiar y comunitaria, aceptación de su condición.
- Plan Nacional de la Droga, de qué consta, recursos, canales de utilización, gestión, derivación, coordinación.

El conocimiento de estos campos y otros que podrían añadirse daría a la enfermería de base los instrumentos necesarios y la seguridad imprescindible para abordar este campo.

A partir de aquí se elaboraría el *programa de cuidados del drogadicto*, en equipo multiprofesional e interinstitucional.

2. PROGRAMA DE CUIDADOS AL DROGADICTO

Detección precoz del drogadicto

Mediante signos y síntomas de alarma, especialmente entre jóvenes y niños: mangas largas, cambio de estados de ánimos, robos, etc. Para ello sería imprescindible la coordinación con colegios, institutos y organizaciones ciudadanas.

Captación del drogadicto

Habría que analizar y unificar las expectativas a ofrecer, siendo la *primera* y *fundamental* el apoyo para desengancharse de la droga y, además, cuidado y seguimiento de su salud, prevención de hepatitis y SIDA.

Controles periódicos de seguimiento

El contenido sería realizar pruebas analíticas periódicas y prioritariamente educación sanitaria sobre:

- *Alimentación:* Necesidades de vitaminas, frutas y verduras frescas, aporte calórico, proteínas, prioritariamente en los casos, muy frecuentes, en los que el drogadicto se alimenta mal, con exceso de hidratos de carbono y de dulces, con desorden de horas y alcohol.
- *Higiene corporal:* Ante casos, muy generalizados, de abandono del cuidado personal, abordar el tema de la limpieza de dientes, cambio de ropa, ducha, etc., desde la perspectiva de informarle que en sus condiciones, con un cierto deterioro físico —mayor o menor, según los casos— el riesgo de infección es grande.
- *Cuidado del material que utiliza para drogarse:* Los que de una forma u otra conocen el mundo de la drogadicción saben de las manipulaciones que se llevan a cabo y que asombrarían a los sanitarios. Mezclas de polvos diferentes, en muchos casos no identificados, agua de charcos, jeringas encontradas por el suelo, etc., son habituales en algunos medios. Aunque el riesgo el SIDA ha mejorado de alguna manera la práctica de inyectarse, todavía existen, sin embargo, gravísimos riesgos en la manipulación.

En este campo como en todo lo relacionado con los drogadictos, la enfermera ha de ser consciente de las limitaciones sociales, económicas y psíquicas que acompañan a la drogodependencia, que condicionan la compra de jeringas de un solo uso, tener agua limpia a mano, incluso alimentarse bien y tener un lugar donde ducharse con agua caliente. Es por esta razón que habrá que diferenciar claramente las conductas convenientes y beneficiosas de aquellas *imprescindibles* para conservar la salud, tales como no intercambiar jeringas y otras normas básicas.

La educación sanitaria ha de ir dirigida prioritariamente a ayudar a

abandonar la droga, por lo que los consejos y el apoyo tendrán siempre las características de «mientras que...».

El programa contemplaría también:

— *Educación sanitaria a la familia:* Dirigida a ayudarle y a enseñarle a manejar la situación.
— *Educación sanitaria dirigida a la población:* Enseñándoles las características de la drogadicción, las dificultades para salir de ella, los planes de ayuda, las vías de contacto, etc.
— *Educación sanitaria a los drogadictos:* Específica para la prevención del SIDA y otras enfermedades, y la mejora de su calidad de vida.

El drogadicto a menudo será una carga para la sociedad, pero si conoce al máximo las posibilidades de autocuidado se evitará que sea un foco de infección, se evitará que además de drogadicto sea un enfermo hepatítico o con SIDA y, si bien su vida no gozará de la libertad para disfrutar de determinadas cosas y su marginación sera difícil de evitar, podrá ser un ciudadano «enfermo», pero atendido por el sistema sanitario al igual que el resto de la sociedad.

Plantear el cuidado del toxicómano, especialmente drogadictos desde la perspectiva de enfermos «presumiblemente crónicos», puede no ser aceptado por muchos. Aceptar que se «pinchen» y partiendo de ello enseñarles a hacerlo con higiene, puede, para muchos, ser una forma de mantener la drogadicción. Sin embargo, todos aquellos que han trabajado con este tipo de pacientes tienen claro que las posibilidades de recuperación total no son muchas y que cada vez son más los jóvenes, casi niños, y no tan jóvenes, que empiezan a engrosar el número de drogadictos, que después de una, dos o varios intentos, se sienten sin fuerza para dejarlo y creen que ya no vale la pena intentarlo y se abandonan, no sólo a la droga sino también a lo que ella lleva consigo: la mala alimentación, la mala higiene, el menosprecio de las prácticas preventivas. Y a ellos, ciudadanos como el resto, también les afecta el capítulo 43 de la Constitución y tienen derecho a la «protección de su salud» desde el sistema sanitario.

11

Hablemos del SIDA

1. INTRODUCCION

> «El personal sanitario que tenga un buen estado de salud no está excusado de atender a enfermos del SIDA, a excepción de mujeres embarazadas y personas con cierto grado de inmunodeficiencia.»

Hablar del SIDA es hablar todavía de algo por conocer, por descubrir, es hablar de una enfermedad, hoy sin salida. Pero sobre todo es hablar del miedo, del dolor, de la desesperación y la angustia de un número, cada vez mayor, de personas.

El descubrimiento de la enfermedad o, mejor, el descubrimiento de la amplitud del problema llevó a los gobiernos a aceptar que el SIDA existe, que es un problema de salud pública y que había que asumirlo. Como siempre, un poco tarde; como siempre, con demasiado bombo.

Hoy los gobiernos se empeñan, con lógica, en evitar que el número de enfermos del SIDA continúe en aumento, evitar el contagio, preparar a la población para que sepa la forma de protegerse, pero se *olvidan*, al igual que en otros problemas, de *los que ya están enfermos*.

Campañas de prevención ocupan todo el ámbito de los programas y de los presupuestos. Pero nos preguntamos qué pasa con los que ya no pueden prevenirlo.

Nuevamente la enfermería se encuentra con problemas de salud que en la actualidad no tienen curación, pero que aquellos que las sufren tienen una gran necesidad de cuidados.

Por tanto, fiel a su definición del profesional que cuida de la salud, ha de reflexionar seriamente acerca de cuál va a ser su postura ante los enfermos del SIDA.

La ignorancia de la sociedad está llevando a enfermos y portadores a situaciones terriblemente dramáticas. Los sanitarios, y entre ellos la enfermería de *atención primaria*, no se han plantado todavía su lugar ante el SIDA, y delegan toda la atención en el hospital, inconscientes de que los portadores, enfermos o no, deambulan a su alrededor, acuden a los ambulatorios y demandan, sin palabras, el apoyo y la ayuda de ésta.

Responder a esa demanda latente, investigar sobre las necesidades de este grupo de población, proveerles de cuidados y evitar la marginación, es una empresa en que la enfermería de *atención primaria* debe embarcarse si quiere realmente dar una atención integral al individuo.

La enfermería ha de asumir a este paciente al igual que los demás, sin discriminarles, sin marginarles, conociendo los riesgos que ello conlleva y poniendo todos los medios a su alcance para evitarlos, pero dentro de una concepción integral y universal de su trabajo de enfermera.

Si para la sociedad «normal» el SIDA se plantea como la enfermedad de los marginados, cabría preguntarse qué significa para la enfermería.

La enfermera como individuo tiene también su idea acerca del SIDA, su propio miedo, su rechazo..., y eso puede llevarla a un bloqueo en su trabajo o a hacerlo de tal forma que genere más dolor. Sin embargo, no hay «objetores de conciencia» del SIDA y todos tenemos la obligación de atenderlos.

El SIDA son sólo cuatro siglas, pero para muchos es sinónimo de una parte de la población que no aceptan. Si a la persona no la aceptamos, de nada servirá conocer los síntomas de esta enfermedad.

Los auténticos síntomas del SIDA, los que más cuidado precisan son el *miedo*, la *desesperación*, la *soledad*.

El miedo a morir a veces en plena juventud, la desesperación ante la impotencia, la soledad de la marginacion, son los síntomas que generan más sufrimiento. Para ayudarles a mitigar su dolor, para *cuidarles*, la enfermera debe aceptarles como personas.

¿Pero quiénes son ellos?

Por una parte los hemofílicos y personas dependientes de transfusiones sanguíneas, que no son clientes habituales de la atención primaria, y, por tanto, la enfermera de este nivel difícilmente les prestará cuidados.

Otros grupos de riesgo son los drogadictos por vía endovenosa, y aunque se van transformando poco a poco los criterios de riesgo según los últimos datos, todavía persiste la idea de que las personas con vida sexual «promiscua», sean homosexuales o heterosexuales, tienen más posibilidades de enfermar que el resto.

Otros son los niños hijos de personas enfermas, o aquellos que recibieron la enfermedad por una vía accidental o por contagio de su pareja. Todos, todos son víctimas «inocentes» de esta terrible enfermedad y todos, todos, tienen el mismo derecho al cuidado y a la protección de su salud por parte del sistema sanitario.

Ellos, los drogadictos, son los que muchos identifican como delincuentes, como responsables de todo lo que les pasa por haber elegido «libremente» la droga.

Si se mira al drogadicto como el indeseable, como aquel que puede inducir a un hijo, a un hermano, en ese mundo, difícilmente se le podrá ayudar.

Si a la mujer que ejerce la prostitución se la ve como la «puta» que comercia «libremente» con su cuerpo, como una viciosa que viste provocativamente y dice groserías, jamás se asumirá su cuidado.

Si al homosexual se le ve como el degenerado, el «marica» de quien reírse y burlarse, difícilmente se le atenderá.

La enfermera, al igual que el resto del equipo sanitario, tiene la «obligación» de transformar su actitud frente a la sociedad, tiene la «obligación» de la no discriminación, y para ello ha de destruir sus propios tabúes.

O es capaz de asumir a estas personas desde la perspectiva del profesional y es capaz de dejar en la puerta sus tabúes y transformar su actitud al ponerse la bata, o estará infringiendo a la sociedad un fraude en los servicios y estará negando al individuo el derecho constitucional a la «protección de su salud».

Las dificultades no son de una enfermera en particular sino de cualquier colectivo que se acerque a este mundo; por tanto, la transformación de su actitud no puede de ninguna manera ser individual únicamente.

Para transformar la actitud sobre el SIDA o sobre cualquier otro grupo de población que, por cualquier causa no se acepta, es imprescindible conocerlos más, conocer sus motivaciones, su forma de vida, su mundo de relación.

Conocer las características del drogadicto, su dependencia de la droga, los efectos físicos, psíquicos y sociales que suponen la drogodependencia, el mundo de la relación de éstos, ayudará a la hora de elaborar un plan de cuidados.

Conocer el mundo de la prostitución, saber cómo se llega a él, las características del mismo, su cultura, sus conocimientos, las enfermeda-

des que le son propias y, sobre todo, las posibilidades de prevenirlas, es imprescindible.

Si determinados grupos homosexuales se encuentran con mayor riesgo de enfermar que el resto de la población y, por tanto, han de ser objeto de cuidado por parte de la enfermería, es deber de ésta aceptar su homosexualidad como una opción de vida, tan libre y saludable como otras, y con tanto derecho a ejercerla como la heterosexualidad.

No hacerlo supone tomar el papel de juez de las conductas humanas y desconocer los cauces del afecto.

2. ACTUACION ANTE EL SIDA

Todavía habrá de estudiarse en profundidad la actuación ante la enfermedad, pero básicamente el trabajo de la enfermera va a ir dirigido a:

— Prevenir la enfermedad.
— Cuidar los enfermos.
— Reducir la marginación.

Para poder alcanzar estos objetivos la enfermería, como paso previo, ha de plantearse el mantenerse al día en los conocimientos que sobre la enfermedad se vayan alcanzando.

Conocer la enfermedad, sus signos y síntomas, la forma de prevenirla, los riesgos reales de enfermar; adentrarse no sólo en los síntomas físicos de la enfermedad sino también en los síntomas psicológicos y sociales que está desencadenando; conocer cuáles son los síntomas del rechazo, de la marginación, del miedo a la muerte, será fundamental para poder abordar el cuidado del enfermo. De lo contrario, fácilmente se adoptarán posturas de compasión sin base científica, creando en los enfermos sufrimientos añadidos al ser mal atendidos.

La enfermería, al abordar el tema del SIDA en *atención primaria*, se encuentra con varios grupos de población:

— Con la población en general.
— Con grupos de riesgo.
— Con portadores de anticuerpos.
— Con enfermos dados de alta en el hospital.

Con la población en general

La función de la enfermería, así como la de todo el equipo de salud, irá encaminada a —mediante la educación sanitaria— informar a la población de la enfermedad, de los riesgos reales de enfermar, de la forma de prevenirlos y la actuación en caso de duda. Todo ello estará dirigido a reducir el miedo descontrolado a enfermar así como a reducir la marginación de enfermos y de grupos de riesgos.

Con grupos de riesgo

— Parejas de enfermos.
— Toxicómanos, adictos por vía endovenosa.
— Población con hábitos sexuales promiscuos, sean homosexuales o heterosexuales.
— Hemofílicos.

Este último grupo raramente llega a la *atención primaria*, ya que son pacientes, por lo general, controlados y tratados en el hospital.

Con los otros grupos de riesgo el contenido del trabajo de enfermería, al igual que el del equipo de Salud, irá encaminado a prevenir el contagio según sus características específicas: no intercambiar jeringas ni maquinillas de afeitar; propiciar el uso de preservativos; estar atentos a todas aquellas vías de contagio que la investigación vaya detectando.

La actuación del equipo de salud con grupos de riesgo no debe quedar reducida a la prevención del SIDA, sino que según sus características deberán incluirse en programas específicos, ya sea de prevención de enfermedades de transmisión sexual, de desintoxicación, etc.

Con portadores de anticuerpos

Estas personas pueden transmitir la enfermedad, aunque pueden no padecerla. Este grupo de población puede y debe llevar una vida normal, con precauciones muy concretas para evitar contagiar a otras personas.

Las medidas preventivas se concretan en las ya conocidas: destruir las jeringas en caso de que reciban medicación o sean adictos por vía endovenosa, utilizar preservativos, relaciones sexuales sin contacto de secrecciones, etc.

Con este grupo de población, además de concienciarles de su responsabi-

lidad en evitar contagiar, además de adiestrarlas en los métodos para evitarlo, es preciso asumirlos como personas que viven el riesgo de sufrir una enfermedad —hoy casi desconocida— hasta ahora sin solución, rodeada de tabúes, y ser conscientes de que esa situación está afectando a su salud más que la propia enfermedad. Unamos a esto la marginación que sufren por una sociedad ignorante de los riesgos, una sociedad que margina no sólo a personas de conductas sociales no aceptadas sino también a niños portadores, víctimas inocentes tanto unos como otros.

Ante esta situación, la enfermería y todos los sanitarios deben poner su empeño en contrarrestar y reducir la marginación allá donde surja (escuelas, institutos, trabajos, etc.), mediante la información y la educación sanitaria, y reducir la angustia y el miedo de los portadores con el apoyo del equipo de salud y mediante la coordinación institucional.

Con enfermos dados de alta en el hospital

Gran parte de los pacientes diagnosticados de SIDA sobreviven al primer ingreso hospitalario, y pueden regresar a su domicilio con unas medidas muy concretas encaminadas al cuidado, la prevención de infecciones y también dirigidas a evitar el contagio de familiares o amigos.

Los objetivos fundamentales a alcanzar en el cuidado de enfermos del SIDA a domicilio irán encaminados:

- —Atender las necesidades de salud consecuentes al síndrome de inmunodeficiencia; prevención de infecciones, alimentación adecuada, administración de medicamentos, cuidados generales, etc.
- —Evitar el contagio de la enfermedad a familiares y amigos que rodean de forma continuada o esporádica al enfermo.

Estos dos objetivos irán englobados en la concepción integral de su salud, según la cual consideraremos las necesidades del paciente y su familia, no sólo las necesidades físicas sino también las necesidades psicológicas: compañía, apoyo, aceptación; así como a las necesidades sociales: aceptación social, no marginación ni discriminación, etc.

Para llevar a cabo un *plan de cuidados de enfermería* es preciso valorar su situación:

- —Se valorará, por una parte, todo lo referente a la salud del paciente: diagnóstico, estado general, pronóstico. Esta información se obtendrá en coordinación con el servicio hospitalario que le atendió.
- —Situación anímica, rechazo o aceptación de la enfermedad, colaboración activa en su cuidado y en la prevención de riesgos de contagio, etc. Esta información se obtendrá por medio del equipo hospitalario, sobre todo de especialistas de salud mental y del equipo de enfermería que le atendió.
- —Valoración del medio-ambiente y hábitat; condiciones de la vivienda, habitaciones, posibilidad de tener una habitación independiente para el enfermo o no, aseos, cocina, electrodomésticos, medios de esterilización, así como la posibilidad de salir a pasear, ascensor o escaleras, animales domésticos, etc.
- —Valoración del entorno familiar; se valorará el nivel de aceptación del enfermo por parte de la familia, su nivel cultural, y se investigará quién o quiénes de los miembros de la familia se ocuparan directamente del enfermo, así como el tiempo que pueden dedicarle.

Con toda esta información y con otros datos que pudieran surgir, se elaborará el *plan de cuidados de enfermería*, similar al que se lleva a cabo para cualquier otro tipo de enfermos.

La primera fase del *plan* contendrá el adiestramiento al enfermo y a la familia de los medios para proteger al *paciente* de las infecciones y evitar el contagio.

Los contenidos serán: alimentación, higiene de la ropa, de los utensilios, de excretas, contactos con animales, etc., e irá seguida de la supervisión por parte de la enfermera de estas medidas que llevará a cabo con visitas domiciliarias periódicas, todo ello dentro del *plan* de cuidados establecidos que habrán sido elaborados en equipo multiprofesional.

Al ser esta enfermedad un campo de investigación constante, será preciso estar al día de los avances que sobre ella se lleven a cabo. En este sentido somos conscientes de que lo que aquí exponemos puede quedar obsoleto a corto plazo.

Finalmente deben ponerse en marcha todos los mecanismos de prevención de contagio a familiares y amigos, evitando que el enfermo viva una situación de «apestado».

Nuevamente es importante recalcar que la enfermería y el equipo de salud han de asumir a este paciente de forma integral, atendiendo sus necesidades de la forma más amplia, teniendo en cuenta que el objetivo no es únicamente que no sufra infecciones sino que además lleve, en la medida de sus posibilidades, la mejor vida posible, que disfrute de las relaciones sexuales a que estaba habituado con todo tipo de precauciones, que comparta su vida con amigos, que coma con ellos, en definitiva, que *conviva saludablemente con su enfermedad*, aunque ésta hoy sea incurable.

SEGUNDA PARTE

BIBLIOGRAFIA

AGUILERA, N., y SANCHIZ, B.: *Proyecto de funciones de enfermería*, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1982.

ANDERSON, L.; DIBBLE, M. V.; MITCHELL, H. S., y RYNBERGEN, H. J.: *Nutrición humana*, Bellaterra. Barcelona, 1977.

Area de la juventud: *Prevención de la drogodependencia*, Ayuntamiento de Barcelona, 1985.

BEAUMONT, J. F.: *El invierno demográfico de Europa*, El País (1-3-1988).

BEAUVOIR, S.: *La vejez*, Edhasa. Barcelona.

CARBALLO, R.: *El cansancio de la vida*, Karpos. Madrid, 1975.

CASALS, S.: *Sociología de la ancianidad*, Mezquita. Madrid, 1982.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, C.: *Sociología y enfermería*, Pirámide. Madrid, 1983.

DURÁN, M. A.: *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos. Madrid, 1983.

DHUNDALE, K., y HUBBARD, P. M.: *Cuidados domiciliarios al paciente con SIDA: Sobre todo seguridad*, Nursing 87, febrero (57-59), Barcelona.

F.A.O.: *Manual sobre las necesidades nutricionales del hombre*, Estudios de nutrición, núm. 28, FAO. Roma, 1975.

HOOKER, R.: *La tercera edad*, Gedisa, 1978.

J.F.B.: *El poder gris*, El País (1-3-1988).

Ministerio de Sanidad y Consumo: *Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.

NÁJERA, R., y cols.: *SIDA un problema de salud pública*, Díaz de Santos. Madrid, 1987.

OLIVA, M. P.: *La angustia de ser portador*, El País (19-1-1988).

O.M.S.: *Necesidades de energía y de proteínas*, Serie Informes Técnicos, núm. 522. O.M.S. Ginebra, 1973.

O.M.S.: *Planificación de los servicios geriátricos*, Informes Técnicos, núm. 548. O.M.S. Ginebra.

O'NEILL, P.: *La salud en peligro en el año 2000*, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1983.

POLETTI, R.: *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*, ROL. Barcelona, 1980.

REITH, W.: *Should Nurses Practise Prevention? Essays on practice*, Medical Journal, vols. 291-16, 1391-1394, noviembre, 1985.

ROL de enfermería: Dossier *Consulta de enfermería*, Revista ROL, 1986: 94, 41-45, Barcelona.

SAN MARTÍN, H.: *Salud y enfermedad*, Prensa médica mexicana. México, 1983.

SEGURA, A.: *SIDA y actitud profesional*, 2.º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Libro de Ponencias. Madrid, 1987.

ELLEN A., y O'NEAL, R. N., M.S.: *An orientation designed for nurses in an ambulatory care setting*, The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol. 1. Enero-febrero, 1986.

ROSENBERG, C., M.D.: *Nurse-phisician relations: a perspective from nursing*. Bull. N. Y. Acad. Med. Vol. 60, núm. 8, octubre, 1984.

STEVENS BARBARA, J., R.N.: *Nurse-psysician relations: a perspective from nursing*. Bull. N.Y. Acad. Med. vol. 60, núm. 8, octubre, 1984.

NIGEL, C. H. STOTT: *The role of health promotion in primary health care*. Health Promotion in Primary Health Care, vol. 1, núm. 1.

SPEEDLING, E. J., PH. D.: *Nurse-physician collaboration: a review of some barriers to its fulfillment*. Bull. N. Y. Acad. Med., vol. 60, núm. 8, 1984.

TIRENGEL, J. S.A.: *Health promotion in comunity health centers*, Family & Community Health, mayo, 1985.

SAUNDERS CICELY, M.: *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, Salvat. Barcelona, 1980.

KUBLER-ROSS, E.: *Sociología de la muerte*. Lecciones de la agonía. Tribuna Médica, 1976.

Gol i Gurina, J.: *Assaig sobre la vida i la mort*, Collegi de Metges. Edit. Teide. Barcelona, 1982.

CALLANAM M., KELLEY P.: *Interprete los mensajes del moribundo*, Rev. Nursing 87. Enero.

O. M. S.: *Recomendaciones para la prevención y control de infección con VIH*. M.º de Sanidad y Consumo. Mayo, 1986.

Conclusión

La enfermería de *atención primaria* en España se encuentra en estos momentos transformando su rol profesional, transformando el contenido de su trabajo diario.

La transformación que este colectivo ha asumido no es casual, sino que está sujeta a una determinada situación del país y, lo que es más importante, está condicionada a una opción.

Esta opción, ideológica sin duda, es muy clara. La enfermera ha de optar por estar al lado de los que la necesitan, de los usuarios, de los que sufren, y ha de dejar, en ese giro, lugares más cómodos, más halagadores e, incluso en circunstancias, más satisfactorios.

La enfermería ha de decidir pasar de ser «enfermeras de médicos» a «enfermeras de ciudadanos», y en este paso se están quedando muchos.

Decir que somos un colectivo homogéneo sería utópico. Decir que todos prefieren andar las calles, discutir con Ayuntamientos o visitar colegios, sería negar la heterogeneidad de esta profesión.

Son muchos los que prefieren, no exentos de razones personales, continuar «ayudando» al médico a pasar consulta, calientes, cómodos y sin responsabilidades.

Son muchos los que aducen viejas teorías para evitar asumir su lugar, y, con tal de no enfrentarse a la situación, prefieren defraudar al usuario, desatenderle, a sabiendas de que la demanda de éste, si lo desean, no les llegará nunca.

La enfermería no ha asumido todavía seriamente su lugar en la *atención primaria*, y sigue en la duda. Su duda sólo puede ser justificada desde la

ignorancia, desde la ceguera de la necesidad social de su servicio, desde la sordera del dolor y de la muerte.

Cuando la enfermería reflexiona sobre su lugar en la sociedad, difícilmente podrá volver a engañarse.

Cuando sea capaz de acercarse al anciano, al moribundo, al escolar o al trabajador, cuando se pare a pensar en los abortos o en las drogas, difícilmente dudará sobre su lugar.

Pero lamentablemente, la enfermería como el resto de los profesionales de la salud, tienen la posibilidad de encerrarse en su mundo y no ver la realidad, negando de esa forma las necesidades de salud del pueblo que las mantiene.

Mirar las drogas como un castigo o un peligro ciudadano, el aborto como una degradación, el abandono del anciano como algo normal, así como la soledad del moribundo, etc., sin que nada le afecte profesionalmente, sin que en ningún momento se sienta responsable de nada, es una posibilidad que muchos profesionales y políticos, por desgracia, utilizan sistemáticamente.

Este libro intenta mostrar a la enfermería de atención primaria su responsabilidad en la mejora de la salud de la sociedad, su responsabilidad en el deterioro de ésta, en el dolor y en la muerte.

Cuando nuevas «plagas» afectan a la sociedad, cuando las drogas, la vejez desatendida, las minusvalías, las enfermedades mentales, los niños maltratados y tantos otros problemas acuciantes conviven a nuestro alrededor, nadie, ni los políticos, ni los administradores, ni mucho menos los sanitarios, pueden cerrar los ojos.

Es hora ya de que la enfermera de ambulatorios, la enfermera escribiente, la enfermera de atención primaria, despierte de la larga siesta de la improductividad, del largo letargo de la apatía y asuma su lugar.

Si la enfermería no acepta y asume este reto, ha de tener claro que la sociedad, víctima de su irresponsabilidad, con la sabiduría de quien vive los problemas, aunque no sea capaz de interpretarlos, antes o después le pasará factura.