

## LA ENFERMERA EN LA CLÍNICA: AYER, HOY Y MAÑANA

*María del Carmen Amaro Cano*

### INTRODUCCIÓN

Cuando *Florence Nightingale* publicaba, en 1859, su única obra teórica acerca de la enfermería profesional, señalaba que esas “Notas de Enfermería”,<sup>1</sup> como tituló su publicación, no habían sido escritas sólo como un manual para enseñar a las enfermeras a prodigar cuidados, sino para asistir a millones de mujeres que tenían a su cargo la salud de sus familias, “a pensar cómo prodigarles cuidados”.

Esta aclaración resultaba prácticamente innecesaria, puesto que después de las Cruzadas, en plena Edad Media, la contribución de los hombres a la enfermería, a través de su participación en las Órdenes Militares, había prácticamente desaparecido, quedando sólo los casos de monjes que, desde el medioevo, ejercían estas funciones.

En la Edad Moderna el cuidado de los enfermos descansaba en las mujeres de la familia, viudas o solteras sin dote que realizaban estas labores por caridad; aunque el papel protagónico lo desempeñaron las monjas católicas y las diaconisas de algunas iglesias reformadas.

La Inglaterra anglicana no contaba con ellas y el cuidado de los enfermos estaba asignado a mujeres pertenecientes a las clases más desposeídas de la sociedad, muchas de ellas de baja catadura moral, razón por la cual adquiere gran relevancia la contribu-

ción de *Florence Nightingale*, dama de la alta burguesía inglesa, al gestar el surgimiento de la enfermería moderna.

Es justamente ella quien, en sus “Notas de Enfermería”, decía más adelante: “Todos los resultados de unos buenos cuidados de enfermería pueden ser negativizados por un defecto, por no conocer cómo lograr que lo que se hace cuando una está allí, se haga cuando una no esté”,<sup>2</sup> y en este señalamiento puede reconocerse el principio de la idea del plan de cuidados en enfermería.

Pero el comentario de mayor importancia hecho por la fundadora de la enfermería profesional está en el llamado a una buena observación del enfermo por parte de la enfermera, y así expresaba: “La lección práctica más importante que puede dárseles a las enfermeras es enseñarles qué observar, cómo observar, qué síntomas indican progreso en el curso de la enfermedad, cuáles el reverso, cuáles son importantes, cuáles no lo son, cuál es la evidencia de un cuidado de enfermería negligente y qué tipo de negligencia”. Y añadía: “Pero si usted no puede obtener el hábito de la observación, por una vía u otra, sería mejor que dejara la enfermería, para la cual no ha sido llamada, por muy bondadosa y sensible que usted sea”.<sup>3</sup>

*Faye Mc Cain*, en 1965, señalaba que la capacidad de observar inteligente y sistemáti-

camente es un elemento básico de la práctica de la enfermería. En este sentido apuntaba que “las observaciones inteligentes se basan en conocimientos de las ciencias biológicas, físicas y sociales: factores importantes en relación con el aspecto del paciente, su conducta y el medio que lo rodea”. Y más adelante apuntaba: “Para que exista capacidad de observación es necesario conocer los aspectos normales, poder identificar y descubrir las anomalías y tener la habilidad de evaluar la importancia de estos trastornos en relación con el estado del paciente”.<sup>4</sup>

Otro aspecto verdaderamente útil e interesante, contemplado entre los consejos de *Florence Nightingale* a las enfermeras, está relacionado con la ubicación del paciente en el rol protagónico del proceso salud-enfermedad. En este sentido advertía: “Yo he estado a menudo sorprendida por la conducta de amigos o doctores que sostienen una larga conversación sobre el estado del enfermo en su propia habitación o pasando cerca de ella, y el paciente sabe que están hablando de él; pero nadie se dirige directamente a él para decirle la verdad acerca de su enfermedad, aun cuando él está verdaderamente ansioso por conocer su verdadero estado”.<sup>5</sup>

Las características de la enfermería clínica, su objeto de estudio, su campo de actuación, y especialmente los principios y virtudes éticas que le son inherentes, serán parte del contenido de este trabajo.

La importancia del tema, en un evento como el que ocupa la atención de los presentes, resulta tan evidente, que sólo se hará referencia a ella en el propio desarrollo de la exposición.

El objetivo general de este trabajo es contribuir a la comprensión de las nuevas funciones de la enfermera en la clínica, dar a conocer el camino emprendido

desde el surgimiento de la enfermería como profesión hasta nuestros días y, a través de ese análisis, avizorar el futuro.

Para la preparación de este tema se realizó una revisión bibliográfica, aunque no exhaustiva, y se aplicó el método retrospectivo-prospectivo, muy utilizado en la ciencia histórica y bien conocido por el auditorio, ya que es el mismo que se usa en la confección de la historia clínica.

## DESARROLLO

Una autora brasileña, *Maria Tereza Leopardi*,<sup>6</sup> llama la atención sobre la nueva expectativa que se ha venido formando, durante las últimas décadas de este siglo, para superar la idea tradicional del cuidado de la salud, esa práctica que posee una fase mítica y otra fase que expresa su sociabilidad e historicidad.

En esta nueva expectativa, para superar esa fase mítica, -señala la misma autora- tuvo que emerger un profesionalismo legitimado en la esfera académica de modo que la enfermera pudiera ir asimilando nuevas atribuciones y funciones, a contrapelo de suspicacias, celos e incomprensiones de otros profesionales, especialmente médicos, que veían con una mezcla de temor y subestimación un presente en enfermería que, a su juicio, negaba sus tradicionales funciones e intentaba usurpar otras.

Así, reconoce 3 momentos en el conjunto de las articulaciones histórico-sociales que se evidencian como rupturas, si no epistemológicas, al menos como reordenamiento de las actividades de enfermería:

- Un primer momento perteneciente a las religiosas enfermeras de los hospitales, que prácticamente diluye un saber diferenciado del saber médico, acumulado en los monasterios.

- Un segundo momento de reestructuración de los hospitales, con otras características, a partir de la ascendencia política del saber médico, que se constituye en el sistema de control sanitario y una absorción de la mano de obra descalificada para hacer tareas de enfermería, vinculadas especialmente al confort, la higiene, el tratamiento de heridas y administración de medicamentos prescritos por el médico.
- Un tercer momento en que se produce la reelaboración de la profesión, gracias a la contribución de *Florence Nightingale* -que respondía obviamente a las necesidades de aquel específico momento histórico- y que se caracterizó por sumar a la tradicional práctica de los cuidados, un trabajo de organización del espacio de curación.

En la actualidad, frecuentemente se escuchan expresiones de insatisfacción de las enfermeras, especialmente de las más recientemente egresadas de nuestras universidades médicas, relacionadas con la distancia existente entre su formación académica, las atribuciones ideales y la realidad de la práctica.

Las enfermeras declaran que su asistencia al individuo, sano o enfermo, debería ser global, considerando los aspectos biopsicosociales, aunque muchas reconocen que ello podría entrar en conflicto con otros profesionales, principalmente médicos, que tienen una visión aparentemente más parcial de la asistencia y que conservan la tendencia de hacer particiones del individuo en órganos enfermos, repartiéndoselos entre las distintas especialidades.

Pero el paciente no puede dividirse en porciones, tal como sugiriera el rey Salomón para dirimir el litigio entre las 2 supuestas madres del niño en conflicto. Y dentro de la medicina, le ha correspondido a la clínica la función integradora.

Es quizás por ello que la enfermera, en sentido general, elija a la clínica como la más próxima al enfoque de su propia profesión, identificándose fácilmente con su objeto de estudio y su método de actuación y toma de ella ejemplo para aplicar, en su esfera concreta, aquellos elementos que le pueden resultar útiles para perfeccionar su propio método profesional.

Desde *Florence Nightingale*, creadora del primer modelo teórico de enfermería -quien creía que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar decisiones independientes- las enfermeras han sido vistas tradicionalmente como subordinadas de los médicos, incluso en el caso de cuidados básicos de enfermería, en los cuales aquellos profesionales han carecido por completo de experiencia.

En las décadas de los 50 y los 60 del actual siglo, algunas enfermeras presentaron definiciones de la enfermería que cambiaron el concepto que de ésta se tenía. Así, *Virginia Henderson* contemplaba la enfermería como “la asistencia al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma (o una muerte en paz), tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad o conocimientos necesarios”.<sup>7</sup>

Otras autoras, como *Orlando*, *Martha Rogers*, *Claire Fagin*, la *American Nurses Association*, *Leddy and Pepper* y *Iyer*, *Taptich and Bemocchi* ampliaron y perfeccionaron ese concepto definido por *Virginia Henderson*.<sup>8</sup>

Son quizás estos últimos autores, quienes mejor han definido a la enfermería actual, al decir que “la enfermería es a la vez una ciencia y un arte, tiene su propio cuerpo de conocimientos con base científica, centrado en la salud y bienestar del enfermo. La enfermería se preocupa de los aspectos

psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, sin limitarse al estado de salud que diagnostica el médico; en otras palabras, la atención se centra en las respuestas de la persona, como un todo, al relacionarse con el entorno...”<sup>9</sup>

Según estas mismas autoras, el proceso de atención de enfermería es un planteamiento para resolver problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades biopsicosociales y espirituales del paciente y su familia.

Las necesidades humanas básicas fueron descritas por *Abraham Maslow*,<sup>10</sup> psicólogo humanista, en 1970, quien estableció su correspondiente jerarquización:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de protección y seguridad.
- Necesidades de amor y de sentimientos.
- Necesidades de pertenencia.
- Necesidades de estima.
- Necesidades de autorrealización.

Esta clasificación, perfeccionada por *Kalish*<sup>11</sup>, detalla los elementos que pertenecen a cada una de las necesidades:

- Fisiológicas: agua, alimento, aire, eliminación, reposo, sueño, conservación de la temperatura y evitar el dolor.
- Protección y seguridad: abrigo y protección contra factores dañinos del medio, y seguridad ante peligros reales e imaginarios (medio familiar, hospitalario, social).
- Amor y pertenencia: personas cercanas, tanto familiares como amistades, incluyendo compañeros de trabajo o de organizaciones políticas y de masas o credos religiosos.
- Estima: sentirse valiosos como ser humano (dignidad).

- Autorrealización: alcanzar ambiciones en la vida; y necesidades de conocimientos y de tipo estético.

Es justamente esta clasificación de *Maslow*, perfeccionada por *Kalish*, la que utilizan las enfermeras para elaborar su plan de cuidados en la etapa de intervención del proceso de atención de enfermería, una vez que se han establecido los diagnósticos de enfermería correspondientes a la alteración real o potencial de los patrones funcionales del paciente.<sup>12</sup>

En la primera etapa del proceso de atención de enfermería, la valoración, la enfermera va a la búsqueda de los datos que pueden resultarle de interés para establecer su diagnóstico. En el proceso de la entrevista al paciente, el examen físico y el análisis de los datos aportados por la historia clínica, el verdadero enfoque de enfermería se establece cuando se relacionan los datos encontrados con el grado de posible alteración de las funciones:

- Estado social.
- Estado mental.
- Estado emocional.
- Estado de la temperatura corporal.
- Estado respiratorio.
- Estado circulatorio.
- Estado nutricional.
- Estado de eliminación.
- Estado reproductivo.
- Grado de reposo y comodidad.
- Estado de la piel y apéndices.
- Percepción sensitiva.
- Capacidad motora.

Y es con este método científico de actuación profesional que la enfermera de hoy se enfrenta a la clínica. La especialista en enfermería clínica es aquella persona que ha ampliado sus conocimientos y habilidades en enfermería en una rama particular de esta profesión.

El término fue creado por *Frances Reiter* en los primeros años de la década de los 40 para describir a la enfermera que ha adquirido un alto nivel de capacidad en la práctica de la profesión, es decir, en la función de proporcionar cuidados directos a los pacientes.<sup>13</sup>

Si bien la especialista en enfermería clínica no necesariamente requiere de un grado académico -pues muchas enfermeras han logrado esa excelencia en la capacidad clínica a través de la experiencia acumulada a lo largo de años de trabajo junto a médicos clínicos de gran competencia y desempeño profesional-, en los últimos años se ha dado gran impulso a este tipo de funciones, y han creado programas universitarios a nivel de maestría para la preparación en la especialidad clínica.

Hasta ahora la enfermería clínica se ha enfrentado, fundamentalmente, al trabajo diario en una sala hospitalaria, en la que tiene a su cuidado un grupo de pacientes de larga estadía, que a menudo son descuidados por la llegada de otros en estado más crítico.

El cuidado de los pacientes de larga estadía demanda la necesidad de realizar con abnegación el cuidado de cada día, aunque no haya una rápida mejoría.

Por otra parte, la relación que mantiene la enfermera con estos pacientes es especialmente importante, porque muchos de ellos tienen pocos vínculos con sus familias y amigos. Al faltar este tipo de relaciones, verdaderamente necesarias para el enfermo, lo que le proporciona la enfermera al saber escucharlo y al demostrarle preocupación por su bienestar, adquiere gran connotación.

Las enfermeras poseen conocimientos y práctica que ayudan a los pacientes a recuperarse; sin embargo, la familia del paciente puede hacer grandes contribuciones

a su más rápido reestablecimiento, por lo que la enfermera debería aprender a sacar partido de lo que la familia podría hacer por el paciente en lugar de excluirla.<sup>14</sup>

En la actualidad, la fuerte corriente biologicista que afecta a la medicina y a los médicos pudiera ser combatida en cierta medida si el equipo de salud que interactúa con el paciente y su familia no se comportara simplemente como un equipo multidisciplinario, sino que accionara realmente al nivel interdisciplinario.

Así, la medicina podría ganar, enriqueciendo sus enfoques con los de las otras ciencias aplicadas por el equipo multidisciplinario, tales como la enfermería, la psicología, la sociología y la filosofía. La primera, porque perteneciendo al campo de las ciencias biomédicas, se ha salido de su férula a partir del propio objeto de estudio de su ciencia particular; y las otras 3 porque forman parte del sistema de conocimientos sobre el pensamiento y la sociedad, que constituyen también ciencia.

La filosofía, por su parte, tiene una importante función, no sólo metodológica y epistemológica, sino también axiológica, en el proceso de humanización de la medicina. De esta forma, la clínica alcanzaría la verdadera cualidad científica, pues no puede haber ciencia sin humanismo.

La ciencia la hacen los hombres, impedidos por necesidades surgidas en el propio proceso de producción y reproducción de su vida material, y ese sistema de conocimientos se organiza y aplica para propiciar bien a otros hombres; pero éstos no son sólo objeto de la ciencia, sino también sujetos que tienen una vida espiritual, con sentimientos, temores y creencias que matizan sus dolencias y sufrimientos.

Estos hombres son afectados por el ecosistema y por el sistema socioeconómico en que viven. Estos hombres son, en suma,

los seres biopsicosociales que, a nivel teórico discursivo, casi todos aseguran aceptar como tales.

De lo que se trata en la clínica es que, tanto el médico como la enfermera recuerden estos conceptos teóricos cuando se encuentran junto a la cama del paciente que atienden, y actúen en consecuencia.

Esta nueva actitud, en el caso de las enfermeras, estaría marcando la nueva imagen de la enfermera en la clínica, imagen que habría que construir a partir de un nuevo paradigma. También en este caso la ayuda que podrían prestar los filósofos es incuestionable.

En la práctica actual se está convivendo con filósofos que ayudan a reflexionar, a través de la realización de discusiones sobre Filosofía y Salud, tanto en el pre como en el posgrado de las ciencias médicas. Especial atención se está prestando a las cuestiones ligadas a la vida y a la muerte, al dolor, a la curación, a la subjetividad del enfermo, a la objetividad de la ciencia, entre otros temas de interés.

Todo ello permitiría una aproximación más intensa a los conocimientos y prácticas, en todos los ámbitos donde se manifieste el pensar una nueva realidad y el deseo de contribuir a su materialización, para beneficiar así a la parte de la humanidad de cuya salud se es responsable.

Los cambios y ampliaciones de las funciones de la enfermera han influido en los problemas morales relacionados con la profesión. Toda vez que hasta muy recientemente las enfermeras se habían visto sólo como funcionarias dependientes, única y exclusivamente actuando bajo la dirección y supervisión del médico, sus responsabilidades morales profesionales estaban limitadas a si habían o no cumplido correctamente las indicaciones médicas.

Pero la enfermera contemporánea ha sumado otras funciones, además de las de-

pendientes de las órdenes médicas, y ello está relacionado con el desarrollo científico-técnico actual, que ha impuesto la necesidad de la multidisciplina, pero sobre todo, de la interdisciplina.

No obstante el avance teórico y funcional que significó el reconocimiento de la existencia de las funciones interdependientes de la enfermera, lo que ha elevado realmente el rango de esa profesión ha sido la aceptación de las funciones independientes, es decir, actividades que están dentro del ámbito del diagnóstico y atención de enfermería y que no requieren órdenes médicas.

Pero quizás el hecho más sobresaliente es la situación privilegiada de la enfermera en el equipo multidisciplinario que actúa en la atención primaria de salud, dado su dominio del enfoque sociopsicobiológico del proceso salud-enfermedad.

Estas nuevas funciones, que se evidencian en la aplicación del método científico, especialmente en las etapas de valoración e intervención, propicia una apreciación diferente de estas profesionales, históricamente subalternas.

En este sentido, la aparición de los servicios de cuidados intensivos ha obligado al entrenamiento de enfermeras especializadas en algunas técnicas y procedimientos que, tradicionalmente, hacían los médicos.

Otro hecho importante que tendrá gran repercusión en el mañana de la clínica de enfermería, está relacionado con los cambios ocurridos en la distribución etárea de la población, ya que en la época actual existe una mayor cantidad de personas que están más necesitadas de satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y sociales, es decir, que son más tributarias de atención de enfermería que de recibir tratamiento médico.

## COMENTARIOS FINALES

- La enfermería clínica surgió con el inicio mismo de la profesión, marcada con

el concepto que de ella tenía la propia fundadora de la enfermería moderna, es decir, basada en la observación y en la actuación exclusivamente dependiente de las órdenes médicas.

- El presente de la enfermería clínica es, de una parte, la resultante de la experiencia acumulada al nivel profesional, y de otra, la incorporación de una nueva definición, de carácter conceptual, del ejercicio profesional, propiciada por el sistema de conocimientos que abarca teoría y método propios, que permite la definición del campo de actuación profesional y la realización de acciones interdependientes con otros profesionales, fundamentalmente médicos, psicólogos, trabajadores sociales y nutriólogos.
- El mañana de la enfermería clínica está ya identificado con las acciones independientes de la enfermera: la identifica-

ción de las respuestas humanas de los individuos (familia y/o comunidad que atienden) a los factores que amenazan su bienestar y propician la evolución de la enfermedad, expresados en alteraciones reales o potenciales de los patrones funcionales de salud que afectan necesidades básicas, cuya cobertura recae plenamente en el campo de actuación de la enfermera profesional.

- Lo expresado anteriormente recaba de una sólida preparación teórica y práctica de la enfermera clínica del siglo XXI, no sólo en el campo de las ciencias biológicas, sino especialmente de las ciencias sociales, pues al hablar de respuestas humanas se está haciendo alusión a la psicología, la sociología y la filosofía. De esta última, es preciso subrayar la importancia de la iluminación de “ese sol del mundo moral” al cual hiciera referencia *Cintio Vitier*<sup>15</sup> en su obra de igual título.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Nightingale F. Notes on nursing: What it is and what it is not. Dover Publications, Inc. New York, 1969.
2. Nightingale F. Obra citada.
3. Nightingale F. Obra citada.
4. Amaro Cano M del C. Esbozo histórico de los principales conceptos actuales utilizados en enfermería. En: Revista Cubana de Enfermería 10 (1) 45-60, 1994.
5. Nightingale F. Obra citada.
6. Leopardi MT. Entre la moral y la técnica: ambigüedades de los cuidados de enfermería. Editora D A UFSC. Florianópolis, 1994.
7. Amaro Cano M del C. Obra citada.
8. Amaro Cano M del C. Obra citada.
9. Iyer, Taptich and Bemochi. Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería. México, D.F. 2da. Edición. Interamericana Mc Graw Hill, 1989.
10. Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional 1a. Edición Español. JB. Lippincott Company Filadelfia. OPS, 1989.
11. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. Edición Revolucionaria. La Habana, 1989.
12. Dubas B. Obra citada.
13. Smith-Germain. Enfermería Médico-Quirúrgica. T. I. Edición Revolucionaria. La Habana, 1984.

14. Gillis C. The family as unit of analysis: strategies for the nurse researcher. En: *Advances Nurse Science* 5: 50-59, 1983.
15. Vitier C. *Ese sol del mundo moral: Para una historia de la eticidad cubana*. Ediciones UNIÓN. La Habana, 1995.

María del Carmen Amaro Cano  
Enfermera, Profesora Auxiliar.  
Instituto Superior de Ciencias Médicas.  
Facultad "Calixto García".  
Calle G y 27. El Vedado, Ciudad de La Habana.