

La identidad interior

by *Adrián Garrido Peinado*

Durante estos 3 últimos años cursando el grado de enfermería, he tenido la oportunidad de realizar las prácticas en distintos hospitales y centros de salud que me han permitido perfeccionar procedimientos aprendidos en clase, ganar seguridad en los diferentes servicios por los que he podido estar, e integrarme en un equipo multidisciplinar donde la comunicación resulta esencial para poder crear un buen ambiente de trabajo. Además, he vivido experiencias que me han permitido madurar tanto en el ámbito profesional, como en lo personal. Es por eso que, con el tiempo, considero que he ido adquiriendo una mayor capacidad de desarrollo de pensamiento crítico, y las reflexiones que he ido sacando de todas mis vivencias no son pocas.

He podido aprovechar, en el buen sentido de la palabra, la sabiduría de muchas de las enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos y especialistas, pero aún así, conforme han ido transcurriendo los cursos he observado que, en la mayoría de los casos, la esencia de la enfermería sí está presente en los centros de salud. Y con esto, me refiero a la integración del concepto de "cuidado del paciente desde una visión holística". El desarrollo de la técnica de sondaje vesical mediante medidas de esterilidad, la canalización de vías periféricas de forma rápida y efectiva o la realización de curas de úlceras por presión con terapias de presión negativa que han resultado exitosas, son actividades típicas que definen a las enfermeras como "buenas". Y sí, es cierto que una enfermera es muy competente cuando trabaja para tratar el problema físico del paciente, pero ¿es suficiente? Considero que no.

Los movimientos migratorios que empiezan a intensificarse después de la Segunda Guerra Mundial, han provocado un cambio en las sociedades desde el punto de vista económico, social y sobretodo cultural. Actualmente, en una misma ciudad pueden llegar a convivir múltiples culturas, donde las dimensiones sociales, emocionales y espirituales de cada persona varían. Es por eso que, entiendo que cada cuidado debería ser especializado y único para cada persona. Creo que el concepto de humanización del cuidado define muy bien todo lo que quiero expresar. Como profesionales debemos entender que cada persona es diferente; un usuario de procedencia occidental no va a afrontar de la misma forma un diagnóstico terminal de cáncer, que una persona de procedencia sud-africana, ya que el concepto de salud, enfermedad o muerte lo comprenden y lo viven de forma distinta. Creo que, en este caso, primordialmente el aprendizaje de idiomas resulta esencial para erradicar la barrera idiomática, desarrollar técnicas de comunicación verbal para evitar dar lugar a malas interpretaciones, y las actividades de enfermería que hagamos siempre deben ser adaptadas a la cultura de la persona.

Las prácticas anteriores tuve la suerte de realizarlas en una unidad donde muchos de los pacientes no eran de procedencia española, y aunque el aprendizaje técnico fue muy enriquecedor, viví alguna experiencia donde el equipo profesional supo adaptar el cuidado al tipo de paciente que visitó la sala donde me encontraba. La historia tuvo lugar un miércoles por la mañana, con una mujer de 67 años procedente del Marruecos. Era fácil apreciar que la paciente no llevaba mucho tiempo en el país: no entendía el idioma y además percibía cierta desubicación e incertidumbre; como si nadie hubiera hecho el esfuerzo anteriormente de darle explicaciones de forma que entendiese lo que le iban a hacer. La intervención consistía en implantarle una válvula aórtica a través de un catéter (TAVI), y aunque la operación tiene una duración de entre 1 o 2 horas, la paciente en todo momento es consciente durante el procedimiento, ya que no está indicada la sedación. En este caso, era fácil que la paciente tuviese niveles de ansiedad y temor superiores a cualquier otra persona que hubiese entendido el idioma. En el momento de preparación quirúrgica, los auxiliares con ayuda de la enfermera circulante, tuvieron que desnudar a la usuaria para preparar la piel. Evidentemente tenían que retirarle la bata y cubrirle con una talla que le cubría toda la zona toracoabdominal. Durante estos instantes, la mujer mostró cierta resistencia e incomodidad por la presencia de un auxiliar de enfermería, que era varón. La usuaria se negó a que le hicieran el cambio de esa forma, ya que no concebía que un hombre pudiese estar presente durante la técnica. Los tres profesionales que colaboraban para llevar a cabo la preparación, se dieron cuenta de esta disconformidad al momento, y considero que actuaron de la mejor forma posible. Sin cuestionar ni insistir a la paciente, el profesional de sexo masculino se retiró durante unos minutos, y de esta forma la paciente pudo ser preparada con éxito.

Creo que comprender los valores y tradiciones basadas en el androcentrismo que estas pacientes pueden llegar a tener integradas, ayuda a crear una mejor relación de confianza entre los profesionales y la mujer. Aunque esa semana, yo estaba en la sala de poligrafía, pude fijarme en las expresiones faciales de la paciente durante todo momento. Sentí que se habían hecho correctamente las cosas, y que haber tomado este tipo de actitud empática pudo evitar la ansiedad, temor e desconfianza de la usuaria. Quizás son pequeños detalles que en un orden de prioridades no resulta importante, pero aún así tampoco creo que cueste tanto mostrar una actitud participativa y comprensiva con la/el paciente.

Pienso que todo lo que quiero transmitir se resume de forma clara en el Modelo Transcultural, creado por la teórica enfermera Madeleine Lenninger. Desde 1988, ella explica que *“cada persona, grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogenizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás”*.