

LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: PROYECTOS DE FUTURO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Germán Pacheco Borrella, enfermero especialista en Salud Mental. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Presidente de la “Asociación de Enfermería en Salud Mental” Conferencia de Clausura de las II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental. Jaén, 25 de mayo de 2001.

Conferencia de Clausura de la II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental

¡Buenas tardes!

Quiero empezar mi intervención en estas II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental, dando las gracias al Comité Organizador, por haber confiado en mi persona al invitarme a dar esta Conferencia de Clausura.

Después de todo lo visto y debatido a lo largo del día, el hablar en último lugar supone correr el riesgo de repetir algunas cosas. Si esto sucede, os pido disculpas por adelantado.

He de confesaros que he tenido serias dificultades al redactar cuanto os voy a exponer a continuación. Fundamentalmente, porque se me hacía difícil, y creo que todavía se me hace difícil, hablar de proyectos del futuro. Proyectos de futuro no individuales sino colectivos, del colectivo de Enfermería de Salud Mental en relación con el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.). La cosa era y es complicada, pero acepté el reto que me propuso Juan Manuel Laguna en nombre del Comité Científico.

Ni que decir tiene que uno no es adivino ni prestidigitador, sino un simple enfermero que, coyunturalmente, lidera la Asociación de Enfermería en Salud Mental porque los socios así lo han querido.

Después de pensar sobre el futuro, llegué a la misma conclusión que en otras ocasiones: lo que está por venir, en gran medida, va a estar condicionado y/o determinado por el presente; es decir, entiendo que el futuro se construye con la acción en el presente. Al igual que hace tiempo, soy de los que piensan que hay que ser utópicos, porque de lo contrario no avanzaríamos ni en lo personal ni en lo colectivo. Así, cosas que tiempo atrás nos parecían utópicas, hoy son una realidad.

Bien, pues con estas dos premisas: la disposición a trabajar en el presente y el deseo de seguir siendo utópico, voy a plantearos mis reflexiones, que no tienen más pretensión que ser elementos para el debate en este foro enfermero.

Dice D. Orem (1980), en el prólogo de su obra “Normas prácticas en Enfermería”, que para hacernos una idea sobre el ámbito y límites de la enfermería como un servicio de salud a la sociedad, debemos entender bien el objeto de la enfermería y debemos llegar a ser capaces de pensar enfermería, cuando nos enfrentemos con las condiciones complejas y cambiantes de nuestra práctica profesional.

Partiendo de esta afirmación de la señora Orem, voy a plantearos, en primer lugar, algunos de los aspectos que considero han determinado y condicionado nuestra práctica

profesional en las dos últimas décadas; para luego exponer algunos otros aspectos relativos al ámbito y límites y el objeto de la enfermería.

1. DETERMINANTES Y CONDICIONANTES

No sé si estaremos todos de acuerdo en que el medio nos ha condicionado y nos sigue condicionando, pero no ha sido ni es determinante para nuestra práctica cotidiana ni para el avance de la profesión de Enfermería de Salud Mental.

Sustento esta afirmación en lo siguiente: Es un hecho, que las Reformas Psiquiátricas han contribuido a que la Enfermería de Salud Mental saliera del ostracismo del manicomio y evolucionara acorde con las exigencias de su tiempo. Pero, desde mi punto de vista, lo que ha determinado esa evolución ha sido: el avance que se ha producido en la profundización del conocimiento enfermero de la Enfermería española, lo que nos ha permitido tener una relevante intervención en los procesos de Reforma, junto con nuestra actitud y capacidad profesional para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados.

Todo ello ha contribuido a que la transformación del rol profesional sea una realidad. Y de tal manera, como ya he dicho en otros foros, que hemos caminado de lo custodial a lo terapéutico, del manicomio a la comunidad, de la dependencia a la autonomía profesional y que, hoy, en el quehacer enfermero lo importante no es el uso de la jeringa, sino el uso de la palabra como herramienta terapéutica.

Ahora bien, la cuestión es tratar de analizar cómo construimos profesión en el presente, teniendo en cuenta los elementos condicionantes existentes en el medio y los elementos determinantes de nuestra práctica, que hacen que la tarea de cuidar aun siendo compleja, sea apasionante y retadora.

Si somos capaces de “pensar enfermería”, como dice Orem, sabremos cuáles son los ámbitos y límites y el objeto de la Enfermería de Salud Mental. Esto nos permitirá esclarecer nuestra identidad profesional, nuestro auto reconocimiento. Y si esto se produce, luego vendrá el reconocimiento del “otro”, es decir, el del usuario del servicio enfermero y el del gestor o administrador sanitario, toda vez que la identidad también se construye en función de la alteridad, de la relación con el “otro”.

1.1. Factores condicionantes.

Dicho esto, podríamos tratar de identificar qué cosas existen a nuestro alrededor que pueden operar como factores condicionantes.

Sin lugar a dudas, nos va a condicionar la estructura y la organización del Servicio de Salud Mental (S.S.M.), como parte integrante del S.N.S. Quede claro que, al hablar de S.N.S., en este caso, me estoy refiriendo en concreto al Servicio Andaluz de Salud (.S.A.S.), como organismo autónomo encargado de proveer las prestaciones sanitarias a los ciudadanos andaluces.

Desde mi punto de vista, nos condiciona el hecho de plantearnos si la Reforma Psiquiátrica ha finalizado o no, y si el diseño del mapa proyectado inicialmente se ha completado o no. Cuando menos, hay que decir que, parece evidente, hay una desigual

distribución de los recursos materiales y humanos que, a veces, se pone de manifiesto con las reivindicaciones no tanto de los profesionales de enfermería, que también, como de parte de los familiares y allegados de personas que padecen un trastorno mental, de parte del Defensor del Pueblo andaluz, o de parte de los Sindicatos, etc.

También nos condiciona la escasa o nula participación de los profesionales de Enfermería en los órganos de toma de decisiones del Sistema, o sea SAS, o sea Programa de Salud Mental; lo que hace que las cosas nos vengan impuestas la mayoría de las veces por otros profesionales de salud no-enfermeros y que no entienden de Enfermería y por tanto, no comprenden nuestra función social ni el objeto de la Enfermería; no pueden aunque quieran “pensar enfermería”.

Posiblemente, unido a lo anterior, nos condiciona el hecho de la escasa o nula “sensibilización” que ha venido demostrando el S.A.S., hasta hace bien poco, hacia el S.S.M., por su complejidad, porque rompe esquemas tradicionales al uso en el propio aparato sanitario y, porque no decirlo, hacia su especificidad. Esto parece que va cambiando poco a poco; pero permitidme una anécdota: hasta hace poco pedías una caja de guantes de látex y te enviaban 50 cajas; por el contrario pedías un bono-Bus o pedías una agenda y te preguntaban “¿para qué la quieres”.

Por supuesto, nos ha venido condicionando la doble dependencia jerárquica y funcional del personal del S.S.M.: unos estamos adscritos a los Distritos Sanitarios y otros al Hospital de referencia.

Nos condiciona o condicionará el reclamo, más que evidente, para recuperar el modelo médico tradicional, en menoscabo del modelo biopsicosocial, y con aquel el riesgo de llegar a una visión hospitalocéntrica de la atención a la salud mental.

Posiblemente, nos esté condicionando la escasa cultura en gestión y evaluación de los servicios enfermeros. Quizás, hayamos ganado el espacio de la consulta de Enfermería y el espacio de la domiciliario, pero está por ganar el espacio de la gestión y de la evaluación de nuestras intervenciones.

Y puede estar condicionándonos la falta de información que tienen las familias y grupos sociales acerca de la tarea que venimos desempeñando las enfermeras y los enfermeros de salud mental.

En definitiva, se dan a nuestro alrededor condiciones complejas y cambiantes que de una manera u otra influyen en nuestra práctica cotidiana.

1.2. Cuestiones que nos preocupan.

Junto a todo esto, quiero transmitir algunas cuestiones que nos preocupan y que no sé bien en qué medida condicionan o determinan nuestra práctica actual y, por tanto, con repercusión en nuestro futuro profesional. Por ejemplo, me refiero al hecho de que se nos esté expropiando el discurso de la continuidad de cuidados antes de que lo hayamos podido hacer efectivo nosotros mismos. Es paradójico que nos hablen de continuidad de cuidados quienes no son profesionales del cuidado. Y me llama poderosamente la atención que, bajo ese epígrafe, se hable de elementos para garantizar el acceso a los

servicios y a la continuidad de atención, pero no se hable de llevar los cuidados allí donde se encuentra el usuario de nuestros servicios.

Otra preocupación es que hayamos dejado de lado la “militancia enfermera”, como diría nuestro colega y amigo el enfermero Miguel Ángel Rubio. Militancia, entendida como actitud profesional activa, como compromiso con la tarea, como crítica y autocrítica, como no dormirse en el conformismo, como “pensar enfermería”. Podemos y debemos ser críticos con nosotros mismos; esto nos dará la razón moral para criticar al “otro”.

Y por otro lado, es preocupante que nos descabalguen del relevante protagonismo que debiéramos ejercer en los S.S.M. –como lo tuvimos antaño- por “corporativismo”, a falta de mejor argumento. O quizás nos descabalguen por criterios economicistas, ya que parece ser más barata una nómina de “monitor social” que una nómina de enfermero. O simplemente ese descabalgamiento se produzca porque “nos lo estemos ganando a pulso”, con nuestra pasividad, con nuestro no-quehacer. Con respecto a esto, no sé si habréis oído como yo: “no se hacen visitas domiciliarias”, “esta sólo pone modecates”, “¿cuál es vuestra cartera de servicios?”, etc.etc.

Aún aceptando las críticas que nos correspondan a todos o a parte del colectivo enfermero, nos preocupa enormemente la presencia de los llamados “monitores sociales” en los recursos socio-sanitarios, que vienen a sustituir a enfermeras y enfermeros, para prestar cuidados dependientes. Y me pregunto, a veces, si con ello no se estará incurriendo en intrusismo profesional. El tiempo, como en tantas cosas, nos lo dirá. Preferiría equivocarme, de veras.

Y termino este apartado haciendo referencia a la preocupación profesional que nos embarga con respecto al Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA). Este no recoge las intervenciones enfermeras. Y creo que, entre todos, deberíamos hacer un esfuerzo en definir las para que sean incorporadas. Si no lo hacemos corremos el riesgo, muy pronto, de “no existir”, de no poder cuantificar nuestras intervenciones, de no poder evaluar los servicios enfermeros, de no poder evaluar las cargas de trabajo, así como la redistribución de recursos humanos, ni de solicitar una ampliación de los mismos para atender a los ciudadanos andaluces como se merecen.

Tengamos en cuenta que, en base a los análisis cuantitativos de los datos que arroja el SISMA, se está solicitando el aumento del número de psiquiatras en ciertos Equipos de Salud Mental de Distrito. En los análisis cualitativos nadie entra, porque, presuntamente, el llamado facultativo todo lo hace bien. Pero ahí tenemos los pacientes “refractarios” a los tratamientos habituales y por eso se demanda la Terapia Electro-Convulsiva (TEC); y ahí están también los llamados pacientes “de puerta giratoria”. Por el contrario, la experiencia nos demuestra que los pacientes que son atendidos en consulta de Enfermería y domicilios, y en los que se interviene no sólo a nivel individual sino familiar también, tienen menos situaciones de crisis y menos reingresos que aquellos que son atendidos por un enfermero. ¿Qué habrá de cierto en esto? ¿Será éste un análisis simplista de la realidad? ¿Se podrá debatir sobre esto algún día en algún foro? Bueno, que nadie se preocupe por todo esto, porque este relato está hecho con visos “corporativistas” y no merece mayor atención.

Sin embargo, el Banco Mundial (World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York, Oxford University Press, 1993), entidad nada sospechosa de derrochar recursos, considera que la proporción ideal de la relación médicos/enfermeros se sitúa alrededor de 1 para 2 a 4, o sea, 2 a 4 enfermeros para cada médico. Aunque no existan estudios equivalentes acerca de la proporción ideal para psiquiatras/enfermeros de salud mental, parece legítimo suponer que aquella proporción puede ser válida también en el campo de la salud mental.

1.3. Elementos que pueden ser claves para el futuro.

En cualquier caso, con sus virtudes y defectos, sus ventajas e inconvenientes, sus aciertos y desaciertos, el S.N.S. siempre es mejor que el Sistema de Beneficencia, que daba amparo al manicomio. Y desde la ubicación en el S.N.S., donde estamos y deberemos seguir estando, me atrevo a sugeriros una serie de elementos que pudieran ser claves para el futuro.

Lo primero, en este sentido, es apuntar que me parece imprescindible la permanencia del sector sanitario público, que es fundamental para la redistribución de la riqueza, de la renta; y con ello, garantizar los principios de justicia, equidad, accesibilidad y solidaridad, como valores fundamentales en nuestra sociedad.

Otro aspecto sería la integración plena del S.S.M. en el S.A.S. Integración que ha de ser plena, con todas las ventajas y todos los inconvenientes, con la misma consideración que el resto de los Servicios, pero respetando a la vez las diferencias que le hacen específico, con su diversidad de dispositivos y de actuaciones. Especificidad que viene delimitada por el trastorno de la conducta humana, que es muy diferente a los diversos trastornos físicos u orgánicos del resto de especialidades médicas.

El futuro será uno u otro, en función de que los profesionales de Enfermería de Salud Mental retomemos o no el liderazgo profesional que nos corresponde, haciendo las aportaciones específicas que consideremos tanto en el diseños de los dispositivos como en la organización de los servicios enfermeros.

Asimismo, deberemos profundizar en la consideración del ciudadano como eje de la atención y los cuidados, haciendo efectiva una interrelación personalizada e individualizada pero considerando la diversidad -en la que más adelante ahondaré- y una atención familiar que garantice el soporte necesario a los cuidadores dependientes. En este sentido, las enfermeras y los enfermeros de salud mental deberemos interaccionar más y mejor con las organizaciones y grupos de auto-ayuda.

También considero un factor clave para la eficiencia y eficacia de la red de atención a la salud mental, la organización de los servicios enfermeros, aglutinados en un Servicio de Enfermería de Área, que sea el motor impulsor de la efectiva garantía de la excelencia y continuidad de los cuidados.

Por otra parte, tendremos que promover una formación continua, que nos permite el cumplimiento de los objetivos del servicio enfermero, la definición de la cartera de servicios, la puesta al día en los avances del conocimiento enfermero y que garantice la excelencia de los cuidados.

Y, por último, decir que me parece fundamental la necesidad de seguir invirtiendo en la formación de enfermeras y enfermeros especialistas en Enfermería de Salud Mental, y que esa inversión habrá que rentabilizarla contratando enfermeros especialistas, para lo cual son fundamentales dos cuestiones: el reconocimiento de los puestos de trabajo y el cambio de las tablas retributivas. En el momento actual, sin embargo, resulta chocante que se estén formando enfermeros especialistas y el propio S.A.S. no los está contratando. Mientras se regulariza esta situación, considero que los Sindicatos deberían flexibilizar posturas caducas y desfasadas y admitir el cubrir las plazas vacantes en base al perfil profesional del especialista, ya que cualquier enfermera o enfermero de la Bolsa de Trabajo no está en condiciones de prestar los cuidados especializados que el servicio enfermero requiere y la ciudadanía demanda.

Termino esta parte de mi intervención, diciendo lo siguiente: La acción de CUIDAR es tan antigua como el mundo. Y, probablemente, todos coincidamos en que la historia de la enfermería, en buena parte, es la historia de los cuidados. Desde siempre, las sociedades, en las distintas culturas, se han “cuidado” para adaptarse al medio y garantizar su supervivencia. Luego vendría la profesionalización.

Y es posible que pudiéramos coincidir, asimismo, en que, a lo largo de la historia, la atención sanitaria se ha centrado casi en exclusiva en la tarea de “curar”, quedando excluida la de “cuidar”, función concebida hoy como primordial dentro del acto sanitario. Probablemente, la razón por la cual el cuidado haya estado relegado a un segundo plano en la actividad sanitaria, podríamos encontrarla en el hecho de que el cuidado, tanto el informal como el formal, ha estado a cargo de la mujer. No olvidemos la influencia de los valores de la sociedad victoriana del siglo XIX en la “cultura occidental”. En la sociedad de aquel momento –como en gran parte sucede hoy, desgraciadamente-, la mujer estaba sometida al hombre; y las relaciones de sexo/género estaban establecidas en base a la relación de poder que, tradicionalmente, han ejercido los hombres. Y en ese ejercicio del poder, quedaba menospreciado el valor del cuidado que estaba en manos de la mujer. Quizás por eso, la tarea de cuidar, que tenía y tiene una dimensión humana y no tanto científica –como hoy tiene-, quedaba apartada.

En ese contexto, todos los avances que se han producido en la medicina en los dos últimos siglos –salvo alguna excepción-, han sido protagonizados por el hombre; quien, además, ha propugnado un modelo del saber “médico” (con un lenguaje distinto al del vulgo) en el que no había espacio para la mujer, que, al amparo de las concepciones morales de aquellos tiempos, estaba relegada a tareas que el hombre no estaba dispuesto a asumir.

Por tanto, parece claro que se traslada al ámbito sanitario las relaciones de poder imperantes en aquel momento en el ámbito social. Y se produce una jerarquización que ha perdurado a lo largo del tiempo, que se hace evidente cuando se adoptan actitudes que tienen que ver con el ejercicio de ese poder, por quienes ostentan la supuesta supremacía del conocimiento de las ciencias de la salud. En definitiva, aún hoy persiste esa cultura del poder en nuestro Sistema Nacional de Salud. Poder ejercido por hombres sobre una profesión eminentemente, e históricamente, femenina.

Habremos de tener en cuenta estos aspectos, por tanto, a la hora de establecer estrategias para que la Enfermería ocupe el espacio que le corresponde en S.N.S.

2. ACERCA DE LOS ÁMBITOS Y LÍMITES Y EL OBJETO DE LA ENFERMERÍA

Retomando el texto de Orem, al que me he referido al principio, centrémonos a continuación en los ámbitos y límites y el objeto de la Enfermería.

2.1. De los ámbitos y límites de la Enfermería.

La Enfermería se ha ido desarrollando como ciencia y como profesión a lo largo del tiempo. Sin embargo, no es hasta mediados del siglo XIX cuando empiezan a sentarse las bases de la Enfermería científica. Esto se produce con las aportaciones de Florence Nightingale, que empieza a definir los conceptos de salud y enfermedad en relación a la Enfermería, el objetivo de los cuidados, la forma de actuar y el concepto mismo de Enfermería; de tal manera, que modifica el modo de atender las necesidades de una sociedad cambiante. Ahí nos quedó ese legado que es “Notas sobre enfermería. Qué y qué no es”, publicado por primera vez en diciembre de 1859 (1).

Pero hasta la segunda mitad del siglo XX, no empiezan a aparecer teorías y modelos de enfermería, que beben en las fuentes del conocimiento de las ciencias básicas, especialmente en las ciencias del comportamiento. Así, en el ámbito de la Enfermería de Salud Mental, Hildegard Peplau publica en 1952 “Relaciones interpersonales en Enfermería”.^{[1][1]} (2).

Unido a los avances del conocimiento enfermero y al desarrollo de la enfermería como profesión en España, fundamentalmente a partir de su incorporación a la universidad (1977), se han producido, además, cambios sociales –como fue la democratización de la sociedad española- que propiciaron a su vez cambios en los modelos de atención a los trastornos mentales.

Estos cambios se hicieron evidentes cuando se estableció un nuevo marco legal que propicia la Reforma Psiquiátrica en España. En este sentido, el artículo 20 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, da la respuesta normativa fundamental al mandato constitucional que consagra el derecho que tienen todos los ciudadanos a la protección de la salud. No obstante, el documento que orienta ésta Ley y sirve de base para la Reforma es el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que se hizo público en abril de 1.985. Este documento y aquélla Ley, constituyen el "Programa Marco" que teóricamente afecta a todos por igual, pero que en la práctica cada Comunidad Autónoma ha desarrollado en "su" momento y a "su" manera. (3)

Con la puesta en marcha de los programas de atención a la salud mental, derivados de los distintos procesos de Reforma Psiquiátrica, en las diferentes Comunidades Autónomas de España, paralelamente, se fue generando una dinámica que afectó profundamente a la Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica que, unido al avance y evolución de la Enfermería española, hicieron que se transformara radicalmente nuestro rol profesional.

De tal manera, que podríamos decir que existe un antes y un después de la Reforma – que podríamos ubicar a principios de la década de los años 80-, aún cuando es difícil delimitarlo en el tiempo; toda vez que estamos refiriéndonos a procesos dinámicos, que tienen una evolución lenta y que, en su desarrollo, conviven formas y maneras de actuar de la antigua usanza con las nuevas intervenciones.

Así, frente a una vieja Enfermería Psiquiátrica que se nos antoja caduca, que ha estado anclada en el manicomio, que ha funcionado sólo para la contención, la custodia y el direccionismo con los internados, que ha velado por las normas de la institución, que se ha dedicado tan sólo a aplicación de tratamientos biológicos, que ha estado olvidada y marginada del resto de la profesión y que, probablemente, fue absorbida como tantas otras cosas por la "institución total" (Goffman) (4) que es el manicomio; ha surgido una nueva Enfermería de Salud Mental que, por otra parte hay que decir que ha avanzado mucho en poco tiempo; quizás, en algunos aspectos hayamos ido muy deprisa.

En cualquier caso, hoy, la enfermera de salud mental, en su quehacer cotidiano, con los nuevos conocimientos enfermeros aprehendidos y habiendo modificados sus actitudes, afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a lo que atiende. Y en su intervención práctica aborda abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerce en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. En definitiva, se nombra y desea ser nombrada enfermera, en tanto que prestadora de cuidados integrales a personas sanas y a las que padecen trastornos emocionales.

Por tanto, hay que poner de manifiesto que se ha producido una profunda transformación del rol profesional y hoy podemos decir que existe una nueva Enfermería de Salud Mental, que se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la filosofía humanística, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y auto cuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

La nueva Enfermería de Salud Mental –los profesionales que la integran– interactúa con otras disciplinas en el espacio interdisciplinar que supone el trabajo en equipo. Esto cuando menos desde el nivel del deseo, porque la realidad es otra cosa. Últimamente parece observarse que eso del trabajo en equipo viene a ser como un objeto fantaseado y como tal pocas veces se hace realidad. En cualquier caso, el espacio común del equipo de salud mental sería el interdisciplinar y el espacio propio lo delimita la provisión de cuidados.

Y hay que añadir que hoy, la atención enfermera es un servicio que el S.N.S. oferta a los usuarios de los servicios sanitarios y por tanto ningún miembro del equipo de salud mental está legitimado para impedir que cualquier ciudadano reciba las prestaciones que puede y debe ofertar la enfermera. Por cierto, ¿cuándo tendremos un decreto de elección de enfermero especialista? Creo que sería bueno disponer de este elemento en el S.A.S., ello favorecería a la profesión: Tanto en lo que se refiere al reconocimiento social de la profesión, como a apartar de la profesión, por los propios ciudadanos usuarios de los servicios, a aquellos profesionales que carecen de compromiso con los pacientes y con la profesión.

Por otro parte, hoy la enfermera debe operar con un marco conceptual que le permita dar respuestas profesionales a las necesidades de cuidados que se le planteen. Cuidados que son las acciones intencionadas realizadas por personas concretas de un grupo social -las enfermeras- para ayudar a otros que presentan déficit en sus auto cuidados. Por eso el servicio enfermero es un servicio de ayuda. (5)

Por tanto, frente a una atención del trastorno mental centrada en el hospital psiquiátrico se pretende con el nuevo modelo realizarla en el seno de la comunidad. Y, frente a un modelo manicomial de atención que margina, aísla, con una atención paternalista y que favorece la regresión, y en la que los internos eran –o siguen siendo- “textos” que se escribían –o se siguen escribiendo- por los profesionales, se pretende poner en marcha un modelo comunitario que tenga una finalidad resocializadora, favoreciendo la autonomía, la relación, la participación, la independencia y la solidaridad; de manera que el sujeto actúe, sea autor de su propia existencia y desempeñe los roles que le correspondan como “actor social”.

Por tanto, nos encontramos frente a una nueva realidad desde hace casi dos décadas, que nos ha permitido la prestación de nuevos cuidados.

En definitiva, los profesionales que ejercen esa nueva Enfermería de Salud Mental, tienen conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para dar respuestas a las necesidades y demandas de cuidados que plantea la comunidad a la cual sirven. Y en un futuro inmediato el deseo de todos es seguir avanzando y profundizando en el conocimiento enfermero para satisfacer las demandas de auto cuidado terapéutico requeridas. Y de no ser así, estaríamos anclados definitivamente en la vieja Enfermería Psiquiátrica y, por tanto, reproduciendo viejos manierismos y rutinas de antaño.

2.2. Nuevo contexto, nuevo sujeto/objeto de la atención enfermera.

Los cambios originados en el medio donde nos desenvolvemos profesionalmente, han dado lugar a nuevas formas de actuar de la enfermera de salud mental, en tanto que también ha cambiado el sujeto-objeto de la atención.

En el contexto comunitario, cada vez son menos los individuos que precisan de un tutelaje permanente por parte de la Institución Sanitaria, toda vez que estamos propugnando la emancipación del sujeto, en el sentido de que no precise de forma permanente y continuada el ir de la mano de la institución ni de los profesionales. Y debe romperse esa relación “paterno-filial”, que genera dependencia e institucionalización.

El sujeto-objeto de nuestra atención es un ser social, que vive en una comunidad de referencia, que tiene unos valores y creencias, que tiene unos hábitos y costumbres, que es libre pensante, que tiene inquietudes, que tiene proyectos de futuro, que se organiza de determinada manera en lo familiar y en lo social (o grupal), que establece muy diversas formas de relación, que está condicionado por el medio ambiente que le rodea; en definitiva, que vive en un medio sociocultural concreto.

Pero ese medio sociocultural concreto sufre transformaciones constantes, de tal manera que el sujeto debe adaptarse a los cambios y transformar de manera continua sus hábitos

y costumbres. El medio condiciona las manifestaciones y los comportamientos humanos.

Y a todo esto la enfermera de salud mental no puede ser ajena. Debe conocer al ser humano para comprender sus conductas y atender las demandas de las alteraciones de salud que se produzcan, considerando todos estos aspectos. Y teniendo en cuenta que muchas manifestaciones humanas van ser distintas a las imperantes en cada uno de los grupos de referencia y, por tanto, tendrá que estar alerta para no confundir conductas que se salen de lo que es normal en el grupo social de referencia y que, sin embargo, no necesariamente van a ser patológicas.

Por otro lado, hay que señalar que al haber abandonado el espacio manicomial y haberse subsumido en el espacio comunitario, el estar en la sociedad, implica un contexto diferente, donde surgen nuevas demandas derivadas de la evolución y el dinamismo social.

De un tiempo a esta parte, estamos asistiendo a una serie de transformaciones de los hábitos y las costumbres tradicionales. Las causas de ello pueden ser –de hecho son- los avances en las ciencias y en las tecnologías, así como los procesos humanos que protagonizan los actores sociales. Asimismo, las ciencias sociales –Sociología, Psicología y Antropología, principalmente- se esfuerzan en comprender los fenómenos que surgen y se ponen de manifiesto en los distintos grupos sociales así como los comportamientos individuales y colectivos en una sociedad moderna, fragmentada y diversa, a pesar de la oleada ideológica surgida alrededor del supuesto “nuevo orden”, derivado de los llamados procesos de globalización –económico/capitalista-, que dicho sea de paso, pretenden “la instauración de un único sistema mundial en lo económico, lo político, lo cultural y lo comunicacional”, como sostiene Moreno Navarro.[2][2]

En este contexto general, afirma Castells [3][3], que “lo que cuenta es lo global y lo que nos importa es local”. Y como enfermeras y enfermeros debemos preguntarnos constantemente ¿qué es lo que interesa, qué es lo que importa al ciudadano al que prestamos nuestros servicios? Algunas pistas se nos proporcionaban en la encuesta de Sigma Dos, realizada para el periódico El Mundo, publicada el pasado día 2 de enero. Así, los encuestados se manifestaban acerca de temas tales como la igualdad entre el hombre y la mujer, el racismo, la religión, la aparición de nuevas enfermedades, la eutanasia, la clonación, las bodas entre homosexuales, el medio ambiente, la distribución de la riqueza, etc.

Además de lo anterior, debemos tener referencias claras respecto a la evolución de la población española y de algunos de los cambios importantes que se han producido. Así, por ejemplo, el hecho de que la población activa española haya disminuido como consecuencia del bajo índice de natalidad (el Índice Sintético de Natalidad en España es de 1,2 hijos/mujer), hace que en los próximos años nuestro país va a invertir la pirámide de población, con lo que tendremos una población de personas mayores muy numerosas. Esto, sin duda, va a hacer que las incidencias de los trastornos por grupos diagnósticos sean distinta a las de hoy. Otra consecuencia que puede acarrear la inversión de la pirámide de población, es que se modifiquen los valores y las creencias de la población. Y con ello, pueden modificarse, también, las formas de organización social, las relaciones y las conductas. La sociedad se puede embutir en un flujo continuo, pero lento, de cambios, por lo que no se tiene el ímpetu y la necesidad de

promover revoluciones, buscar utopías, buscar nuevas formas de organización social, como se da en los casos de países con una pirámide población joven.

Estos cambios van a suponer –como de hecho está sucediendo ya- un incremento importante de la inmigración. Tal hecho se constata (aunque puede sonar a mera anécdota), por ejemplo, con la noticia que nos daban los medios de comunicación el primer día del siglo: la mayoría de los primeros españoles nacidos eran hijos de inmigrantes.

Los inmigrantes son una realidad en España. Hay zonas, principalmente rurales y algunos grandes núcleos urbanos, en las que ya conviven europeos del este, magrebíes y africanos subsaharianos. Cada una de estas personas tienen sus propios rasgos culturales y poseen su propia cosmovisión. Y, además, tienen que soportar la adaptación a un medio que le es ajeno, tienen que “adaptarse”, renunciar a aspectos de su cultura para convivir en el nuevo medio y, para no perder sus señas de identidad, tienen que seguir manteniendo los aspectos identitarios que le permiten auto reconocerse como lo que son y quienes son. Esta nueva situación para todos ellos puede suponer la aparición de conflictos psicológicos y alteraciones emocionales, amén de todas las preocupaciones de tipo social y económico que se le generan en su proceso adaptativo.

Por otra parte, de todos es sabido la riqueza cultural de España. Esto hace que seamos un país atractivo para el turismo. Y en las sociedades contemporáneas, de la órbita occidental, capitalista y de libre mercado –en consonancia con la llamada globalización-, y con los medios de comunicación que nos aproximan como nunca, se propicia la circulación de personas que tienen también sus propios rasgos culturales. Lo que hace que, en estos momentos, nuestro País, sea más multiétnico que nunca; ya que además de payos y gitanos, conviven con nosotros personas de distintos países y con distintos rasgos culturales. La diferencia estriba en que unos vienen por necesidad y otros por placer, unos buscando el dorado y otros buscando el descanso tras la jubilación, unos buscando modos de subsistencia y otros buscando el hacer negocio, unos buscando la utopía y otros buscando el “sol español”.

Ni que decir tiene, que la enfermera de salud mental debe formarse y conocer las claves culturales que hacen que los actores sociales se comporten de una manera determinada. Y no sólo eso, sino que, además, debe conocer las claves de su propia cultura, de sus propios valores y creencias para hacer efectivo que su actitud profesional debe ser abierta, tolerante y receptiva hacia los diferentes posicionamientos éticos y morales que profese cada uno de los usuarios a los que atiende. Deberá entonces, conocerse así misma para poder conocer y reconocer al otro, sin depositar en éste aspectos de su propia identidad o volcar él prejuicios de tipo de alguno.

Hemos dicho, que cambian los valores, las relaciones y las conductas. Así, por ejemplo, una conducta homosexual no deberá ser criticada, ni observada con prejuicios, en función de que la enfermera sea heterosexual, porque, en todo caso, tras esa conducta u opción sexual hay un ser humano. Lo importante es si ese ser humano necesita de nuestra ayuda para poder afrontar su existencia cotidiana y sus posibilidades de autorrealización.

También cambian las formas de organización social. Las personas, como seres sociales, nos organizamos en grupos o en instituciones para sobrevivir y alcanzar los mínimos

que garanticen nuestra subsistencia y mejorar nuestras condiciones de vida. Y como seres sociales que somos, precisamos de otros para cubrir nuestras necesidades materiales, pero también necesidades de afecto, de vínculos, de modelos a seguir, etc. En este sentido, la familia, como grupo social primario, juega un papel esencial. En ella aprendemos formas básicas de convivencia, aprendemos a socializarnos, a relacionarnos y comunicarnos, a vivir con la diversidad: edad, sexo, relaciones de parentesco, posiciones diferentes, etc. Las familias suelen estar compuestas por personas diferentes y ubicadas en contextos sociales y culturales muy variados. No olvidemos, como nos aporta la Antropología, que cada cultura y cada modo de organización social dan lugar a distintas formas de relaciones y a diferentes estructuras familiares.

Y la familia también se ha visto afectada por los cambios sociales acaecidos, de tal manera que ha tenido que modificar su propio funcionamiento. Así, por ejemplo, debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral, el aumento de los divorcios y separaciones, han hecho que parte de las funciones que venía desempeñando se deleguen en otras instituciones como la guardería o la escuela, convirtiéndose éstas en agentes colaboradores de la familia. Todo esto, unido a la velocidad de vértigo con que cambian hábitos, creencias y valores, hace que la inestabilidad familiar, en muchas ocasiones, sea una realidad.

Téngase en cuenta la diversidad de formas familiares que existen en la actualidad, alejándose de la familia nuclear tradicional y, más aún, alejadas del grupo doméstico de las sociedades campesinas. Hoy tenemos familias formadas por solitarios/as, que se constituyen por voluntad propia o por necesidad –viudedad sin hijos, emigración, etc.-. Familias monoparentales, debidas a separaciones, divorcios, muerte de uno de los cónyuges o por decisión de procrear o adoptar manteniendo la vida del hogar sin pareja. Familias formadas por matrimonios sin hijos, porque no pueden tenerlos o porque han decidido no tenerlos. Familias adoptivas, es decir, padres que adoptan niños y ejercen los mismos roles que los padres biológicos. (6) Familias formadas por parejas de homosexuales. Y puede que me deje algún tipo más en el tintero. Pero, en cualquier caso, la enfermera de salud mental tiene que conocer la diversidad de agrupamientos primarios que se dan hoy día, para poder prestar la atención necesaria.

Antes de la industrialización de las sociedades occidentales, la familia era un instrumento para la consolidación de clanes y grandes grupos unidos por el parentesco, pero tras el modo de producción capitalista la familia queda reducida a escasos miembros. Surge entonces, la llamada familia moderna, que no se une ni se vincula a linajes sino que se establece sobre la base de los vínculos creados entre distintos individuos.

Esa familia moderna, nuclear, y desposeída de muchas de las funciones que tuvo antaño, es el habitáculo en el que las personas buscan la afectividad y la seguridad emocional. Pero el gran reto de la familia de la modernidad, es abordar democráticamente su funcionamiento, aceptando las dificultades inherentes a un modo organizativo tan rico y estimulante como frágil y costoso (7).

Desde mi punto de vista, además de cuanto antecede, la enfermera de salud mental:

-Tiene que considerar que el sujeto-objeto de nuestra atención es muy diverso. Y que en la diversidad está la riqueza humana. Así, cuando ayer, como decíamos antes, el sujeto-

objeto de nuestra atención era el internado en el manicomio, hoy y mañana, tenemos que atender a payos, gitanos, africanos, europeos del este, homosexuales, vegetarianos, parejas de hecho, familias monoparentales, etc.

-Tiene que considerar los desafíos de la realidad social en que está inmersa la población, y en qué medida les afectan. Por ejemplo, el incremento de la injusticia, como consecuencia de la llamada globalización. La tecnología, y en especial la informática, han hecho posible lo que se llama mundialización, la cual tiene aspectos positivos en tanto que permite la comunicación, ayuda a superar fronteras y puede facilitar la solidaridad internacional. Pero utilizada por el capitalismo, da lugar a la globalización, que controla los mercados de los países tanto a nivel financiero como productivo. Y se establece un mercado internacional del que quedan excluidos los países pobres o en vías de desarrollo. Todas las relaciones socio-político-económicas quedan de este modo bajo el control del capital transnacional.

-Tiene que considerar la defensa de los valores y de la diversidad de las culturas. España tiene diversos universos culturales, cada uno caracterizado por sus formas de organización social, sistemas simbólicos, celebraciones, costumbres y expresiones artísticas. Ese pluralismo cultural trata de afianzarse, de afirmarse frente a los embates de la llamada cultura universal, inspirada por la mentalidad científico-técnica e impulsada por las grandes potencias.

-Tiene que considerar que cada sujeto tiene unas referencias culturales. Y que las personas no están talladas en serie, como si salieran de un molde prefabricado y único, ni son formatos estandarizados. Así, por ejemplo, no es lo mismo prestar atención y cuidados a un hombre de 45 años, casado, empleado, de clase media, piel blanca, heterosexual, europeo y cristiano; que uno de 30 años, soltero, sin empleo, clase baja, piel negra, homosexual, africano y protestante. Y no es lo mismo prestar cuidados y atención a una mujer de 30 años, madre soltera, sin empleo, clase media, de etnia paya, heterosexual y europea occidental; que a una mujer de 50 años, casada y con tres hijos, empleada, clase baja, etnia gitana, heterosexual, testigo de Jehová y europea oriental. Por tanto, cada persona tiene un perfil diferente y puede percibir también sus necesidades de atención de manera distinta y, por consiguiente, buscar la satisfacción de las mismas en distintos recursos de atención.

Por consiguiente, desde esta perspectiva de relatividad cultural, tenemos que tener en cuenta que muchas de las necesidades básicas que la enfermera de salud mental atiende a diario están condicionadas por el medio y la cultura. Las personas, además de protegernos de la temperatura del medio ambiente y mantener el decoro adecuado para las interrelaciones, nos vestimos en función de los rasgos culturales. Las personas en cada cultura se visten de forma diferente. Adecuamos la vestimenta a las condiciones físicas del lugar, en la tarea de adaptarnos al medio. El árabe se viste de forma distinta al europeo. Asimismo, todos necesitamos proveernos de alimentos para mantener la vida, pero la forma en cómo nos alimentamos varía en las distintas culturas y en función de los recursos que se disponen. Por otro lado, las creencias y los valores son diferentes; ahí están sino los mitos de origen, tan diversos como el número de culturas, cuando menos. Otro ejemplo de ello son las reglas de la formalidad que se establecen para las relaciones interpersonales en nuestra sociedad, pero que no tienen nada que ver con otras reglas de comunicación e interacción imperantes en otros medios culturales.

3. PENSAR ENFERMERÍA

A partir de aquí, habremos de pensar enfermería, lo que no es poco. Y habremos de hacerlo a la hora de proponer alternativas de organización de los servicios enfermeros dentro del S.S.M. Y podríamos preguntarnos: ¿funcionan los servicios enfermeros como deberían?, ¿funcionan de acuerdo con las demandas de cuidados expresadas por los usuarios directa o indirectamente?

Me he referido a los cambios cualitativos, pero también se han dado cambios cuantitativos importantes. Veamos la siguiente Tabla:

Datos del IASAM

Programa S.M. Memoria 1999

1984

1988

Previsiones

Enfermeros

117

296

459

381

Auxiliares Enf.

1218

1297

Respecto a estos datos, podemos preguntarnos: ¿es suficiente el personal de Enfermería actual para atender, por ejemplo, a los 15.000 andaluces que padecen trastornos mentales severos?, ¿qué estrategias profesionales debemos proponer para actualizar las ratios del personal de Enfermería? Por ejemplo, ¿cómo argumentaríamos la necesidad de ajustar la ratio en los ESMD en base a un enfermero por 25.000 habitantes (1/25.000 hab.)? ¿Cuál es la ratio que consideramos adecuada para prestar unos cuidados excelentes en las Unidades de Hospitalización, en las Comunidades Terapéuticas y en las Unidades de Rehabilitación de Área?

Para dar respuesta a todas estas cuestiones y más que os queráis formular, creo que deberemos tener claro que la organización del servicio enfermero, para garantizar la excelencia de los cuidados y la continuidad de los mismos, debe de contar con un Programa de Enfermería que incluya, cuando menos:

- La adscripción a un modelo o teoría de Enfermería.
- La definición de una cartera de servicios.
- La definición de cada uno de los puestos de trabajo.
- Protocolos de intervención enfermera.
- La coordinación interdisciplinaria e intersectorial (Enfermería de atención Primaria y Especializada).
- Sistema de registro que permita la evaluación de las intervenciones.
- Unos objetivos anuales, que permitan la realización de una memoria anual.

Y lo más importante de todo, la actitud, la implicación y el compromiso de todos en “pensar enfermería”. Porque este necesario y permanente “pensar enfermería” sí va a ser totalmente determinante para nuestra profesión.

Sigo siendo optimista. Sigo siendo utópico. Y sigo creyendo en la capacidad de la acción enfermera. Desarrollemos nuestro potencial. Todos tenemos la palabra.

Muchas gracias por vuestra atención.

GERMÁN PACHECO BORRELLA,

Enfermero especialista en Salud Mental. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Presidente de la “Asociación de Enfermería en Salud Mental”.

Jerez-Jaén, mayo de 2001.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nightingale, F. (1990): Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Ed. Salvat. Barcelona.
2. Peplau, H.E. (1990): Relaciones interpersonales en Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona.
3. Pacheco Borrella, G. (1999): Los espacios de la enfermera de salud mental. En Revista Metas de Enfermería. Vol.II (16): 41-49.
4. Goffman, E. (1987): Internados. Ed. Amorrortu-Murgía. Madrid.
5. Orem, D. (1993): Modelo Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Ed. científicas y Técnicas. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona.
6. Novel, G. (1991): Enfermería psico-social II. Ed. Salvat. Barcelona.
7. García, L. (2000): La familia: espacio de convivencia y socialización. Documento publicado en Internet. <http://www.ceapa.es>.

[1][1] Para más información, el lector puede consultar la obra de Ann Marriner: “Modelos y teorías de Enfermería”, publicado por Ediciones Rol. Barcelona, 1989

[2][2] MORENO NAVARRO, I. (1997): “Quiebra de los modelos de modernidad, globalización e identidades colectivas”. Ponencia presentada en el Symposium “Hacia una ideología para el siglo XXI. Ante la crisis civilizatoria de nuestro tiempo”.

[3][3] CASTELLS, M.: Entrevista concedida a la periodista M. Rivière, publicada en “El País Semanal” con el título: “Manuel Castells. El maestro de la aldea global”.