

**«La Reforma Psiquiátrica en
España, Evolución y Futuro
de los cuidados enfermeros
en Salud Mental.»**

Documento de conclusiones del Simposium
celebrado en Talavera de la Reina (Toledo)
durante los días 27 y 28 de Enero de 2009.

*Edita: Asociación Nacional de
Enfermería de Salud Mental*

Mas de 25 profesionales de Enfermería de Salud Mental, respondiendo a la llamada efectuada por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), se reunieron los días 27 y 28 de Enero de 2009 en el Instituto de Ciencias de la Salud de TALAVERA DE LA REINA (Toledo) para debatir sobre «**La Reforma Psiquiátrica en España, Evolución y Futuro de los cuidados enfermeros en Salud Mental**» y elaborando unas conclusiones que se detallan al final del documento

Relación de enfermeros/as asistentes al Simposium

Alberca Muñoz, María Luisa

Castilla La Mancha.

Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Alonso Villar, Pablo

Galicia.

Vigo (Pontevedra)

Carballal Balsa, María Consuelo

Galicia.

Santiago de Compostela (A Coruña)

Carretero Román, Julián

Madrid.

Castellanos Tejero, Manuel

Castilla La Mancha.

Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Castro Molina, Francisco Javier

Islas Canarias.

Santa Cruz de Tenerife.

Flores Mateos, Isabel de la Salud

Extremadura.

Badajoz.

García Sastre, Montserrat

Madrid.

Jiménez Agustín, Raquel

Extremadura.

Plasencia (Cáceres).

Martín Ramírez., Roberto

Castilla La Mancha.

Toledo.

Megías-Lizancos, Francisco

Madrid.

Molino Contreras, José Luis

Murcia.

Cartagena.

Ortiz Valdepeñas, Josefina

Castilla La Mancha.

Valdepeñas (Cuidad Real).

Porras Cabrera, Antonio

Andalucía.

Málaga.

Rodríguez Vicario, Constantino

Cantabria.

Santander.

Romero García, Araceli

Andalucía.

Granada.

Salas Robles, Pilar

Andalucía.

Málaga.

Salgado Pacheco, Julián Onofre

Extremadura.

Plasencia (Cáceres).

Sánchez González, Aurora.

Castilla La Mancha.

Toledo.

Santolalla Arnedo, Iván.

La Rioja.

Logroño.

Sureda García, Catalina.

Islas Baleares.

Palma de Mallorca.

Tomé Alonso, Marciano

Cataluña.

Girona.

Tormo Postigo, Mercedes

Castilla La Mancha

Toledo.

Vila Santos, Juan

Asturias.

Oviedo.

Agradecimientos:

La organización del Simposium ha sido posible gracias a la colaboración del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) y del Colegio de Diplomados de Enfermería de Toledo.

ÍNDICE

1. SITUACIÓN SOCIAL DE PARTIDA EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA	9
2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL HASTA EL PRESENTE	19
3. CONCLUSIONES	29
3.1. En relación con la situación y evolución de la Reforma Psiquiátrica	29
3.2. Propuestas de mejora en la atención de los Cuidados en Salud Mental	29
3.3. Relacionadas con la gestión de los cuidados	31
3.4. Relacionadas con la formación especializada, investigación y carrera profesional	31
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35

1. SITUACIÓN SOCIAL DE PARTIDA EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

Considerando la historia reciente de la asistencia psiquiátrica, podemos afirmar que los años setenta fueron cruciales para su evolución. Acontecimientos como los cambios sociales acontecidos en España y la progresiva integración en el entorno europeo, entre otros, caracterizaron la evolución de la asistencia psiquiátrica y de la sociedad en que esta se dio. El fin del régimen político existente y el inicio de la transición democrática creaban un contexto social y sanitario muy particular para comprender el cual es necesario hacer un ejercicio de imaginación por parte de los que no lo vivieron y de recuerdo por parte de los que tuvieron la oportunidad de ser sus protagonistas.

Partimos de un posicionamiento político-administrativo muy diferente del que vivimos hoy día. La sociedad española poseía ciertas características producto de la reciente guerra civil y por un régimen político dictatorial que, de forma coherente con la inercia histórica, se apoyaba en las instituciones religiosas para asistir a las personas con enfermedad psiquiátrica de una forma marcadamente caritativa y al amparo de su propia convicción y regla. Este sistema, marcadamente asilar, se caracterizaba por una gran variabilidad en el modo de asistencia debida a las muy diferentes concepciones que de la salud y la enfermedad mental y de la propia asistencia sanitaria psiquiátrica tenía cada congregación religiosa.

Esta misma situación permitió que las organizaciones religiosas, implicadas en la asistencia al inicio de la reforma, tomaran parte activa en su desarrollo en mayor o menor medida. Aún así, es importante destacar que la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) había iniciado un proceso de reforma asistencial significativo, pero que solo cubría la asistencia psiquiátrica ambulatoria, asumida por los neuropsiquiatras de cupo, sin ocuparse de los grandes

hospitales psiquiátricos, donde se encontraba el grueso de los enfermos mentales.

Desde el punto de vista de la asistencia sanitaria pública podemos diferenciar tres ámbitos de actuación distintos: el Ministerio de Sanidad, la Seguridad Social y las corporaciones locales. El Ministerio asumía, sobre todo, la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas mediante hospitales específicos asistidos por personal funcionario. La Seguridad Social, sostenida por el INP, cubría la medicina somática de los afiliados a la misma a través del Seguro Obligatorio Español (SOE). Caso aparte, lo conformaba la red de hospitales militares que daba cobertura a todo el estamento militar en su conjunto, incluyendo también la asistencia psiquiátrica de forma directa o concertada. Las corporaciones locales se ocupaban de la beneficencia, un proceso asistencial cimentado en la caridad y el apoyo a las personas sin recursos económicos. Esta complejidad que caracterizaba a la asistencia, hacía que no se pudiese hablar de una «red asistencial» pues los diferentes sistemas que se encargaban de una forma u otra de atender a las personas con problemas psiquiátricos no se organizaban de forma que se pudiese cubrir completamente la asistencia sanitaria de la población. Podemos decir, que la asistencia sanitaria no constituía un derecho como hoy lo entendemos, y en consonancia no estaba organizada para garantizar una cobertura en un sentido amplio, por lo que las distintas administraciones debían asumir diferentes aspectos de la misma sin que existiese nunca coordinación entre ellas, quedando siempre ciertos sectores de la población a los que la asistencia no llegaba.

Mientras tanto, ¿en qué situación se encontraba la asistencia psiquiátrica? Al no tratarse de sintomatología somática consecuencia de un problema que puede ser reversible aplicando un tratamiento médico, sino de conductas entendidas socialmente como inapropiadas y vergonzantes, amparadas por el concepto marginal

y estigmatizante del mito de la locura y la peligrosidad social, se relega y segrega la asistencia psiquiátrica separándola del resto de la atención sanitaria. El estigma social se oculta de los ojos de la sociedad a través de los manicomios, cuya utilización suponía una realidad muy alejada de fines asistenciales, convirtiéndose en algunos casos, en un centro asilar o incluso de reclusión para los considerados socialmente indeseables. Las personas asistidas en este tipo de instituciones estaban sometidas a un trato que, desde una postura paternalista, llegaba a ser autoritario, quedando estos ciudadanos marginados, relegados y aislados de una sociedad a la que otros ciudadanos se integraban progresivamente a lo largo de sus vidas, quedando a veces privados de su voluntad y libertades individuales, incluso desde el punto de vista legal.

En este tiempo, la responsabilidad de la asistencia psiquiátrica recae en las diputaciones y Cabildos Insulares (recuérdese que eran las encargadas de la beneficencia), que cuentan con hospitales psiquiátricos para el ingreso y tratamiento de los pacientes. Los tratamientos, muchos considerados hoy día como sumamente agresivos, perseguían los objetivos de reducir al paciente, aplacarlo y neutralizar las manifestaciones de crisis características de su psicopatología. La aparición de nuevos fármacos como la clorpromazina supuso un punto de inflexión en los tratamientos a aplicar. El uso de antipsicóticos fue desechando y relegando prácticas anticuadas, como inyecciones intramusculares de esencia de trementina para producir abscesos de fijación con cuadro febril intenso, choques cardiazólicos, inducción de comas insulínicos y el propio electroshock. Aun así, la propia filosofía y modelo que predominaban en esta asistencia, no distaban demasiado, aparecían nuevas herramientas, pero permanecían viejos conceptos.

En estas circunstancias surgen diversos movimientos reivindicativos que pretenden crear en la sociedad cierta conciencia sobre la normalización y el

entendimiento de la enfermedad mental como una manifestación más del deterioro de salud del sujeto. De estos movimientos quizá el más impactante y beligerante sea la antipsiquiatría, desde el que la especialidad médica se veía como un agente de control social y un arma contra la libertad individual. Desde este componente sociopolítico se va sembrando una opinión crítica que sustenta un movimiento reformador del sistema asistencial, donde se implican la gran mayoría de los profesionales jóvenes del sistema. Es, pues, una demanda de justicia que tiene acogida en el mundo político de oposición al régimen dictatorial franquista.

Se planteó mediante todo lo anterior el descontento de los profesionales y de cierta parte de la sociedad afectada directamente por la situación y sus demandas encontraran eco dentro de las reivindicaciones sociopolíticas del momento. La lucha emprendida en pos del cambio acaba por arrastrar a parte de la ciudadanía y la reforma empieza a encajar y tomar cuerpo, llevando a muchos profesionales concienciados a implicarse en su defensa. Este momento coincide con la llamada a la modernización que llega desde Europa. El país se ha de modernizar, se empieza a plantear que las instituciones han de ser cambiadas para asemejarse al contexto europeo, que se ha de subir al tren del progreso que acontecía fuera de nuestras fronteras y que hemos de acercarnos a las estructuras sociales y asistenciales de los países de nuestro entorno, reunidos en una joven CEE.

Parece evidente que si hay dos pilares de especial importancia en el progreso y bienestar de una sociedad son la educación y la salud. Los cambios que se planteaban necesarios no podrían ser posibles si no se reformaban estos dos campos; se trataba de dos objetivos que debería asumir cualquier gobierno que pretendiese tomar las riendas del país. Por tanto, era necesario desprender a la psiquiatría de su papel de cenicienta de la asistencia sanitaria, y la mejor forma

de hacerlo, la forma coherente con los sistemas sanitarios más avanzados, era abrir las puertas del manicomio que oculta la vergüenza. El compromiso de algunos profesionales de todo el territorio español es absoluto. Se suceden las manifestaciones públicas, las reuniones... es completa la dedicación de su tiempo y esfuerzo en la reivindicación de los cambios necesarios para iniciar la reforma, para dignificar la asistencia.

Esta voluntariedad se plasma en su compromiso activo, que les lleva a salir a la calle, a asociarse y manifestarse públicamente exhibiendo reivindicaciones junto a sus pacientes, codo con codo, proponiendo iniciativas, exigiendo una mayor implicación de la administración. A nivel profesional también se emprenden iniciativas reformadoras. Visitar a familiares, establecer programas de integración familiar, recorrer pueblos y ciudades visitando a las llamadas «fuerzas vivas», alcaldes, concejales, médicos, enfermeros, asociaciones, incluso a los párrocos, para crear el compromiso colectivo que permitiese acercar la asistencia a los pacientes. Empezaba a transformarse la asistencia. Se crean consultas en los pueblos y se sectoriza el territorio, organizando equipos multidisciplinares con psiquiatras, enfermeras, auxiliares y trabajadores sociales, lo que permite ese acercamiento para trabajar con la familia y el entorno, para conseguir que los pacientes ingresados puedan reintegrarse a su núcleo familiar y establecer una nueva política asistencial que lleve, la problemática de la salud mental, a una situación de igualdad con el resto de patologías.

La desinstitucionalización es una de las claves para demoler, en sentido real y figurado, el manicomio. Son muchos los pacientes que llevan años en la institución, que se han habituado a la vida de ingresado, que presentan serios problemas de adaptación a un medio externo y extraño, incluyendo el propio medio familiar que, en muchos casos, ha estado ausente durante años. Este proceso requiere planes específicos de

actuación, sistemas de reinserción social, el desarrollo de programas de autocuidados, manejo del dinero, habilidades sociales y de relación que les permitan desenvolverse con garantía en un medio, a veces, demasiado hostil. Se crean alternativas residenciales en la comunidad (pisos y casas) para facilitar la convivencia y la independencia bajo la tutela de auxiliares. Esta forma, entre otras, sirvió para iniciar un proceso de aprendizaje que en definitiva llevó a los pacientes, con cierta garantía, a la referida reinserción social. Otra cuestión a considerar en este momento es la resistencia o impermeabilidad de la sociedad ante la reforma y la asimilación del enfermo por su parte, aceptándolo de forma normalizada y desvistiéndolo de la connotación de loco y de los prejuicios asociados.

Por otro lado, la segregación de género empieza a disolverse mediante la creación de lugares de encuentro, como el club social. En ellos encontramos los primeros, y ocasionalmente conflictivos, contactos entre ambos sexos. Se pudo ver hasta qué punto el enamoramiento vuelve a la vida de los pacientes, la ilusión frustrada y, posiblemente soñada, les da alas de felicidad y llega a emocionarnos a todos. Su reafirmación y autoestima empiezan a tener sentido. En ocasiones ese amor pasional se desborda y crea problemas que se han de reconducir hacia un buen término, desembocando, en algunos casos, en la creación de parejas.

La estrategia que garantice la viabilidad de la reinserción familiar y/o social pasa por un seguimiento «in situ», con carácter permanente, hasta la consecución del objetivo. Para ello se establecen las llamadas «rutas terapéuticas» consistentes en la identificación de los pacientes y lugares incluibles en una ruta de consultas a domicilio o visitas a instituciones, que sean operativos en una jornada de trabajo. El equipo se reúne de forma habitual cada día y establece la ruta, determinando los responsables de la misma. Estos responsables identifican e instauran

contratos tácitos de colaboración con los agentes informales del entorno familiar para implementar y colaborar en el seguimiento de los programas que se determinan en cada caso y van haciendo evaluaciones periódicas de la evolución del proceso, haciendo partícipe al resto del equipo mediante la información del mismo.

Por otro lado, la reforma se encuentra con la necesidad de establecer diferentes programas de trabajo en función del tipo de pacientes y los objetivos de rehabilitación que se persigan, pudiendo identificarse tres grandes grupos:

1. Pacientes susceptibles de reinserción en el seno familiar.
2. Pacientes con posibilidades de desarrollar su vida de forma independiente o tutelada.
3. Pacientes residuales e institucionalizados que requieren cuidados y permanencia en residencias asistidas o unidades de larga estancia.

Todo esto enmarcado en una política que lleve la asistencia directa a la población para yugular las crisis precozmente, dentro de una estrategia que incluya: promoción, prevención, curación y rehabilitación. Nunca se reconocerá la labor encomiable, el compromiso y la dedicación de estos profesionales en el impresionante proyecto de ruptura con un pasado vergonzoso en la asistencia psiquiátrica.

La Administración Pública intentó plasmar estrategias y crear las estructuras adecuadas para canalizar las actuaciones asistenciales que cubrieran los objetivos que se habían establecido, con base en el posicionamiento ideológico y deontológico de los movimientos políticos, profesionales y ciudadanos a los que he hecho referencia anteriormente.

Los principios del modelo son comunes a las reformas psiquiátricas que se inician en el resto del país y que ya han sido ensayados en otros países de Europa y América, si bien no se sigue el mismo ritmo en todas y cada una de las comunidades autónomas. Es decir, se trata de un modelo que pretende una atención integral comunitaria, con un nivel de atención especializada dentro del sistema sanitario general público y ligado a una red de dispositivos de asistencia socio-sanitaria como son las terapias ocupacionales, de rehabilitación laboral y algunos alojamientos protegidos.

La Red de Servicios de atención suele estar compuesta por los siguientes dispositivos:

1. Equipo de Salud Mental de Distrito/ Unidades de Salud Mental
2. Unidad de Hospitalización de Agudos.
3. Unidad de rehabilitación de Área
4. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil
5. Comunidad Terapéutica
6. Hospital de Día.
7. Programas específicos de Intervención: Hospitalización a domicilio, Trastorno Mental Grave, Continuidad de Cuidados, Interconsulta y enlace, Trastornos alimentarios, Conductas adictivas.

Estos, a su vez, se entroncan con la red general del sistema sanitario, apoyándose en los equipos básicos de atención primaria y en las urgencias en salud mental de los hospitales generales, para cubrir las demandas iniciales o de carácter perentorio, según el caso.

Desde el punto de vista político se establecen planes idílicos que dan respuesta a las demandas. Se hacen análisis de resultados bastante autocomplacientes y poco críticos. No obstante, podemos inferir que, en las comunidades más avanzadas se ha logrado la erradicación del sistema de institucionalización manicomial. Sin embargo, no se puede afirmar seriamente que, al mismo tiempo, se hayan establecido eficazmente los dispositivos alternativos que deberían haber sustituido con ventaja al caduco e ineficaz modelo anterior. Incluso, en algún caso, se ha producido una clara involución en los últimos tiempos.

En esta línea, podemos aglutinar el proceso evolutivo en tres apartados diferentes, en función de la situación actual y del propio proceso seguido por la comunidad:

1. Comunidades que ha desarrollado la reforma a un ritmo más dinámico, consideradas pioneras y modelos de desarrollo en su momento.
2. Comunidades que se han ido incorporando de forma más lenta a la misma y que llevan un considerable retraso en su aplicación. Incluso, en la actualidad, siguen sin incorporar a la red general de servicios de salud la antigua asistencia prestada por diputaciones y cabildos.
3. Comunidades que se apoyaron desde el inicio en la concertación de los recursos privados, al tener una infraestructura sólida en este sentido.

2. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL HASTA EL PRESENTE.

Parece oportuno plantearse cómo era la enfermería psiquiátrica en nuestro país, antes de que se iniciaran los cambios en la última década y los movimientos de Reforma de atención a la salud mental y qué referencias existían de otros países.

La enfermería española ha pasado por muchas vicisitudes: cambios de nombre, cambios en los planes de estudio y cambios en la forma de pensar. Quizás, estos últimos fueron y, probablemente, sean todavía, los que más han dado que hablar y los que han provocado más inquietudes e impulsado la búsqueda de alternativas; y a partir de los cuales se hayan iniciado procesos de autocrítica, cuestionando y buscando la función social de la enfermería.

A esta altura de su historia la enfermería especializada en psiquiatría y salud mental se encontraba realmente aletargada. Nuestra especialidad fue prácticamente inexistente en España, hasta la aparición del Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, que vino a crear la Especialidad de Psiquiatría para los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Pero si bien es cierto que un solo decreto no basta para poner en marcha la empresa, a partir de él parece que se aprecia un cierto despertar, que se reafirma a partir de 1980, y sobre todo a raíz de las Reformas Psiquiátricas que se vienen produciendo en las distintas Comunidades Autónomas, y de la publicación y puesta en marcha también de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

No se concebía la presencia de la enfermería psiquiátrica fuera de la institución manicomial. Esto condicionaba el ejercicio profesional de los enfermeros de una forma particular:

- Su separación del resto del sistema asistencial les aislaba de sus demás colegas, impidiendo un crecimiento profesional coherente con el resto del sistema sanitario.

- La inespecificidad del rol definido, pues la variabilidad de funciones y competencias era mucha entre unos profesionales y otros.

- La función terapéutica del enfermero se limitaba a la administración de tratamientos biológicos prescritos y a labores de custodia y contención.

- Las personas a las que se atendía se encontraban en situación de despersonalización, discapacitación y desocialización. Evidenciada en un tiempo completamente vacío de actividades en las que ocuparse, lo que provocaba una pérdida de destrezas, habilidades y capacidades para el autocuidado.

- Los profesionales que trabajaban en las instituciones manicomiales tienen una muy diversa procedencia. Los enfermeros podían ser indistintamente especialistas o no, y los auxiliares o cuidadores tenían una formación muy variable, o incluso, a veces hasta carecían de ella.

- Era imposible una atención continuada o un mínimo seguimiento de los casos debido a la mala planificación de turnos y horarios de trabajo.

Como es entendible, en el contexto descrito eran pocos los profesionales a los que les preocupaba la búsqueda de un marco de referencia profesional o la determinación de las funciones y actividades que los enfermeros debían seguir.

Paralelamente, en el extranjero, a partir de los años 50, y a raíz de la entrada de la Enfermería en la Universidad, se inician distintas corrientes de opinión cuyos objetivos se centran en buscar los fundamentos científicos de la profesión. Algunas enfermeras empiezan

a formular los modelos o teorías en los que hoy se basa nuestro quehacer, concretando marcos teóricos que constituirían en adelante la ciencia de enfermería, la ciencia del cuidado, un cuerpo de conocimientos propios en los que se basaría la práctica profesional de los enfermeros. Del mismo modo empezamos a ver informes de organismos internacionales, como el Informe Técnico nº 105 de la OMS de 1956, donde empiezan a recogerse opiniones y conclusiones de expertos que señalan que ha de darse el punto de inflexión que nos lleve de lo custodial, a lo realmente terapéutico.

Podemos acordar que la práctica de la enfermería psiquiátrica depende directamente de la actitud tradicional de la colectividad respecto de los enfermos mentales, de los progresos de la psiquiatría y de la evolución de la profesión de enfermería.

Fijémonos más concretamente en los acontecimientos importantes que han acontecido en la historia reciente de la Enfermería, a saber:

- Año 1952: Unificación Colegial de practicantes, matronas y enfermeras
- Año 1977: Entrada en la Universidad de los estudios de Enfermería.
- Año 1989: Publicación del Código Deontológico de la Enfermería
- Asunción por parte de las enfermeras del papel de docente y de gestor.
- Consecución de la independencia profesional, abandonando el rol de profesión subordinada, en palabras de Pacheco y Vila (1994) «hemos dejado de ser *ayudantes para ser enfermeros*».

Además de lo expuesto anteriormente, han existido en la historia de nuestra profesión algunos momentos,

hitos si se quiere, dignos de reseñar, desde la propia creación de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental en noviembre de 1984, con todo lo que esta ha significado en sus 25 años de historia, hasta los distintos procesos de reformas que a nivel regional han existido en España, así como ciertas iniciativas legislativas entre las que cabe señalar la Directiva III/D/5 sobre enfermeros psiquiátricos de la CEE publicada en 1986, o el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de especialista en Salud Mental.

Años más tarde, ya a finales de los noventa, pudimos ser testigos de nuevos avances importantes, ejemplo de los cuales son la Orden del 24 de julio del Ministerio de la Presidencia, por la que se desarrolla el anteriormente mencionado R.D. 992, once años más tarde de su publicación en 1987. El 9 de julio de 1998 el Ministerio de Educación y Cultura aprobó el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental, y junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo concretaron y aprobaron los requisitos específicos de acreditación de las Unidades Docentes. Estábamos cerca del gran momento que supuso la convocatoria de la primera prueba selectiva para el acceso a las plazas de formación de Enfermero Especialista. El 30 de julio de 1998, el Ministerio de la Presidencia emitió la Orden por la que se convoca la prueba selectiva para iniciar la formación en 1999.

Y ya en estos primeros pasos del nuevo sistema de formación, el 6 de marzo de 1998 para ser exactos, la ANESM planteaba al Ministerio de Sanidad y Consumo reivindicaciones que aun hoy mantenemos: un programa de formación de dos años y la necesidad de desarrollar las Disposiciones Transitorias Primera y Segunda del R.D. 992, para cuyo desarrollo nuestra Asociación presentó el mes de junio del mismo año sendas propuestas al Ministerio de Sanidad y Consumo.

La nueva situación comporta la modificación de actitudes, manierismos y rutinas de antaño. Ello implica para muchos una readaptación, porque se espera de ellos algo bien distinto; y además, exige la presencia de un mayor número de enfermeros, lo que está contribuyendo a que la prestación asistencial enfermera se modifique en términos cualitativos y cuantitativos.

Esto deviene, obviamente, en un proceso dilatado en el tiempo, toda vez que cuestiones como los cambios actitudinales y los conceptuales del enfermar psíquico no es algo que puede ni debe ser implantado de la noche a la mañana. Porque, entre otras cosas, hay que tener en cuenta algo que se dice en el citado Informe 105 de la OMS: *«La función de enfermero psiquiátrico siempre estará directamente subordinada a los progresos realizados por la psiquiatría, los cuales a su vez reflejan los conceptos admitidos por cada medio cultural respecto a las enfermedades mentales»*.

La asistencia psiquiátrica entró en una auténtica crisis cuando los cambios sociopolíticos, derivados de la transición democrática, pusieron de manifiesto la ineficacia del manicomio para el tratamiento de los ciudadanos con trastornos mentales, y la crítica a la conceptualización tradicional de la enfermedad mental (modelo médico) y de los procedimientos socialmente admitidos para enfrentarse a ella, que se consideraban inadecuados e inadmisibles, en el contexto de una sociedad democrática. La ruptura con el modelo anterior (modelo de beneficencia, al margen del sistema sanitario) es también consecuencia del surgimiento de un nuevo paradigma teórico: la salud mental comunitaria o modelo de intervención comunitario, que plantea un núcleo conceptual desde el que se desarrollan nuevos modos de analizar los problemas de la salud y la enfermedad mental y se proponen modelos alternativos, tanto funcionales como institucionales para intentar solucionarlos.

El modelo de intervención comunitario se caracteriza por el comprender y actuar terapéutico en el contexto donde se producen los problemas psicológicos o trastornos de conducta, es decir, en la comunidad, conferir a la promoción y al mantenimiento del bienestar mental la misma prioridad que al tratamiento del trastorno mental, y la búsqueda de las fuentes y los factores de corrección de los trastornos mentales, en determinantes socioculturales de la conducta humana, además de los biológicos y psicológicos.

Los avances en el conocimiento enfermero, el proceso de Reforma psiquiátrica y la actitud de los profesionales de enfermería de salud mental, hizo que cambiara cualitativamente la atención enfermera (ubicada ya en el contexto comunitario, alejada del modelo de beneficencia e integrada en el Sistema Nacional de Salud) y se transformara considerablemente nuestro rol profesional, practicando un abordaje individual, familiar y grupal; potenciando la promoción, asistencia, tratamiento y rehabilitación y ejerciendo en diversos ámbitos: hospitalario y extrahospitalario. Se diversificaron las actividades cuidadoras, usando técnicas específicas para luchar contra los efectos invalidantes del trastorno mental; asumiendo el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de nuestra profesión; potenciando las capacidades individuales que permiten al individuo un afrontamiento eficaz para mantener la vida, la salud y el bienestar, y conseguir así una autonomía que le lleve a la independencia y a la mayor calidad de vida posible, etc.

Se opta por el modelo de **«Enfermera Cuidadora»**, ya que la intervención enfermera surge como consecuencia de la incapacidad que tienen los usuarios ante la salud y la enfermedad y, por consiguiente, hemos de atender y procurar satisfacer sus necesidades y/o demandas.

Esto no es un hecho indiferente ya que en función del modelo por el que se opte, se determinarán las intervenciones y variarán sustancialmente las concepciones que se tengan sobre la enfermería, y por ende, sobre la enfermería en salud mental. Lo cual a su vez tiene una repercusión importante no ya sólo a la hora de establecer o definir un marco teórico sino para algo previo, como es el optar por una determinada teoría o modelo de enfermería, que guíe nuestro trabajo y si ese modelo puede o no ser asumido por todos o por la mayoría de los profesionales que desarrollan la actividad en esta área.

El protagonismo que la enfermería ha tenido en todo el proceso de transformación ha sido posible gracias a la existencia de un conocimiento enfermero, a la capacidad de unos profesionales para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados y a su habilidad para modificar actitudes en el propio colectivo. Todo ello ha contribuido a que la transformación del rol profesional sea una realidad, que desde el **modelo comunitario**, y al amparo de las funciones propias, el enfermero en su intervención:

- Practica un abordaje individual, familiar y grupal.
- Potencia la promoción, mantenimiento y prevención de la salud integral, así como la asistencia, tratamiento y rehabilitación.
- Ejerce en diversos ámbitos de actuación.
- Diversifica sus actividades y usa técnicas de enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico.
- Asume el incremento de responsabilidades, derivadas del ejercicio autónomo de su profesión.
- Potencia las capacidades individuales que permiten al sujeto un afrontamiento eficaz para mantener la vida,

la salud y el bienestar y conseguir así una autonomía que le lleve a la normalización y la mayor calidad de vida posible.

- Conoce y asume los postulados y filosofía de la atención primaria de salud, en el contexto del sistema público de salud.

- Asume igualmente la filosofía Humanística como esencial para la prestación del cuidado enfermero.

- Se nombra y desea ser nombrado como ENFERMERA/O que presta **cuidados integrales** y cuyo eje de intervención es la **incapacidad** que tiene el usuario ante la salud y la enfermedad.

En el nuevo milenio aparece un nuevo escenario legislativo y normativo:

- 2001: Se promueve la Federación Española de Sociedades Científicas de Especialistas de Enfermería (FESCE)

- LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- *REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.*

- *REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.*

- *ORDEN SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura*

del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor.

- *ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermera.*

Las Comunidades Autónomas disponen de competencias en materia de gestión para promulgar decretos, como los de *creación de categorías estatutarias*:

- *Decreto 57/2005, de 28 de abril, por el que se crean determinadas categorías estatutarias en el ámbito de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.*

- *Decreto 95/2007, do 3 de maio, polo que se crea a categoría de enfermeiro especialista en Saúde Mental.(Galicia).*

- *Decreto 229/2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental.*

- Documentos y acuerdos Europeos:
 - Declaración de Helsinki (2005).
 - Libro Verde S.Mental (2006).
 - Pacto Europeo S.Mental (2008).

-Dimensión positiva de la Salud Mental:

- Concepto de bienestar
- Habilidades para adaptarse a la adversidad.
- Resiliencia.
- Capacidad de afrontamiento (Empowerment).

La enfermería en salud mental ha caminado de lo custodial a lo terapéutico, del manicomio a la comunidad, de la dependencia a la autonomía profesional y hoy en

su quehacer enfermero lo importante es el uso de la palabra como herramienta terapéutica.

Queda lejos aquella práctica manicominal. Ahora, en el contexto comunitario el acto enfermero se reviste de comprensión, empatía, escucha activa..., y la acción de cuidar implica competencia, disponibilidad, relación de ayuda, propugnar la autonomía y eso que tantas veces decimos las enfermeras y los enfermeros: aliviar o suprimir el sufrimiento humano. Y otro valor añadido: evitar en lo posible hacer uso de las etiquetas diagnósticas para que no sigan fomentando la alienación del demente y su estigmatización social.

Como profesionales de la enfermería de salud mental podemos concluir que no venimos de un lugar concreto sino de un proceso histórico complejo. Y, por tanto, hay que decirlo así: tenemos una historia detrás, que debemos asumir y que puede o no condicionar el momento presente, pero está en nuestras manos la acción para el futuro.

3.CONCLUSIONES

3.1. En relación con la situación y evolución de la Reforma Psiquiátrica

1. Después de casi 23 años de vigencia de la Ley General de Sanidad todavía existen aspectos relevantes de la misma que no se cumplen, como por ejemplo la hospitalización de enfermos agudos en hospitales generales.

Llevar a cabo la atención de pacientes agudos en hospitales psiquiátricos es una situación manifiestamente ilegal.

2. Como asociación científica mostramos nuestra preocupación por la realidad actual en alguna comunidad autónoma, donde claramente existe una tendencia involucionista de la atención a la salud mental en general y de los cuidados de enfermería en particular.

3. Una de las razones fundamentales de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica, fue el respeto de los derechos humanos. En este sentido, queremos manifestar nuestra repulsa a las distintas formas de transgresión de los derechos humanos en diferentes situaciones de violencia e indefensión en algunos lugares del mundo.

3.2. Propuestas de mejora en la atención de los Cuidados en Salud Mental

1. Creación del Plan Integral de Salud Mental de ámbito autonómico en aquellas comunidades donde todavía no existan (p.e.:Cantabria).

2. Dotar desde su inicio de los recursos económicos necesarios a cualquier plan de mejora de la atención de salud mental en general y de los cuidados de enfermería en particular.

3. Garantizar la presencia y participación activa de los profesionales de Enfermería en la planificación y gestión en los Servicios de Salud Mental de las Comunidades Autónomas.

4. Garantizar la atención de cuidados enfermeros en todo dispositivo que se atienda a un enfermo mental (promocional, asistencial y rehabilitador).

5. Garantizar la atención de cuidados enfermeros especializados en la Prevención y Promoción de la Salud Mental en la población general.

6. Impulsar los Sistemas Informáticos para facilitar los Planes de Cuidados de Enfermería.

7. Impulsar el uso del lenguaje Enfermero en todos los dispositivos implicados, para asegurar la continuidad de cuidados del paciente.

8. Promover planes de cuidados enfermeros basados en los objetivos pactados con el paciente.

9. Crear Comisiones de Calidad de Cuidados de Enfermería en Salud Mental, incorporándolas a los organismos responsables de la calidad de la atención de la salud mental.

10. Actualización de los contenidos de enfermería adaptados al Marco Europeo de Salud Mental de junio de 2008, centrado en la transformación de un modelo de adecuación a un modelo basado en la perspectiva de recuperación. Cuando hablamos de recuperación, hablamos de un proceso de cambio y crecimiento personal del paciente.

11. Creación de programas específicos que den respuesta a las nuevas necesidades emergentes.

3.3. Relacionadas con la gestión de los cuidados

1. Se hace imprescindible el cubrir las plazas de centros y/o unidades especializadas de salud mental con enfermeras especialistas, independientemente de su vinculación contractual.

2. Catalogar los puestos de trabajo que necesiten perfil específico de Enfermero Especialista en Salud Mental.

3. Es necesario una definición de cartera de servicios ofrecida a la población cuya elaboración de programas específicos de cuidados de enfermería deben llevar asignados unos estándares de calidad en relación a la planificación de los recursos profesionales.

4. Definición de criterios de asignación de recursos en función de las variables y/o características de acuerdo con el desarrollo de la cartera de servicios.

5. Asegurar una dotación de profesionales adecuada y suficiente, a las necesidades de distintos grupos población.

6. Necesidad de definir el perfil de competencias del personal auxiliar de enfermería, debido a la importancia de sus responsabilidades en algunos de los dispositivos de la red de salud mental.

7. Fomentar el liderazgo, el compromiso y la cooperación entre profesionales de Enfermería de Salud Mental.

3.4. Relacionadas con la formación especializada, investigación y carrera profesional

1. La especialización en enfermería de salud mental es la vía de acceso al desempeño laboral, siendo la

carrera profesional una vía paralela encaminada al desarrollo profesional.

2. Crear la categoría profesional de Enfermero Especialista en Salud Mental en las diferentes comunidades autónomas que aporte una continuidad coherente a la formación Especializada en Salud Mental.

3. Asegurar la formación específica en la competencia del Cuidado a la Salud Mental dentro de las nuevas Unidades Multiprofesionales (RD 183/2008)

4. Modificar el programa y duración de la formación especializada de Enfermería de Salud Mental, debiendo ser de un mínimo de dos años, permitiendo así integrar y adquirir las competencias profesionales de forma progresiva, fundamentado en el aprendizaje significativo.

5. Agilizar el proceso de acceso excepcional a la Especialidad de Enfermería de Salud Mental de todos los profesionales que cumplen los requisitos del RD 450/2005.

6. Establecer un mapa de acción tutorial multidisciplinar con el propósito de facilitar la metodología docente en las diferentes unidades de formación especializada.

7. Incorporar métodos que posibiliten el reconocimiento de la acción tutorial.

8. La formación continuada debe ser una formación ligada a líneas estratégicas que fomenten el desarrollo y capacitación de los profesionales.

9. Potenciar la formación en la utilización de herramientas específicas como la Relación de Ayuda, fundamental en el cuidado directo del paciente.

10. Estimular la formación en las habilidades de comunicación y competencias emocionales relacionadas con el profesional.

11. Acreditar plazas para la formación especializada en Salud Mental que garanticen la demanda de profesionales enfermeros en Salud Mental en la sociedad.

12. Potenciación de las capacitaciones necesarias, dotando de los recursos para que se posibilite la Investigación en Cuidados de Enfermería de Salud Mental.

13. Establecer como línea estratégica la Investigación en los Cuidados con objeto de mejorar la Calidad de la asistencia.

14. Participar activamente en la Investigación Multidisciplinar en Salud Mental.

15. Los diferentes modelos de la carrera profesional deberían tender a unificar muchos de sus contenidos en las distintas comunidades autónomas.

16. Los grados de carrera profesional deben estar ligados directamente con las responsabilidades asumidas por el profesional en el quehacer diario.

La revisión de las carreras profesionales deben de contar con la participación y asesoramiento de las asociaciones científicas con el objetivo de evitar modelos excesivamente administrativistas.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Marriner Tomey, A.; Alligoog, M.R. Modelos y teorías de Enfermería. Ed. Elsevier-Masson.6ª ed. 2007.

2.-O.M.S. Serie Informes Técnicos número 105. Comité de Expertos en Enfermería Psiquiátrica. Ginebra, 1.956.

3.-Pacheco Borrella, G.: Presente y futuro de la Enfermería en Salud Mental en Andalucía. Ponencia presentada en la VII Jornadas para el desarrollo y Humanización de la Enfermería. Ciempozuelos. Marzo de 1.989.

4.-Pacheco Borrella, G.: Desinstitucionalización psiquiátrica y recursos intermedios. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública en Extremadura. Jarandilla, junio de 1.991.

5.- Pacheco Borrella, G: Pacheco Borrella, G. Del manicomio a la comunidad: relato de una experiencia profesional. Evidentia 2004 may-ago;1(2). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/21articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Citado el 30 de septiembre de 2004.

6.-Porras Cabrera, A. « 25 años de profesión a tres voces: Un visión social». Ponencia del XXV Congreso Nacional de la ANESM. Celebrado en Salamanca del 12 -14 de Marzo de 2008.

