

**V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
EN SALUD MENTAL**

**VITORIA-GASTEIZ  
2, 3 Y 4 de abril, 1987**

## **“TEORIAS PARA EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: DESARROLLO Y FUTURO”**

*Hildegard Peplau*

Me complace saber que en España las enfermeras en Salud Mental celebran una reunión anual para discutir sus preocupaciones y para decidir cual es la dirección de su trabajo. De los Profesionales se espera que mantengan en vigor sus competencias y que pongan en conocimiento de los gobernantes cuales son los requisitos que necesitan para llevar a cabo su trabajo. Espero que en esta conferencia tengamos un diálogo constructivo y que lleguemos a establecer decisiones que sean beneficiosas para las personas con enfermedades mentales en España.

Me han pedido que hable acerca del desarrollo de mi trabajo en Enfermería Psiquiátrica y también que comente sobre las posibles direcciones a tomar en el futuro; eso es lo que tenía la intención de hacer. Pero en primer lugar tienen que conocer algo acerca de mí, algo de información para que puedan meter mis observaciones dentro del contexto de mi experiencia. He estado trabajando en el campo de la psiquiatría desde 1937 como enfermera, como estudiante diplomada y como profesora, y en 1974 me jubilé. Sigo trabajando pero desde entonces no he estado relacionada con prácticas directas con pacientes psiquiátricos. Mi trabajo como teórica comenzó en 1948 y hasta 1974 estuve dirigiendo trabajos de Diplomados en Enfermería Psiquiátrica avanzada en dos Universidades diferentes. A la vez seguí tratando con pacientes psiquiátricos en mi consulta privada y en los hospitales donde los estudiantes realizaban prácticas. En esta época se me pidió que desarrollara un programa en Enfermería Psiquiátrica: en 1948 solamente había cinco programas académicos de éste tipo en los EE.UU. y en 1946 se proporcionó dinero para la formación de los psiquiatras, los psicólogos, las trabajadoras sociales y las enfermeras psiquiátricas. Estos fondos hicieron posible que muchas Universidades iniciaran programas para Diplomados en Enfermería Psiquiátrica. Hoy en EE.UU. están más de un centenar de programas de este tipo.

Este desarrollo llegó a tener un impacto enorme sobre la formación de enfermeras. Las ideas y las prácticas de enfermería se desarrollaron a nivel de graduados y tendían a fluir hacia abajo para enriquecer la educación básica de enfermería y para la mejora de las prácticas; a la vez los programas de Diplomados siguen desarrollando otras ideas útiles e innovadoras y prácticas de Enfermería. La educación o la enseñanza de los diplomados sirve como punto de avance para la profesión, manteniéndolo a la par con las necesidades sociales cambiantes de asistencia sanitaria, en este sentido, la formación de los Diplomados garantiza unas mejoras importantes en la práctica de una Profesión.

En 1946, cuando la Ley de Salud Mental se convirtió en oficial había muy pocas enfermeras que se podían clasificar como Profesoras de Enfermería Psiquiátrica en los programas universitarios. Se dieron ciertas excepciones, sin embargo, yo puedo decir que era una de las pocas enfermeras que tenía credenciales aceptables: tenía una titulación de Master y había tenido anteriores experiencias en varios marcos psiquiátricos, pero no tenía ningún tipo de experiencia de enseñanza en la universidad. Tras ser contratada en 1948 comencé a estudiar para poder conseguir una titulación doctoral que completé en 1953. Pienso que las enfermeras que enseñan tienen que poseer credenciales académicas que sean equivalentes a las del resto de los enseñantes en las distintas facultades de la Universidad.

Mi primera tarea tras ser contratada en 1948 consistió en decidir qué es lo que tenía que enseñar, cual sería el contenido del currículum apropiado para las enfermeras psiquiátricas que estuvieran trabajando al nivel post-básico. No había ningún tipo de directrices. Se hizo un estudio con respecto a todos los libros de texto sobre Enfermería Psiquiátrica (había unos 15-20); se hizo una revisión de estos libros y se observó que su contenido no era adecuado, iba a la par con la visión del papel desempeñado por las enfermeras psiquiátricas en aquella época. Antes de los años 50 se insistía en el carácter de las enfermeras, es decir, dedicación al deber, obediencia a los médicos, honestidad, limpieza, y moralidad eran cosas que se esperaban dentro de la conducta de las enfermeras. Las enfermeras se suponían que debían ser observadoras que recogían datos para los médicos, pero no para su propio uso

en la práctica de enfermería. El papel de las enfermeras no consistía en ayudar a los pacientes a reconocer y a resolver sus problemas, sino que las enfermeras eran consideradas como guardianas, personas disciplinarias, como reformadoras de los hábitos de los pacientes, o como compañeras o “como madres” que eran mejores que las madres biológicas de los pacientes. Las enfermeras estaban al cargo de las actividades diarias de los pacientes. Podrán comprobar que hay una ausencia de competencia en la aplicación de la teoría para poder ayudar a resolver los problemas de los paciente; esto iba a la par con las ideas de aquel período, es decir, que las mujeres y la mayor parte de las enfermeras son mujeres, no solamente eran incapaces de realizar una actividad intelectual, sino que se pensaba que el pensar sería dañino para su salud. Por otra parte hasta los años 40 había un pesimismo considerable con respecto a si se podía entender la enfermedad mental por lo menos desde el punto de vista teórico; la idea de curación de una enfermedad mental no era creíble entre los profesionales o entre el público. Hasta los años 40 las teorías psiquiátricas eran principalmente orgánicas, es decir, en el sentido de las causas físicas, o bien eran descriptivas, es decir, síntomas, que iban asociados con un diagnóstico, podían ser descritos, nombrados y agrupados pero las causas eran desconocidas. Los trabajos de Freud y otros pensadores estaban empezando a tener una influencia sobre las prácticas de los psiquiatras privados y en los hospitales privados pero no afectaba al cuidado de los pacientes en los hospitales públicos. Por otra parte no había fármacos psicotrópicos, los cuales aparecieron a mediados de los años 50. El dilema creado por las circunstancias que acabo de describir era el siguiente: cual sería el contenido adecuado de un currículum para los estudiantes diplomados que estuvieran estudiando psiquiatría avanzada en 1948.

En todas las prácticas de enfermería antes de los 40 y llegando a los 50, a las enfermeras no se les permitía hablar con los pacientes, las enfermeras tenían que estar ocupadas haciendo algo con sus manos, corriendo para atrás y para delante.

Se temía que si las enfermeras hablaban con los pacientes, más allá de una conversación breve y de cortesía, era posible que pudieran decir algo equivocado o podían contradecir lo que había dicho un médico o bien podían

molestar a los propios pacientes. Al cabo de los años muchas enfermeras acordaron que esto era una tontería. En mi experiencia de trabajo antes de 1948 tuve varias oportunidades muy afortunadas, en las cuales se me alentó para hablar detenidamente con pacientes de una manera individual y con grupos. En base a estas experiencias estaba muy claro que se podía aprender mucho acerca de las psicopatologías mediante conversaciones celebradas con esos pacientes y que a menudo los pacientes mejoraban como resultado de este tipo de conversaciones o discusiones. Este tipo de conversaciones entre la enfermera y el paciente identificarían problemas, sugerirían las teorías que debían conocer las enfermeras y proporcionarían directrices con respecto a la práctica avanzada de enfermería psiquiátrica. Por lo tanto, al pensar sobre lo que hay que enseñarles a los estudiantes de enfermería psiquiátrica, lo que decidí hacer en primera instancia, fue establecer lo que se llama un estudio de relación enfermera-paciente; no era un contenido de currículum, es decir, teorías, sino que era un acontecimiento educativo que se refería a las estructuras teóricas que se precisaban para una nueva forma de enfermería psiquiátrica. El estudio de la relación enfermera-paciente fue diseñado de tal forma que cada estudiante pudiera reunirse con el mismo paciente en el mismo lugar durante una hora, dos veces a la semana por lo menos durante un semestre académico, es decir, 16 semanas. Los detalles de lo que decía enfermera-paciente quedaban anotados delante del paciente por la enfermera dentro de un libro de notas; dicho de otra forma, se recogieron 32 horas de datos por cada uno de los estudiantes. Más adelante se utilizaron grabadoras y ahora se está utilizando vídeo. Cada semana, cada uno de los estudiantes, celebraba una revisión de supervisión de dos horas o más con un miembro de la facultad de enfermería durante el cual se analizaban los datos línea por línea durante dos años académicos o durante 128 horas y las revisiones de supervisión eran para un grupo de cuatro estudiantes, con un miembro de la facultad durante 5 ó 6 horas, dos veces a la semana. Se debería decir que desde un principio los únicos pacientes psiquiátricos que fueron asignados a estudiantes diplomados eran esquizofrénicos crónicos, alguno de los cuales habían estado en el hospital durante 20 ó 40 años. A primera vista esto parece ser una enorme desventaja, sin embargo, en tales pacientes la psicopatología resulta muy evidente y por lo tanto resulta fácil de estudiar. La enfermera tenaz

y con gran dedicación tiene, con este tipo de pacientes, la posibilidad de pensar en formas innovadoras para poder sobrepasar la patología y para poder centrarse en las capacidades latentes de los pacientes, siendo esto válido también en otro tipo de patologías. El estudio de relación entre enfermera-paciente resultó ser una decisión muy buena. A mediados de los años 50 los programas básicos de enfermería también incluían este acontecimiento educativo en los currícula. Estas charlas con pacientes en 1948 fueron llamadas en 1950 asesoramiento y, posteriormente, en la década de los 70, fueron denominadas psicoterapia.

Otras modalidades psicoterapéuticas, ahora todas ellas convertidas en prácticas de enfermería, evolucionaron desde las charlas con los pacientes en base a las psicoterapias individuales de grupo o de familia. Mientras que otras profesiones estaban desarrollando estas modalidades, las enfermeras estaban desarrollando su propia forma y su propio estilo y fue más adelante, en los 70, cuando empezaron a llevar a cabo trabajos psicoterapéuticos junto con otras profesiones; de esta forma las enfermeras no llegaron a alcanzar un trabajo interdisciplinar, sin nada en sus manos o como estudiantes haciendo el trabajo de otros, **sino que tenían una práctica que había sido desarrollada por enfermeras para contribuir hacia la meta del equipo de Salud Mental.**

Al examinar el contenido literal obtenido en las entrevistas con los pacientes las observaciones sugerían otras directrices para los estudios. Un problema apareció de forma muy temprana: las enfermeras no avanzaban de una forma que resultaba útil hasta que los pacientes no avanzaban de alguna forma que le gustaba a la enfermera o que la aprobaban o llegaban a halagarla de alguna manera; dicho de otra forma, se ponían en primer lugar las necesidades de la enfermera, para recibir una aprobación. El trabajo terapéutico no avanza a menos que una enfermera pueda aportar sus necesidades personales y sostener un enfoque unidireccional con respecto a las dificultades del paciente. Esta observación sugería que la educación de los diplomados y la educación básica deberían tener como enfoque inicial un examen del comportamiento clínico de la enfermera y no el comportamiento personal, y después desplazar el enfoque para comprobar el comportamiento del paciente y posteriormente pasar a estudiar la intención del patrón

enfermera-paciente. Al centrarnos en el comportamiento clínico de la enfermera, es decir, del estudiante, el interés no se centra en la terapia; ésta no es la finalidad de la educación. La finalidad de prestar atención al comportamiento de una enfermera consiste en ayudar a la enfermera para que pueda percibir y para que pueda controlar aquel comportamiento que entorpece la marcha y que evita o que obstaculiza unas buenas relaciones. Al ayudar a los estudiantes en la aplicación de la teoría a su propio comportamiento clínico también resulta bastante útil. Los miembros de la facultad y los estudiantes de enfermería también examinan el lenguaje corporal de la enfermera, es decir, qué aspectos tiene la enfermera, de qué forma se sienta, de qué forma se mueve y actúa en una situación de entrevista. También se examina el comportamiento lingüístico, porque el trabajo psicoterapéutico es, inicialmente aunque no por completo, una especie de intercambio verbal. En este tema no existe lo correcto o lo incorrecto, el tema es el de la potencia evocadora y los mensajes transmitidos por las enfermeras a los pacientes a través de su comportamiento en sus acciones y su comportamiento verbal. La observaciones hechas en los estudios de relaciones entre enfermeras-pacientes fueron desarrollados en base a directrices generales para las entrevistas terapéuticas. La relación enfermera-paciente fue reconocida como proceso, es decir, presenta estructura, una fase inicial, una fase intermedia y un punto final que pueden ser definidos. El proceso presenta tres fases: orientación, relación en el trabajo y terminación, cada una de las fases tiene sus propias consideraciones pero también está relacionado con las demás fases. Los conceptos que pertenecen a cada unidad de la estructura de la entrevista llegaron a ser definidos y se desarrolla un enfoque racional. Por ejem.: durante la orientación los pacientes y enfermeras deben ser nombrados por medio de sus propios nombres, se debe guardar un clima de respeto, etc... La enfermera está al cargo de la estructura, por lo tanto tiene que proporcionarle al paciente información sobre la finalidad, sobre el lugar, sobre la frecuencia, sobre la duración, sobre la confidencialidad y sobre la fecha de terminación de las sesiones de entrevista.

Hoy 35 años más tarde estos puntos son muy comunes en todas las prácticas de enfermería, pero en 1948 no sólo eran innovadores, sino que eran considerados como discutibles, y fueron considerados como innecesarios.

Otra de las características destacable de los datos de entrevista enfermera-paciente de 1948 era la ansiedad muy evidente de las enfermeras y sus pacientes, de lo cual no se daban cuenta ninguna de las partes. En aquella época el ser ansioso equivalía a estar mentalmente enfermo, una opinión que gracias a dios ya no se mantiene. La ansiedad, un energizador del comportamiento, subyace por debajo de las acciones automáticas de las enfermeras y de la patología de los pacientes.

Para que las enfermeras pudieran tomar decisiones, hacer selecciones y para utilizar el comportamiento guiado por el pensamiento, que es lo contrario del comportamiento automático, precisaban tener una percepción y algo de control sobre la tensión y la ansiedad cuando experimentaban estas molestias y lo mismo es de aplicación a los pacientes.

El concepto de la ansiedad fue la primera estructura clínica que se formuló en base a los datos empíricos; por supuesto había cierta literatura sobre la ansiedad que también fue revisada. Ambas fuentes de datos fueron utilizadas para poder desarrollar una definición. La finalidad del programa, sin embargo, consistía también en definir conceptos, de tal forma que por lo menos parte del concepto establecía qué es lo que podrían observar las enfermeras en las situaciones de enfermería, es decir, claves observativas que apuntarían hacia la presencia de un fenómeno dado en un momento dado en una sesión de entrevista. Por ejem.: una cosa es que las enfermeras conozcan de una forma abstracta qué es lo que es la ansiedad, los conflictos, el temor, la soledad, la falta de esperanza y otros problemas de este tipo de los pacientes, pero lo que necesitaban saber las enfermeras es cuáles son las señales o cuáles son los signos de pautas que muestran los pacientes en su comportamiento cuando la enfermera está con ellos, lo cual puede llegar a sugerir que el paciente se encuentra ansioso o experimentando situaciones de miedo, situaciones de conflictos, etc...

Una estructura definida de esta forma es de fácil aplicación por parte de las enfermeras para poder reconocer y para poder describir el fenómeno que

está presente y para poder establecer de una forma lógica las intervenciones de enfermería que serían de más utilidad.

La ansiedad es un energizador del comportamiento, por lo tanto no puede observarse de una forma directa, lo que sí que se puede observar son sus efectos, especialmente dentro del campo de la percepción: la gente oye, ve, y se da cuenta de menos de lo que está sucediendo en su situación a medida que aumenta su ansiedad. Otro conjunto de efectos son los diversos tipos de comportamiento de desahogo que la gente utiliza para reducir y para evitar una mayor ansiedad. Uno de los primeros pasos que se da en el control de la ansiedad, consiste en reconocer la enorme molestia que va relacionada con ello, ser capaz también de reconocer y describirlo, es decir, el poder decir que yo estoy ansioso o estoy preocupado, y después tratar de establecer cuales son las conexiones que existen entre la molestia, entre los comportamientos, por la reducción de ansiedad de uno y lo que parece ser da lugar a la ansiedad.

Parece ser que las enfermeras pueden ayudar a los pacientes especialmente en los pacientes psiquiátricos para que puedan reconocer y aprender a controlar su propia ansiedad. Los controles internos, en parte, están dentro del comportamiento de los pacientes al adquirir este tipo de ansiedad. Los pacientes psiquiátricos tienen lo que puede ser denominado sistemas de ansiedad internos, es decir, formas en las cuales se mantienen en una situación de ansiedad; generalmente suelen presentar muchos comportamientos de alivio, de los cuales no se dan cuenta y utilizan de forma automática, es decir, sin pensar una y otra vez. La mayor parte de los pacientes psiquiátricos también tienen trastornos de pensamiento y lenguaje que pueden comprobarse en base a sus verbalizaciones en las entrevistas con las enfermeras y para las cuales se puede emplear enfoques de enfermería correctivos. Sin embargo, para poder avanzar en el trabajo constructivo, estas dos condiciones siguientes deben satisfacerse: la enfermera debe controlar su propia ansiedad y el contenido de su discurso, y en segundo lugar, la percepción que tiene el paciente de la ansiedad cuando la experimenta.

La enfermería evolucionó en base a una tradición muy antigua de ayuda entre las enfermeras. Con demasiada frecuencia esto se tradujo en hacer algo

para otros, sin embargo, lo que parece ser que funciona mucho mejor en la Enfermería Psiquiátrica es un enfoque de tipo investigativo.

Con respecto a los problemas de los pacientes, basados en el principio de que aquel que hace o realiza el trabajo es el que se convierte en competente, en base a este principio lo que deberían estar haciendo las enfermeras psiquiátricas en los trabajos terapéuticos y en los contactos diarios con los pacientes, es utilizar la palabra de una manera asertiva que reconduzca a los pacientes a trabajar para poder llegar a comprender cuales son sus dilemas. Esto significa que las enfermeras en Salud Mental deber ser expertas en comunicación, es decir, utilizando las palabras de una forma sencilla, directa y clara, tratar a la vez de no dar órdenes, de no prohibir o cosas parecidas.

A finales de 1940 había un mayor interés en las teorías del desarrollo de la personalidad en las ciencias sociales, en la enfermería psiquiátrica el esfuerzo consistió en examinar en qué forma se podrían utilizar estas teorías en la práctica de enfermería.

A principios de los años 50 un grupo de estudiantes diplomados investigó la literatura de psiquiatría y psicología, y llegaron a desarrollar una síntesis o resumen de las teorías de personalidad que había disponibles; lo llamaron una descripción de herramientas y tareas. La descripción consideraba al desarrollo de la personalidad como un proceso que comenzaba en la infancia y que pasaba por una serie de secuencias tales como la niñez, la época juvenil, y la adolescencia. En cada una de las fases se daban unas tareas de desarrollo importantes que la persona tenía que llegar a conseguir, haciendo uso de las herramientas o de las capacidades que aparecían en cada etapa del desarrollo de la personalidad.

La idea era la de que la descripción serviría como instrumento para la evaluación del comportamiento del paciente, para identificar las tareas que no habían sido completadas y para identificar las herramientas sin desarrollar. Estos descubrimientos podrían definir en parte el trabajo que tenían que hacer los pacientes con la ayuda de las enfermeras para poder tratar, para poder completar su crecimiento y su desarrollo de la personalidad. Por supuesto hay mucha más información ahora y muchos temas nuevos con respecto al desarrollo de la personalidad. Sin embargo, las ideas básicas fueron útiles: las

enfermeras que desarrollan instrumentos para la valoración, la idea de que los procesos humanos es un área de interés teórico y la idea de que las enfermeras tienen capacidad de evaluación para sus planes. Las teorías sobre los procesos humanos se consideraban como una cosa importante para el estudio de la enfermería psiquiátrica. Se pudo observar que en los pacientes psiquiátricos a menudo se enfrentaban a muchas dificultades al llegar al momento de centrar y mantener su atención tal y como queda demostrado en el llamado vuelo de ideas, o fuga de ideas; o en la observación de que muchos pacientes raramente contestaban a las preguntas que se les hacían directamente. Las estructuras teóricas que definían de qué forma los procesos tales como la atención, la percepción, y la disociación funcionan, y de qué forma están influenciados estos procesos por la ansiedad, todos ellos fueron incluidos en el currículum de los post-diplomados. Las estructuras teóricas más útiles son aquellas que describen o que definen las diferentes dimensiones de un proceso, es decir, qué es, de qué es lo que se trata, cómo funciona, la secuencia de patrones o de regularidades de su operación, las disfunciones que se dan y la forma en que se manifiestan, etc...

Es en base a estas estructuras explicativas por medio de las cuales la enfermeras pueden llegar a saber como serían de útiles las prácticas de enfermería para aquellos pacientes que tienen dificultades relacionadas con la atención.

Hay otros procesos con respecto a los cuales las enfermeras precisan tener una comprensión teórica. El autosistema, una derivada de la socialización, es una cosa muy importante en las dificultades de los pacientes psiquiátricos; tales pacientes a menudo tienen opiniones de sí mismos que suelen ser de naturaleza desahogatoria, tienen una muy baja autoestima, unas tendencias autodestructivas. Estos son unos factores muy comunes.

Los pacientes no nacen con este tipo de autovisión tan negativa. Una estructura teórica que describe o define la forma en que se inicia, desarrolla y mantiene el autosistema, como proceso humano, resulta absolutamente fundamental para aquellas enfermeras que trabajen en el campo de la psiquiatría.

Las enfermeras en su trabajo no ayudarán a los pacientes psiquiátricos a menos que tengan una buena comprensión de las autopresentaciones de los pacientes y de la forma en que las respuestas de las enfermeras suelen ser correctivas o reforzadoras de las autovisiones disfuncionales. También hay una serie de procesos psicopatológicos para los cuales las enfermeras precisan de una comprensión teórica, para poder hacer uno de los enfoques constructivos al presentarse estos fenómenos en las relaciones enfermera-paciente.

Las alucinaciones, por ejemplo, se detectan de una forma muy frecuente en los pacientes psiquiátricos hospitalizados; las respuestas de víctimas y las muertes son otros de los procesos que quedan descritos en la literatura de enfermería.

La aplicación de una estructura teórica de un proceso en particular, tal como el de las alucinaciones les permite a las enfermeras determinar la fase del proceso que está experimentando un paciente, entonces las intervenciones pueden ser específicas en cuanto a fases, es decir, sacados en cuanto a lo que se conoce teóricamente con respecto a esta fase de ese proceso en particular.

En su trabajo las enfermeras de salud mental también están tratando de ayudar a los pacientes psiquiátricos a reconocer y a cambiar esos patrones de su comportamiento que interfieren con su vida dentro de la comunidad. En estos casos son las diversas acciones por parte del paciente, es decir, variaciones del patrón que se convierten en el centro de atención del trabajo entre la enfermera y el paciente. Un patrón es un modo característico de comportamiento, es decir, un conjunto de acciones separadas que tienen el mismo tema, el mismo objetivo o la misma intención. En los pacientes psiquiátricos lo que se suele ver por lo general son unos pocos patrones problemáticos, cada uno de ellos teniendo bastantes variaciones. El patrón se refiere a la constancia de un tema; las variaciones son comportamientos que de alguna forma expresan ese tema. Los pacientes psiquiátricos denotan muchas variantes de este tipo de patrones problemáticos de comportamiento, tales como la dependencia, la intimidación, el poner a una persona contra otra, violencia y otras cosas parecidas. Todos estos factores hacen que la vida en sociedad sea muy difícil tanto para el paciente y para los otros con los que se encuentre dentro de la comunidad.

Los patrones están compuestos por pensamientos, acciones y sentimientos que van unidos como una especie de conjunto; son intrapersonales, es decir, dentro de la propia persona que interacciona con otras personas, y también se da una serie de fenómenos de sistema. En los pacientes psiquiátricos los patrones de comportamiento tienden a presentar unos largos antecedentes y por lo tanto caen en recidivas, son repetitivos y se utilizan sin pensar en ellos, es decir, automáticamente. A menudo sirven como comportamientos para la reducción o la libido de la ansiedad, en vez de para la expresión o para la comunicación de las ideas innovadoras, son hábitos. Para que los pacientes puedan convertir los patrones problemáticos en comportamientos dirigidos por el pensamiento y por la capacidad de selección, se precisa de la ayuda de las enfermeras psiquiátricas. El desarrollo de la percepción de alguno de los actos separados, relacionados con un patrón, es uno de los primeros pasos a dar, sin embargo, la tendencia de los pacientes consiste en buscar a otras personas que encajen o ayuden a mantener y por lo tanto reforzar su patrón problemático ya existente de comportamiento. Los miembros de la familia, el personal de un hospital y otros pacientes a menudo sirven para la finalidad del paciente de retener comportamientos que resultan familiares y que funcionan para disminuir o reducir y para evitar más ansiedad, es decir, pánico; sin embargo, estas integraciones son autoeliminantes, perpetúan las dificultades del paciente. Por otra parte, esta perpetuación puede denominarse como mantenimiento de la enfermedad, es decir, justamente lo contrario de lo que trata la asistencia sanitaria.

Hay que ayudar a las enfermeras de Salud Mental; ésta es una de las principales metas de la Educación de las enfermeras en la actualidad. Las que se han descrito ahora son algunas de las pautas más relevantes del desarrollo de la Enfermería Psiquiátrica en base a mi experiencia, como profesor de Diplomados; por supuesto hay mucho más para decir sobre el tema. El alcance de la teoría, es decir, los conceptos y los procesos enseñados a las enfermeras o enfermeras psiquiátricas en las últimas dos décadas han aumentado de una forma considerable. Las teorías derivadas de la investigación en las ciencias sociales han sido aplicadas al enriquecimiento de la práctica de la enfermería psiquiátrica, por ejem.: la teoría de los sistemas, el concepto de la doble

aglutinación, la teoría de la atribución y otras cosas parecidas. Si yo estuviera trabajando en el desarrollo de una formación de enfermería postbásica de las enfermeras en salud mental hoy día, como ustedes están haciendo en su país, desde luego consideraría alguno de los puntos citados en este informe para su inclusión en un programa educativo.

Los estudios de relación a largo plazo sería uno de los puntos que yo retendría, estudiaría los libros de texto de enfermería psiquiátrica, ahora hay muchos en el mercado, pero también, trataría de buscar entre la literatura de ciencias sociales y entre las publicaciones de las demás profesiones de Salud Mental para poder llegar a encontrar las estructuras teóricas que serían capaces de proporcionar los hechos o nuevas explicaciones para el fenómeno tan viejo que guarda relación con la enfermedad mental.

El desarrollo de la práctica de enfermería en Salud Mental va a estar ayudado por una clara definición de la enfermería. Quizás ustedes ya tengan una definición de este tipo en su país. En el material que se les proporciona para esta conferencia tienen una traducción de una definición de la enfermería que ha sido presentada por la Asociación Americana de Enfermeras (A.N.A.). Me gustaría comentar brevemente sobre esta definición que dice, y cito textualmente:

“que la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales y potenciales”... Esta definición también aparece en algunas de las leyes de prácticas de enfermería de los EE.UU.

La definición dice, y esto aparece en la última hoja de su carpeta, que el punto de arranque para la práctica de enfermería no consiste en preguntar que es lo que hacen las enfermeras, sino que el punto de arranque consiste en preguntar que es lo que las enfermeras fijan, corrigen, mejoran, etc..., el punto de arranque es el de los fenómenos, es decir, las respuestas humanas ante un problema de salud, las necesidades diagnósticas, las dificultades, las preocupaciones y los problemas del paciente que caen dentro del campo de la práctica denominada enfermería.

El segundo paso consiste en aplicar la teoría para poder comprender estos dilemas diagnosticados y en base a esta teoría lo que hay que hacer es determinar las acciones de enfermería más útiles a emplear para poder producir al cabo de un tiempo un efecto beneficioso en la vida y en la salud del paciente y, por último, pero lo que resulta igualmente importante, es el evaluar el efecto, es decir, el preguntar cuales han sido los resultados de las acciones de enfermería con respecto a los problemas diagnosticados. No estoy aquí para convencerles a ustedes para que acepten la definición A.N.A., sin embargo, lo que sí que les pediría es que lo piensen, piensen en ello, que lo estudien y consideren si presenta algún mérito, alguna cosa de valía para sus propios fines. Lo que es nuevo con respecto a la definición A.N.A. es que por primera vez dentro de la historia de la enfermería, dice qué tipo de fenómenos son diagnosticados y tratados por las enfermeras. Todas las demás profesiones tienen este tipo de enfoque para sus prácticas directas con sus pacientes.

El enfoque de la Medicina es el de la enfermedad, el enfoque de la Ley es el de la justicia, el enfoque de la Teología es el alma y la relación que tiene el individuo con Dios; como profesionales de la Enfermería nos corresponde a nosotros decir, cuál es el enfoque central del campo de la enfermería, qué es lo que las enfermeras diagnostican y tratan. En resumen, hay varias formas para poder desarrollar teorías para la práctica de enfermería psiquiátrica y de salud mental. Las observaciones clínicas y los problemas de enfermería diagnosticados sugieren que hay una serie de fenómenos para los cuales se precisa de una serie de teorías explicativas. Se pueden buscar teorías en muchas direcciones diferentes. Los datos clínicos recogidos de varios casos que presentan los mismos problemas o problemas similares pueden ser resumidos y analizados y se pueden sacar una serie de hipótesis, estas hipótesis pueden estar en la forma de ensayo de investigación o bien pueden ser descripciones tentativas de la naturaleza de un fenómeno para un ensayo empírico en práctica clínica. La búsqueda de la literatura resulta de una enorme utilidad, especialmente cuando las publicaciones de los conceptos teóricos son revisados para el método que ha sido utilizado para la consecución de este tipo de teorías.

Los métodos de investigación controlados proporcionan estructuras mucho más fiables que los estudios de casos o los informes anecdóticos. Las publicaciones de enfermería de Salud Mental o Psiquiatría en las revistas suelen informar sobre las teorías de desarrollo recientes, mucho más que los libros de texto aunque este tipo de libros por supuesto también son útiles, especialmente para las teorías establecidas. La literatura de todas las ciencias básicas también es de ayuda, especialmente para poder detectar aquellas publicaciones que proponen las explicaciones de los aspectos del comportamiento humano; los hechos también son importantes, resulta útil tener información sobre los patrones y los diferentes caminos seguidos por las culturas y grupos étnicos, también hechos sobre las etiologías, sobre aquellas complicaciones que pueden surgir como efectos de medicaciones y cosas parecidas, dicho de otra forma, las enfermeras de Salud Mental y Psiquiatría no solamente precisan tener muchos conocimientos e información para poder practicar de una forma correcta o eficaz, sino que tienen que estar al tanto de los nuevos desarrollos que se dan dentro de su campo de trabajo.

Ahora me gustaría pasar a comentar algunas de las direcciones a seguir en el futuro para la Enfermería de la Salud Mental. Siempre resulta muy arriesgado establecer predicciones con respecto a los trabajos profesionales. Las profesiones se establecen para satisfacer las necesidades sociales que suelen cambiar en relación con los cambios que se dan en las circunstancias sociales. En la Enfermería Psiquiátrica hay una serie de tendencias y desarrollos que sugieren que hay unas predicciones razonablemente seguras con respecto a direcciones a seguir en el futuro.

En primer lugar, la tendencia a nivel mundial consiste en tener Escuelas de Enfermería con base en Universidades y en Colegios; esta tendencia sugiere que la práctica de Enfermería que históricamente ha sido una ocupación orientada hacia la actividad, sugiere que se está convirtiendo en una práctica profesional orientada o dirigida hacia la teoría, el arte de la enfermería está siendo enriquecido por la añadidura de una ciencia de enfermería. Esta tendencia va a seguir adelante y se va a fortalecer.

En segundo lugar, y desde los años 50 ha habido un enorme aumento en el conocimiento de todos los campos científicos, incluyendo el de las

ciencias sociales, que presentan una importancia especial para la enfermería psiquiátrica. Las teorías que aparecen en la ciencia de enfermería proceden de dos fuentes: una de ellas son los resultados de la investigación de enfermería, y en segundo lugar, de los conceptos derivados de la investigación científica publicada, en especial de las ciencias sociales.

El contenido del currículum de las enfermería básicas y post-básicas Psiquiátricas y de Salud Mental se están sacando de éstas dos fuentes y están ampliándose en todas sus dimensiones.

Los conocimientos que hay disponibles para poder alcanzar una mejor comprensión de la naturaleza de los componentes de la enfermedad mental y de los problemas psicosociales están aumentando. A medida que son utilizados más conocimientos por parte de las enfermeras de Salud Mental, es más probable que su trabajo tenga un mayor alcance y se convierta en una cosa mucho más compleja. La especialización de nivel avanzado se va a convertir en una cosa totalmente necesaria; los especialistas en Salud Mental en algunos países occidentales ya han llegado a crear una amplia variedad de papeles de práctica de enfermería innovadores, tanto directos como indirectos en la enfermería psiquiátrica; entre éstas se incluyen: la práctica privada, las consultas en hospitales con enfermeras pertenecientes al personal y también muchas formas de prácticas, tales como la modificación de comportamiento, el PAE, feed-back y la gestión de stress.

Otros servicios altamente especializados de las enfermeras de Salud Mental incluyen trabajos con los pacientes químicos-dependientes, víctimas de violaciones, niños maltratados, esposas y la persona de la tercera edad, pacientes de SIDA, pacientes y familiares en los cuales hay problemas, tales como defectos de conocimientos, cáncer y otros traumas. Los servicios de Salud para los pacientes psiquiátricos están saliendo del hospital para pasar a muchos tipos diferentes de servicios de Salud Mental basados en la comunidad.

Los conocimientos que adquieren las enfermeras deben ser utilizados para trabajar en cualquier tipo de marco. Los problemas de los pacientes tienden a ser diferentes, en cuanto a su naturaleza según se encuentren en la comunidad y en unidades de hospitalización.

En cuarto lugar, hasta ahora se ha publicado muy poco por parte de las enfermeras en Salud Mental con respecto a qué es lo que se puede hacer para evitar la enfermedad mental o para detectar y para proporcionar una intervención rápida o temprana, por ejemplo a través de las prácticas de las enfermeras bajo enseñanza. Las enfermeras deben corregir esto lo antes posible.

En quinto lugar, existe una tendencia con respecto al diagnóstico de enfermería.

La Asociación Americana de Enfermeras y otros grupos están trabajando para poder conseguir un sistema de clasificación de los fenómenos que diagnostican y tratan las enfermeras. Los problemas relacionados con las enfermedades mentales y también con las dificultades psicosociales de las personas dentro del campo de la práctica de enfermería, llegarán a ser incluidos dentro del sistema A.N.A. Se está iniciando ahora un esfuerzo para poder incluir los diagnósticos de enfermería dentro de la clasificación internacional de enfermedad, es decir, el I.C.D.

En sexto lugar, hay dos temas urgentes que están siendo estudiados por las enfermeras/os: en primer lugar, las necesidades de unos estudios específicos, una investigación de enfermería con respecto a los efectos que tienen las intervenciones de enfermería con respecto al diagnóstico de los problemas de los pacientes, y en segundo lugar, la necesidad que tienen las enfermeras de llegar a conocer y llegar a tener una presencia o participación activa en la elaboración de políticas de planificación en relación con los servicios de Salud a nivel local, regional y nacional e internacional. Existe una tendencia en esta dirección en todo el mundo, pero no lo es tanto en términos de los servicios relacionados con la Salud Mental y por último, pero que no tiene menor importancia, es el hecho de que hay una tendencia de un desarrollo muy rápido que va hacia la biomedicalización de la psiquiatría. Se está llevando a cabo una enorme cantidad de investigación de tipo médico y de otro tipo, dentro de los campos de neurociencia, de funcionamiento del cerebro, bioquímica, psicoimmunología, genética, etc, etc...

Se está utilizando una tecnología sofisticada para la medición de las disfunciones orgánicas que se piensan que están relacionadas con las diversas formas de enfermedades mentales. Hay ahora disponibles fármacos mucho más eficaces o mucho más fuertes, algunos de los cuales son específicos para disfunciones bioquímicas, las cuales se piensa guardan relación con la enfermedad mental. Es probable que estas tendencias sigan expandiéndose y que lleguen a nuevas formas de tratamientos biomédicos de los pacientes mentales. Este desarrollo sugiere que en un futuro próximo las enfermeras de Salud Mental, en especial aquellas que trabajan en Hospitales en los cuales tales programas de tratamientos biomédicos están establecidos y expandiéndose tendrán tres alternativas diferentes:

- Primera: Se podrán convertir en ayudantes de los médicos en los tratamientos biomédicos.

- Segunda: Podrán mantener y aumentar sus actuales prácticas de enfermería, orientadas hacia la psicoterapia.

- Tercera: Pueden definir y desarrollar un papel de enfermería en Salud Mental, que incluye estos dos elementos.

La discusión de este tema debería comenzar lo antes posible entre las enfermeras, para que se pueda hacer una elección final, para poder darle una dirección a la educación post-básica para la Enfermería Psiquiátrica en Salud Mental.