

Los espacios de la enfermera de Salud Mental

Resumen / Abstract

• El modelo de Atención Primaria de Salud y el de Intervención Comunitaria de Salud Mental, generan los espacios donde se producen las intervenciones enfermeras: la consulta de Enfermería y el domicilio del usuario. Se analizan los elementos que interactúan en ambos contextos y se plantean cuestiones relativas al tiempo de la demanda de atención enfermera en los mismos lugares.

Palabras claves:

Consulta de Enfermería de Salud Mental, Visita Domiciliaria, Espacios de Atención, Tiempo de la Demanda.

• *The model of Primary Attention of Health and that of Community Intervention of Mental Health generate the places where the nurses interventions take place: the nurse's consultation and the user's home. The elements interacting in both contexts, and relative questions about the time of attention of nurse's demand in the same places are analyzed and discussed.*

Key words:

Consultation, Nurse, Mental Health, Domiciliary Visit, Attention Setting, Demand Time.



El marco legal de la Reforma Psiquiátrica en España es el artículo 20 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), que es 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 esta 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 1985. Este documento y aquella 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

Autor:

Germán Pacheco Borrella

Enfermero Psiquiátrico. Coordinador de Enfermería del Equipo de Salud Mental del Distrito de Atención Primaria de Jerez de la Frontera. Cádiz.
Presidente de la Asociación de Enfermería en Salud Mental.

Dirección de Contacto:

Germán Pacheco Borrella
Paseo de las Delicias, 41 portal 2, 1º C
11406 Jerez de la Frontera. Cádiz.
Tel.: 956 33 60 60 / 956 33 41 07

Desde nuestro punto de vista, en el ámbito manicomial no es posible plantear la C.E., tal como hoy la concebimos. Es obvio que el acto enfermero se va a producir allí donde se dé una interrelación entre la enfermera y el usuario de cualquier servicio sanitario. Pero para darle a ese encuentro el nombre de C.E. tienen que concurrir, además, otros elementos y darse en determinadas circunstancias.

Por tanto, nos vamos a centrar en una C.E. instalada en el contexto comunitario en el que estamos ubicados, como lugar idóneo para la prestación de los nuevos cuidados.

¿Qué entendemos por C.E.?

El S.N.S., derivado del llamado Estado del Bienestar, se basa en los principios de universalidad, accesibilidad, equidad y solidaridad. Si entendemos que esa accesibilidad al S.N.S. ha de ser a todos y cada uno de los servicios ofertados y coincidimos en que uno de esos servicios es el servicio enfermero, podemos concebir la C.E. como un espacio transaccional entre el S.N.S. y el usuario, entre la enfermera y el usuario, la familia y la comunidad.

En definitiva, la C.E. es un acto enfermero en el que se da un proceso dinámico y de interrelación entre la enfermera y el usuario del servicio enfermero, que se produce en un tiempo y en un espacio concreto, con la finalidad de proveer cuidados enfermeros y/o asesorar para la promoción de la salud.

Partiendo de la experiencia que nos da el quehacer cotidiano, creemos haber identificado algunas de las características de los elementos que, de un modo u otro, intervienen o están presentes al ejercer esta actividad enfermera, los cuales son: el Servicio de Salud Mental, el usuario, la enfermera de salud mental, la familia, el tiempo y el espacio.

El Servicio de Salud Mental (S.S.M.)

Es el contexto donde va a tener lugar la C.E. y, por tanto, es el primer elemento que entra en juego. El nuevo S.S.M., con su diversificación funcional y con el despliegue de unidades diferenciadas, ubicadas principalmente en los Distritos Sanitarios y Hospitales, exige un conjunto de medidas que permitan una correcta articulación de las actuaciones. En función de cómo se planifique, organice y administre, el S.S.M. va a incidir en el conjunto de



los servicios enfermeros de cada uno de sus dispositivos y, por consiguiente, sobre la C.E. como actividad principal a desarrollar por las enfermeras en los equipos de salud mental comunitarios. Además, el equipo de salud de cada dispositivo concreto es el elemento que ejecuta las directrices marcadas por el S.S.M., e incide la mayoría de las veces de forma decisiva en las actividades y tareas que va a llevar a cabo el equipo de Enfermería.

En definitiva, el S.S.M. y el servicio enfermero en particular, han de garantizar la continuidad de los cuidados y, para ello, se deben poner en marcha las estructuras organizativas, los programas preventivos y asistenciales, los mecanismos de coordinación, etc., que permitan atender las necesidades de salud mental de la comunidad.

El usuario

Es el elemento principal que interviene en la C.E., en tanto que es el sujeto/objeto receptor del cuidado enfermero. El usuario se ve en la necesidad de aceptar a la enfermera de salud mental que le ha tocado en suerte, independientemente de la mayor o menor experiencia y/o profesionalidad de ésta; además, ha de adaptarse a un modo de hacer y a un encuadre que se le impone de alguna manera.

Todo paciente tiene que encajar las fantasías de integridad psíquica y de curación que le subyacen, también a partir de la realidad que supone no tener enfrente al supuesto curador (médico/psiquiatra),

sino que tiene que compartir una experiencia común con una supuesta cuidadora que, presumiblemente, ha de ayudarle a hacer un afrontamiento eficaz de los hechos de su vida cotidiana a partir de su situación de salud. Esto, sin duda, va a condicionar la interrelación enfermera-usuario.

La enfermera de Salud Mental

Es el otro protagonista de la C.E. La enfermera tiene que ser consciente de las expectativas que se despiertan en el usuario en su búsqueda de la curación como solución a sus problemas de salud. De aquí que es imprescindible señalar que la honestidad, en la intervención enfermera, es una prioridad. Así por ejemplo, conviene decirle al usuario:

No le voy a curar, pero sí puedo cuidarle y enseñarle a que se cuide usted así mismo para conseguir el mayor nivel de autonomía posible y una normalización de su vida, en el sentido de que la enfermedad y sus efectos no impidan su vida de relación.



En la interrelación enfermera-usuario también entran en juego las fantasías de la enfermera. Las fantasías de curación y de resolución de problemas, así como las ansiedades que se generan al no poder dar las respuestas que se nos demandan, pueden condicionar las interrelaciones y pueden inducir a un quehacer yatrógeno, que hay que evitar a toda costa en el ejercicio de una actividad responsable y profesional.

Al mismo tiempo, la C.E. es un medio y no un fin. Es el medio a través del cual la enfermera cuida, educa, promociona y rehabilita para la salud mental del usuario y su familia. Para ello, 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 déficits en sus autocuidados. Por eso el servicio enfermero es un servicio de ayuda (1).

Por otro lado, la enfermera debe ser consciente de que actúa como interlocutor y representante de la Institución Sanitaria, en ese espacio que hemos definido como transaccional que es la C.E., y que sus actitudes y actuaciones van a ser significadas por el usuario en tanto que la C.E. es el espacio donde se hace efectiva su relación con el S.N.S.

La familia

Es el elemento co-protagonista. No sólo en cuanto a que el paciente surge en su seno y, por tanto, está implicada en la búsqueda de soluciones, sino también porque puede convertirse en ciertos momentos en una aliada de la enfermera, en el sentido más terapéutico del término, ya que a través de ella vamos a incidir en los autocuidados del paciente.

La familia juega un papel muy importante; tanto que cuando el paciente/usuario no dispone de ella hay una merma en sus autocuidados y en los cuidados dependientes, la contención de las alteraciones de las respuestas humanas se complica y los tratamientos son más limitados y a veces se revelan como infructuosos. Todo paciente con una familia implicada en el proceso terapéutico va a tener una mejor evolución y unos mayores

La A.D. la consideramos como un servicio a través del cual se prestan cuidados al paciente y su familia en su propio espacio vital, y se realizan actividades de atención encaminadas a la promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

Además, tengamos en cuenta que, desde el Modelo de Intervención Comunitario, la A.D. no es una actividad exclusiva de los profesionales enfermeros. El resto de miembros del equipo de salud mental también la realizan. Las diferencias son los contenidos, los objetivos, las actividades.

Características de la A.D.

La A.D. se caracteriza por ser un servicio que requiere una continuidad, por cuanto que no consta de una sola actividad puntual sino de un conjunto de actividades y tareas que se desarrollan en el tiempo; por tanto, precisa ser programada y planificada previamente. No obstante, también surgen demandas espontáneas de atención, hecho que va íntimamente ligado al carácter dinámico de la salud y al que hay que dar respuesta. Por ejemplo, tal sería el caso de una intervención en crisis en el ámbito de la atención a la salud mental.

Además, la A.D. posibilita observar al paciente en su medio habitual: la familia. En esa observación podremos encontrar elementos explicativos a algunas de sus conductas, así como de las de su familia; y también conocer las interrelaciones que se estén produciendo en el contexto socio-familiar.

La A.D. nos permite ofrecer los servicios asistenciales cuando el usuario tiene dificultades para acceder a los dispositivos sanitarios, bien porque no tenga conciencia de enfermedad y se niegue a acudir, porque se considere más terapéutico asistir al domicilio, por la dispersión geográfica y carencia de transporte público, o por cualquier otra razón.

Con esta actividad, también se favorece la no dependencia del sujeto de las instituciones sanitarias, con lo que se evitan riesgos como el hospitalismo o la institucionalización. En definitiva, el domicilio del paciente y familia es un espacio donde se propicia la mutua corresponsabilidad entre aquéllos y los miembros del equipo de Enfermería.

Elementos que intervienen en la A.D.

Citamos, a continuación, los elementos humanos que intervienen en esta actividad, lo que les caracteriza, y lo que de ellos se pone en juego en el ámbito de lo psicológico, es decir, en lo subjetivo y relacional. Estas características, entendemos, se ponen de manifiesto indistintamente, ya sea una A.D. por problemas de tipo físico, como por problemas de tipo psicológico. No existe un sujeto físico y otro psicológico. El sujeto es único.

De los elementos que integran esta actividad señalaremos, por un lado, a los que calificamos de "protagonistas" (el paciente, la familia y los profesionales); y, por otro, los que constituyen el contexto donde tiene lugar esta actividad: la comunidad.

El paciente

Existe en él una característica que, a la vez, es el motivo de la A.D.: su dificultad de desplazamiento a la institución sanitaria. Precisamente debido a esto, se incrementa la ansiedad que toda situación de enfermedad y muerte produce en todo sujeto, por la crisis de identidad que ésta origina, ya que en todo sujeto existe una fantasía de integridad física y psíquica. Se añade además, la movilización de los vínculos relacionales con sus familiares, vividos éstos, en principio, como incapaces de dar respuestas adecuadas a sus demandas, independientemente del nivel en que se producen sus trastornos: físicos o psicológicos.

La familia

Lo que caracteriza a este elemento es su incapacidad de dar respuesta a la demanda de salud del paciente. Como consecuencia de esta situación aparecen ansiedades, puestas de manifiesto en forma diversa. Estas ansiedades son resultado de los posibles conflictos intrafamiliares y, en especial, con el paciente; de los derivados de enfrentarse, por identificación, a la situación de enfermedad y muerte.

El profesional

De modo general, ante una situación que desconoce, aparece ansiedad por una posible crisis de identidad profesional y personal que amenaza con frustrar la fantasía de curación que en todo profesional de la salud subyace. En la A.D. esta ansiedad puede verse incrementada al tener que actuar fuera de la institución sanitaria, ya que ésta por regla general

- Concretar motivos y objetivos.
- Especificar tiempos: frecuentación y duración de la A.D.
- Número de profesionales que van a intervenir y, a ser posible, quiénes.
- Según el caso, si se avisa o no con antelación, comunicando día y hora aproximada de llegada al domicilio.

El tiempo de la demanda de atención enfermera

Tradicionalmente, el término "crisis" en salud mental y psiquiatría, se ha empleado en situaciones muy diversas: por ejemplo, la crisis histérica descrita por Charcot, la crisis epiléptica, o la trivial "crisis de nervios". No obstante, la significación que hoy se le confiere al término "crisis" es muy distinta a la de antaño. Se emplea este vocablo para dar cuenta de los cambios que le sobrevienen al sujeto. La vulnerabilidad psicológica del individuo y su facilidad para sufrir alteraciones psíquicas ha aumentado considerablemente en los últimos años. Como causas de esto se apuntan:

la permanente condición de desarraigo social, familiar y cultural, la continua tensión y la frustración a que se ven sometidos los individuos.

Por lo general, cuando un sujeto se encuentra en una situación de crisis, suele estar asustado y/o preocupado por el trastorno emocional y la desorganización que surge con la idea de que ¡Me estoy volviendo loco! La desorganización que la crisis produce puede considerarse como una respuesta normal a una circunstancia anormal. Esa desorganización "no es", en el contexto de la teoría, interpretada como un signo de psicopatología. Por el contrario, se interpreta como una reacción individual al encuentro de obstáculos que aparecen como insuperables y que bloquean un propósito en la vida del individuo. Entendido así, los individuos diagnosticados como neuróticos o psicóticos también tienen, han tenido o tendrán crisis en la vida. Es decir, el término "crisis" igualmente está presente en estas categorías diagnósticas. Por tanto, la crisis no indica necesariamente psicopatología o normalidad; es más, se suele contemplar como positiva: un concepto orientado



A través de esta sección, Metas de Enfermería pone a disposición de sus suscriptores un gran equipo de profesionales enfermeros para orientar e informar sobre cualquier tema de interés profesional.

¡Escribidnos, queremos ayudaros!

ENVÍA TUS CONSULTAS A: Revista Metas de Enfermería. Pol. Ind. Oliveral, Parcela 1. Bloque A, Nave 3
Ctra. Nacional III, Km. 330 - 46190 RIBARROJA (Valencia). **E-mail:** metas@mx3.redestb.es

hacia el crecimiento y la salud, en lugar de hacia una enfermedad o afección.

Teniendo en cuenta lo anterior, conviene diferenciar una "crisis" de una "urgencia psiquiátrica". Y, lo que es más importante, determinar si estas circunstancias son tiempos de demanda de atención enfermera, es decir, si la situación es vivida por el usuario de forma apremiante porque considera inaplazable la satisfacción de su necesidad de ayuda y requiere la inmediata intervención de la enfermera de salud mental.

Entendemos que no toda crisis va a derivar en urgencia, y que toda urgencia, probablemente, es a la vez la expresión de una crisis previa. No obstante, una reacción extrapiramidal a la medicación antipsicótica puede llegar a ser una urgencia (síndrome neuroléptico maligno), pero no necesariamente una crisis. Es decir, hay urgencias que no son crisis. Y nos atreveríamos a asegurar que la crisis rara vez se presenta como urgencia.

Por tanto, se nos plantean algunos interrogantes: ¿cuáles son los conceptos determinantes de la urgencia?, ¿la urgencia la determinan los criterios médicos?, ¿son las urgencias expresiones subjetivas del usuario?

Hay autores que consideran que la urgencia psiquiátrica es más urgencia cuanto menos psiquiátrica es. Es decir, cuanto más urgencia médica, menos urgencia psiquiátrica. Por ejemplo, una intoxicación por antidepresivos tricíclicos, tras ingesta masiva con intención autolítica. Pero introduzcamos un elemento más: la consideración de urgencia psiquiátrica en aquellas situaciones en las que la actitud del paciente con trastorno mental puede acompañarse de cierto grado de riesgo para su integridad o para la de cuantos le rodean, y esto hace preciso la intervención rápida del equipo asistencial. En estos casos, ¿existe demanda de atención enfermera, de atención médica, o de ambos?; ¿quién lo determina?

Situaciones típicas de urgencia psiquiátrica han sido, y siguen siendo, los trastornos graves de

conducta, agitación psicomotriz, crisis depresivas agudas y pulsiones suicidas, crisis convulsivas, status epiléptico, delirium tremens, crisis de angustia neurótica, etc.; todas ellas son urgencias médicas (o médico-psiquiátricas) en las que, tradicionalmente, hemos intervenido ayudando a resolverlas. Claro está que en unas más que en otras: el personal de enfermería ha contenido más agitaciones psicomotrices que angustias neuróticas. La pregunta es: ¿por qué? Quizás sería necesario aclarar las intervenciones de cada cual y los niveles de responsabilidad del equipo de salud mental.

En todo caso, ¿existen urgencias enfermeras?, ¿cuándo podríamos considerar la existencia de urgencias enfermeras?, ¿pueden los usuarios formular demandas urgentes a la enfermera? Por lo general, la enfermera de salud mental en el ámbito comunitario dispone, como hemos dicho, de dos espacios para la atención: la C.E. y el domicilio del usuario. Pero, ¿coincide el tiempo de la enfermera con el de la demanda de atención del usuario?

Entendemos que existen numerosas situaciones de crisis que deben ser atendidas por la enfermera de salud mental. El cómo debe abordarse una situación de crisis dependerá de las necesidades de cuidados del usuario y en función de que éste pueda, sepa o quiera afrontar esa situación vivencial. Por tanto, la intervención específica que debe realizar la enfermera, y que la diferencia de las de otros profesionales del equipo, digámoslo una vez más, vendrá determinada por los déficits de autocuidado.

No obstante, nos parece importante –y, quizás, urgente– que la enfermera de salud mental haga un esfuerzo en dotar de contenidos expresiones como las siguientes: "demanda no programada", "demanda urgente", "urgencia", "intervención en la urgencia", "alto riesgo", "crisis" e "intervención en la crisis". Desde el punto de vista profesional, nos parece un debate muy importante y necesario y, a la vez, un gran reto para todos nosotros, profesionales de la Enfermería de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem, D.: Modelo Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona. 1993. Ed. científicas y Técnicas. Masson-Salvat Enfermería.
2. Carmona Calvo, J.: Aspectos Asistenciales de la Atención Domiciliaria. Ponencia presentada en las "Jornadas Sobre Aspectos Asistenciales de la Visita Domiciliaria", organizadas por la Gerencia Provincial del I.A.S.A.M., Jerez, Nov./Dic. de 1989. No publicada.