

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA
EN SALUD MENTAL

Ctra. De Chinchón, s/n
Teléf. 893 00 01
CIEMPOZUELOS (Madrid)

V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
VICTORIA-GASTEIZ - 2, 3 Y 4 - ABRIL 1987

PONENCIA: “LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL EN
LA COMUNIDAD: TEÓRICA Y PRÁCTICAS”

PONENTES: FRANCISCO MEGÍAS-LIZANCOS.

Como citar este documento: Megías-Lizancos F. La Enfermería en salud mental en la comunidad: teórica y prácticas. Ponencia presentada en: “V Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental”; Asociación de Enfermería de Salud Mental (ANESM); 1987 abril 2-4; Victoria-Gasteiz.

ÍNDICE

- 0.- INTRODUCCIÓN
- 1.- BOSQUEJO HISTÓRICO
- 2.- CONCEPTO DE SALUD MENTAL
- 3.- EQUIPO MULTIPROFESIONAL
 - 3.1.- GENERALIDADES
 - 3.2.- UNIDAD DE SALUD MENTAL
- 4.- RELACIONES INTEREQUIPOS
 - 4.1.- RELACIONES CON LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD
 - 4.1.1.- DESDE EL EQUIPO BÁSICOS
 - 4.1.2.- DESDE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
 - 4.2.- RELACIONES CON LOS RESTANTES DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.
 - 4.2.1.- CON LA UNIDAD DE INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO
 - 4.2.2.- CON LOS ORGANISMO COMPETENTES
 - 4.3.- CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES
 - 4.4.- VENTAJAS QUE APORTA LA COORDINACIÓN
 - 4.4.1.- VENTAJAS PARA EL CLIENTE
 - 4.4.2.- VENTAS PARA LOS EQUIPOS
- 5.- PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL
- 6.- PAPEL DEL ENFERMO PSIQUIÁTRICO EN LA COMUNIDAD
- 7.- INTRODUCCIÓN-ENLACE
- 8.- ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA COMUNIDAD
 - 8.1.- ACTUACIÓN DIRECTA
 - 8.1.1.- ACTUACIÓN HACIA EL INDIVIDUO
 - 8.1.2.- ACTUACIÓN HACIAL LA FAMILIA
 - 8.1.3.- ACTUACIÓN HACIA LA COMUNIDAD
 - 8.2.- ACTUACIÓN INDIRECTA
 - 8.2.1.- ASESORAMIENTO
 - 8.2.2.- FORMACIÓN
 - 8.3.- ACTUACIÓN CONJUNTA
- 9. FUNCIONES ACTIVIDADES
- 10. CONSULTA

- 10.1.- ATENCIÓN PRIMARIA
- 10.2.- HOSPITALIZACIÓN
- 10.3.- INICIATIVA PROPIA
- 11. PROGRAMAS COMUNITARIOS
 - 11.1.- PROGRAMAS DE APOYO A ATENCIÓN PRIMARIA
 - 11.1.1.- ASISTENCIAL
 - 11.1.2.- SERVICIOS SOCIALES
 - 11.1.3.- OTRAS INSTITUCIONES
 - 11.2.- URGENCIAS
 - 11.3.- UNIDAD DE AGUDOS
 - 11.4.- HOSPITALIZACIÓN PARCIAL
 - 11.5.- ASISTENCIA DOMICILIARIA
 - 11.5.1.- HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
 - 11.5.2.- ATENCIÓN DOMICILIARIA
- 12. BIBLIOGRAFÍA

0. INTRODUCCIÓN

Queremos dejar claro, que no es nuestra intención, adoctrinar sobre el tema, sino más bien, abrir cauces de diálogo, para entre todos trabajar en la búsqueda de un Modelo de referencia, del que aún carecemos.

Todos los que nos dedicamos a esto hemos estado en los últimos tiempos, tanto por razones profesionales como también en ocasiones por puro gusto, ensayando métodos, estudiando y relatando el “cómo nos va”. Es como cuando alguien tiene un niño, es un gran acontecimiento y lo único que uno quiere es contarlo.

Buena muestra de lo que digo es, la cantidad de trabajos presentados a este foro, no exentos tampoco de calidad.

Hemos pasado ciertamente momentos de inseguridad y a veces esta agigantada, a mí personalmente me hizo pensar que cavilaba sobre una fantasía. Que lo mío, lo nuestro, no existía más que en el proyectismo bien intencionado de un puñado de mujeres y hombres a su profesión. Y el resto podría ser una nostalgia o cursilería.

Nadie, o muy pocos, hace una década podían sospechar que los Enfermeros tras la reforma de la carrera podríamos llegar a las cotas de reconocimiento socioprofesional a las que hoy nos acercamos. Valga como ejemplo más claro la situación actual de los compañeros en Andalucía.

Ciertamente la oferta está hecha y si no se reconociera esto se perderá la credibilidad.

1. BOSQUEJO HISTÓRICO

Todo sistema asistencial no es solo expresión de las necesidades objetivas que se plantean dentro de una colectividad. Está más o menos determinado por el concepto de enfermedad que predomina en la conciencia social y por las actitudes que de él se deriven.

Este fenómeno adquiere especial relieve en relación con la enfermedad mental. La razón está, sin duda, en que junto a los factores culturales propios del contexto social, existen otros, más profundos, de índole afectiva, que influyen notablemente en cuanto a la actitud a éste modelo de enfermar.

Buckle afirmaba en una revisión del proceso evolutivo de la práctica psiquiátrica en Europa (1), como no siempre en las medidas que se han aplicado a éste tipo de enfermos se fundan inicialmente en decisiones racionales o técnicas. Un análisis más profundo puede demostrar cómo resultan del sentimiento, mezcla de ansiedad y temor, que engendra la presencia de un ser humano afecto de un trastorno mental, y que vive como base a las actitudes tan comunes de hostilidad hacia ellos (2).

TEMOR: Ya que su comportamiento se nos ofrece como imprevisible, insólito escapando a toda comprensión, y, por tanto, vivenciado como algo que puede amenazar en cualquier momento el orden establecido.

ANSIEDAD: Por el hecho de que cualquiera, no importa quién, puede verse afectado, y la locura aparece siempre a los ojos del hombre como el estado

patológico más temible, ya que va a trastornar lo que le ennoblece más, lo que en definitiva le hace sentirse ser humano: Su razón.

El hombre toma conciencia de que su equilibrio interior es algo puramente dinámico que en cualquier momento puede verse amenazado e incluso romperse. Por ello, en la medida que éste es vivido como más inestable, la ansiedad que desencadena un enfermo mental es mayor. El neurótico, el “nervioso”, secretamente atormentados por temor a la locura, son los que con mayor decisión huyen de aquel con el fin de protegerse de toda identificación posible.

Así, como medida de defensa para escapar de éstos sentimientos y cauce de las actitudes de hostilidad, surge la “alienación”. El enfermo mental es considerado como “extraño” y, por tanto, rechazado y excluido de la comunidad. Se puede afirmar que la “alienación mental” no es propiamente una enfermedad, sino un fenómeno psico-social ligado al propio desarrollo de la sociedad.

PELIGROSIDAD: Que surge como racionalización secundaria frente al sentimiento de temor y que experiencias como las de John Rockmore en USA y Sivadon en Francia han demostrado que los enfermos salidos de los hospitales psiquiátricos cometen cuatro veces menos crímenes que la media de la población.

También la incurabilidad se sobrevalora como mecanismo de defensa frente al indudable sentimiento de culpabilidad que despiertan las medidas de

exclusión que se toman. Estas ideas llegan a alcanzar tal grado que incluso desean su muerte. Recordemos como en 1940 Hitler, en pleno tiempo, extermina a más de 150.000 enfermos. Hace unos años en Francia, el 13% de las personas consultadas pensaban que se debía dar muerte a los enfermos mentales y en este país, entre 1940 y 1943, mueren de hambre unos 40.000 enfermos psiquiátricos, por la insuficiencia de alimentación.

Hasta hace muy poco tiempo, era admitido que el enfermo cuyo internamiento rebasase los dos años, la posibilidad de recuperación era del 1%. Esto llevó a conclusiones funestas:

- Considerarle como “crónico”, ósea incurable, ya no se podría hacer nada.
- Había que desembarazarse de él.
- Confinado a un “depósito” asilar.

El ambiente era totalmente inadecuado y de auténtico secuestro social, que llevaba a un progresivo empeoramiento y deterioro.

Se piensa, como consecuencia inmediata al fenómeno de alienación que lo mejor era, proteger a la sociedad y al mismo tiempo al propio enfermo contra sí mismo. Se construyen grandes “hospitales”, lejos de la ciudad y rodeados de altos muros, cuyas condiciones, siendo humanamente aceptables permitían a la vez seguridad y economía.

El carácter preventivo y rehabilitador, es subordinado al puramente custodial, lo que conllevó la despreocupación de la sociedad y de los poderes

públicos. Los cuidados del enfermo mental han estado lejos de igualar a los otros enfermos y los papales del enfermo eran básicamente de: custodia y protección.

Los objetivos de vencer los prejuicios y mejorar las condiciones de atención a los enfermos psiquiátricos desde ellos y con ellos en su medio, se han desarrollado muy lentamente y hoy en día comienza a hacerse realidad, lo que conlleva un cambio profundo de las estructuras y los planteamientos.

La formación de las Enfermeras no ha estado en consonancia con los nuevos planteamientos y la salida a la Comunidad ha sido muchas veces un reto personal, aunque el temor y la desesperanza van dejando paso a actitudes más optimistas y activas.

Mientras en el siglo pasado, en Estados Unidos, la Enfermería Psiquiátrica evoluciona hasta conseguir su reconocimiento como área especializada de la labor asistencial, fundándose la Primera Escuela en 1882, en el McLean Hospital en Waverly, Massachusetts. En nuestro país surge en 1970, dependientes de las Facultades de Medicina, situación atípica e inconcebible que se mantiene hasta hoy.

Volviendo a Estado Unidos, se puede decir, que el verdadero progreso en la formación de Enfermeras Psiquiátricas, se produjo en el periodo comprendido entre 1946 y 1960. Dos acontecimientos notables se dieron, EL PRIMERO la promulgación en 1946 de la Ley sobre salud mental (que proporcionó formadores adecuados), y EL SEGUNDO, la introducción y empleo de

fármacos psicótopos a partir de 1950, lo cual incrementó las posibilidades terapéuticas y modificó el tipo de asistencia que se dispensaba. Comienzan a desarrollarse programas formativos, centrados en la práctica clínica y que fueron potenciando otros aspectos de la enfermería centrados en el cuidado y los tratamientos de los enfermeros mentales.

En España la situación es bien distinta y me vais a permitir que traiga una muestra con la lectura de algunos párrafos de textos de la época consultados, nos dicen:

..... “SERÁ TANTO MEJOR ENFERMERO AQUEL QUE SEPA INTERPRETAR DEL MODO MÁS EXACTO LAS PRESCRIPCIONES DEL PROFESOR MÉDICO”....

Otro refiere:

..... “PARA CUIDAR ENFERMOS SE REQUIERES CUATRO CONDICIONES INDISPENSABLES: HONRADEZ / DISCRECCIÓN / APTITUD / LIMPIEZA”.

Por otro lado leemos:

..... “LA DISCRECCIÓN (EN EL ENFERMERO) SE REFIERE ADEMÁS, A NO HABLAR NUNCA MÁS QUE CUANDO LE PREGUNTEN. EN NO DAR OPINIÓ N SOBRE TAL O CUAL FENÓMENO QUE EL ENFERMO PRESENTE Y QUE NO ES ÉL EL LLAMADO A INTERPRETAR.....”

“A LOS ENFERMOS NO DEBE DÁRSELES CONVERSACIÓN COMO NO SEA EN CONDICIONES MUY ESPECIALES.....” y sigue recomendando, que en estos casos,..... *“PECAR MÁS POR NO HABLAR QUE POR HABLAR MUCHO”*.

“ADEMÁS, EL ENFERMERO HA DE PRESENCIAR EN OCASIONES CURAS QUIRÚRGICAS Y AÚN OPERACIONES QUE EXIGEN UNA GRAN PRESENCIA DE ÁNIMO PARA EL QUE NO TIENE HÁBITO DE HOSPITAL, QUE ES DE DONDE SALEN LOS BUENOS ENFERMEROS”.

No puedo compañeros, por más que intente, ser breve y olvidar lo que en otro término encontré, decía:

- El enfermero *“DEBE SABER, POR LO MENOS, LEER Y ESCRIBIR PARA APUNTAR DE VISITA EN VISITA LAS PRESCRIPCIONES DEL FACULTATIVO, NO CONFIÁNDOLAS A LA MEMORIA”*.

Y para no cansaros más termino con este párrafo:

“EL ENFERMO NO DEBE TOMAR POR SÍ NINGUNA DECISIÓN ACERCA DEL ENFERMO, COMO NO SEA AQUELLAS DE SENTIDO COMÚN PROPIAS DE TODAS LAS PERSONAS DE SU CABAL JUICIO”.

Lo dicho, habla por sí solo.

2. CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El hombre es un ser ecológico y por tanto en constante interacción consigo mismo, y con su ambiente, en busca de satisfacción y seguridad, desde el nacimiento hasta la muerte. Por ello, su desarrollo es un proceso dinámico y continuo en el que se suceden crisis y experiencias que le dan una cualidad única a su existencia.

Gran parte de la actividad humana está formada por la actividad mental, y por lo tanto, los problemas de Salud Mental, tienen una repercusión en la totalidad del individuo y su entorno.

La Enfermería de Salud Mental, como el propio concepto de Psiquiatría y Salud Mental, han sufrido una natural evolución durante el transcurso de los años, que nos ha llevado a modificar matices, esquemas e incluso conceptos muy arraigados en la sociedad y en los propios profesionales sanitarios. De tal forma que hoy no es concebible la posibilidad de una atención integral al individuo, familia y comunidad sin el concurso de un equipo interdisciplinar de profesionales que actúen coordinados y que aporte, cada uno de ellos, los conocimientos específicos de su disciplina para la consecución del objetivo común: ser eficaces y eficientes en la elevación del nivel de salud de la población de la cual son responsables.

La Enfermera especialista en Salud Mental tiene un papel definido según la OMS, que en su informe 363 del año 1978 dice:

“LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA ES UN PROCESO INTERPERSONAL POR EL CUAL LA ENFERMERA PRESTA ASISTENCIA AL INDIVIDUO, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD, PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL, PREVENIR LA ENFERMEDAD Y AFRONTAR EXPERIENCIAS DE STRESS Y DE ENFERMEDAD MENTAL, Y LES AYUDA A READAPTARSE Y ENCONTRAR SIGNIFICADO EN ESTAS EXPERIENCIAS”.

3. EQUIPO MULTIPROFESIONAL

3.1. GENERALIDADES

La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia y eficiencia hacen imprescindible la colaboración de distintas personas, de origen formativo y perfil profesional diferente. Sus conceptos modernos de organización del trabajo basados en la actividad grupal o de equipo.

Los días del trabajo individual y aislado, tocan su fin y la tendencia de los profesionales sanitarios a ejercer sus actividades en grupo es cada vez mayor.

Las actividades desde una perspectiva multidisciplinaria conllevan un enfoque individual y comunitario en la prevención y promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

Para el desarrollo de un abanico tan amplio de actividades es necesario el concurso de profesionales expertos en distintas áreas con un marco común de objetivos y una organización del trabajo basada en su decisión funcional, de acuerdo con las capacidades técnicas y disponibilidades de cada uno de ellos y no como una simple y rígida asignación estamental.

3.2. UNIDAD DE SALUD MENTAL

Entendemos por Equipo de Salud Mental, al grupo operativos de trabajo, integrado y multidisciplinario.

Constituye el elemento sobre el que se apoya todo el subsistema asistencial de Salud Mental y asume la atención psiquiátrica de cada Área de Salud, coordinados con los distintos niveles de atención: Primaria, Secundaria, Terciaria..., mediante actividades asistenciales, formativas, docentes y de investigación.

Los profesionales que básicamente integran dicho Equipo serán: Enfermería, Psicología y Psiquiatría.

Que el Equipo de Salud Mental, funcione realmente como tal, no es tarea fácil dadas las connotaciones de índole socio-profesional principalmente, que arrastramos en nuestro país, siendo por lo general la peor parada, la profesión de Enfermería. Y esto principalmente por:

- El miedo de los Enfermeros a asumir sus propios roles.
- La preponderancia de los profesionales médicos.

No es riguroso hacer experimentaciones de feria, como las que se han llevado a cabo con los Enfermeros y que confunden la experimentación rigurosa con la exhibición y mal llamada promoción.

Los enfermeros como otros grupos profesionales necesitan explorar todas sus posibilidades de creatividad:

- Posibilidades de descentralización.
- Posibilidades de multiplicación de flujos (Pío Baroja).
- Posibilidades de creación de espacios propios.
- Posibilidades de creatividad.

- Posibilidades de interactividad.

En definitiva, de algo fundamental: LA PARTICIPACIÓN.

En España estamos en un buen momento dado el carácter experimental de los equipos y, precisamente por ello, es importante intentar aclarar los aspectos más esenciales que hacen referencia a los elementos que los definen conceptual y funcionalmente.

4. RELACIONES INTER-EQUIPOS

Para conseguir el pleno desarrollo de las funciones encomendadas a las Unidades y equipos de Salud Mental es preciso que estos mantengan unas relaciones muy estrechas con todos los dispositivos asistenciales y administrativos, especialmente con los Equipos de Atención Primaria.

Las relaciones serán:

*4.1. CON LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD

La unidad de Salud Mental, debe mantener con estos equipos que trabajan en su ámbito de acción un conjunto de relaciones:

4.1.1. DESDE EL EQUIPO BÁSICO

- Petición de asesoría, consultas directas e interconsultas, etc. a la enfermera u otro profesional.
- Peticiones de actuación especializada, que pueden ser preferentes u ordinarias. Que valorará el personal de Enfermería, determinando su prioridad.
- Solicitud de colaboración en las visitas domiciliarias.
- Formación continuada en Salud Mental.
- Envío de información complementaria.
- Colaboración en los programas de investigación.

4.1.2. DESDE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

- Envío de informes, sobre actuaciones realizadas por los distintos profesionales.

- Recomendaciones específicas e individualizadas para actuaciones del Equipo de Salud.

- Participación en los programas de docencia.
- Envío de datos para elaboración de estadísticas epidemiológicas.
- Petición de información complementaria.
- Petición de datos para evaluación y/o investigación.
- Coordinación de las sesiones conjuntas de los niveles asistenciales.

La relación entre los equipos debe ser muy estrecha, dentro de la autonomía funcional de cada uno.

*4.2. RELACIONES CON LOS RESTANTES DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL:

Paralelamente la Unidad de Salud Mental debe asegurar una amplia y correcta relación con:

4.2.1. LA UNIDAD DE INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO correspondiente y esto para:

- Solicitar ingreso del cliente que lo necesite.
- Intercambiar información de los usuarios.
- Hacer el seguimiento de los pacientes durante el tiempo de estancia en la Unidad, en colaboración con el personal de dicho servicio.
- Hacerse cargo de los pacientes dados de alta y asegurar la relación con los Equipos de Atención Primaria correspondientes.

- Asegurar la participación de la Unidad en el programa de Salud Mental del Área.

4.2.2. CON LOS ORGANISMOS COMPETENTES, para:

- Participación y en su caso elaboración del programa de salud mental.
- Participar en el desarrollo de dicho programa.
- Intercambio de datos epidemiológicos y de investigación.
- Participar en la elaboración y programación de docencia y formación continuada de los distintos profesionales.

*4.3. CON LA RED DE SERVICIOS SOCIALES de la zona.

*4.4. VENTAJAS QUE APORTA LA COORDINACIÓN:

Consideramos que las ventajas que aporta una buena coordinación benefician tanto al usuario como al propio equipo.

4.4.1. VENTAJAS PARA EL CLIENTE:

- Durante el tiempo de estancia en el hospital es atendido por ambos equipos, dando mayor seguridad al paciente en la continuidad en la atención tanto hospitalaria como en la comunidad, siendo cada equipo responsable de su área.

- Existe continuidad de los cuidados, al estar integrado en un único programa de atención.

- La hospitalización es más breve al contar con mejor cobertura asistencial en la comunidad.

4.4.2. VENTAJAS PARA LOS EQUIPOS:

Estas se evidencian más en el ingreso y en el alta de los usuarios por:

- Normalmente se recibe al cliente teniendo una información de sus necesidades y de cómo se están enfocando las mismas.

- Al existir mejor cobertura comunitaria se garantiza un seguimiento más racional del individuo, familia y comunidad. Con lo que se consigue una hospitalización más breve.

- Se llega a una orientación común por parte de ambos equipos.

- La visión que se consigue de la problemática de ambos equipos facilita el allanamiento de las reticencias, a veces existentes, entre la visión hospitalaria y el punto de vista comunitario.

5. PAUTAS DE FUNCIONAMIENTO EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL:

Las vías de acceso a nuestras unidades fundamentalmente son:

- Atención Primaria
- Asistencia Ambulatoria
- Altas hospitalarias
- Servicios sociales
- Otros...

El primer contacto que se realiza con el Enfermero, quien evalúa e inicia la historia psico-social del individuo o familia. Posteriormente el Enfermero presenta en reunión de equipo, las valoraciones realizadas acordándose las pautas a seguir y qué profesional se hace cargo del seguimiento. Este es conjunto, entre dos o más miembros del Equipo, cuando se considera necesario.

Los criterios de alta y derivación, se discuten en Equipo y a petición del profesional que sigue la evolución del cliente.

6. PAPEL DEL ENFERMERO PSIQUIÁTRICO EN LA COMUNIDAD

- INTERACCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA COMUNIDAD: La interacción de la Enfermera en Comunidad se realiza gracias a una combinación del número de papeles que la enfermera decida desempeñar y de que sea aceptado por la propia Comunidad.

Su papel dependerá también, de cómo la comunidad defina la Salud Mental comunitaria.

Es muy importante que la comunidad y la enfermera coincidan en sus expectativas antes de la aceptación formal de la enfermera y el plan. Tanto los papeles como las normas cambian y, cuando se puntualizan desde el principio, las confrontaciones y decepciones serán mínimas.

De no fijar claramente las metas, la comunidad y la enfermera corren el peligro de desviarse involuntariamente a los objetivos que persiguen.

A veces se advierte la conveniencia de desempeñar otros papeles y se termina aventurando a demasiados proyectos. Aumentando la confusión de la comunidad sobre los planes iniciales. Los antecedentes y la formación de la Enfermera influyen en su percepción de la comunidad y su interacción con ella.

- INTERACCIONES DE LA ENFERMERA CON EL CLIENTE: El cliente acude a la Enfermera para recibir terapia o en busca de ayuda y ella se las ofrece por medio de consejos, apoyo, etc.

Sin embargo, en la Enfermería en Salud Mental comunitaria, el cliente es un concepto que abarca la familia, los organismos de la comunidad y las

circunstancias que han influido en él, la Enfermera ha de conocer todos los recursos de la comunidad y movilizarlos si quiere tener éxito en su tarea y que el paciente obtenga esos beneficios, habida cuenta, de que con frecuencia desempeñará varios papeles simultáneamente.

La enfermera asumirá nuevos papeles con el transcurso del tiempo y una vez que sea mejor aceptada por la comunidad. La credibilidad brinda además la oportunidad de hacer innovaciones y sugerencias. En toda interacción es conveniente comenzar con papeles específicos y ampliarlos según lo permita el éxito.

Es frecuente que los Enfermeros, ante situaciones donde su presencia es indispensable, sientan la tentación de asumir demasiados papeles y con cierta prisa, sin haber llegado aún a conocer el problema global, esto puede abrumar al cliente y la ayuda puede ser equivocada.

También la enfermera debe detectar los cambios sutiles o patentes de la conducta del cliente, no atribuyéndolos simplemente a la mejoría, si la Enfermera no repara en ciertas estratagemas, puede serle a corto plazo, verdaderamente difícil conservar una actitud imparcial y sustraerse al mundo del paciente. Se suele dar después una situación muy poco profesional de ganadores y perdedores.

- PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL
COMUNITARIA:

. Debe conocer los mecanismos psicológicos y psicopatológicos que actúan en el ser humano, así como las técnicas que se utilizan en el campo de la psiquiatría, psicología y sociología.

. Debe tener conocimientos de salud comunitaria.

. Debe tener dotes de organización e improvisación al término que comprende la imaginación, creatividad y espontaneidad.

. Debe poseer aptitudes para establecer relaciones interpersonales positivas.

. Debe tener dotes y capacidad de observación, a nivel individual.

. Debe ser capaz de ejercer autocrítica.

. Debe respetar y estar abierta a cualquier tipo de valor moral, ético y social.

. Debe tener espíritu de cooperación para el trabajo en equipo nos referimos a la interacción de todos sus miembros en un objetivo común y unas funciones específicas.

7. INTRODUCCIÓN-ENLACE:

En la primera parte de este trabajo hemos visto como han variado algunos conceptos y en esta segunda parte vamos a intentar desarrollarlos desde un punto de vista práctico.

Todo lo que vamos a exponer ha sido recopilado de las experiencias de profesionales de enfermería de salud mental, tanto de equipos extrahospitalarios como hospitalarios, del INSALUD, Comunidades Autónomas y Diputaciones.

Vamos a enmarcar el rol de la enfermera especialista en Salud Mental, dentro de los equipos comunitarios, desde tres vertientes de actuación:

1) ACTUACIÓN DIRECTA

Hacia el individuo

Hacia la familia

Hacia la comunidad

2) ACTUACIÓN INDIRECTA

De asesoramiento

De formación

De colaboración-coordinación

3) ACTUACIÓN CONJUNTA

Dentro del Equipo de Salud Mental

Intentemos desglosarlos brevemente, ya que todos los puntos de este trabajo giran alrededor de estas tres actuaciones.

8. ACTUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA COMUNIDAD

8.1. ACTUACIÓN DIRECTA

8.1.1. HACIA EL INDIVIDUO: Se basa fundamentalmente en el seguimiento y control de las personas que ya han sido diagnosticadas de trastornos psíquicos y que regresan a su entorno socio-familiar o demandan la atención del equipo de salud mental comunitario.

En este nivel es fundamental que se preste al cliente el apoyo necesario para su reinserción y se controle su evolución para evitar que el proceso hacia la salud no se invierta.

Los contactos periódicos de la enfermera especialista con el cliente son extremadamente importante para lograr ese fin, y además para orientar y controlar el cumplimiento de las distintas terapéuticas.

Con esta actuación se pretende además de conseguir el mayor nivel posible de integración del cliente, evitar la hospitalización, o que no se produzca una nueva si ya la hubo.

En la práctica se podría traducir en:

1) Establecer el primer contacto con el usuario a través de la valoración psicosocial, valorando la urgencia de la demanda.

2) Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos por la unidad, mediante la visita domiciliaria o desde la propia unidad.

3) Realizar visitas domiciliares para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y/o administrar tratamientos.

4) Dar tratamiento en la unidad.

5) Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en la unidad.

8.1.2. HACIA LA FAMILIA: Se refiere principalmente al trabajo de educación y apoyo a las familias que tienen en su seno a personas con problemas psíquicos.

Esta actuación se efectúa desde dos puntos de vista, desde la educación y desde el apoyo.

- Educación para que la familia llegue a comprender el comportamiento del paciente y entienda los fundamentos del enfermar psíquico de tal forma que no rechace, minusvalore o sobreproteja al miembro-enfermo.

- Apoyo, del que normalmente está muy necesitada, debido a las connotaciones que aún tienen la enfermedad mental en nuestra sociedad y por la modificación que supone para la familia el tener un enfermo mental en su seno, sobre todo en lo que se refiere a la “ruptura” de sus esquemas habituales de comportamiento y de vida.

En la práctica se traduce en el asesoramiento y apoyo en sesiones conjuntas tanto de unidad familiar, como con otros núcleos familiares de circunstancias similares en las que se intenta “adiestrar” al resto de los componentes en el trato al individuo enfermo, a la vez que se efectúa una prevención sobre los miembros sanos, ya que la práctica nos demuestra que

en familiar donde se encuentran pacientes psíquicos la probabilidad de que otro miembro de la unidad familiar sufra trastornos psíquicos es alta.

8.1.3. HACIA LA COMUNIDAD: La atención hacia la Comunidad se basa fundamentalmente en el trabajo directo con los grupos de alto riesgo, previamente detectados, corrigiendo, mediante la información, educación y apoyo los posibles factores que inducen a dichos grupos a aumentar su nivel de riesgo. Así como la participación en las campañas de educación sanitarias.

8.2. ACTUACIÓN INDIRECTA

La actuación indirecta está enfocada principalmente a los profesionales de enfermería no especializados en salud mental que trabajan tanto en el centro de salud, donde puede estar ubicado el equipo de salud mental, como de otros centros de salud que trabajan en nuestro distrito o sector.

Hay que tener en cuenta que los equipos de Salud Mental, no lo son de Atención Primaria, y que sí es su función colaborar estrechamente con este nivel de salud, (ya que vimos en la primera parte de este trabajo que el equipo de Atención Primaria se convertía en un canal de derivación hacia la U. de Salud Mental muy importante y veremos en otro apartado posterior la importancia de establecer un programa comunitario con el equipo de Atención Primaria), esta colaboración será eficaz si se establecen vías o programas de asesoramiento y formación, como:

8.2.1. ASESORAMIENTO: Sobre cualquier aspecto de la actividad habitual que sea susceptible de requerir una opinión autorizada sobre problemas de enfermería en salud mental.

8.2.2. FORMACIÓN: Mediante charlas y/o cursos de formación permanente sobre aspectos de enfermería de salud mental.

Las necesidades y prioridades de estas actividades se deben de establecer conjuntamente entre ambos equipos.

En la práctica:

1) Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas formativas, de investigación y coordinación, a los Equipos de Atención Primaria y en los programas de prevención y coordinación.

2) Impartir formación en Enfermería en pregrado y postgrado.

3) Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y científicas que se desarrollen en la unidad.

4) Realizar actividades de Salud Mental y participar en programas preventivos.

8.3. ACTUACIÓN CONJUNTA

Este tipo de actuación se basa fundamentalmente en las relaciones inter-equipos que debe de establecer el enfermero dentro de su equipo. Actuaciones que han sido detalladas en otro apartado de este trabajo.

9. FUNCIONES-ACTIVIDADES:

Desde hace algunos años, somos muchos los profesionales que estamos intentando, definir las actividades que debemos realizar los enfermeros en Salud Mental comunitaria. Poco o nulo es lo que hay publicado sobre esta materia, algunas Comunidades Autónomas en publicaciones internas han esbozado un poco el tema y el propio INSALUD en las normas de Funcionamiento de las Unidades de Salud Mental extrahospitalaria, también propone unas funciones-actividades, pero que se quedan bastante cortas.

Se han recopilado, de la experiencia de varios profesionales, un grupo, creemos que importante, de estas funciones-actividades, que se enumeran a continuación, queremos dejar claro, que ni son las únicas, y es posible que tampoco sean todas y sobre todo están sujetas a todo tipo de discusión:

- EDUCACIÓN SANITARIA
- PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD
- DIAGNÓSTICO PRECOZ
- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO
- CUIDADOS SANITARIOS A DOMICILIO Y AYUDA A LAS FAMILIAS
- TRATAMIENTO EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA O DE CORTA HOSPITALIZACIÓN
- DINAMIZACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA Y LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL
- ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS POST-CURA

- ORGANIZACIÓN DE LA REHABILITACIÓN EN COORDINACIÓN CON LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN CORRESPONDIENTES Y OTROS PROFESIONALES
- ORGANIZACIÓN, A NIVEL DE SECTOR, DE LA RED DE TRABAJO PROTEGIDO
- ORGANIZACIÓN, A NIVEL DE SECTOR, DE LA RED ASISTENCIAL HETEROFAMILIAR.
- ATENCIÓN Y/O APOTO A LOS PROBLEMAS DE URGENCIA PSIQUIÁTRICA DEL SECTOR.
- FUNCIÓN DE CONSULTORÍA RESPECTO A TEMAS DE SALUD MENTAL DENTRO DEL SECTOR.
- FUNCIÓN DE COORDINACIÓN CON EL HOSPITAL GENERAL DONDE ESTE SITUADO EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.
- FUNCIÓN INTEGRADORA DE TODOS LOS RECURSOS COMUNITARIOS Y SANITARIOS DEL SECTOR EN ORDEN A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.
- PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN ASISTENCIAL.
- PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN GENERALES O REALIZACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS.
- PARTICIPACIÓN EN LA DOCENCIA.

10. CONSULTA

Todos nosotros hemos visto a través de los años, y en un corto espacio de tiempo, la transformación que se ha producido en la enfermería extrahospitalaria, nos estamos refiriendo al trascendental e importante paso del enfermero/a que tomaba tensiones y rellenaba recetas, por el enfermero/a que mantiene una relación directa con el cliente y que lleva su propio control de las situaciones que le rodean y dentro de esa transformación, más acentuada en los Centros de Salud que en los tradicionales Ambulatorios, se perfila como motor de cambio la tan traída y llevada consulta de enfermería, “of de record” hemos de decir que realmente no nos gusta el término de consulta para definir un tiempo de relación, pero como es el universalmente aceptado como tal lo aceptamos (quede claro que sinónimos para definir el acto de mantener una relación bis a bis tanto con el cliente como con su familia, en el que se produzca un intercambio de información y una valoración de ciertos hechos existentes, al castellano no le faltan).

No queremos que este trabajo y sobre todo este apartado se convierta en un abanderamiento de la consulta de enfermería, quizás en el debate posterior podamos discutir, los motivos que han llevado tanto a nuestro propio colectivo, como a otros colectivos sanitarios, a hacer un caballo de batalla de una actividad necesaria para el desarrollo de una profesión, la de enfermería, pero sí queremos que estas líneas sirvan para dejar las cosas en su sitio y en su justa medida.

Bien es cierto que quizás en Salud Mental y sobre todo Comunitaria, la consulta de enfermería se vive como un acto más, necesario para el normal funcionamiento del equipo, y esto por varios motivos de los que vamos a exponer los que creemos más importantes, en razón de nuestra propia experiencia.

En primer lugar, como componente básico de la historia general de todo cliente que acude a un centro de Salud Mental comunitario se encuentra la historia de enfermería, y al mismo nivel que la historia psicosocial, la historia clínica, etc. Hecho que es asumido por la gran mayoría de profesionales que integran estos equipos.

Historia de enfermería que como vemos en las siguientes transparencias no se compone de una anamnesis o una simple recogida de datos, sino de un grupo importante de hechos y de valoraciones de enfermería, tanto del cliente, como de su entorno socio-laboral-familiar que son de utilidad para todos los profesionales. Historia de enfermería, que no termina ahí, sino que lleva un diagnóstico de enfermería, que a diferencia de otros diagnósticos se caracteriza por su dinamismo, incluye un plan de cuidados enfocado hacia el propio cliente. No carece de una coordinación con el resto del equipo como pieza básica en el tratamiento del paciente y por último una evaluación bastante continuada y coordinada de los resultados que se vayan obteniendo.

No queremos explicar aquí, porque tenemos muy claro que todos conocéis a la perfección, lo que es una historia de enfermería, pero como estamos

hablando de práctica en salud mental comunitaria si nos parece oportuno exponer algunos de los problemas que nosotros hemos experimentado y en mi caso particular cometido a la hora de realizar nuestras historias de enfermería.

Es fácil caer en la tentación, quizás por nuestra formación, o mejor dicho deformación profesional, en realizar historias paramédicas o minimédicas en las que se incluyen diagnósticos médicos o patologías.

Como por ejemplo podíamos citar: *“A nuestra consulta acude un cliente derivado por su médico de cabecera, con un informe en el que se puede leer como diagnóstico médico DEPRESIÓN”*.

Después de hablar con él y sus familiares, o quien le acompañe escribimos frases como ésta: *“El paciente sufre una depresión”, “Está muy deprimido”, “No duerme a causa de su depresión”, “Se siente tan deprimido que se quiere suicidar”*.

Cuando lo que realmente se debería escribir son frases como estas otras. *“Se encuentra en un estado anímico de tristeza”, “No tienen ganas de hablar con nadie”, “Ha alterado su hábito del sueño”, “Bajo nivel de autoestima”*.

Pongamos otro ejemplo: A nuestra consulta nos llega un cliente con diagnóstico médico de Esquizofrenia delirante, y al igual que en el ejemplo anterior escribimos: *“El paciente tiene ideas delirantes”, “No puedo hablar con él, a causa de su delirio”, “Sufre alucinaciones auditivas”*.

Cuando lo que realmente deberíamos poner al escribir sería:

“El cliente me cuenta.....”

“Imposible hablar con él, no se centra en la conversación, etc.”.

“Dice oír que le están hablando en este momento desde Moscú”.

Con estos pequeños y anecdóticos ejemplos queremos llamar la atención de todos los profesionales de enfermería, para que nos acostumbremos a reflejar en nuestras historias lo que el cliente nos manifiesta, intentando obviar nuestras apreciaciones particulares porque a la hora de realizar el diagnóstico de Enfermería y el tratamiento las apreciaciones subjetivas nos pueden llevar a interpretaciones erróneas.

En segundo lugar, la consulta de enfermería como “filtro” de acceso al equipo de salud mental.

El acceso al equipo tiene varios canales de derivación como se explicaba en la primera parte.

Veamos cómo se puede realizar ese “filtro”:

10.1. ATENCIÓN PRIMARIA

Ante la llegada al Equipo de Salud Mental comunitario de un cliente derivado de la red de Atención Primaria, el enfermero psiquiátrico y, a través de la primera consulta o toma de contacto, debe resolver si el caso se encuentra entre los parámetros establecidos de asunción por el equipo o por su naturaleza y/o características debe de seguir siendo asumido por la red de Atención Primaria, con el asesoramiento necesario, por parte del equipo de Salud Mental.

10.2 HOSPITALIZACIÓN

Decíamos al principio que el equipo de Salud Mental, debe de ser el centro neurálgico del “sistema” de Salud Mental, y esto conlleva a que la gran mayoría de los ingresos de las unidades de hospitalización de agudos, sean procedentes de las unidades comunitarias y por lógica estos pacientes cuando son dados de alta en las unidades de agudos deben volver a su unidad comunitaria derivante, con lo que el “filtro” se limita en esta circunstancia al control y al alargamiento en el tiempo, según se encuentre el paciente, de las futuras revisiones.

10.3. INICIATIVA PROPIA

Es un dato comprobado, sobre todo en los Centros pertenecientes a las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, más que en la red del INSALUD, que ante la oferta de un servicio de Salud Mental comunitario a los ciudadanos, se produce una demanda por iniciativa propia hacia esos servicios.

Aunque es requisito imprescindible para ser atendido por la mayoría de estos servicios dado su carácter de “segunda línea”, el que el cliente haya tenido un contacto previo con otro profesional de la red de Atención Primaria, lo cierto es que acuden a los centros de Salud Mental un elevado número de ciudadanos que no cumplen este requisito.

Es en estos casos donde la labor de “tamiz” se acentúa más. Frecuentemente esta labor se reduce a una buena información hacia el usuario

del funcionamiento del sistema, así como los derechos y obligaciones del ciudadano hacia el sistema.

Por nuestra experiencia profesional, hemos podido comprobar que otras veces lo que el ciudadano está demandando es poder descargar sus tensiones sociales y sus problemas cotidianos, por lo que con una actitud receptiva y un saber escuchar se puede realizar una labor preventiva e impedir el posible ingreso del cliente en el sistema de salud mental por carencia de necesidad de atención del sistema.

11. PROGRAMAS COMUNITARIOS

Antes de exponer en este apartado, lo que para nosotros son los cinco programas comunitarios más importantes, hemos de significar que en materia de programas, no existe, al igual que ocurre con los componentes del equipo, ni la más mínima unanimidad, por parte de las diversas administraciones.

Hemos escogido los más representativos y los que a nuestro entender deben “primar” sobre el resto.

11.1. PROGRAMAS DE APOYO A ATENCIÓN PRIMARIA

- a) Asistencial
- b) Servicios sociales
- c) Otras instituciones

11.1.1. ASISTENCIAL: El objetivo de este programa es establecer una relación-coordinación con la red asistencial del subsistema de Atención Primaria que conlleve a la integración de la Salud Mental en la Salud General de forma que se pueda ofrecer al ciudadano una atención integral e integrada.

Para ello es necesario:

- Potenciar a través de vías de formación y docencia la capacidad de los equipos de atención primaria para identificar los problemas de Salud Mental de la población a la que atienden.
- Establecer de forma conjunta pautas de manejo de estos problemas y delimitar criterios de derivación hacia el equipo de Salud Mental.

- Establecer una relación de interconsulta para el seguimiento y desarrollo de programas preventivos.

11.1.2. SERVICIOS SOCIALES: Se deben de diferenciar los programas de servicios sociales de los servicios sanitarios. A la vez se deben de realizar programas de diferenciados dependiendo que la demanda social proceda de la comunidad o de alguna Institución (como pueden ser residencias de ancianos, albergues, etc.).

Estos programas se deben centrar en el apoyo que el equipo pueda ofertar a cada uno de los diversos dispositivos, procurando:

- Potenciar la capacidad de los Servicios Sociales para la identificación de los problemas de Salud Mental.

- Establecer conjuntamente pautas de manejo de la problemática de Salud Mental y delimitar criterios de derivación.

- Participar en la elaboración y desarrollo de programas preventivos.

11.1.3. OTRAS INSTITUCIONES: Deben de ser programas dirigidos principalmente hacia profesionales no sanitarios que actúan en primera línea, como maestros, educadores, etc.

Son programas conjuntos que deben permitir a estos profesionales, con nuestro apoyo, diferenciar lo que realmente son problemas de Salud Mental de los que como suele ocurrir, no son más que problemas sociales o vivenciales menores, tanto del propio alumno en su entorno, como de su familia que repercuten directamente en él.

11.2. URGENCIAS

Definiendo el servicio de urgencias como un dispositivo asistencial permanente que atiende toda crisis de salud mediante una intervención inmediata, y teniendo en cuenta que los Servicios de Salud Mental Comunitaria, no son servicios asistenciales permanentes, está claro que no son servicios que deban de realizar urgencias, pero sí se debe establecer programas de apoyo especializado a los dispositivos sanitarios de urgencias que aumenten la capacidad de manejo de estas situaciones así como garantizar la coordinación de los diferentes dispositivos.

11.3. UNIDADES DE AGUDOS

En otro apartado de esta ponencia se explicaba detalladamente las ventajas de establecer un programa conjunto con el equipo de atención hospitalaria, tanto para el paciente como para los propios equipos, y lo único que se debe de añadir en este punto es la conveniencia de que se establezcan como mínimo una reunión semanal que permita una estrecha colaboración entre ambos equipos.

11.4. HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

La Hospitalización Parcial surge como un espacio alternativo al internamiento, cuando se considera oportuna una actividad terapéutica intensiva durante varias horas al día, para luego reincorporarse al paciente a su medio habitual.

- Será necesario que el enfermero realice: una labor de enlace entre el sistema, la familia y la comunidad.

- Un seguimiento de la evolución del cliente en su entorno socio-familiar-cultural.

- Conexión con dispositivos sociales que colaboren en la reinserción integral del individuo y, por último, una eficaz y eficiente educación sanitaria.

11.5. ASISTENCIA DOMICILIARIA

11.5.1. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: Surge como una alternativa al régimen de hospitalización en trastornos agudos.

Este tipo de programa debe de conseguir:

- Participación y responsabilización de la familia o convivientes en el programa terapéutico y su proceso de desarrollo, previa información clara y exhaustiva al respecto y aceptación voluntaria de la misma.

- Adiestramiento en el trato al paciente.

- Disminución de la dependencia, tanto del paciente como de la familia, del profesional de enfermería encargado del programa.

Este tipo de programa obviamente conlleva una previa evaluación en profundidad del medio familiar, donde se sopesen las ventajas que supone la responsabilidad de la familia en el proceso terapéutico del paciente.

11.5.2. ATENCIÓN DOMICILIARIA: Son programas que se realizan como alternativa a los programas de atención ambulatoria. Conllevan el

desplazamiento o “visita domiciliaria” que permita el seguimiento, evaluación de la situación familiar, intervención en crisis, etc.

Este tipo de programas se deben de coordinar y complementar con los programas de atención social domiciliaria que realizan otros dispositivos.

Esperamos haber conseguido nuestro propósito inicial de animaros para que entre todos busquemos un punto de referencia que nos permita alcanzar un Modelo de Enfermería en Salud Mental ajustado a nuestras propias necesidades.

Muchas gracias.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Buckle, D.: Quelques aspects de l'évolution de la pratique psychiatrique en Europe. "L'Information Psychiatrique" nº 5 (1962).
- Held, R.: Psychologie affective de la peur des maladies mentales et du perjuce antihysterique. "Entretiens de Bichat" (Paris 1962).
- Hazeman, R.H.: La Psychiatrie sociales et les attitudes de la collectivité. "L'Information Psychiatrique" nº 6-7 (1959): Serie de informes técnicos, nº 177 (Ginebra 1959).
- Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Tratado de Psiquiatría. Salvat.
- Carmen Domínguez-Alcon y Otros. Sociología y Enfermería. Pirámide.
- Jeanette Lancaster. Enfermería comunitaria. Modelos de Prevención de la Salud Mental. Interamericana.
- I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Málaga 1982.
- II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Ciempozuelos (Madrid) 1983.
- III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. Málaga 1984.
- IV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL. Valencia 1985.
- P. Enrique M. Aspectos actuales de la asistencia psiquiátrica. Confederación española de Cajas de Ahorros.
- Josephine G. Paterson y Otra. Enfermería Humanística. Limusa.

- A. Marín Zurro y Otro. Manual de Atención Primaria. Doyma.
- INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIÁTRICA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1985.
- ROBIN FAHRAEUS. Historia de la Medicina. Gistavo Gili, S.A. 1956.
- Alonso. Consultor del Practicante. Edit. Adrián Romo.
- J. Rodrigo. Prontuario del Enfermero. 1909.
- F. Ventosa. Historia de la Enfermería española. Ciencia-3, 1981.
- GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Documentos: Asociación de Enfermería en Salud Mental.
- NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. INSALUD, 1986.
- SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS. Comunidad Autónoma de Madrid, 1984. Revisado 1985.