



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017 - 2018

Trabajo Fin de Grado

Evolución de los cuidados de enfermería en Salud Mental

Una revisión bibliográfica.

Alumna: Soraya Salas Torre
Tutora: D^a. Fermina Alonso del Teso

Julio, 2018

ÍNDICE

1. Resumen	1
1.1. Abstract.....	2
2. Introducción	3
2.1. Definición de Salud Mental	3
2.2. Epidemiología	3
2.3. Contexto histórico	3
2.4. Los cuidados de enfermería.....	5
a. Etapa doméstica.....	6
b. Etapa vocacional	6
c. Etapa técnica.....	8
d. Etapa profesional	9
2.5. Justificación	11
3. Objetivos.....	11
4. Material y métodos	12
5. Resultados.....	14
5.1. Marco legislativo	14
5.2. Los avances científicos y técnicos	15
a. Tratamientos basados en la palabra	15
b. Tratamientos basados en técnicas corporales	15
c. Tratamientos físicos	15
d. Tratamientos de laborterapia.....	16
e. Tratamientos quirúrgicos.....	17
f. Tratamientos químicos:	17
5.3. Continuación de cuidados y sistemas de apoyo comunitario....	19
a. Unidad de Hospitalización Breve (UHB).....	21
b. Unidad Rehabilitadora de Media Estancia (UME)	22
c. Unidad Rehabilitadora de Larga Estancia (ULE)	23
d. Centro de Salud Mental (CSM)	23
e. Centro de Día (CD).....	24
f. Hospital de día (HD)	25

g.	Alternativas Residenciales	25
i.	Mini-Residencias	25
ii.	Viviendas tuteladas	25
iii.	Pisos sociales protegidos	26
iv.	Pisos propios	26
6.	Discusión	27
7.	Conclusiones	29
8.	Bibliografía.....	30

1. Resumen

Introducción: Las enfermedades mentales tienen gran relevancia en magnitud y carga mundial. La Salud Mental es un estado de bienestar donde la persona, consciente de sus habilidades, afronta problemas y se desenvuelve correctamente en el medio laboral y en la comunidad. La evolución histórica de los cuidados de enfermería ha pasado por muchas etapas. Hildegard Peplau es la persona más influyente en la enfermería psiquiátrica

Objetivo: Describir la evolución de la enfermería en Salud Mental, así como identificar los abordajes en distintas épocas y analizar los cuidados en la actualidad.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática que ha requerido la búsqueda de información en varias bases de datos.

Resultados. La gravedad y tendencia a aumentar de estas enfermedades ha proporcionado cambios técnicos y conceptuales en los cuidados. Se ha desarrollado el “*SopORTE Comunitario*”, red coordinada de servicios para la integración del enfermo mental, para ello existen dispositivos asistenciales, su mayor problema es la escasez de recursos económicos. En España, la asistencia varía entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Discusión: El concepto de la Salud Mental ha cambiado drásticamente. La institucionalización ocasionaba marginación, se concluyó elaborar una red de servicios que permitiese la rehabilitación en la comunidad; queda un largo camino para su integración en la sociedad y para eliminar el estigma y la marginación

Conclusiones. Ha habido grandes avances científicos que han demostrado su eficacia y mejoran la calidad de vida de los enfermos lo cual ha permitido su desinstitucionalización. La asistencia a los enfermos mentales ha evolucionado, pero aún queda un largo camino para que los pacientes estén integrados en la sociedad y para eliminar el estigma y el rechazo. La enfermería en la Salud Mental es relevante para la realización de técnicas y por su labor que los dispositivos asistenciales

Palabras clave: Salud Mental, evolución, cuidados de enfermería.

1.1. Abstract

Introduction:

Mental illnesses have great relevance in magnitude and global charge. Mental health is a welfare state where the person, who is aware of his abilities, faces problems and he gets on correctly in the work environment and in the community. The historical evolution of nursing care has passed through many stages. Hildegard Peplau is the most influential person in psychiatric nursing.

Purpose: Describe the evolution of nursing in Mental Health, as well identify the boardings in different periods and analyze the care currently.

Materials and methods: A systematic review has been carried out which has required searching information in several databases.

Results: The severity and the increasing trend of these diseases has provided technical and conceptual changes in care.

It has developed the "Community Support", a coordinated network of services for the integration of the mentally ill, for this there are assistive devices, their biggest problem is the lack of economic resources. In Spain, assistance varies between the different Autonomous Communities.

Discussion: The concept of Mental Health has changed drastically. The institutionalization caused marginalization, it was concluded to elaborate a network of services that allowed the rehabilitation in the community; there is a long way to integrate into society and to eliminate stigma and marginalization

Conclusions: There have been great scientific advances that have proven their effectiveness and improve the quality of life of patients, which has allowed their deinstitutionalization. Assistance to the mentally ill has evolved, but there is still a long way for patients to be integrated into society and to eliminate stigma and rejection. Nursing in Mental Health is important for the realization of techniques and for its work that the assistive devices

Key words: Mental Health, evolution, nursing care.

2. Introducción

2.1. Definición de Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud Mental comprende un gran número de actividades relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en su definición de salud: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” ⁽¹⁾.

La Salud Mental se define, por tanto, como un estado de bienestar donde la persona es consciente de sus habilidades, pudiendo afrontar los problemas de su día a día, desempeñarse de manera adecuada en el medio laboral y contribuir de manera activa en la comunidad ⁽²⁾.

2.2. Epidemiología

A continuación, se muestran los datos más relevantes en cuanto a la magnitud y a la carga mundial de este problema.

- En todo el mundo, unos cuatrocientos cincuenta millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental o de la conducta.
- Existen cerca de un millón de suicidios al año.
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Siendo la familia, en la mayoría de los casos, los cuidadores principales de estas personas.
- Las personas que sufren de alguna enfermedad mental se ven afectadas por el estigma y la discriminación asociados a ellos, además de los elevados costes tanto de salud y sociales a los que se les relacionan ⁽³⁾.

2.3. Contexto histórico:

La salud mental cuenta con un largo recorrido histórico hasta llegar a ser lo que es hoy.

En la antigüedad y durante mucho tiempo, se consideraba la locura como algo sobrenatural, producida como castigo divino o por espíritus malignos que invadían los

cuerpos de las personas. Por tanto, los tratamientos se basaban en ritos, ceremonias religiosas, exorcismos o sacrificios.

La asistencia en Salud Mental, hasta principios del siglo XX, estaba centrada en hospitales psiquiátricos, cuyo fin era mantener controlados a los pacientes por ser considerados desequilibrados y peligrosos, bien sea para ellos mismos o para otros.

Este modelo de internamiento generaba aislamiento, discriminación y estigmatización, pues alejaba a las personas afectadas del resto de la sociedad, provocando así, una pobre recuperación o incluso el empeoramiento de su enfermedad. Esta forma de organizar los servicios en Salud Mental se llama modelo asilar. Dicho modelo fue fuertemente criticado, no sólo por la poca evidencia de mejoría que mostraban sus internos, sino también, porque era un espacio constante de violación de los Derechos Humanos de esas personas.

No es hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando, tras una serie de conflictos bélicos y económicos, tienen lugar dos hechos significativos que cambian el rumbo de la asistencia psiquiátrica: en primer lugar, el trauma de la Segunda Guerra Mundial, generó trastornos mentales y de conducta en un elevado porcentaje de la población. Esta población, antes sana, requería de asistencia en la comunidad, disminuyendo las institucionalizaciones y favoreciendo la sociabilización; el segundo hecho significativo fue la llamada “*revolución farmacológica*”, la cual permitió la utilización de medicamentos efectivos que mostraban una gran mejoría en la calidad de vida de las personas que hacían uso de ellos. ⁽⁴⁾.

Tras estos dos grandes hechos se pone en práctica una nueva experiencia, que favorece la integración de esta población en la sociedad, surgiendo así el concepto de “*Psiquiatría Comunitaria*”. Dicho concepto consiste en el cambio progresivo de un modelo asilar, donde los pacientes permanecían encerrados, a una integración completa en la comunidad, favoreciendo así mejorar su calidad de vida.

Se desarrollan, a partir de esto, una serie de políticas en la mayoría de los países de Europa entorno a los años 1960 y 1970. En España, se desarrollan a partir de la década de 1980. Dichas políticas se combinarán en la llamada “*Reforma Psiquiátrica*” y, en España, se recogen en primer lugar, en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad y, en segundo lugar, en la Comisión Ministerial del 1985, ⁽⁵⁾, donde tras la

reunión de los Ministros de Sanidad del Consejo de Europa con el tema “*El Futuro de la asistencia a los enfermos mentales*”, se establece un abordaje común para elaborar servicios alternativos al modelo asilar. Así mismo, la asistencia se realizaría a nivel comunitario, incluyendo: rehabilitación, formación específica a los profesionales, y favorecer la autonomía del paciente ⁽⁶⁾.

Tras esta serie de procesos, se concluye que, el cuidado a estas personas con trastornos mentales, se realizará en la comunidad, favoreciendo así el uso de dispositivos asistenciales consiguiendo, de esta manera, reducir al máximo la necesidad de una hospitalización prolongada. En determinados usuarios, cuando se requiera este tipo de hospitalización prolongada, ésta se hará en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. Cabe destacar que, una vez terminada la hospitalización se deben favorecer una serie de servicios que permitan la reinserción y la rehabilitación social.

Esta evolución de la institucionalización al cuidado en la comunidad, ha supuesto un cambio para los pacientes con enfermedad mental larga y prolongada puesto que, tras esa Reforma Psiquiátrica, existe una mejor organización de los recursos y una mejor atención al paciente en su propio entorno.

Cabe destacar que, a raíz de esto, la atención en el ámbito hospitalario está indicada únicamente para aquellas situaciones donde el paciente sufre una reagudización o exacerbación de su enfermedad, pero, esta hospitalización será sólo durante el tiempo que perdure, hasta que se pueda controlar de manera adecuada ⁽⁵⁾.

2.4. Los cuidados de enfermería

El acto de cuidar está ligado a la vida, es el resultado de promover, proteger y preservar la humanidad.

El cuidado existe desde el principio de la vida; el ser humano, como todos los seres vivos, ha tenido siempre la necesidad de ser cuidado. Las personas, para garantizar la perpetuidad de su grupo social, así como para mantener la propia vida, necesitan determinadas atenciones desde el nacimiento hasta la muerte ⁽⁷⁾.

La evolución histórica de los cuidados de enfermería ha ido pasando por muchas y variadas etapas. En función de la cual se daba un tipo de cuidado u otro. Es importante resaltar que cada etapa es necesaria para entender el progreso que ha dado la enfermería hasta ser la profesión que es hoy.

a. Etapa doméstica

La evolución de los cuidados de enfermería se inicia con la etapa doméstica que abarca tanto los tiempos remotos y las sociedades arcaicas (Egipto, India) como el mundo clásico (Grecia Antigua y Roma).

En este período los cuidados se centraban en el mantenimiento de la vida, estaban basados en la promoción de la higiene y una adecuada alimentación y vestido. Las mujeres poseían los conocimientos y tenían asignada la función del cuidado antes mencionado ⁽⁸⁾.

Se tiene conocimiento de la existencia de personas con trastornos mentales desde estas épocas, pero, los cuidados a éstos eran los mismos, basados en el mantenimiento de la vida. ⁽⁹⁾.

b. Etapa vocacional

La etapa vocacional abarca el inicio de la religión cristiana, la Edad Media, el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII Y XVIII) y el período de transición, este último es el momento más oscuro de la historia de la enfermería (finales del siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XIX).

Se la denomina vocacional por estar relacionada con el nacimiento de la religión cristiana. El enfermo es un elegido de Dios y quien lo cuida se consagra a Él. Apenas existen conocimientos teóricos y los procedimientos y técnicas son muy rudimentarios y básicos.

Las actividades de cuidar están directamente relacionadas con la definición cristiana de la salud y enfermedad, básicamente atribuidas a los designios de Dios ⁽⁶⁾. Aparece la figura de la mujer cuidadora a la que Collière, destacada enfermera y profesora de prestigio internacional ⁽¹⁰⁾, denomina la “*mujer consagrada*”.

Las mujeres, antes poseedoras del conocimiento, se convierten en objetos de persecución y represión, representan dos grandes amenazas para la iglesia: en primer lugar, el hecho ser mujer incitaría al pecado de la carne, y, en segundo lugar, el adquirir conocimientos por medio de experiencias del cuerpo las alejaría de Dios. El cuidado es independiente de la práctica médica. El trabajo realizado por las mujeres está encaminado a la redención de su alma. ⁽⁸⁾.

Es esta etapa vocacional donde se manifiesta una preocupación específica ante este tipo de paciente con enfermedad mental. A raíz de la caridad y la fe cristiana se inauguran los primeros hospitales medievales, existiendo de dos tipos: en primer lugar, los ubicados en las ciudades y, en segundo lugar, los ubicados en las zonas rurales, que eran meras dependencias de los monasterios. Pese a la diferenciación en la ubicación, este tipo de hospitales tenía algo en común: eran los lugares de acogida a todos aquellos enfermos o necesitados.

En España, en 1420, se funda en Valencia el llamado "*Hospital de los Inocentes*", considerado la primera institución psiquiátrica del mundo cristiano-occidental. Este hospital se diferenciaba de los otros pues estaba destinado únicamente a las personas que sufrían de algún trastorno mental, apartándolas de la sociedad, para evitar que, si vagaban por las calles de la ciudad pudieran hacer daño, a otros o a sí mismos. A los usuarios que permanecían internos en dichas instituciones se les asignaban tareas, pues existía la creencia de que la ociosidad podía exacerbar su trastorno. Era común, en caso de que mostrasen desobediencia o agitación psicomotriz, el uso de azotes, cadenas o encarcelación en jaulas.

A raíz de esta primera institución en Valencia, fueron creándose en España otras muchas similares. ⁽⁹⁾. Un ejemplo de ello en Palencia fue la llegada de la orden de los hermanos de San Juan de Dios en el año 1592. Ésta orden eclesiástica había sido citada para el cuidado a los enfermos del Hospital San Antolín, puesto que, muchos de ellos recaían en la enfermedad tras ser dados de alta de este hospital. El compromiso de los Hermanos de San Juan de Dios se centraba en: "*la asistencia a los enfermos de cirugía, tiñosos y mendigos*". ⁽¹¹⁾. Otro buen ejemplo de institución psiquiátrica es el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias el cual tiene su origen

en el año 1889, fundado por San Benito Benni, el cual comienza, desde su inicio, prestando atención a enfermos mentales ⁽¹²⁾.

c. Etapa técnica

Esta etapa abarca el periodo contemporáneo (siglos XIX y XX). Dicha época se caracteriza por el surgimiento de una nueva concepción a la hora de entender la relación salud-enfermedad, la cual ya no se concibe por gracia divina sino como producto de la lucha contra la enfermedad.

A lo largo de esta etapa existe un enorme desarrollo tanto científico como tecnológico el cual se acumula en la clase médica dominante en la época. Este hecho proporciona mayor conocimiento y poder para la investigación de las enfermedades y su tratamiento. El gran avance científico va acompañado por una gran complejidad tecnológica, la cual hace necesaria el surgimiento de agentes paramédicos, lo que Collière llama “*mujer, enfermera-auxiliar del médico*”. En este momento la enfermera asume ese papel, sustituyendo a las mujeres religiosas en el servicio a pobres y desamparados. ⁽⁸⁾.

En esta etapa técnica, en concreto a lo largo del siglo XIX, España se encuentra influenciada por Francia, durante esta época, la locura es considerada como una amenaza social, en este momento se encuentran en su auge los lugares específicos de confinamiento para aquellas personas con enfermedad mental, lo llamados “*manicomios*”. En 1801, el médico francés Pinel, considerado el primer gran psiquiatra, con su libro “*Traité Médico-Philosophique sur l’aliénation mentale*”, proporciona un cambio a la hora de ver y tratar a las personas con enfermedad mental, alertando a las sociedades del mundo de la necesidad de integrar al enfermo en mental, antes marginado, en la sociedad.

En España, la Ley de Beneficencia de 1849 hace responsable al Estado español a la hora de asistir a todos aquellos enfermos, pero la precariedad que, en esos momentos atraviesa la administración hace que ésta ordene a las distintas diputaciones que el Estado no se responsabilice de la construcción de las instituciones acordadas. Así, estas instituciones se ubicarían en las provincias y sería ahí donde efectuarían sus cuidados. Apenas 6 años después en 1885, se regula el internamiento de los usuarios

en los llamados “*apartamentos de observación de dementes*”, localizados en determinados hospitales provinciales, que estuvieron en activo hasta el año 1931, cuando empieza a regularse el internamiento de estas personas. Cabe destacar que, pese a que estuviera vigente una legislación aplicada a los enfermos mentales, existía una gran precariedad a la hora de asistir a esas personas. Tienen que pasar más de cincuenta años cuando, en el año 1983, se incluye la situación de las personas con enfermedad mental en el marco legislativo regulado por el artículo 211 de la ley 13/83, encargada de regir el internamiento psiquiátrico de las personas con trastorno mental, hasta la actualidad, y que permite la desinstitucionalización de estas personas ⁽⁹⁾.

d. Etapa profesional

Esta etapa está marcada por dos grandes momentos: en primer lugar, surge la aparición de la enfermera técnica y, en segundo lugar, se dividen los poderes tanto políticos como religiosos, lo cual permitió el progreso a una enfermería en vías de profesionalización. Es indudable el aporte de Florence Nigthingale en el desarrollo de la enfermería como profesión. Ella se da cuenta de la importancia de la formación, de la necesidad de una enfermera poseedora de conocimientos técnicos y del desequilibrio intelectual hombre-mujer, “*Las mujeres anhelan una educación que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas*”. A pesar de lo avanzado de su pensamiento, establece y mantiene una conexión importante entre lo científico y lo religioso.

Esta época se organiza en función de un estilo de pensamiento estructurado en los llamados patrones Nithingelianos, en los que prima la disciplina y la obediencia a la jerarquía dispuesta. Estos patrones dispusieron el origen del pensamiento en enfermería.

Se inicia, en este momento, la etapa de la enfermería profesional donde se contemplan el método científico y las técnicas de investigación. No obstante, aún persiste el oscuro legado histórico de la sumisión, avalada muchas veces por la falta de conocimientos, actitudes y enseñanzas en la propia profesión.

Hoy, la enfermera, producto de su largo camino histórico y provista de nuevas habilidades de análisis y reflexión, es capaz de demostrar su capacidad a la hora de la realización de los cuidados ⁽⁸⁾.

En lo referente a la formación de la enfermería como profesión, es importante resaltar que no es hasta el 1953, cuando se unen las profesiones de enfermería y surgieron lo que se denominó ayudantes técnicos sanitarios (ATS). La especialidad de Psiquiatría, se creó como tal en el año 1970, debido entre otras cosas a las exigencias en este ámbito de cuidados específicos. En el año 1977, siete años después, se unifica la carrera de Enfermería en la Universidad bajo la titulación de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE). Pese a eso, la especialidad de Psiquiatría seguía vigente entre los ayudantes técnicos sanitarios.

Deberán pasar diez años hasta la publicación del Real Decreto 992/1987 donde se regula la obtención de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, dando lugar al fin del ATS psiquiátrico. Finalmente, con la publicación del RD 450/2005 de 22 de abril, se acaban de regular las bases de la especialidad en salud mental. Posteriormente, en el año 2010 se pasa a la formación de grado, que equipara a nivel académico todas las titulaciones universitarias a través de la convergencia del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ⁽⁹⁾.

La persona más influyente en el campo de la enfermería psiquiátrica es sin duda *“la madre en la enfermería psiquiátrica”*: Hildegard Peplau, quien por su papel en el desarrollo de la enfermería en general y en la enfermería psiquiátrica en particular es considerada una de las más brillantes enfermeras del mundo.

El principal hecho importante que Peplau aportó a la psiquiatría es la fundación de la Enfermería Psiquiátrica Moderna. Fue una firme defensora de los derechos de las personas con enfermedades mentales, de igual manera, manifestó la necesidad de que las enfermeras recibieran una educación superior y especializada.

La teoría más notoria de esta enfermera es la de las *“relaciones interpersonales”*, la cual se basa en la relación existente entre la enfermera y el paciente. Dicha teoría fue elaborada a raíz de sus propias experiencias tanto personales como profesionales.

Para llevarla a cabo se basó en los cuidados de la Enfermería Psicodinámica. Opinaba que la personalidad influía en la forma de ayudar a los demás y de darles un cuidado adecuado ⁽¹³⁾.

2.5. Justificación

Desde el principio de los tiempos han existido personas con enfermedades mentales. El abordaje de estas enfermedades ha ido cambiando con el paso de los años. Ello se debe al cambio de mentalidad a la hora de asistir al paciente y al continuo progreso de la ciencia.

El cuidado de enfermería es un pilar básico en la Salud Mental, como todas las ciencias, la enfermería ha evolucionado dejando a su paso todo un reguero de historia. En concreto, la enfermería en la Salud Mental, nace de la necesidad de proporcionar unos cuidados adecuados a un tipo de paciente concreto, un tipo de paciente estereotipado desde la antigüedad y al que no se comprendía.

La elección de este trabajo se centra en la gran relevancia social y económica que, a día de hoy suponen las enfermedades mentales, y en la necesidad de evaluar los mejores cuidados enfermeros en esta área para así poder lograr una mejoría en estos pacientes

3. **Objetivos:**

Objetivo general:

- Describir la evolución de la enfermería en salud mental

Objetivos específicos

- Identificar los abordajes enfermeros en distintas épocas.
- Analizar y contrastar los cuidados de enfermería en la actualidad

4. Material y métodos

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática, es decir una investigación científica donde la unidad de análisis son los estudios originales primarios. Para esta revisión se ha necesitado recabar información de una serie de bases de datos.

Para la consecución de esta información se han utilizado las siguientes bases de datos

- Google
- Google académico
- SCielo (Scientific Electronic Library Online)
- Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
- Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud)
- Cuiden

Para completar la información recabada, se han consultado datos y publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) y de asociaciones de servicio y apoyo a las familias y amigos con enfermedad mental.

A la hora de realizar una revisión bibliográfica se debe elaborar una pregunta PICO para dar respuesta a una pregunta clínicamente contestable. La pregunta PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultado) de este trabajo es: “¿Han evolucionado los cuidados de enfermería en los pacientes con enfermedad mental?”.

Para la contestación de esta pregunta se han utilizado una serie de tesauros, combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Los tesauros utilizados han sido:

- DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): “*salud mental*” “*cuidados enfermería*” “*evolución*”, “*psiquiatría*”, “*protocolo*”.
- MeSH (Medical Subject Headings): “*Mental health*” “*nursing care*”, “*Evolution*”.

El período en el que se realizó la búsqueda fue el comprendido entre los meses enero y junio del año 2018.

Como criterios de inclusión para la realización del trabajo se establecieron: una bibliografía desde el 2010 a la actualidad y artículos tanto en inglés como en español.

Como criterio de exclusión se estableció: aquella información que no estuviese directamente relacionada con los objetivos del trabajo.

Para finalizar, el desarrollo de la búsqueda se llevó a cabo combinando los tesauros y los operadores booleanos antes mencionados. Se recopiló un total de 501 artículos de los cuales fueron seleccionados 85, por ser los que cumplían los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. A los artículos que fueron seleccionados se les realizó una lectura crítica, quedando un total de 42 artículos aptos que cumplieran las condiciones para la realización del trabajo

	DeCs y MeSh	Resultados	Artículos seleccionados	Artículos aptos
Google Académico	((evolución) AND enfermería) AND salud mental	143	22	18
PubMed	((evolution) AND nursing care) AND mental health	23	12	5
Lilacs	((evolucion)) AND ((cuidados enfermeria)) AND ((salud mental))	48	15	2
Cuiden	("enfermería")AND(("psiquiátrica")AND ("evolución")AND("cuidados"))	12	7	3
Scielo	(salud mental) AND (enfermería)	4	4	4
OMS	((salud mental) AND protocolos) AND enfermería psiquiátrica	259	15	4
AEESME	(evolución) AND (cuidados de enfermería) AND (salud mental) OR (psiquiatría)	12	10	6
Total		501	85	42

5. Resultados

La gran extensión de las enfermedades mentales, así como su gravedad y tendencia a aumentar, han dado lugar a cambios tanto técnicos como conceptuales a la hora de realizar los cuidados a estas personas, ⁽¹⁴⁾ por lo que, en la actualidad, se cuenta con medidas terapéuticas y de rehabilitación efectivas para tratar a estas personas.

En el año 1985, en España, se publica el llamado “*Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*” documento que ha dado lugar a importantes cambios socioeconómicos, políticos y científicos. En dicho informe se resalta la importancia de incluir al enfermo mental dentro del Sistema Nacional de Salud. Este hecho marca un antes y un después en la atención de las personas con enfermedades mentales en España, que antes se encontraban al margen de la sociedad y del sistema sanitario en comparación con otras patologías a las cuales el Sistema Nacional de Salud si ofrecía cobertura ⁽¹⁵⁾.

Para favorecer y dar un impulso al interés por la Salud Mental en Europa, en enero de 2005, se celebró en Helsinki una Conferencia Interministerial convocada por la OMS, la Comunidad Europea y el Ministerio de Salud de Finlandia. Esta Declaración considera la Salud Mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en Salud Mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social. Por esta razón, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España elaboró «*La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*». Basada en la filosofía y contenidos esta Declaración. ⁽¹⁶⁾.

5.1 Marco legislativo

La articulación del Sistema Nacional de Salud, por medio de la Ley General de Sanidad y la descentralización del Estado, establecen el inicio del desarrollo de los servicios a los enfermos mentales en las últimas décadas. En el artículo 70 de dicha Ley General de Sanidad se establece que “*la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria*” ⁽¹⁴⁾.

5.2 Los avances científicos y técnicos

En la actualidad, los diferentes estudios han llevado a descubrir nuevas técnicas eficaces, ya sean terapéuticas o rehabilitadoras, así como a formas organizativas orientadas a mejorar la calidad y la eficiencia del sistema de atención a los trastornos mentales.

Las prácticas terapéuticas aplicadas a la Salud Mental, son un conjunto heterogéneo de medidas, procedimientos y técnicas extraídas de alguna rama de la ciencia. Dichas prácticas pueden agruparse en los siguientes tipos:

- a. Tratamientos basados en la palabra: ⁽¹⁷⁾ Existen desde la antigüedad. Se trata del grupo de las psicoterapias, cuyo pionero en la psiquiatría fue Pinel, a mediados del siglo XVIII. Mesmer, a finales de ese mismo siglo, diseñó una práctica terapéutica basada en el magnetismo, práctica que, a principios del siglo XIX, Braid reformulará para explicar los principios de la hipnosis; en Francia, Liébault y Berheim, también estudiarán ese fenómeno, más adelante, Berheim basará sus estudios en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica "*psicoterapia*". Carl Rogers, a partir del año 1943, crea la terapia centrada en la persona, como una alternativa nueva de psicoterapia e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica. Posteriormente, se desarrollan modelos conductuales, sistémicos y cognitivos los cuales aumentan la variabilidad a la hora de elegir un modelo de intervención. En la actualidad, existen un grupo muy heterogéneo de psicoterapias que crece y se diversifica. Es importante definir, por tanto, que una intervención psicoterapéutica es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas ⁽¹⁸⁾.
- b. Tratamientos basados en técnicas corporales: Consiste en el uso terapéutico de las artes como son la danza, el teatro, la música.... Su utilización pretende potenciar la expresión corporal y mejorar la relación interpersonal.
- c. Tratamientos físicos: Para la realización de estos tratamientos se usa la electricidad, desde estimulaciones eléctricas de pequeña intensidad hasta técnicas más sofisticadas que requieran una sedación temporal del

paciente. La técnica más llamativa es la Terapia Electro Convulsivante (TEC) ⁽¹⁷⁾, es una práctica consistente en conectar electrodos en el cuero cabelludo del paciente y aplicar una corriente eléctrica que provoca una breve convulsión, cabe destacar que para su realización el paciente debe encontrarse sedado ⁽¹⁹⁾. Existen numerosas patologías que pueden verse beneficiadas por la TEC, entre ellas se encuentran: trastornos afectivos y psicóticos graves que no responden al tratamiento psicofarmacológico, pacientes que no pueden tolerar los efectos cardiovasculares, genitourinarios o neurológicos de los agentes antidepresivos o antipsicóticos y, por último, embarazadas, en las que la administración de fármacos es desaconsejable y donde la TEC, no tiene repercusión clínica ni para el feto ni para la madre ⁽²⁰⁾. Los profesionales sanitarios que se encuentran presentes para realizar la TEC son: el psiquiatra, el anestesiólogo y la enfermera ⁽²¹⁾. El papel de la enfermería a la hora de realizar dicha técnica resulta fundamental, así como su labor para prevenir complicaciones posteriores. Podemos dividir de manera resumida, los cuidados de la enfermería en la técnica en tres momentos: pre-TEC, TEC, y post-TEC. En primer lugar, pre-TEC, Momento donde la enfermera se encarga de comprobar la historia clínica, el ayuno del paciente (al menos 8 horas en sólido y 4 horas en líquido), asegurarse de la correcta higiene del paciente, que éste no presente crema o esmalte, retirar prótesis dentales, controlar constantes, canalizar una vía venosa periférica... En segundo lugar, la TEC propiamente dicha, la enfermera debe proporcionar información al paciente, aplicar el gel conductor de los electrodos, colocar un protector dental, monitorización mediante electrocardiograma, pulso y tensión arterial, administrar oxígeno y sueroterapia, tras la realización de la TEC, la enfermera debe vigilar al paciente hasta asegurarse de que esté estable y despierto. En tercer y último lugar, la enfermera debe retirar la protección dental, limpiar la zona donde ha aplicado el gel conductor de los electrodos, controlar las constantes, apoyar psicológicamente al paciente al despertar, mantener un ambiente tranquilo y con poca luz... ⁽²²⁾.

- d. Tratamientos de laborterapia: consisten en la realización de un trabajo para favorecer la socialización y el sentimiento de realización. ⁽¹⁷⁾ Para

llevar a cabo este tipo de tratamientos, existe el Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), centro destinado a aquellas personas con algún tipo de trastorno mental que han adquirido una buena autonomía en su enfermedad. El objetivo es el de desarrollar, adquirir o recuperar los hábitos y capacidades que permiten una correcta integración sociolaboral, es decir, apoyan el acceso y mantenimiento de las personas en el mundo laboral ⁽²³⁾.

- e. Tratamientos quirúrgicos. Las enfermedades mentales tienen un enfoque terapéutico convencional basado en combinar los psicofármacos, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva. No obstante, en pacientes complicados que no responden de la manera adecuada a ninguna de estas técnicas es necesaria la intervención quirúrgica. Esta neurocirugía debe considerarse como una alternativa justificada, siempre y cuando las otras intervenciones hayan resultado fallidas; es importante tener en cuenta que permite una mejoría en la situación clínica global y en la calidad de vida del paciente. Este tipo de cirugía consiste en intervenir directamente sobre el sistema nervioso de la persona para reducir determinados síntomas. Los tratamientos quirúrgicos como la lobotomía frontal o la talamotomía fueron promovidos en la década de los 30, para el tratamiento de distintos trastornos psiquiátricos, como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la esquizofrenia. En la actualidad, los procedimientos que se llevan a cabo en la neurocirugía, se basan en la técnica estereotáctica; consiste en la “desconexión” de una determinada zona del cerebro para modificar las conductas o estados afectivos propios del trastorno psiquiátrico ⁽²⁴⁾.
- f. Tratamientos químicos: Su uso tiene su inicio en la década de 1930 con el “descubrimiento” de los beneficios de las convulsiones en los enfermos mentales. Un buen ejemplo de ello sería el choque con Cardiazol, terapia elaborada por Meduna; se trataba de inyectar en el sujeto un derivado del alcanfor (Cardiazol en Europa), una vez inyectado, provocaba un efecto convulsionante en el paciente ⁽²⁵⁾; en 1933 Sakel, provocaba comas hipoglucémicos por la aplicación de insulina. El uso de estos tratamientos se abandonó hace décadas dado que no existe ninguna fundamentación para su realización, ya que se basan únicamente en la utilidad de producir efectos amnésicos que se consideraban beneficiosos para algunos

enfermos. El mayor avance en el tratamiento químico en los trastornos mentales, es, sin duda, el desarrollo de los psicofármacos, lo cual constituye una gran revolución terapéutica. En 1952 los psiquiatras franceses, Laborit, Delay y Deniker publicaron artículos sobre la eficacia de la Clorpromacina, neuroléptico antipsicótico usado para tratar los síntomas de la esquizofrenia. A lo largo de unos pocos años, y gracias a variados y exitosos estudios clínicos, la nueva farmacoterapia se extiende y desarrolla por todo el mundo. Se realizaron innumerables investigaciones cuyo objetivo fue el desarrollo de nuevos neurolépticos, Kuhn descubrió en 1956, las propiedades antidepresivas de la Imipramina ⁽²⁶⁾. Así pues, con el nacimiento y desarrollo de dichos fármacos se produce la denominada “*revolución psicofarmacológica*”, que marcó no sólo la asistencia clínica a los pacientes con enfermedades mentales sino su afrontamiento a ésta. Estos nuevos medicamentos permitieron de formas más eficaz tratar los trastornos mentales, además, ésta “*revolución psicofarmacológica*” hizo posible un nuevo tipo de organización asistencial, disminuyendo así las institucionalizaciones ⁽²⁷⁾.

A lo largo de la evolución histórica de la Salud Mental no existe un progreso en las diferentes prácticas terapéuticas que permita el reemplazo o sustitución de unas por otras; sino, más bien, un incremento, una suma de conocimientos que, unidos, permiten el avance de las técnicas de tratamiento ⁽¹⁷⁾.

Todos estos avances científicos y técnicos mencionados anteriormente, están especialmente destinados a aquellas personas con enfermedad mental grave y prolongada, es decir, aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves como son esquizofrenias o trastornos afectivos bipolares, que, mantenidas en el tiempo, pueden llevar a un gran nivel de deterioro tanto a nivel laboral, social o personal, además de a un cierto nivel de minusvalía que impediría su integración en el entorno de una manera autónoma y normalizada. En ocasiones especiales, trastornos como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo, pueden incluirse dentro de estas limitaciones, puesto que pueden condicionar la vida del individuo de la misma manera que los anteriores ⁽²⁸⁾.

5.3 Continuación de cuidados y sistemas de apoyo comunitario

La dificultad de tratar con este tipo de pacientes, con enfermedad mental grave y prolongada es, que no basta solamente con el tratamiento y rehabilitación, ⁽⁹⁾ es necesario también, un proceso integrado de atención socio sanitaria.

Esta atención integral a la población con enfermedad mental requiere de una extensa red de servicios psiquiátricos completa y adecuada, así como de la existencia de una red de equipamientos sociales.

El Instituto Nacional de la Salud Mental de EEUU ha acuñado el concepto de “*Sistema de Apoyo o Soporte Comunitario*” que abarca las atenciones sociales de una red coordinada de servicios, recursos y programas de atención psiquiátrica, rehabilitación y soporte social para ayudar a dichas personas a mantenerse y funcionar en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible. Dejando atrás las instituciones psiquiátricas, que ya no tenían el sentido que tenían en su origen de aislar al enfermo por ser considerado peligroso o por desconocimiento de los cuidados específicos. ⁽²⁹⁾.

La psiquiatría comunitaria favorece la organización de las personas con enfermedades mentales en la comunidad, en su propio entorno social y familia. España, no se unió a este proceso de salud mental comunitaria hasta la década de 1980, gracias al surgimiento de la democracia, que consiguió una transformación de la asistencia psiquiátrica ⁽³⁰⁾.

En Reino Unido, existen sobradas evidencias de los logros de la psiquiatría comunitaria. En Londres, la extensión de la atención psiquiátrica comunitaria en la ciudad es enorme comparada con la de Polonia y Eslovaquia. Un reciente estudio acerca de los llamados “*Primary Care Trusts*” en dicha ciudad, en dos de los tres dispositivos asistenciales en Salud Mental existe un psiquiatra que sirve de nexo con los servicios de urgencias; existen, además, multitud de municipios en esa ciudad donde existen equipos de intervención de crisis, denominados: “*equipos asertivos móviles*” y “*equipos de salud mental comunitaria*”, además de una serie de “*servicios de vigilancia y control*” y de “*programas de tipo laboral*”.

Los resultados de dichos estudios en determinados países afectados económicamente, como puede ser Portugal, en lo referente a la atención del paciente

con trastornos mentales, la elaboración y posteriormente la promulgación de una ley en 1963, posibilitó el reemplazo de seis instituciones psiquiátricas por dieciocho nuevos centros de salud mental. En el año 1984, toda esta atención al enfermo mental estaba ya integrada en un departamento ministerial. Como dato curioso, se encuentra el caso de Holanda, único país de la unión europea cuyo número de instituciones psiquiátricas se ha visto en aumento, por un lado, por el gran incremento de pacientes psicogerítricos y, por otro lado, por la falta de financiación en lo que a los servicios de apoyo comunitario psiquiátricos se refiere.

Existen también notables excepciones de países dentro de la Unión Europea donde la psiquiatría comunitaria no ha encajado. En Viena, pese a la realización de estudios y experimentos que prometían mejorar la asistencia al enfermo mental favoreciendo su integración a la comunidad, se ha observado que, en lo referente a la psiquiatría, y, como se da en el resto de las ramas médicas de ese país, la hospitalización sigue siendo la base del cuidado ⁽³¹⁾.

En España, también se ha comenzado a utilizar el Soporte Comunitario, con el fin de integrar de la mejor manera posible a la persona con enfermedad mental en la sociedad, cambiando así, la forma de asistir a estas personas. Una de las pruebas en España de desinstitucionalización ha sido la progresiva supresión de los ingresos psiquiátricos y la organización de dispositivos asistenciales que permitieran al enfermo integrarse en la comunidad. El problema de instaurar estos planes de desinstitucionalización es principalmente la falta de recursos económicos y de estructuras alternativas.

En España, la asistencia al paciente psiquiátrico varía de unas Comunidades Autónomas a otras.

1. Cuatro Comunidades Autónomas tienen una normativa específica en Salud Mental. Las demás Comunidades disponen únicamente de estructuras parciales o directamente carecen de ellas.
2. A la hora de organizar los servicios y dispositivos para la asistencia psiquiátrica se utiliza la limitación geográfica ordenándose así los recursos según la Comunidad Autónoma. Siendo la utilización de estos recursos distinta de una comunidad a otra.

3. A la hora de la atención ambulatoria, existen distintos modelos para asegurar la adherencia terapéutica de una comunidad u otra, incluso de una provincia a otra ⁽³²⁾.

Existe una gran discriminación relacionada con los trastornos psiquiátricos que constituyen, en sí mismos, unas barreras sociales para la utilización de los dispositivos de atención disponibles para la población general. De igual forma, la situación económica precaria de gran parte de los usuarios constituye también otra barrera importante.

La asistencia a la enfermedad mental ha evolucionado en los últimos años, ello se debe a un cambio en la organización de dicha asistencia y a una cada vez mayor sensibilidad a los derechos humanos ⁽³³⁾. Para entender la evolución de dicha asistencia, es importante aclarar el concepto de desinstitucionalización, donde los pacientes psiquiátricos, antes internos durante un tiempo determinado, pasan a disfrutar de una paulatina disminución de estos internamientos en favor de una expansión de una serie de servicios en la comunidad ⁽³⁴⁾.

Por otro lado, para que esta persona, con enfermedad mental sea completamente apta para vivir de manera autónoma, es necesario que, tanto la red de Salud Mental como los distintos dispositivos, ya sean sanitarios o sociales, realicen un trabajo de integración.

Para prestar los adecuados servicios tanto en el tratamiento como en el cuidado de aquellas personas con enfermedad mental ⁽²⁹⁾ se han desarrollado una serie de dispositivos asistenciales en la Salud Mental, que son todas aquellas vías de entrada a la red asistencial de la salud mental. Estos dispositivos van encaminados a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico.

- a. Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Son aquellas unidades ubicadas dentro de los Hospitales Generales, su objetivo es la evaluación del paciente, la realización de pruebas diagnósticas y el tratamiento de aquellos pacientes con sintomatología aguda.

Las funciones de la enfermería en esta unidad son, por un lado, la realización de una atención continuada de 24 horas, por un equipo multidisciplinar, cuyo objetivo es el

restablecimiento tanto el estado de la persona como los vínculos socio-familiares, en el tiempo más breve posible; y, por otro lado, realizar una correcta atención de urgencias psiquiátricas

b. Unidad Rehabilitadora de Media Estancia (UME).

Es la unidad donde se atiende al paciente con enfermedad mental larga y prolongada, que necesiten algún tipo de contención y donde por razones de edad, no está aún indicado su ingreso en una unidad de larga estancia. Cabe destacar que el período de internamiento es de 6 meses a un año. En esta área, la enfermería debe realizar funciones para una correcta asistencia integral al paciente, realización de psicoterapias, actividades de ocio... y, por último, apoyo al entorno cercano del paciente, familia y amigos ⁽³⁵⁾.

Para la correcta integración social y rehabilitación de estas personas, es de vital importancia el entorno social próximo y una red de apoyo a estas personas con enfermedad mental. La familia, es, de hecho, uno de los mayores agentes rehabilitadores.

Muchas veces, la familia y los amigos tienen sentimientos de culpabilidad, miedo o dudas a la hora de enfrentarse a la noticia de que su ser querido padece un trastorno mental. Por esta razón, existen asociaciones destinadas a ellos, que poseen programas para desarrollar y fomentar un sistema de apoyo ⁽³⁶⁾.

Los servicios que realizan estas asociaciones son variados, por un lado, realizan un servicio de acogida y orientación familiar, el cual se basa en recibir las dudas que la persona pueda tener. Se realizan intervenciones centradas en aspectos relacionados con la enfermedad mental, como pueden ser tratamientos farmacológicos o los efectos secundarios de los mismos, también se otorgan pautas para el manejo de la persona con enfermedad mental, y se advierte del peligro de la sobreprotección; y, por otro lado, las asociaciones constan de un servicio de intervención familiar, consistente en desarrollar sistemas de apoyo social a familias a través de talleres de psicoeducación y la potenciación y desarrollo de redes de ayuda mutua como son los grupos de ayuda ⁽³⁷⁾.

En definitiva, la familia y allegados son de gran relevancia en la reinserción en la comunidad de estas personas por lo que deben involucrarse en los cuidados y seguimiento de éstas ⁽³⁸⁾.

c. Unidad Rehabilitadora de Larga Estancia (ULE)

En este tipo de unidad se realiza una atención aquellos enfermos mentales crónicos que presentan grandes problemas para integrarse en la sociedad, más específicamente a aquellos que han permanecido años ingresados en un hospital psiquiátrico. La derivación a este tipo de unidad será siempre realizada bajo un estricto criterio clínico y apoyada por un informe psicosocial.

La enfermería, en esta área, se encargará de la realización de actividades básicas para la rehabilitación, así como de actividades de tiempo libre, ocio y convivencia

d. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP)

Son unidades que cuentan con una serie de recursos que ayudan a recuperar o adquirir los hábitos y capacidad necesarios para acceder al mundo laboral y apoyar su integración

En este tipo de unidades la enfermería realiza: programas para la mejoría de la autonomía de estas personas y les prepara para la reinserción tanto social como laboral ⁽³⁵⁾.

Es muy importante reseñar que el desempleo y la marginación del enfermo mental afectan en gran medida a su integración al mundo laboral. La mayoría de las personas con enfermedades mentales que se encuentran integrados en la comunidad se encuentran en situación de desempleo. En ello influyen factores como pueden ser los déficits comportamentales, la falta de experiencia laboral previa al trastorno psiquiátrico, la inexistencia de recursos que favorezcan la rehabilitación laboral y la marginación y el estigma que acarrea ser una persona con enfermedad mental ⁽³⁰⁾.

Una serie de estudios ha investigado los resultados laborales entre cohortes de personas con enfermedad mental larga y prolongada una vez se encuentran integradas en la comunidad. Estos estudios demuestran muy bajas tasas de empleo en varios cortes temporales. Otros estudios sugieren que los dispositivos de rehabilitación laboral no son tan efectivos en personas con enfermedad mental larga

y prologada como pueden serlo en personas con discapacidad intelectual, entre otras razones, por la falta de recursos socioeconómicos destinados a ellas ⁽³⁹⁾.

e. Centro de Salud Mental (CSM)

Son aquellas unidades cuya finalidad es la atención psiquiátrica especializada a pacientes remitidos desde atención primaria y otros dispositivos sanitarios. En este tipo de centro: se realiza una atención asistencial a aquellas personas con un trastorno mental, se asesora a los diferentes equipos de Atención Primaria, se desarrollan distintas actividades como pueden ser: programas de psicogeriatría, o programas de intervención en drogodependencias ⁽³⁵⁾.

La enfermera en este tipo de centro tiene una importante función en la adherencia terapéutica

En las personas con enfermedad mental grave y prolongada la falta de conciencia sobre su enfermedad y la larga continuidad en el tiempo de la misma, implican una falta de adherencia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como *“la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento”* ⁽⁴⁰⁾.

La principal causa por la cual no se obtienen los beneficios que tanto las terapias como los medicamentos pueden proporcionar al paciente es el incumplimiento del mismo ⁽¹⁶⁾. La adherencia terapéutica puede llevar al paciente al éxito o al fracaso en función de si éste está concienciado de su enfermedad o no.

Los enfermos con padecimientos crónicos pueden tener, por circunstancias de su vida, momentos en los que pueden recaer, esto, puede implicar que no sigan las instrucciones de los sanitarios, por lo que su situación podría agravarse más, además, existen estudios que manifiestan que las recaídas se van presentando cada vez más severas y éstas son por la falta de adherencia al tratamiento; esto conlleva un riesgo de retrocesos hasta del 100% en aquellos pacientes que interrumpen el tratamiento ⁽⁴⁰⁾.

Para evitar los retrocesos en el tratamiento de este tipo de enfermos, se ha desarrollado la medicación psiquiátrica inyectable Depot, de acción prolongada. Este tipo de medicación fue creada para mejorar la adherencia terapéutica. El inicio de su comercialización, fue a finales de la década de los setenta, hoy en día, con el enorme

avance e investigación, los efectos tanto secundarios como derivados de su administración se han visto muy reducidos, permitiendo de esta manera una mejor conformidad para la persona. En enfermería existe un protocolo específico para el inyectable Depot, cuyo objetivo es conseguir un mejor control de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la persona. En dicho protocolo aparece: el tipo de inyectable, así como la dosis y la frecuencia del mismo, la necesidad de una toma de constantes y evaluación de peso y efectos secundarios. Es importante resaltar que es en la consulta de enfermería donde el paciente es recibido de manera periódica para la administración del Depot, de tal manera que se puede realizar una buena valoración y seguimiento del paciente ⁽⁴¹⁾.

f. Centro de Día (CD)

Se trata de centro cuyo principal objetivo es el tratamiento de aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos que se encuentran en una situación de dependencia. Cuentan con una serie de servicios destinados a la asistencia de estas personas, favoreciendo su autonomía e independencia para que puedan ser integradas correctamente en la sociedad.

g. Hospital de Día (HD)

Los hospitales de día son una alternativa al ingreso, consiste en una hospitalización parcial con un tratamiento intensivo tanto psicofarmacológico, como psicoterapéutico que no puede realizarse desde el dispositivo ambulatorio habitual.

h. Alternativas Residenciales:

- i. Mini-residencias: son unas unidades residenciales con apoyo y supervisión constante por parte de la unidad de salud mental. Dichas residencias están destinadas a aquellas personas con trastornos mentales de menores 65 años y con una dependencia considerable.
- ii. Viviendas tuteladas Este tipo de viviendas son destinadas a aquellas personas que gozan de cierta autonomía y relaciones sociales, pero requieren una supervisión, fundamentalmente por parte de la enfermera. Este tipo de servicio tiene como objetivo integrar de la manera más armoniosa posible a las personas en la comunidad.

- iii. Pisos sociales protegidos Este tipo de piso tiene como objetivo incorporar a la comunidad a las personas con enfermedad mental con una completa independencia y autonomía.
- iv. Pisos propios Este tipo de dispositivo es para aquellas personas que poseen una vivienda propia, ya sea porque tienen su propia familia o porque sus cuidadores habituales, por lo general sus padres, han fallecido. En la actualidad, en nuestro país, este dispositivo no es demasiado utilizado puesto que no existen los suficientes sistemas ⁽³⁵⁾.

Es importante destacar la labor de la enfermería especialista en Salud Mental en todos estos dispositivos asistenciales. Puesto que puede realizar diversas y variadas actividades como son: educar sobre la medicación, supervisar la adherencia, valorar sus efectos con intervenciones individualizadas... es importante resaltar que la enfermera es responsable del uso de los psicofármacos, es decir, de su administración, supervisión, valoración de sus efectos, realizar actividades de ocio, programas de rehabilitación... ⁽⁴²⁾.

6. Discusión

La enfermedad mental ha existido desde siempre. La forma de entender la salud mental ha cambiado drásticamente. No es necesario remontarse a tiempos remotos para asociar la locura con algo sobrenatural, en Europa, hasta hace unos años, se seguía sin comprender al enfermo mental, manteniéndole aislado del resto de la sociedad, en instituciones psiquiátricas.

Históricamente, estas instituciones habían tenido una función muy importante, puesto que eran una única forma de realizar los cuidados adecuados a un tipo de persona en concreto, las cuales normalmente carecían de recursos y normalmente se encontraban al margen de la sociedad y del sistema sanitario, que no ofrecía cobertura a estos pacientes permaneciendo marginados en comparación con el resto de patologías. El mayor problema de la institucionalización surgió cuando, con el paso de los años, estos enfermos se aislaban del resto de la sociedad, provocando en ésta última una sensación de estigma y rechazo a estos pacientes con enfermedad mental.

Tras la realización de variados estudios se llegó a la conclusión de elaborar una red de servicios más permisiva con los usuarios de estos centros, permitiéndoles poco a poco su desinstitucionalización y su posterior rehabilitación en la sociedad con la intención de integrarse completamente y ser miembros activos de la comunidad.

Esta desinstitucionalización ha tenido más éxito en unos países que en otros. Los países anglosajones nos sacan años de ventaja a España, entre otras razones por la tardanza en nuestro país en elaborar una normativa adecuada en lo referente a la psiquiatría comunitaria y por la falta de recursos socioeconómicos que se destinan a la misma.

No obstante, una vez que se desinstitucionaliza a un paciente no es simplemente liberarle a la sociedad, son necesarios una serie de dispositivos que favorezcan su rehabilitación y su seguimiento terapéutico. Esta serie de dispositivos se han ido perfeccionando a lo largo de los años contando en ciertos países con una extensa red de servicios asistenciales psiquiátricos para estas personas.

Para la correcta integración de éstas personas en la sociedad, es necesario la realización de un seguimiento terapéutico, puesto que, sin ello, la persona recaería

más en su enfermedad pudiendo llegar a agravarla. Este seguimiento consiste en valorar periódicamente si tiene una correcta adherencia al tratamiento, favorecer al máximo su autonomía, reforzar el vínculo con su familia y amigos... para estas funciones y otras la labor de la enfermería en estos dispositivos es clave.

En España, la distribución de estos dispositivos es dispar. La asistencia psiquiátrica en nuestro país depende de las Comunidades Autónomas y su organización de recursos socioeconómicos varía de unas comunidades a otras, influyendo directamente en la calidad de vida y la recuperación de estas personas. En conclusión, el paciente está en la sociedad sí, pero sin los recursos suficientes como para decir que se encuentra integrado en la misma.

Los pacientes con trastornos mentales siguen sufriendo grandes problemas de marginación y rechazo, para ello, entre los dispositivos asistenciales en la atención psiquiátrica se encuentran la rehabilitación social y laboral. Estos sistemas consisten en integrar poco a poco en la sociedad y en el mundo laboral a estas personas. Cabe destacar que, debido a la falta de recursos anteriormente mencionados, en nuestro país, la mayoría de los usuarios se encuentran desempleados. Se han realizado una serie de investigaciones y estudios para explicar esta razón y se ha concluido que estos dispositivos de rehabilitación laboral no son tan efectivos como en las personas que sufren de discapacidad intelectual entre otras razones por la falta de recursos socioeconómicos, y sus propios trastornos psiquiátricos que pueden ocasionar recaídas en su enfermedad.

Para finalizar cabe desatar que, pese a la gran cantidad de avances que se han producido en la asistencia al enfermo mental, nos queda aún un largo camino que recorrer para su completa integración en la sociedad y no sólo eso, para eliminar el estigma y la marginación que, incluso hoy en día, persigue a estas personas.

7. Conclusiones

- La gran variedad de enfermedades mentales, su gravedad y tendencia a aumentar, han dado lugar a cambios a la hora de realizar los cuidados a este tipo de personas.
- Se han producido grandes avances científicos que han demostrado su eficacia y mejoran la calidad de vida de las personas con enfermedad mental paramiento la desinstitucionalización del enfermo mental
- La asistencia a los enfermos mentales ha evolucionado con los años, por el cambio de organización, más permisiva y que favorece más la correcta integración en la comunidad.
- El papel de la enfermería en la Salud Mental es de gran relevancia no sólo para la realización de técnicas sino por la importante labor que ejerce en los dispositivos asistenciales
- En la actualidad, queda un largo camino que recorrer para que los pacientes con enfermedad mental estén correctamente integrados en la sociedad y para eliminar el estigma y el rechazo asociado a su enfermedad.

8. Bibliografía

1. OMS | Salud Mental. WHO [Internet]. 2017 [citado 30 de enero de 2018]; Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. OMS | Salud Mental: un estado de bienestar. WHO [Internet]. 2014 [citado 30 de enero de 2018]; Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
3. Organización Mundial de la Salud. Invertir en: Salud Mental. Book [Internet]. 2004 [citado 30 de enero de 2018];52. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
4. Historia - Salud Mental [Internet]. [citado 4 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/modelo-comunitario-de-atencion-en-salud-mental/historia/>
5. Evolución de la Atención Psiquiátrica | AMAFE [Internet]. [citado 6 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.amafe.org/que-es-la-esquizofrenia/evolucion-de-la-atencion-psiquiatrica/>
6. Zaraida Moreno Mallenco. Valoración de necesidades del trastorno mental severo a partir de la evolución de la enfermería en salud mental. 2015 [citado 6 de julio de 2018]; Disponible en: [http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/248/Valoración de necesidades del trastorno mental severo a partir de la evolución de la enfermería en salud mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/248/Valoración%20de%20necesidades%20del%20trastorno%20mental%20severo%20a%20partir%20de%20la%20evolución%20de%20la%20enfermería%20en%20salud%20mental.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

7. Vaquiro Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER INFORMAL CARE CHALLENGE ASSUMED BY WOMEN. 2010 [citado 4 de febero de 2018];(2):9-16. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf
8. Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 2006 [citado 3 de marzo de 2018];24(24):112-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a12.pdf>
9. Prata JP, Estragués PG. Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. Rev española enfermería salud Ment. 2017 Jun [citado 2018 Jul 2]; 1:28–34.
10. Marie Françoise Collière (1930-2005). Rev cubana Enfermer [Internet]. 2005 Abr [citado 2018 Jun 23]; 21(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es
11. La Orden Hospitalaria – Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia [Internet]. [citado 6 de julio de 2018]. Disponible en: <https://sanjuandedios-palencia.com/portal/la-orden/>
12. Hermanas Hospitalarias - Centro Sociosanitario Palencia [Internet]. [citado 6 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.hospitalariaspalencia.es/>
13. PortalesMedicos.com. Revista electrónica de PortalesMedicos.com. [Internet]. PortalesMedicos.com; [citado 6 de julio de 2018]. Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/bibliografia-aportaciones-hildegard-peplau-enfermeria-psiquiatrica/>

14. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad E. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009;30-7; [citado 18 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>

15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Minist Sanid y Consum [Internet]. 2007 [citado 07 de julio de 2018];;1-170. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

16. Organización Mundial de la Salud. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL HELSINKI. 2005 [citado 18 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>

17. Galende E. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica [Internet]. 1990 [citado 24 de abril de 2018]. 294 p. Disponible en: <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/01/galende-emiliano-psicoanalisis-y-salud-mental.pdf>

18. Psicológica C. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de. Revista Psiencia [Internet]. 2009 [citado 29 de abril de 2018];1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127084005.pdf>

19. Electroshock: Terapia electro convulsivante| Dr.Romeu y asociadas [Internet]. [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.drromeu.net/electroshock-terapia-electro-convulsivante/>

20. JI FÁ, Contreras L, Mp AA, Torre P La, Ruiz B. Terapia electroconvulsiva. ¿cuándo y cómo se aplica? Electroconvulsive therapy. When and how to apply? [citado 4 de mayo de 2018]; Disponible en: http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201312/1731_rt_terapia_electroconvulsiva.pdf
21. Protocolo. DEFINICIÓN, OBJETIVOS E INDICACIONES. 2015 [citado 4 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DProtocolo+TEC+12+de+Octubre.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital+12+de+Octubr>
22. Inmaculada A, Niño H, Martín EM, Diaz C, Villa DELA, Burguillo AG, et al. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA TERAPIA ELECTRO - CONVULSIVA (TEC). 2011 [citado 4 de mayo de 2018].;56(1):2011. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/936ecd95-9830-4ff4-be7c-625aa04a086d/8ddcd7cf-4748-4d69-80f3-a40e8b99e57c/Cuidados_enfermeria_tec.pdf
23. Fundación Manantial. Centro de rehabilitación social [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.fundacionmanantial.org/atencion-social-crl.php>
24. Pedrosa-Sánchez M, Sola R.G. La Moderna psicocirugía un nuevo enfoque de la Neurocirugía en la Enfermedad psiquiátrica. Rev neurol. 2003 [citado 10 de mayo de 2018].;36 (9):887-97. Disponible en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/7f8c/054c2bb0de2e074790c95a3305802f699162.pdf>

25. Choque con metrazol o cardiazol [Internet]. 2018. [citado 15 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/choque-con-metrazol-o-cardiazol>

26. Buzzi A, Doisenbant AR. Evolución histórica de la Medicina. Psiquis Evol [Internet]. 1998 [citado 15 de mayo de 2018];19 (5):183-200. Disponible en: http://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf

27. Álamo C, Cuenca E, López-Muñoz F. Avances en Psicofarmacología y perspectivas de futuro. [citado 18 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/viewFile/539/557&a=bi&pagenumber=1&w=100>

28. Discapacidad BDELA. Población con Enfermedad Mental Grave [Internet]. 2003 [citado 24 de abril de 2018]. 1-351 p. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PoblacionconEnfermedadMentalGrave.pdf>

29. Regional CM. PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL. 2012 [citado 19 de mayo de 2018]; Disponible en: <https://www.dipsegovia.es/documents/963029/2495334/Proceso+Personas+Discapacidad+Mental.pdf>

30. Sánchez Rodríguez O. Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. [Internet]. Rev Inf la Asoc Prof Española Ter Ocup. 2001;(27):79-86. [citado 7 de julio de 2018]; Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007056.pdf>
31. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Desarrollo historico de los servicios de salud mental en Europa [Internet]. Salud mental en Europa : políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. 2007. 39-69 p. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
32. DEFENSOR DEL PUEBLO INFORMES, ESTUDIOS Y DOCUMENTOS ESTUDIO Y RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA SITUACION JURIDICA Y ASISTENCIAL DEL ENFERMO MENTAL EN ESPAÑA. 1991 [citado 7 de julio de 2018]; Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/09/Situación-jurídica-y-asistencial-del-enfermo-mental-en-Españ.pdf>
33. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Solano C, García E, Gabaldón E. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en Salud Mental. Cult los Cuid [Internet]. 2001 [citado 8 de abril de 2018].;5(9):27-33. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5050/1/CC_09_06.pdf
34. Argemí MD i, Tirado F., Traveset S, Vitores A. La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. Educación Social Rev de intervención socioeducativa [Internet]. 1999 [citado 1 de Julio de 2018].;(12):20-32. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/144294/196063>

35. Alfaro Latorre M. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Organización en las comunidades autónomas. 2011 [citado 7 de julio de 2018]; Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
36. Asociación DOA [Internet]. [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.asodoa.org/atencion_familias_allegados_allegadas.html
37. Servicio de Apoyo a Familias y Amigos de PCEM - [Internet]. 2018 [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://asociacionamanecer.org/apoyo-familias-amigos-personas-enfermedad-mental/>
38. Enfermero especialistas en Salud Mental - educaweb.com [Internet]. 2018 [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.educaweb.com/profesion/enfermero-especialistas-salud-mental-505/>
39. Departamento de Programas, Evaluación e Investigación, FAISEM. Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una revisión actualizada de los modelos de intervención. [Internet] 2007 [citado 07 de julio de 2018]; Disponible en: http://www.faisem.es/index.php/es/documentacion/publicaciones-propias/item/download/159_330018a29b53d3ba2e8562c6d3303082
40. Salinas Cruz E, Guadalupe M, Galán N, En Enfermería L, En Enfermería En Educación M. www.medigraphic.org.mx Adherencia terapéutica. Enf Neurol [Internet]. 2012 [citado 18 de mayo de 2018];11(2):102-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

41. María D, Ayuso R. Actividades de la vida diaria. An Psicol [Internet]. 2007 [citado 18 de mayo de 2018];23(2):264-71. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/f7c87d36-fe3e-438b-80a3-b319d8e0dce3/a97644c5-0ab0-4541-93d4-2e32e0b59294/poster_congreso__alicante.pdf
42. Garzón Boch, C; Barrios Sánchez, MJ. Actuación de la Enfermera Especialista en Salud Mental e. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2012 [citado 18 de mayo de 2018];1. Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/5conf17_60531.pdf