

Especialidades y Enfermería de Práctica Avanzada

Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería

Silvina Malvárez

Enfermera, doctora en Ciencias de la Salud. Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington DC.

E-mail: malvares@paho.org

Introducción

El abordaje de este tema remite a la historia de la enfermería psiquiátrica, al futuro de la salud mental en la comunidad y al momento de transición en que las prioridades y urgencias sociales y las dificultades de los servicios demandan de la enfermería una contribución especial, no solo técnica vinculada a la práctica de la atención en salud mental, sino también política, relacionada con la transformación del modelo asistencial dominante.

Una buena parte de la presentación discurre sobre el problema complejo de la salud mental en el mundo y en América Latina, la otra reflexiona sobre la contribución de la enfermería.

Se han revisado documentos de posición de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y de la enfermería en salud mental. Se han recogido experiencias de desarrollo y estudios científicos sobre el tema. La compilación y síntesis permite replantear un debate que se renueva en tanto las transformaciones necesarias caminan con lentitud, a veces retroceden y siempre son vigentes a la hora de la generación y sustentación de pensamientos y prácticas efectivas que respondan a las prioridades de salud y contribuyan a defender los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico.

Marcos globales y regionales de la salud mental

En los últimos años la salud ha devenido cuestión política mundial instalándose en la agenda de los Estados y la gobernanza global como tema de prioridad. Mejoras increíbles en la calidad de vida y salud coexisten con profundas inequidades y emergencias de viejas y nuevas enfermeda-

des y amenazas. Tres hitos dan cuenta de esta prioridad en la salud pública mundial:

- La Declaración del Milenio adoptada por las Naciones Unidas en el año 2000, por la cual los gobiernos del mundo hicieron un llamamiento a la sociedad global a trabajar para lograr en el año 2015 los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ONU, 2000). La importancia de este documento para la salud mundial radica en que los ocho objetivos se destinan al desarrollo y constituyen determinantes de la salud; tres de ellos específicamente indican que la salud es clave para el desarrollo; así el control de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y el combate al VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades representan hitos centrales del desarrollo. Los otros cinco comprenden: terminar con la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, contribuir a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, proteger el medio ambiente y promover una alianza mundial para el desarrollo.
- La declaración de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud que lleva por nombre "Subsanar las Desigualdades en una Generación" (CDSS - OMS, 2008), hace una llamada a la equidad en salud indicando que las condiciones económico-sociales y los estilos de vida de los pueblos junto con el poder, el dinero y los recursos constituyen determinantes sociales de la salud que causan inequidades que impiden el derecho a la salud y se encuentran en la base de las enfermedades y el sufrimiento humano. La declaración hace una llamada a mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones con el objeto de alcanzar la equidad sanitaria.

- La Renovación de la Atención Primaria de la Salud convoca al mundo a transformar los sistemas de salud para alcanzar la equidad y atender las prioridades, basándose en cinco fallos comunes de la atención de salud: atención inversa, atención empobrecedora, atención fragmentada y en proceso de fragmentación, atención peligrosa y atención inadecuada. Así, en su documento "La atención primaria de salud más necesaria que nunca" (OMS, Informe Salud en el Mundo, 2008) la OMS convoca a realizar reformas en pro de la cobertura universal, reformas en la prestación de servicios, reformas en las políticas públicas y reformas del liderazgo. Al mismo tiempo y con anterioridad la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) en su documento de renovación de la APS estableció que la APS es un conjunto de valores, principios y elementos destinados a lograr el derecho a la salud y proveer al acceso universal a la atención de salud.

En el contexto mundial y regional de estos llamamientos, el tema de la salud mental se ha instalado también como una preocupación mundial y enorme deuda de las sociedades para con esta compleja dimensión del ser humano. La salud mental, aspecto crucial del bienestar humano, ha pasado mucho tiempo olvidada y cristalizada en la historia, abandonada de la política y los recursos sociales. Sin embargo, la transformación mundial de la posición sobre la salud desde el año 2000 y la perspectiva integral y compleja de la salud humana que dicha transformación ha generado en el mundo del pensamiento y de la política, junto con los acuciantes problemas de sufrimiento psíquico de vieja y nueva data, instalan también en el debate mundial esta preocupación.

Unos 500 millones de personas en el mundo sufren problemas mentales y todas corren el riesgo de sufrirlos debido a los cambios sociales, a estilos de vida poco saludables, a las relaciones familiares disfuncionales y prácticas sociales y políticas adversas, a la pobreza, al abandono, la intolerancia, el estigma y la discriminación. Los problemas de salud mental son comunes en todos los contextos de la atención de salud y derivan en consecuencias personales, familiares y sociales a veces catastróficas.

Se calcula que el 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (OMS, 2001 y mhGAP OMS, 2008). A nivel mundial los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades. En 1990 se calculaba que los problemas de sufrimiento psíquico y las afecciones neurológicas explicaban el 8% de los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en 2004 esa carga había aumentado al 22% (Kohn et ál, 2005 y OPS, 2007). Estudios epidemiológicos recientes indican que las psicosis no afectivas, la depresión mayor, las distimias, el trastorno bi-

polar, los problemas de ansiedad y de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y el abuso de alcohol constituyen las ocho primeras causas de morbilidad en América Latina y el Caribe (Kohn et ál, 2005). Al mismo tiempo, un estudio de brechas de tratamiento muestra que del 70 al 80% de estos trastornos no son tratados.

Sumado a ello, un conjunto de problemas emergentes incluye la violencia, las consecuencias de problemas como la infección con el VIH y los desastres naturales, los problemas infanto-juveniles, la cronicidad de las personas internadas en hospitales psiquiátricos de larga estancia, el aumento del suicidio, las consecuencias de la urbanización caótica, el riesgo de los grupos vulnerables (mujeres, ancianos, indígenas, presos, desplazados), las consecuencias de la guerra y los conflictos armados y el aumento de las enfermedades crónicas, completan el cuadro de gravedad que el sufrimiento psíquico aporta a las sociedades.

Sin embargo, el reconocimiento de nuevos sufrimientos mentales, la preocupación mundial por la salud mental y un conjunto de decididas definiciones de los gobiernos y las comunidades sobre la urgencia de la transformación de la atención psiquiátrica y sus propuestas, señalan un periodo de cambio de paradigma. La más importante expresión de inicio del cambio es la crítica al hospital psiquiátrico tradicional. Esta crítica plantea cuatro objeciones: *la objeción ético-jurídica* que se fundamenta en la violación sistemática a los derechos humanos de las personas internadas; *la objeción clínica* que indica la ineficacia terapéutica del hospital y la condición patogénica de cronicidad; *la objeción institucional* que denuncia el carácter cerrado de la institución y la práctica sistemática de violencia física y psicológica; y *la objeción sanitaria* que desvela las distorsiones del sistema de atención en la concentración desmedida e inamovible de recursos en este tipo de institución (Rodríguez et ál, 2009).

Luego, el análisis de los determinantes sociales de la salud mental muestra el impacto de las condiciones sociales y económicas, así como políticas en la producción de sufrimiento psíquico. Los determinantes estructurales (distribución desigual de poder, dinero y recursos) y las condiciones de vida en su conjunto constituyen determinantes sociales de la salud mental (CDSS-OMS, 2008). La pobreza, la urbanización caótica, la carencia de vivienda, el desempleo, las precarias condiciones de trabajo, los déficits en la educación, la legislación y los sistemas penitenciarios (Rodríguez et ál, 2009) son causas sociales de problemas mentales.

Seguidamente, el reconocimiento de la noción de déficits sociales muestra que las sociedades reconocen ahora un conjunto de déficits expresados en modos organizados de respuesta social a los problemas de salud mental: déficit de valores, de defensa y ejercicio de derechos, déficit de conocimientos, de políticas y leyes, de organización sanitaria (90% de recursos destinados al hospital psiquiátrico, 1% a

la atención de salud mental en la comunidad) y de tratamiento (70 a 80% de problemas sin tratamiento). Por último, una señal de cambio se relaciona con los movimientos y propuestas mundiales por una "nueva salud mental".

La crisis del paradigma de la psiquiatría tradicional encamina el pensamiento y la acción hacia la salud mental comunitaria basada en una concepción compleja de la salud mental que la entiende como un proceso histórica y socialmente determinado, que propone la construcción de una red de servicios comunitarios de atención. Este cambio de paradigma no es reciente; su inicio se visualiza hacia la década de los años sesenta, sin embargo, aun cuando los progresos han sido sustantivos, los retornos han sido similares y la configuración mundial muestra la coexistencia de concepciones, prácticas y modelos de atención que, preocupantemente, avizora todavía una extensa época de transición.

Propuestas y desarrollos mundiales

Hasta el final de la Segunda Guerra Mundial el modelo manicomial de atención a los problemas mentales no había enfrentado crítica alguna, aunque las corrientes fenomenológico-existenciales de Jasper y la psicodinámica de Freud, aun sin entrar en una crítica severa, se constituyen en un aporte fundamental a la transformación de la concepción de la enfermedad mental y de la relación terapéutica.

A mediados del siglo XX surgen cuatro fenómenos que modifican la concepción y práctica de atención a los trastornos mentales. Ellos son:

- La declaración de la Organización Mundial de la Salud (1948) que por primera vez define la salud como estado de "completo bienestar físico, mental y social".
- El advenimiento de los psicofármacos que inauguran el control químico de la conducta perturbada, asentando sobre la concepción biológica de la causalidad en la década de los años cincuenta.
- La transferencia al campo de la psiquiatría del modelo ecológico-preventivo de Leavel y Clark, adoptado por Gerald Caplan en su histórico libro *Principios de Psiquiatría Preventiva* (Caplan, 1966).
- La crítica a la psiquiatría como proceso de control social y al manicomio como principal efector de esa concepción.

Así, la Ley Kenedy en EE. UU. en la década de los sesenta propone el cierre de los manicomios y la instauración de servicios de psiquiatría comunitaria, la psiquiatría de sector en Francia y las comunidades terapéuticas en Inglaterra preceden en el tiempo y confluyen en la reforma psiquiátrica italiana propuesta por Franco Basaglia como el movimiento de "psiquiatría democrática" proponiendo el cierre de los manico-

mios y su reemplazo por servicios de salud mental humanizados, que defienden los derechos y proveen atención efectiva a los pacientes así como recuperación. El impacto de estos movimientos fue grande en el mundo y especialmente en América Latina donde generó procesos de transformación de la atención psiquiátrica importantes como en Brasil, Argentina, Cuba, entre otros, desde principios de los ochenta.

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud convocó la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que marcó un hito relevante en la historia de la transformación (Caracas, 1990). En 2001 la Conferencia de Washington reafirmó los fundamentos y propuestas de Caracas y en el mismo año la Organización Mundial de la Salud publicó el "Informe sobre la Salud en el Mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas" (OMS, 2001) haciendo una llamada a la acción a los gobiernos del mundo para realizar estudios, poner atención a los problemas de salud mental y transformar la atención. En 2005, la Organización Panamericana de la Salud convocó nuevamente la Conferencia de Brasilia, 15 años después de Caracas, promulgándose los Principios de Brasilia y reafirmando los valores de Caracas y resaltando la necesidad de prestar atención a la vulnerabilidad social, a los problemas de los niños y jóvenes, al consumo nocivo de sustancias y al suicidio.

En 2009, la OPS aprobó la resolución Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (OPS/OMS, 2009) por la cual los gobiernos de las Américas se comprometieron a llevar adelante un plan de cinco áreas estratégicas para abordar los problemas de salud mental en la región y proponer el modelo comunitario de salud mental. Las cinco áreas estratégicas que el plan incluye son la formulación y ejecución de políticas, planes y leyes de salud mental, promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, prestación de servicios de salud mental basados en la Atención Primaria de la Salud, fortalecimiento de recursos humanos y fortalecimiento de capacidades para producir, evaluar y usar información en salud mental. Asimismo, en 2009 la OPS publicó el libro *Salud Mental en la Comunidad* (Rodríguez et ál, 2009) reuniendo los principales estudios y lineamientos para la definitiva transformación de la atención psiquiátrica hacia el modelo de salud mental comunitaria. En 2010 se reunió la Conferencia de Panamá por la cual se divulgaron y reforzaron las medidas recientemente adoptadas y se declaró la década de la extinción de los manicomios para las Américas.

Algunos países han logrado la sustitución del hospital por servicios alternativos, pero la ausencia de un progreso significativo a nivel mundial en la evolución de los servicios y en la mejora de la calidad y disponibilidad de la atención de salud mental en la mayoría de los países radica, según un estudio reciente, en la existencia de múltiples barreras como financiamiento insuficiente, la centralización de recursos

en grandes instituciones, la complejidad de la propuesta comunitaria, los déficits de personal y las debilidades de gestión y conocimientos de salud pública de los dirigentes de salud mental en el mundo (Rodríguez, 2009).

Los nuevos servicios de salud mental deben dar atención integral a las personas que padecen sufrimiento psíquico, a los grupos vulnerables y a toda la comunidad. El foco está puesto en la atención comunitaria donde se desenvuelve la máxima complejidad de atención, la coordinación de servicios, la protección y garantía de derechos y libertades y la promoción y prevención. El proceso supone medidas y prácticas políticas, instrumentos legislativos, desarrollo y transferencia de nuevos conocimientos, intersectorialidad e interdisciplina, cierre de hospitales y generación de una red integral de servicios comunitarios de atención.

¿Cuál ha sido el lugar de la enfermería en este proceso?

La enfermería, en la región de las Américas y en el mundo, se ha comportado orgánicamente con los procesos socio-políticos y científico-técnicos propios de cada época y movimiento en el campo de la salud mental.

El modelo de la enfermería asilar-custodial se configura en los primeros hospicios de alienados en Europa hasta mediados del siglo XVIII y adquiere visibilidad en la Francia de fines de 1700 cuando en La Bicetre y La Salpêtrière aún no estaba instalada la presencia médico-psiquiátrica, ejerciendo la principal misión de aislamiento, vigilancia y aun castigo. Sin embargo, ya en ese momento Jean-Baptiste Pussin –primer enfermero psiquiátrico– trabaja con Pinel en la liberación de los enfermos mentales y promueve el cuidado en la comunidad (Malvárez-Ferro, 1991). Pinel y Pussin impulsan la corriente humanista postulando la asistencia médica de los enfermos, la supresión de cadenas, castigos y hacinamiento (Malvárez, 2007).

La corriente humanista de Pussin y Pinel será superada por el advenimiento de la psiquiatría como rama científica de la medicina que se desarrolla desde principios del siglo XIX basado en una concepción organicista de los trastornos mentales y en la convicción de que la organización del hospital y de las internaciones juega un papel clave en la clasificación, observación, vigilancia y tratamiento de los pacientes.

El modelo de la enfermería psiquiátrica asilar custodial acompaña el proceso de desarrollo científico y práctico de la psiquiatría que tiene como centro el hospital psiquiátrico con fines simultáneos de aislamiento y tratamiento de los enfermos mentales. El ejercicio de la enfermería psiquiátrica se realiza en estos hospitales, la práctica se concentra en los cuidados de la higiene, alimentación, cumplimiento de indicaciones médicas y acompañamiento en tratamientos biológicos.

El modelo de la enfermería psiquiátrica preventiva se incorpora hacia finales de los sesenta con vertientes que provienen al mismo tiempo del movimiento preventivo y del desarrollo conceptual de la enfermería orientados hacia el humanismo. La enfermería adopta los conceptos de Caplan en un doble movimiento, por un lado, conserva su función de cuidado, vigilancia y cumplimiento de indicaciones médicas en el hospital psiquiátrico en donde, además, introduce prácticas recreativas y laborales en la atención de los enfermos; y por otro, adopta el concepto de crisis y multicausalidad de los trastornos mentales orientando sus prácticas hacia actividades y servicios comunitarios de prevención. La enfermería psiquiátrica del momento se enriquece con las teorías de la enfermería de Hildegard Pepleau reorientando el pensamiento hacia una concepción humanista y científica lo que modifica la práctica incorporando la relación terapéutica como eje del cuidado (Malvárez, 2011).

El modelo de la enfermería en salud mental comunitaria se inicia con el movimiento basagliano de los setenta proponiendo la desinstitucionalización, la psiquiatría democrática y la reforma psiquiátrica. En América Latina se inaugura así el movimiento de salud mental que tiene su expresión más intensa en los países del Cono Sur de América y que tiene como protagonistas a muchas enfermeras provenientes de los hospitales psiquiátricos. El proceso de desinstitucionalización e inicio de cambio y cierre de los manicomios se acompaña en varios lugares de creación de centros de atención psicosocial, de servicios de salud mental comunitarios y en hospitales generales donde las enfermeras pasan a ocupar un lugar destacado en la atención a las personas y al desarrollo de los servicios. Las enfermeras adquieren un rol importante en la promoción y protección de la salud mental, en los servicios de atención psicosocial y en los diferentes dispositivos alternativos al manicomio que se crean en redes comunitarias de atención; asimismo, comienza a perfilarse el rol de la enfermera de salud mental en los hospitales generales. Los conceptos que penetran en esta práctica se vinculan a la comprensión de los procesos sociales (políticos, económicos, científicos, organizacionales, familiares) que intervienen en la producción de la salud mental y el sufrimiento psíquico y dan como resultado la creación de prácticas enfermeras integrales e interdisciplinarias orientadas a la promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud mental. Estos cambios se expresan en la enseñanza de diferentes maneras integrando contenidos y experiencias de salud mental en los planes de estudio de enfermería (Malvárez, 2011).

El contexto más amplio de la enfermería comunitaria

La enfermería en salud mental tiene un marco más amplio de determinación y configuración que integra contextos y

esencias disciplinares los cuales contrastan con y soportan los procesos anteriormente mencionados de desarrollo.

Por un lado, la enfermería de salud pública se constituye casi en el momento de la enfermería hospitalaria y se mantiene y coexiste con la mirada puesta en los colectivos y en la salud. La enfermería da un aporte importante a la constitución mundial de la salud pública y contribuye al pensamiento de las ciencias de la salud desde la perspectiva epidemiológica y social. Simultáneamente se desarrolla la enfermería comunitaria que, basada en el contexto conceptual y práctico de la salud pública, nace con el modelo de la medicina preventiva (década de los sesenta), adquiere impulso con la propuesta de extensión de cobertura (inicios de los setenta) y la estrategia de Atención Primaria de la Salud (década de los ochenta) y se desarrolla con amplitud y por sí y a través de la coordinación y el trabajo con agentes comunitarios de salud y con equipos interdisciplinarios de salud. El papel protagonista de las enfermeras en las comunidades adquiere relevancia mundial en la última década con la Declaración del Milenio y la renovación de la APS.

Por otra parte, la esencia distintiva de su misión que es el cuidado humano otorga a la enfermería condiciones especiales de humanismo, conciencia social, integralidad de cuidado, capacidad de compasión y protección, promoción de la autonomía y perspectiva familiar, las cuales fundamentan y fortalecen las orientaciones y prácticas de la enfermería en salud mental en las comunidades. Las enfermeras saben de qué se trata cuando se define el modelo comunitario. Conocen la acción comunitaria e intersectorial, saben del campo de acción y responsabilidad y qué conocimientos y problemas son diferentes a la hora de trabajar con grupos, familias y comunidades. Saben que en la comunidad el tema de la salud mental es determinante en las preocupaciones de los ciudadanos y sus familias, saben de la integralidad, la prioridad de la información y la participación para la comunidad. Conocen y respetan las redes sociales y la manera como ellas operan protegiendo y cuidando la salud, así como preceden y presiden sus prácticas por la defensa y protección de los derechos humanos y la importancia de la acción emocional y social para la salud.

La enorme distancia trazada entre la enfermería asilar custodial y la enfermería comunitaria en salud mental invita a tender un puente que construya la enfermería en salud mental comunitaria como un modelo institucionalizado y reconocido socialmente y que precise los términos en los cuales la enfermería puede contribuir efectivamente al desarrollo del modelo comunitario de salud mental como la respuesta técnico-política pertinente a los problemas de salud mental de la comunidad. El momento de la transición se plantea como el más complejo, el más amenazante, inseguro, el más desafiante y el correcto. Es un puente con obstáculos conceptuales, éticos, técnicos, prácticos, políticos,

administrativos y laborales de incertezas, pero también un puente de oportunidades por la esencia de la enfermería, por la cantidad y diversidad de opciones de cuidado y un puente con el privilegio de saber cuidar.

Contribuciones de la enfermería al modelo comunitario de salud mental

En América Latina, la gran mayoría de las enfermeras que trabajan en salud mental lo hacen en grandes hospitales psiquiátricos, con frecuencia de larga estancia. Existen evidencias de que en otras latitudes (CIE, 1990) es posible encontrar una proporción mayor de enfermeras de salud mental trabajando en las comunidades, sin embargo, conservando la anterior tendencia general, ¿cómo entonces pensar en la contribución de la enfermería a la instalación del modelo comunitario de salud mental? Y ¿cómo también pensar el desarrollo del modelo comunitario sin enfermeras? Existe gran distancia entre las propuestas conceptuales y políticas que sustentan este modelo y lo que efectivamente logra desarrollarse en los servicios de salud mental en el proceso de transición y cambio paradigmático.

Está claro que la enfermería en salud mental comunitaria ha de desarrollarse sujeta a los cambios conceptuales y sociosanitarios. Sin embargo, también es evidente que la enfermería forma parte y da sustento al modelo predominante de ciencia y de organización de servicios en salud mental y se desarrolla y cambia conforme el mismo. En ese proceso, sin embargo, las enfermeras, como actores sociales capaces de pensamiento y acción pueden no solamente protagonizar y acompañar gestiones de cambio, sino impulsarlas. Las enfermeras trabajando interdisciplinaria e intersectorialmente pueden reflexionar sobre las prácticas de salud mental, informarse sobre los desarrollos en otros lugares del mundo y aliarse a movimientos de transformación que recuperen y sustenten valores diferentes y reconozcan los problemas prioritarios de salud mental incluyendo la emergencia de nuevos problemas epidemiológicos y los propios de las políticas, conocimientos y servicios que también configuran el amplio campo del sufrimiento psíquico.

¿Cuáles son esos valores? ¿En qué creer?

El modelo comunitario de salud mental se fundamenta en el valor del derecho a la vida, a la dignidad humana, a la libertad y al acceso universal a la atención de salud mental, de modo que los individuos y la comunidad puedan encontrar alivio a las vicisitudes y problemas de la vida mental en sociedad. Se fundamenta en el concepto social de la salud mental que supone una visión integral del sujeto de la cultura y constituye un componente esencial de la salud integral del sujeto. Supone distinciones positivas y la crea-

ción de un nuevo lugar en la sociedad para el sufrimiento psíquico que sea incluyente y solidario (Malvárez, 2011). Significa concebir que la salud mental está determinada y condicionada de manera compleja e interactuante por procesos biológicos, psicológicos y sociales de carácter histórico, entre los que se incluyen la constitución y estructura psíquica del sujeto, la vida familiar, la cultura, la ciencia y la tecnología, el contexto político, la situación económico-social, los conceptos y las prácticas psiquiátricas dominantes y la organización de los sistemas de salud. Y está basado en la concepción de que las personas con sufrimiento psíquico tienen derecho a un tratamiento adecuado y a la protección de sus derechos y libertades fundamentales. El aislamiento en grandes hospitales psiquiátricos asilares es injusto y nocivo y esta atención no permite abordar efectivamente y en toda su amplitud los problemas mentales siendo la salud mental comunitaria basada en la Atención Primaria de Salud la estrategia adecuada para garantizar el acceso universal a la atención.

La reestructuración de la atención psiquiátrica implica la revisión crítica del papel predominante y centralizado del hospital psiquiátrico y considera que los cuidados han de estar científicamente fundados, respetar los derechos humanos y civiles de las personas y orientarse a mantener a las mismas en su medio comunitario.

En función de ello el modelo comunitario de salud mental propone la reformulación de los servicios de atención con idea de integralidad de la promoción, prevención y atención, base territorial, coordinación y continuidad de cuidados. También considera que la formación y educación permanente de los recursos humanos constituyen un proceso estructurante del modelo y que la participación de usuarios, familias, prestadores e instituciones es necesaria para favorecer la transformación (Malvárez, 2011). La enfermería en salud mental comunitaria cree en la potencia del cuidado como proceso vivificante, socializante y de promoción y recuperación de la salud mental desde la perspectiva individual colectiva.

¿Cuál es el foco? ¿Hacia dónde mirar y qué priorizar?

La salud mental comunitaria amplía la mirada desde el paciente mental internado por largos años en grandes hospitales psiquiátricos hacia los sujetos sufrientes, en riesgo y aquellos con potencial de vida saludable, solidaria y rica.

Existen tres grupos sociales requeridos de diferentes tipos de cuidados que la enfermería requiere priorizar al asumir el modelo comunitario de salud mental: el constituido por las personas internadas por largo tiempo en las instituciones psiquiátricas asilares, el grupo de personas que sufren los problemas mentales más frecuentes como la depresión, la epilepsia, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos de ansiedad y pánico, la dependencia de sustancias no-

civas y que son objeto de violencia y los grupos vulnerables: niños, ancianos, pobres, desplazados, personas que han sufrido desastres naturales y conflictos armados, personas con discapacidades, con enfermedades crónicas y familias críticas.

Por último, las poblaciones saludables requieren cuidados que promuevan la salud mental, protejan del sufrimiento psíquico, rescaten y fortalezcan los procesos y condiciones protectoras, que estimulen la participación responsable en la vida social y en la atención de salud y de cuidados que informen y propicien el conocimiento y el cambio de valores con relación a la vida mental y a su cuidado.

¿Qué puede aportar la noción de cuidado?

Siendo el cuidado humano la esencia de la enfermería, la transformación de la atención psiquiátrica exige pensar en el cuidado y fundamentar científicamente la manera en que la presencia/ausencia de cuidado y del cuidado profesional impacta en la salud mental de los sujetos y poblaciones. La configuración del cuidado provisto por enfermeras tiene su fundamento en el cuidado humano que es condición de existencia y que es propio y práctica regular de los sujetos, familias y comunidades. Descubrir y mostrar cuánto y de qué manera el cuidado contribuye a la salud mental es central al proceso de cambio, incluyendo las innovaciones en las políticas y servicios de cuidado en la atención de salud. ¿Cómo podrá el cuidado de enfermería mejorar las condiciones de vida de las personas? ¿Y cómo podrá participar en una distribución más justa y equitativa del poder, el dinero y los recursos de modo que los mismos no determinen sufrimiento psíquico?

Las redes comunitarias de cuidado son un componente clave de la enfermería en salud mental comunitaria por cuanto su dinámica forma ya parte de la dinámica social y pueden ser identificadas y potenciadas por las enfermeras para promover y proteger la salud mental, así como para asegurar la inclusión y la atención universal oportuna y eficaz de problemas de riesgo y de sufrimiento psíquico. La práctica del cuidado enfermero incluye también la preocupación y acción en la sustitución de los hospitales asilares por la creación y desarrollo de redes de servicios comunitarios de salud mental que abarquen la atención.

La promoción, defensa y ejercicio del cuidado humano en función de la atención a las necesidades psicosociales de los sujetos y los grupos forman parte de los conceptos y prácticas del desarrollo de la enfermería en salud mental comunitaria y su máxima expresión radica en la posibilidad de generar a nivel institucional y del sistema políticas de cuidado que provean al abordaje de la salud mental y en general a la humanización de la atención de salud.

¿Cómo puede contribuir la enfermería?

La enfermería tiene un amplio campo de acción para contribuir al desarrollo del modelo comunitario en salud mental en el mundo. Sus posibilidades exceden aunque incluyen el ámbito específico de los cuidados para extenderse al de la formulación e implementación de políticas, la generación de programas de promoción y prevención en salud mental, la creación de redes de servicio sustitutivas del hospital psiquiátrico tradicional y la gestión de su desinstitucionalización, el fortalecimiento y la transformación de los recursos humanos y la producción de información y conocimientos. El documento "Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental" aprobado por los Gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud constituye una guía de acción para la Región de las Américas (OPS, 2009) y documentos similares de la Organización Mundial de la Salud proporcionan lineamientos para el mundo.

Los principios y valores de la transformación incluyen la universalidad, accesibilidad e inclusividad de la atención, la equidad en salud mental, la solidaridad panamericana entendida como la colaboración entre países, el respeto por los derechos humanos fundamentales, especialmente de las personas con trastornos mentales, la participación social, el uso de las mejores evidencias científicas disponibles, la protección de grupos vulnerables, la comprensión de la salud mental en los marcos históricos y culturales de las comunidades, como componente de la atención integral de salud y la responsabilidad y rendición de cuentas (OPS, 2009).

Una importante acción de carácter técnico-político radica en contribuir a la formulación e implementación de políticas, planes y legislación en salud mental. Las enfermeras pueden promover y participar en la definición de políticas de salud mental a nivel nacional, de estados provinciales y jurisdicciones municipales, así como generar lineamientos institucionales que aporten a la definición de las políticas. El diseño e implementación de políticas de salud mental supone la inclusión de la salud mental en la política general de salud, la promulgación de marcos legislativos de acuerdo a convenciones y resoluciones internacionales, la disposición de recursos financieros, materiales y humanos y la creación y fortalecimiento de alianzas con otros actores. Y también esta contribución puede incluir la proposición de políticas de cuidado en diferentes niveles de intervención. El rol político de las enfermeras tiene importancia estratégica en el avance hacia la instalación de servicios de salud mental comunitaria.

La generación y desarrollo de programas de promoción de la salud mental y prevención del sufrimiento psíquico con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez apuntan a la reducción de los trastornos mentales en las comunidades y al impacto en los determinantes de la salud mental dirigiéndose a aquellas condiciones que perpetúan los problemas de salud, al mismo tiempo que a las condiciones que protegen y enriquecen la salud mental. La acción de las

enfermeras en la comunidad se distingue en el diseño e implementación de estos programas y cuenta con la experiencia y capacidad de la enfermería para identificar espacios sociales y proveer a su desarrollo en materia de salud mental. El apoyo a las familias, el fortalecimiento de las redes sociales, la información y soporte a instituciones y organizaciones comunitarias y la coordinación de los servicios de salud mental son algunas de las estrategias de las que disponen las enfermeras en el marco de sus conocimientos y experiencias de salud pública y enfermería comunitaria. La promoción y protección de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital de acuerdo a las condiciones de vida de la comunidad suponen consideración de nutrición, vivienda, educación, protección social, trabajo y seguridad, incluidas en los planes de cuidado familiar y comunitario de enfermería.

La identificación de prioridades, la prestación de cuidados de salud mental basados en la APS y la creación de redes de servicios sustitutivas del hospital psiquiátrico (incluyendo su desinstitucionalización) forman el tercer grupo de contribuciones de la enfermería. El modelo comunitario de salud mental tiene como ejes la descentralización, la participación social y la inserción del componente de salud mental como parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Esta área de contribución incluye la organización y provisión de servicios y cuidados en la comunidad a las personas con sufrimiento psíquico, a las personas con problemas mentales de larga duración y especialmente la rehabilitación y resocialización de personas externadas de hospitales psiquiátricos tradicionales. Las enfermeras requieren dedicar preocupación al objetivo epidemiológico de cerrar la brecha de atención a las personas que presentan los trastornos mentales de más alta prevalencia, que han sido mencionados con anterioridad ya que del 70 al 80% de esas personas no están recibiendo atención alguna. También supone la atención a grupos vulnerables y una especial dedicación a la identificación en la comunidad de personas que presentan estos problemas para proveerles de cuidados protectores.

La contribución de las enfermeras al fortalecimiento de los recursos humanos tiene implicaciones e impacto directo en el desarrollo del modelo comunitario. Los programas de salud mental dependen en gran medida de personal capacitado siendo la formación importante para el mejoramiento de los servicios. Sin embargo, es poco probable que la educación tradicional dé una respuesta apropiada a las prioridades de salud mental. La mayor parte del personal de salud mental se desempeña en hospitales psiquiátricos tradicionales, los cuales sufren de déficit de dotación, condiciones de trabajo a menudo poco saludables, competencias desactualizadas, aliadas a la atención signada por la vigilancia y el aislamiento y pocas oportunidades de capacitación transformadora. Se ha demostrado que la formación de grado de enfermeras está orientada por el mismo modelo y ha po-

dido avanzar hasta la inclusión de la psiquiatría preventiva pero no contempla los lineamientos mundiales de la salud mental comunitaria estando los campos de práctica concentrados en el hospital psiquiátrico (Malvárez, 2007). Por otra parte, hay evidencias de la desinstitucionalización y la formación de red de servicios comunitarios se ha fundamentado en la acción transformadora de procesos educativos pertinentes. Las enfermeras pueden contribuir de manera significativa al desarrollo de la salud mental comunitaria implementando acciones educativas para la transformación que incluyen: a) revisión de los planes de estudios de grado en enfermería y orientación al modelo comunitario; b) educación permanente del personal de enfermería en los hospitales psiquiátricos tradicionales con el fin de crear competencias para trabajar en la comunidad y para generar opciones de desinstitucionalización y descentralización de la atención; c) capacitación en el cuidado de la salud mental destinada al personal de enfermería de los hospitales generales para crear capacidad institucional de recepción, atención y cuidado de personas con sufrimiento psíquico de condición aguda; d) capacitación del personal de enfermería en los centros de salud comunitarios en materia de cuidado de la salud mental en la comunidad; e) capacitación de líderes comunitarios y de redes sociales para fortalecer los procesos de apoyo y protección a las poblaciones en materia de salud mental; f) fortalecimiento y expansión de los programas de postgrado en salud mental con énfasis en la formación especializada de enfermeras. El potencial transformador de la educación en salud mental puede dar una contribución crucial al desarrollo del modelo comunitario de atención y al abordaje integral y pertinente de las prioridades epidemiológicas e institucionales.

Por último, un aporte de la enfermería está constituido por el apoyo a la capacidad de producir y utilizar información y evidencias en salud mental. Este aporte incluye la compilación ordenada y permanente de información epidemiológica, de servicios y de provisión de cuidados de enfermería, la evaluación de servicios y cuidados y el desarrollo y diseminación de evidencia científica que apoye la transformación de la atención e informe la toma de decisiones políticas en materia de salud mental. La sistematización de experiencias y prácticas de cuidado de enfermería en salud mental en la comunidad, así como el desarrollo teórico sobre el cuidado y su condición de determinante de la salud mental representarán contribuciones enriquecedoras para fundamentar y ampliar el modelo comunitario de salud mental.

El énfasis puesto en la enfermería en los anteriores comentarios resalta las posibilidades e importancia de la contribución de esta disciplina al desafío de la transformación. Sin embargo, no se excluye y considera imprescindible la participación y la acción interdisciplinaria e intersectorial, condiciones *sine qua non* para asegurar la integralidad y complejidad de los procesos. Asimismo, las anteriores líneas de contribución son propuestas por el Consejo Internacional

de Enfermeras en sus declaraciones de posición (CIE, 2001).

Las enfermeras enfrentan el desafío y la oportunidad de hacer que el cuidado se torne aporte prioritario y significativo para la salud mental asegurando un continuo de atención y apoyo capaz de responder de manera sensible y eficaz a las necesidades de sujetos, familias y comunidades. (CIE, 1990). El aporte que la enfermería puede hacer a los gobiernos, instituciones y comunidades representará seguro un avance en la transición de paradigma hacia el logro de la pertinencia en los programas de salud mental en todo el mundo.

Bibliografía

- Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva. Barcelona: Paidós; 1966.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Cuestiones sobre enfermería de salud mental/ psiquiátrica. Ginebra: CIE; 1990.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Salud mental. Declaración de Posición. Ginebra: CIE; 2001.
- Malvárez S. Enfermero Pussin: reflexiones sobre un silencio en la historia de las ideas psiquiátricas. Rev Arg Enferm 1991; 28.
- Malvárez S. Promoción de la salud mental: bases teóricas y estratégicas. Ponencia. III Congreso Virtual Mundial de Psiquiatría. Mesa sobre Educación y Promoción de la Salud Mental en los Cuidados de enfermería. Interpsiquiquis; 2002.
- Malvárez S. Análisis de la enseñanza de la enfermería en salud mental en las escuelas de enfermería de América Latina. Estudio multicéntrico. Washington: OPS/OMS; 2007.
- Malvárez S. enfermería en salud mental: marco conceptual. Washington: Documento en proceso de edición; 2011
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las Desigualdades en una Generación. Ginebra: OMS; 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial de la Salud 2006. Colaboremos por la salud, de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Salud en el Mundo 2008 de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Ginebra: OMS; 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la

- atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS/OMS; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales de recursos humanos en salud. Resolución de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: OPS/OMS; 2007.
 - Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Documento CD 49/11. Resolución CD 49/17. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2009.
 - Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. Publicación Científica n° 622. Washington: OPS/OMS; 2007.
 - Rodríguez J. Salud mental en la comunidad. 2ª ed. Washington: OPS/OMS; 2009.
 - Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, et ál. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública 2005; 18(4/5):229-240.
 - World Health Organization (WHO). Now more than ever: the contribution of nurses and midwives to primary health care. A compendium of primary care case studies. Geneva: WHO; 2009.