

TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

NURSING THEORIES AND MODELS USED IN PSYCHIATRIC NURSING

Milena Alexandra Galvis López¹

Histórico

Recibido:

01 de Noviembre de 2014

Aceptado:

05 de Mayo de 2015

¹ Enfermera, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Magister en Enfermería de la Universidad de la Sabana. Docente Escuela de Enfermería Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Autor de Correspondencia: Calle 18 No 7-69 Apto 201. Tunja Teléfono: 3114545006. E-Mail: milena.galvis@uptc.edu.co

RESUMEN

Introducción: Con el paso del tiempo la disciplina de enfermería ha tenido un avance significativo, propiciado por el desarrollo y divulgación de modelos conceptuales que sustentan su práctica, por tal motivo se pretende conocer la incidencia de este avance en la práctica de la enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica. **Materiales y Métodos:** Artículo de reflexión, que retoma la literatura sobre los modelos y teorías de Enfermería que se han usado en la práctica de la Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y como la profesión de enfermería apropia este aspecto en la práctica diaria dando un cuidado holístico. **Resultados:** Se presentan las principales premisas conceptuales de los modelos y teorías referenciados en la bibliografía consultada en los cuales se reconoce y concibe al ser humano de manera holística, al explorar sus experiencias con el mundo, con la enfermería y como se evidencia en la práctica de la enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

Discusión: Se debe posibilitar el desarrollo de habilidades de ayuda que mantengan la perspectiva de integralidad y cuidado holístico. **Conclusiones:** Aun se cuenta con muy pocas publicaciones en las cuales se visibilice la práctica de la enfermería en Salud Mental y Psiquiatría y el uso del conocimiento disciplinar en la práctica diaria. Con este artículo se espera que el profesional de Enfermería, tenga un soporte teórico que le permita brindar un cuidado integral, a la persona con sufrimiento Psíquico, basándose en referentes conceptuales propios de la Disciplina.

Palabras clave: Teoría de Enfermería, Atención de Enfermería, Enfermería Psiquiátrica. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

ABSTRACT

Introduction: With the passage of time the discipline of nursing has made significant progress, fostered by the development and dissemination of conceptual models that support their practice, for that reason is to determine the incidence of this advancement in nursing practice Health Mental and Psychiatric. **Materials and Methods:** Reflection article, which incorporates the literature on nursing models and theories that have been, used in the practice of nursing in Mental Health and Psychiatry and the nursing profession as appropriated this aspect in daily practice giving care holistic. **Results:** The main conceptual premises of the models and theories in literature consulted where it is recognized and conceives the human being holistically, to explore their experiences with the world, with nursing and as evidenced in practice are presented Nursing in Mental Health and Psychiatry. **Discussion:** It should enable the development of skills helps maintain the perspective of comprehensive and holistic care. **Conclusions:** Although there is very few publications in which the nursing practice in Mental Health and Psychiatry and the use of discipline in everyday practice knowledge to gain visibility. With this article is expected to nursing professionals, have a theoretical support that allows providing comprehensive care to the person with mental suffering, based on own conceptual references of Discipline.

Key words: Nursing Theory, Nursing Care, Psychiatric Nursing. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

Cómo citar este artículo: Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid. 2015; 6(2): 1107-19. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), proporciona el concepto moderno de salud hacia la década de los setenta desde ese momento, se define la salud como una yuxtaposición de grados de bienestar en los campos psíquico, físico y social, y no sólo como ausencia de enfermedad; estos diferentes grados de salud potencial permanecen, por tanto, vinculados a variantes biológicas, psicológicas y del entorno (1).

Durante mucho tiempo predominó la psiquiatría descriptiva, basada en el modelo médico, donde se describía el proceso de la enfermedad y se bosquejaban medidas de atención general, más de carácter físico y circunscritas al confinamiento en instituciones psiquiátricas (2).

Durante el inicio del siglo pasado aparecen teorías de la relación interpersonal y emocional como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, lo que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo (3).

En la actualidad la atención a la salud y a la enfermedad mental sigue centrada en la patología del cerebro y del sistema nervioso en general, pero enriquecida por las aportaciones de otras disciplinas tales como la Enfermería, la sociología y las diferentes ramas de la psicología.

Se ha establecido de forma errónea, que mucho del conocimiento que se utiliza en la práctica de Enfermería es de la rama médica, al respecto Retomando a Duran de Villalobos (4), con referencia a si la teoría es de enfermería o para enfermería Barrett comenta sobre este hecho y sugiere que el asunto está relacionado con la manera como comprendamos la posición de enfermería en cuanto a si es una ciencia básica o una ciencia aplicada (5), “De “ significa que el conocimiento, o desarrollo teórico es original de la disciplina y describe la singularidad del fenómeno de enfermería. Así mismo, implica el surgimiento de nuevo conocimiento derivado de enfermería. “Para “ significa que el desarrollo teórico es una síntesis de conocimiento de varias disciplinas y se aplica en la práctica de enfermería. Es decir, que el conocimiento ya estaba desarrollado con anterioridad y ahora lo utiliza enfermería. Pero el elemento crítico se centra en si enfermería se percibe como una ciencia básica cuyo núcleo está exclusivamente definido para

enfermería, o por el contrario es una ciencia aplicada que utiliza el conocimiento, sea éste cual fuere, para sustentar la práctica. Porque como sugiere Watson sin un lenguaje propio somos invisibles como disciplina y enfermería seguirá percibida como una práctica derivada de las ciencias médicas y sociales con un perfil totalmente indiferenciado (6).

Por lo anterior se hace indispensable repensar la práctica desde un abordaje epistemológico disciplinar por lo cual se presentan algunas teorías de enfermería usadas o que pueden llegar a sustentar el cuidado de la persona, de la persona con riesgo de enfermar o con enfermedad mental, en el entorno en el cual se encuentre, sea institucionalizado, en centros día o en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad Mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Artículo de reflexión que pretende mostrar algunos modelos o teorías de que puedan llegarse a aplicar en la práctica de la enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica, en las que su abordaje epistemológico se base en una relación enfermera-persona, en la cual la enfermera es un instrumento terapéutico y la interacción se efectúa para lograr un objetivo o transacción, con base en la comunicación como un elemento importante en los encuentros, que propician el crecimiento personal o trascendencia de los que participan en éste (7).

Se han encontrado pocos artículos, ponencias o libros cuyo objeto sea el cuidado de enfermería en personas con sufrimiento Psíquico o enfermedad mental en los que se enuncien modelos y teorías de Enfermería usados en la práctica, por esto; se podría llegar a pensar que el cuidado se ha dado con el enfoque biomédico asistencialista; de ahí la importancia de esta reflexión, para brindar herramientas que ayuden a los profesionales de Enfermería a brindar el cuidado integral característico sustentado en conocimiento disciplinar.

Antecedentes de la enfermería en salud mental y psiquiatría

Las enfermedades mentales han sido detectadas desde tiempos remotos, tal y como se demuestra en escritos griegos y egipcios, en los que se describen síntomas que en la actualidad podrían ser considerados como evidencia de enfermedades mentales subyacentes. Sin embargo, en aquella época el origen de las enfermedades mentales y también de las físicas era atribuido a espíritus demoniacos o a otras génesis de carácter mágico-

religioso (8).

Posteriormente los enfermos mentales eran sometidos al aislamiento, al ridículo o la persecución, se pasa a la creación de los manicomios en la segunda mitad del siglo XIX, impulsados por fuerzas sociales de tipo humanístico, producto de un movimiento reformista de la Psiquiatría, en el cual jugó un papel importante la enfermera Dorotea Dix (2).

A fines del siglo XIX y comienzos del XX se inicia una nueva tendencia caracterizada por la creación y desarrollo de los hospitales mentales y/o psiquiátricos; en ese momento surge la Enfermería Psiquiátrica, a pesar de que las funciones de Enfermería habían existido desde la antigüedad.

Un dato interesante para la profesión es que en 1880 surge la primera Escuela de Enfermería Psiquiátrica en América y dos años más tarde noventa (90), enfermeras egresan (8).

Linda Richards, considerada como la primera enfermera profesional de América, estimuló la enseñanza del cuidado al enfermo mental dentro de los hospitales, creando escuelas de capacitación como la del Hospital para enfermos mentales de Taunton, Worcester y Michigan. Ella pensaba que el enfermo mental debería ser atendido por lo menos con tanto cuidado como el que sufre una enfermedad física, lo cual solo puede lograrse a través de una mejor preparación (9).

Por su parte Mary Davis (fundadora del American Journal of Nursing) y May Kennedy (directora de la Escuela de Enfermería Psiquiátrica del Estado de Illinois), expresaron en publicaciones de 1921, la necesidad de que todas las enfermeras recibieran preparación en enfermería psiquiátrica, con el fin de mejorar el nivel de comprensión y de intervención integral con diferentes tipos de pacientes en hospitales generales (2).

En la actualidad la Enfermería Psiquiátrica podría definirse como una Especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, capaz de estudiar no sólo las causalidades biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y las condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas, aplicando los cuidados y la atención pertinentes (8).

La disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo significativo desde los inicios del siglo XX, lo cual se evidencia en la formación de posgrado, y en el desarrollo

de modelos conceptuales y teorías de enfermería, como producto de la actividad investigativa (10).

Estos avances tan significativos muchas veces no se aprecian en los diferentes escenarios de la práctica de la enfermería Psiquiátrica o no se han hecho evidentes en la literatura científica. Algunos de los factores que han influido en esta situación son, según Gunther (11), es que muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo Biomédico, lo cual les dificulta profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo del conocimiento de enfermería. Se tiene como sustento la visión de la realidad de enfermería, su lugar y su relación con la sociedad y su base de conocimientos única. Los modelos facilitan establecer indicadores de calidad para enfermería, por esta razón, si se utilizan modelos prestados de otras disciplinas, ¿cómo se puede medir la calidad del cuidado de enfermería? (12).

En la literatura se menciona que la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina en nuestro país es reciente la sanción de la Ley 1616 de 2013 en la cual que reglamenta el derecho de los ciudadanos a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental (13).

Con esta legislación se espera entonces que la rehabilitación de la persona con enfermedad mental se logre cerca de la familia, en la comunidad en que convive, a través de la reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria en Salud.

Aspectos epistemológicos de la práctica de enfermería en salud mental y psiquiatría

Meleis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica evitan que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras, al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud (14).

El avance de la enfermería como profesión, como disciplina, como ciencia y tecnología, ha exigido a

sus profesionales hacer evidente, por medio de la investigación científica, la fundamentación teórica de la práctica que muestre la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería vista esta como práctica social, sustentada en conocimientos con fundamentos teóricos y aplicación progresiva de los adelantos de la tecno-ciencia y de la ética que hoy, con los cambios y progresos alcanzados, imprimen a dichas prácticas de cuidado el carácter de una disciplina y práctica profesionales con su propia naturaleza, su carácter disciplinar e interdisciplinar, y su dimensión ética (15).

Otro factor que influye en forma definitiva, es que las enfermeras cada día y con mayor frecuencia desarrollan actividades de carácter administrativo, que ocupa la mayor parte de su tiempo. Las entidades de salud han delegado en los profesionales de enfermería la función de garantizar el cumplimiento de los procesos de normalización y estandarización de la calidad, atender las demandas de las normas legales y de auditoría en los servicios, y garantizar el cumplimiento de prescripciones de otros profesionales (10).

Si bien no existe ninguna duda de la importancia de estos procesos, los profesionales de enfermería han delegado en el personal auxiliar el cuidado directo de las personas que, hasta hace no muchos años, era una actividad primordial por ser la fuente principal de su conocimiento; en general la falta de oportunidades para cuidar a otros empobrece el desarrollo disciplinar factor que lamentablemente ha influido en que se esté desdibujando la práctica del cuidado holístico y sea cada vez más notoria la falta de reconocimiento social y de autonomía de los profesionales de enfermería (10).

Cuando se habla de cuidado de Enfermería se debe tener en cuenta que la noción de cuidado no presenta una única conceptualización. Morse presenta cinco categorizaciones ontológicas; para el objeto de este artículo se retomaran los siguientes: (16-18).

Como afecto: Involucra emociones, sentimientos de compasión o empatía para con la persona, que motivan a la enfermera a ofrecerlo; se presentan deseos, sentimientos que influyen en el estado emocional y que afectarán la interacción (16-18).

Como acción terapéutica de enfermería: La enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas de la persona, campo en donde se deben enfatizar las competencias y habilidades con relación al

cuidado que promueven la autonomía, el autocuidado, la información, la compasión y la promoción de la vida. Hace énfasis en la necesidad de adecuar el conocimiento y las habilidades como base de las acciones de cuidado; también, como la congruencia entre las acciones de enfermería y la percepción de las necesidades de la persona (16-18).

Como una relación interpersonal o interacción personal: Hay comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Cuando esto ocurre, ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-persona es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación (16-18).

La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el diálogo y la interacción recíproca entre la enfermera y la persona, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con la persona, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado. Esta concepción epistemológica se inspira en las teorías de la interacción, la fenomenología y el existencialismo y ha centrado su interés en el proceso de interacción enfermera-persona (19).

Basado en lo anterior se retoman las teorías y modelos de Enfermería en los cuales el cuidado se puede presentar como, un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado (20), para que estos lleguen a ser pilares conceptuales de la práctica de la enfermería Psiquiátrica.

El cuidado es interacción humana y social en esencia, por ello los profesionales de enfermería deben estar prestos a responder con calidad a estas demandas de cuidado, que para cada persona con sufrimiento psíquico son diferentes dada su cultura y contexto, razón por la que enfermería debe conocer su significancia para

brindar cuidado congruente, conveniente y humanizado logrando un empoderamiento y crecimiento mutuos (21).

A su vez, se contempla la relación de manera recíproca, la cual, se facilita por el desarrollo de actividades que generan confianza, libertad para expresarse e identificación con el otro a partir de experiencias compartidas, y reflejan una escucha activa en que tanto el profesional de enfermería como la persona con sufrimiento psíquico tienen poder para desarrollar el cuidado (22), así como lo enuncia Moreno M, et. al. Al entender que ninguno es el dueño absoluto de la verdad sino que esta se construye desde el conocimiento de ambos (23).

Entre los modelos y teorías revisados que se mencionan en los artículos se cuenta: La teoría psicodinámica de Peplau, la teoría Humanística de Paterson y Zderad, el modelo de relación persona a persona que propone Travelbee, El modelo de la marea en la recuperación en Salud Mental de Phil Barker. Se retomaran sus principales aspectos conceptuales (24).

Modelos y teorías de enfermería que se pueden aplicar a la práctica de la enfermería en salud mental y psiquiatría.

Virginia Henderson. “definición de enfermería (25)

«Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada enfermo para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado...» lo que confiere un campo de responsabilidades propio, los cuidados de la salud.

Conceptos meta paradigmáticos

Persona:

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influyente por el cuerpo y por la mente. Tiene Unas necesidades básicas que cubrir para supervivencia necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno:

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para

proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud:

La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow: Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura) dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

14 Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson.

1. Respirar Normalmente
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso. Vestirse y desvestirse.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. Termorregulación.
7. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Enfermería:

La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con

suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un “plan de cuidado enfermero” por escrito. Esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Teoría psicodinámica de Peplau (24, 26)

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o paciente: *Orientación*, el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita; *Identificación*, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación); *Explotación*, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación; *Resolución*, durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

Papeles de la enfermería

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente. *Papel de extraño*, Peplau afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es. *Papel como persona a quien recurrir*, el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados. *Papel docente*, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”. *Papel conductor*, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa. *Papel de sustituto*, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior. *Papel de asesoramiento*, Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia

en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

Conceptos metaparadigmáticos

Enfermería:

Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Persona:

Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud:

Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Entorno:

Peplau define el entorno de manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal”. Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda (16).

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biológica de la enfermedad y puedan explorar los sentimientos y conductas propias y del otro, frente a la enfermedad, y le permitan ser partícipes en las intervenciones de enfermería en su cuidado. Así se lograra una relación entre enfermero y persona que permite afrontar los

problemas de manera conjunta.

Un aspecto para mencionar muy relevante en esta teoría es que no se menciona a la familia ni a la comunidad dentro de este proceso, lo que afectaría el hecho de proporcionar una red de apoyo adecuada para la persona.

La Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (27)

La Teoría Humanística en Enfermería fue desarrollada en 1976 por enfermeras de las áreas de Salud Pública y Salud Mental, en medio de una discusión sobre la sociedad, en cuanto a la forma y contenido de la existencia humana, siendo fundamentada en la fenomenología y el existencialismo.

La teoría de la enfermería humanística, enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería. Y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica. Las autoras incluso hacen uso del sobre-concepto de diálogo que son: encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta.

Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de *venir a ser*, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir, por su parte la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano” (28). De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: “Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intrasubjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas” (28).

En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias, llevando a una intrasubjetividad, a un *estar con*. Para *estar con*, “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional” De esta manera hay un verdadero “encuentro” o un compartir. Ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces, ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera (o) y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer del enfermero profesional. Estas actitudes le solicitan que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero (27). La enfermería fenomenológica es una experiencia vivida entre seres humanos. Representa una respuesta simplificadora de una persona, en este caso el enfermero (a), para otra que está necesitada. Su objetivo es el de proporcionar el bienestar de las personas, estando comprometida, por lo tanto, en un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro (29).

El profesional trae consigo valores, creencias y actitudes prejuiciosas que pueden interferir en la atención profesional y que se manifiestan más tácitamente en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico. Por eso, la práctica no puede ser aislada de la persona que la realiza, ya que es ella quien se involucra con la persona.

Existe, entonces, la necesidad de que la enfermera (o) se identifique realmente con la teoría adoptada por él, asumiendo una actuación congruente con el referencial teórico para que se desencadene todo ese proceso de *venir a ser* (29).

La misma teoría brinda un marco de referencia que involucra el encuentro (reunión de los seres humanos con la expectativa que se tiene de alguien para atender y alguien para ser atendido), presencia (calidad de ser abierto y receptivo para otra persona de modo recíproco), relación (estar con el otro, donde uno va en dirección del otro, ofreciendo y permitiendo la presencia auténtica) y un llamado y una respuesta (la comunicación interactiva, que puede ser tanto verbal como no verbal) (30).

Las acciones que se realizan como parte del cuidado y que tiene el componente humanístico, en el cuidado a la

persona con sufrimiento psíquico o enfermedad mental deben ir más allá de la ejecución de determinados procedimientos técnicos, involucrando el estar-con y el estar-ahí, compromiso emocional, los cuales requieren de la presencia activa de la enfermera(o). Una enfermera(o) tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, el cuidado es un encuentro con el otro. En el encuentro entre enfermera(o)-persona el fin será poder conocer e interiorizar las experiencias de la vida del otro.

Modelo de Joyce Travelbee de Relación Persona a Persona (9, 24).

Es en el modelo de Travelbee donde se aborda como tal el concepto de enfermería Psiquiátrica y en el que establece así mismo que la enfermería es también un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales.

El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda (22).

Conceptos

Enfermería Psiquiátrica

Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona familia o comunidad con el objeto de promover la salud Mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias.

Concepto de Salud Mental

No es algo que la persona posee sino es algo que la persona ES...en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinados (21).

Para analizar el concepto de Salud Mental, Travelbee propone algunas actitudes que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano y desde esta perspectiva, fundamenta la salud y la salud Mental: Aptitud para Amar, Capacidad para enfrentar la realidad y para descubrir un propósito o sentido en la vida.

La mayor premisa de la teoría de Travelbee es que la relación enfermera-paciente se establece después de cuatro fases que se enlazan: el encuentro original,

identidades emergentes, la empatía y la simpatía. Todas ellas culminan en el rapport o el establecimiento de la relación (21).

Fases de La Relación de Ayuda Según Travelbee (9)

Joyce Travelbee identifica las siguientes fases de la relación enfermera-persona:

Fase del encuentro original: Cuando la enfermera tiene un primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería. Estas percepciones son importantes porque lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos, tienden a determinar los comportamientos y reacciones hacia él. La observación, las percepciones, al ser valoradas o juzgadas, son la base del subsiguiente patrón de interacción.

Fase de identidades Emergentes: Durante esta fase ambos, enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único. El paciente empieza a percibir a la enfermera como diferente, y no como la personificación de todas las enfermeras.

Fase de empatía: La unicidad de cada individuo se percibe más claramente; en cuanto a la empatía, no es un asunto continuo, la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente pero solo “empatiza” una o varias veces. Una vez ocurra la empatía, el patrón de interacción cambia. Otro de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarle y la curiosidad.

Fase de simpatía: La habilidad de simpatizar emerge y resulta del proceso empático. Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviarle el estrés. Es la capacidad de entrar en o compartir los sentimientos o intereses de otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda. El objetivo de la simpatía es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarle a solucionarla. Ambas, la empatía y la simpatía, requieren una apertura perceptual a la experiencia y a la libertad mental que me permitirán hacer uso de la experiencia personal para entender y apreciar la experiencia de los otros.

Fase de Termino: Es un proceso, una experiencia o

serie de experiencias. Es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La experiencia del rapport es experimentada por ambos, de manera diferente de acuerdo con sus antecedentes personales. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

En la profesión de enfermera, hay dos maneras de enfocar los cuidados enfermería, dos abordajes fundamentales: (31).

1. **Abordaje subjetivo científico:** Bien reconocido, utilizado y valorizado por todos. En él la enfermera da cuidados “del mundo exterior”, utiliza un plan, un protocolo preciso e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del “paciente”.
2. **Abordaje inter-subjetivo:** Más global y profundo, ya que la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no es registrado.

Según Cibanal el profesional que no está centrado en su identidad no llega a encontrar valor en todo lo que hace y en la evaluación de los otros. Se dispersa en toda clase de tareas, se confunde con los otros y con su servicio a los otros, lo cual le lleva a no sentirse realizado (32).

Características de la relación de ayuda en Enfermería, Según Travelbee (33)

- Es una relación deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.
- Es un proceso que evoluciona por etapas dinámicas que se van sucediendo a medida que transcurre la relación.
- Es una relación que provoca cambios en ambos participantes del proceso.
- Trabaja sobre experiencias del presente.
- Es una experiencia de encuentro interpersonal que se va construyendo.
- La persona que ayuda tiene que haber desarrollado capacidad interpersonal.
- Debe tener conocimiento, para utilizarlo a favor del consultante.
- Paciencia y tolerancia para buscar soluciones
- Abrirse y permitir el acercamiento
- Es temporal claramente delimitada en el tiempo

- Se reconoce al otro como persona.

Si bien el concepto de integralidad y cuidado comprensivo está muy de moda y figura en muchos textos de enfermería, se ha convertido en un mito. En la realidad se ha percibido el temor de los profesionales de enfermería a enfrentar la intimidad con enfermos y sobre todo con los familiares, en lugar de considerarlos como foco de atención principal, hacen todo lo posible por alejarse y evitar evidenciar la necesidad de ayuda manifestado por las personas con sufrimiento psíquico. (33).

Cuando hay inconvenientes en la interacción, trae como consecuencia una inadecuada utilización del yo, y esto requiere introspección, comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar aptitudes propias y las de los demás y habilidades para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería (34).

El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental (Phil Barker) (24,35)

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es un método de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental. El modelo de la marea es una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera(o) a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y Barker invita a las enfermeras (os) a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre.

Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau (36).

El modelo de la marea es un grupo de 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. La experiencia del distrés mental siempre se describe en

términos metafóricos. El modelo de la marea emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar, para representar los aspectos conocidos del distrés humano. El agua es: “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se automodela la persona con la ayuda de la enfermera” Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil (36).

La enfermedad mental desautoriza, y las personas que presentan cualquiera de las miles de amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominadas *enfermedad mental* o *problemas de salud mental*, experimentan una amenaza que los hace humanamente vulnerables. Sin embargo, muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas. La recuperación es posible, y las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.

Los estudios demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Que las enfermeras deben responder sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas y sus familias.

Los 10 Compromisos: Valores Esenciales del Modelo de la Marea

1. **Valorar la voz:** Es la voz de la experiencia, en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.
2. **Respetar el lenguaje:** No hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales. Las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.
3. **Desarrollar la curiosidad genuina:** Curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.
4. **Llegar a ser el aprendiz:** La persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.
5. **Revelar la sabiduría personal:** Una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.
6. **Ser transparente:** Para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué. Así se consigue el tener ganas de hacerse confidencias.
7. **Utilizar el equipo de herramientas disponible:** La historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.
8. **Trabajar un paso más allá:** El cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.
9. **Dar el don del tiempo:** No hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.
10. **Saber que el cambio es constante:** La tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al distrés, y se oriente hacia la recuperación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante mucho tiempo predominó la Enfermería Psiquiátrica descriptiva, basada en el modelo médico, donde se describía el proceso de la enfermedad y se bosquejaban medidas de atención general, más de carácter físico, circunscritas al confinamiento en Instituciones Psiquiátricas, Con el avance disciplinar, la enfermería ha empezado a articular valores que enfatizan lo humano a un proceso de cuidado; se involucran valores que reconocen la naturaleza racional y la complejidad de la experiencia humana. Hay un

reconocimiento de la experiencia humana la cual va más allá de lo cuantificable, observable y conocible y, subsecuentemente, valora los elementos inefables de la relación enfermera-persona.

La complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana, social, en el diálogo y la interacción recíproca entre la enfermera y el paciente, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y desarrollo humano, con una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el paciente, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado (37).

La interacción ocurre en un acto social en la relación profesional de enfermería-persona. Dentro de las suposiciones en estas interacciones están: la percepción de la enfermera y la persona influyen en la interacción; la percepción es una dimensión del sistema personal y es un aspecto central de la interacción humana; los objetivos, necesidades y valores de la enfermera y la persona influyen en el proceso de interacción; los individuos deben participar en las decisiones que involucran su estado de salud. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de informar y ayudar a los individuos para tomarlas decisiones en cuanto a su salud (38).

Las teorías y modelos referenciadas en este artículo tienen en común el concepto de comunicación como un proceso recíproco que se da entre la enfermera y el persona en las situaciones de encuentro por las que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes; como una experiencia de encuentro o desencuentro; un asunto dinámico que influye y afecta profundamente el grado de cercanía en las situaciones de enfermería; un instrumento que puede inducir cambios en la persona cuidada (39). La comunicación se expresa verbal y no verbalmente durante la interacción, la cual es percibida e interpretada según los contextos propios de los participantes en esta interacción.

Estos componentes teóricos enumerados, deben dar un soporte en la práctica de la Enfermería Psiquiátrica, constituida sobre la premisa de que cada individuo tiene un valor inherente y que todos tienen el potencial para cambiar y la capacidad de hacerse más sanos y más auto-suficientes. Primero, las personas necesitan cumplir sus propias necesidades físicas básicas. Una vez que esto suceda, todos los seres humanos necesitan sentirse

seguros y amados y sentir que pertenecen. Todos los individuos buscan la sensación de auto-estima y auto-realización. (40) El profesional de Enfermería al utilizar el sustento teórico disciplinar ayuda a que la gente se sane, al cumplir terapéuticamente dichas necesidades que no tenían anteriormente. Todo comportamiento humano tiene un significado y puede entenderse sólo desde el marco interno de referencia del individuo. Las personas difieren en su capacidad de sobrellevarlo, y el profesional de enfermería busca aumentar las capacidades de afrontar los problemas de la persona con sufrimiento Psíquico al comprometerse de manera terapéutica.

La interacción en estos modelos y teorías es el centro del proceso de enfermería. Esta relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado (21), puesto que es un profesional, con un conocimiento especializado y una competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren porque tienen problemas o inquietudes para los cuales el enfermero (a) puede proporcionar intervenciones adecuadas (22), y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación (41).

Se debe posibilitar el desarrollo de habilidades de ayuda que mantengan la perspectiva de integralidad y cuidado holístico que se busca, alejándose del temor del compromiso emocional, enfrentando la intimidad con las personas cuidadas brindando ayuda inmediata, garantizando la escucha activa y la presencia auténtica del profesional de enfermería.

Las teorías mencionadas demuestran que es posible el desarrollo de competencias de ayuda interpersonal para brindar cuidados profesionales.

El cuidado a la persona con sufrimiento psíquico es un encuentro vivido y reflexionado, como un diálogo vivo, el diálogo significa la vivencia entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, es una relación creativa siendo un verdadero compartir.

CONCLUSIONES

En la práctica de la enfermería Psiquiátrica la relación persona - enfermera(o) aparece como una constante, es decir nuestra labor como profesionales de enfermería se basa en una relación de ayuda que requiere de una condición de sensibilidad, respeto y amor hacia la

persona cuidada para que tenga un objetivo terapéutico y de trascendencia.

Se busca establecer una relación terapéutica, en la cual el profesional de enfermería sea el instrumento terapéutico, en la cual hay crecimiento personal tanto en el cuidador como en la persona cuidada.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para cuidar a las personas con trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad.

Se busca que en el cuidado de enfermería a la persona con sufrimiento psíquico se le reconozca como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

El profesional de enfermería debe tener en cuenta las particularidades propias de cada persona con sufrimiento psíquico que van a influir en la vivencia de la enfermedad.

El profesional de enfermería debe conocer y apropiarse de las teorías para sustentar su práctica en conocimiento disciplinar válido, que le permita además un avance en el área asistencial e investigativa.

Por su parte la persona cuidada (siempre personas ya sea individuos, familias o comunidades.), percibirá a la enfermera(o) como persona y a través del diálogo se establecerá el puente de contacto entre ambos, para ser una relación subjetiva y encontrar sentido en las experiencias.

Adquiere gran importancia el desarrollo de habilidades de comunicación, así mismo como la escucha activa, el valor del silencio, el compromiso emocional, la presencia auténtica del profesional de enfermería en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico.

El profesional de enfermería debe hacer un reconocimiento especial a la familia de la persona con sufrimiento psíquico, aproximándose a ella y ayudándole a entender el significado de la experiencia de la enfermedad mental y trascenderla, convirtiéndola así mismo en su sujeto de cuidado.

Es indispensable que se desarrolle en los profesionales de enfermería en formación, competencias de ayuda interpersonal, que mantengan la perspectiva de integralidad y cuidado holístico.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Pacheco BG. Conferencia de Clausura de las II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental. Jaén, 25 de mayo de 2001.
2. Esguerra I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. *Avances en Enfermería*. 1991; IX (1): 27-34.
3. Steinent T Sippach, T, Gebhardt R. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? *Am J Pharmacopsychiatr*. 2000; 33(3): 98-102. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2000-342>
4. Durán M. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichan*. 2007; 7(2): 161-73.
5. Barrett EM. Theory: Of or for nursing? *Nursing Science Quarterly*. 1991; 4 (2): 48-49. <http://dx.doi.org/10.1177/089431849100400202>
6. Watson J. *Post modern nursing and beyond*. New York: Churchill Livingstone; 1999.
7. Shattell MM, Starr, SS, Thomas SP. 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(4):274-84. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x>
8. Belmont MA. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Enf Neurol*. 2011; 10(1): 53-5.
9. Travelbee J. The nurse-patient relationship. En: *Interpersonal aspects of nursing*. Filadelfia: Davis; 1967, p. 121.
10. Moreno ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichan*. 2005; 5(1-5): 44-55.
11. Gunther M. A discipline specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38 (4): 353-59. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02201.x>
12. Moreno ME. Necesidad de un marco epistemológico para la práctica de enfermería. Conferencia presentada en

- el taller precoloquio del XVI Coloquio de Investigación. Manizales: Universidad de Caldas, ACOFAEN -2003.
13. **Ley 1616 del 21 de Enero de 2013.** “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.
 14. **Meleis A.** Theoretical nursing: development and progress. 3a ed. Lippincott; 1997.
 15. **Garzón N.** Profesora emérita y honoraria. Universidad Nacional de Colombia; Presidenta del Tribunal Nacional de Ética de Enfermería, Colombia.
 16. **Morse JM, Solberg S, Neander W, Bottorff J, Johnson J.** Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science.* 1990; 13(1):1-14. <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
 17. **Morse JM.** Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Journal of Nursing Scholarship.* 1991; 23(2):116-23.
 18. **Morse JM, Bottorff J, Neander W, Solberg S.** Análisis comparativo de la conceptualización y teorías de cuidado. En: Holn E, Nicholson J. *Comportamiento contemporáneo de liderazgo*, 4a ed. Filadelfia: Lippincott; 1994, pp. 25-41.
 19. **Stockdale M, Warelow PJ.** Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 31(5):1260. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01385.x>
 20. **Kerouac S.** El pensamiento enfermero. España: Mason; 2005, pp. 31-32.
 21. **Parrado Y, Caro-Castillo C.** Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. *Avances de enfermería.* 2008; XXVI (2): 116-25.
 22. **Durán M.** Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan.* 2002; 2(2):7-18.
 23. **Moreno M, Durán M.** Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería. Universidad de la Sabana, Universidad Nacional de Colombia, Grupo Modelos y Teorías de Enfermería Acofaen; p. 8.
 24. **Marriner T, Raile A.** Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt, S.A., España, 2000: p.186.
 25. **Wesley RL.** Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill interamericana, México. 1997
 26. **Peplau H.** *Interpersonal relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic Nursing.* 1991.
 27. **Paterson J, Zderad L.** *Enfermería Humanística.* New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988 (publicado originalmente en 1976, Wiley).
 28. **Meleis AL.** *Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería.* 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.
 29. **George JB.** *Teorías de enfermería: de los fundamentos a la práctica profesional.* 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
 30. **Chinn PL, Kramer MK.** *Teoría y Enfermería: abordaje sistemático,* 2ª ed. St.Louis: C.V.Mosby, 1991.
 31. **Shattell MM, Starr, Sharon S, Thomas SP.** ‘Take my hand, help me out’: mental health service recipients’ experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing.* Blackwell Sinergy. 2007; 16(4):274-84.
 32. **Cibanal JL, Siles J, Arce MC, Domínguez JM, Vizcaya M, Gabaldón E.** La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Rev Cul Cuid.* 2001; V (10):88-99.
 33. **Rivera MS.** Teoría de la Relación persona a persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de enfermería. *Horizonte de Enfermería.* 2003; 14:95-111.
 34. **Rangel S, Hobbe WH.** Modelo de relación de persona a persona. En: Marriner-Tomey A. *Modelos y Teorías de enfermería.* 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 199, pp. 355-62.
 35. **Barker Phil and Buchanan.** *The Tidal Model: A guide for mental health professionals.* London. Amazon 2000.
 36. **King IM.** *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos.* México: Limusa; p. 1984.
 37. **Fawcett J.** *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories.* Philadelphia: Davis; 2000.
 38. **Salazar Á, Martínez C.** Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería.* 2008; XXVI (2): 107-15.
 39. **Alligood MR, May BA.** A nursing theory of personal system empathy: interpreting a conceptualization of empathy in king’s interacting system. *Nursing Science Quarterly.* 2000; 13(3):243-7. <http://dx.doi.org/10.1177/08943180022107645>
 40. **O’toole AW, Welt ShR.** Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Barcelona: Masson; 1996, pp. 69-70.
 41. **Ulloa RL.** Enfermedad mental y violencia: Propuestas de Intervención en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* 2007; 23(4).