

## La Declaración de Turku

### Versión Española

1. Traducido bajo el patrocinio de la Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental (ASCISAM)
2. Traducido por: Silvia Rosado Figuerola



**En reconocimiento a la excepcional contribución de los Profesionales de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (PEPSM), por el reto de cuidar de las personas con enfermedad mental**

#### Desarrollo del documento

1. El proyecto inicial se inició en la reunión de la Junta de Horatio en Turku, Finlandia, en octubre de 2010, y se ha desarrollado hasta febrero de 2011
2. La Junta de Horatio ratificó la primera versión el 19 de febrero de 2011
3. La segunda versión desarrolló más profundamente la primera versión en base a la interacción entre los miembros de la Junta de Horatio y los miembros del equipo Europeo de expertos en enfermería psiquiátrica, y se publicó en la web de Horatio el 6 de abril de 2011
4. El progreso del documento se discutió en la reunión de la Junta de Horatio en Amsterdam, en julio de 2011
5. La tercera versión se distribuyó por las secciones Europeas e internacionales del equipo de expertos en enfermería psiquiátrica de Horatio para recibir sus comentarios, y se actualizó la web de Horatio en septiembre de 2011
6. Se invitó a todos los Estados miembros a añadir las observaciones que creyeran pertinentes a la tercera versión, sondeando a miembros individualmente, no miembros y expertos técnicos para sus opiniones y sugerencias. Además, también se consultaron otras organizaciones Europeas de salud mental y ONGs para añadir sus comentarios
7. La Junta de Horatio discutió la información recibida de la tercera versión en la reunión de Estocolmo, el 15 y 16 de octubre de 2011
8. La edición final (cuarta versión) se implementó en octubre/noviembre de 2011
9. El documento completo se publicó en la web de Horatio en noviembre de 2011

## Sección A. Introducción

1. Los profesionales de enfermería han contribuido durante décadas a la promoción de la salud y a la relación coste-eficacia de los cuidados de personas afectadas por una enfermedad mental, déficit cognitivo, adicciones, estrés emocional y psicológico o trauma.
2. La Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (EPSM) representa el colectivo más extenso de atención en salud mental, con la gama más amplia de funciones clínicas y responsabilidades más variadas. Su experiencia en las tareas se pierde constantemente (a grandes rasgos) a través de la migración y la sobrecarga de trabajo.
3. En Horatio existe la convicción de que la EPSM tiene ciertas funciones clínicas fundamentales y responsabilidades que son distintas de otras disciplinas de salud mental. Este punto se describe en la Sección C y se sostiene en las demás secciones de este documento.
4. Si la EPSM se descuida, estas funciones y responsabilidades quedarán comprometidas y esto afectará negativamente a los resultados terapéuticos. Por lo tanto, estas funciones y responsabilidades remarcan todo lo que constituye la enfermería en este campo.
5. Es posible que algunas de estas funciones y responsabilidades se asuman por otros miembros de un equipo multidisciplinar en salud mental unificado (por ejemplo cuando miembros de otras disciplinas de salud mental diferentes trabajan juntos, compartiendo sus habilidades para ofrecer una atención individualizada especializada), pero casi siempre se originan de la investigación y del desarrollo práctico de la *ciencia de enfermería en salud mental* y se han adaptado para su uso por otras disciplinas, de manera que se ajusten a su propia experiencia y responsabilidades.
6. La *ciencia de enfermería en salud mental* se suele considerar un conjunto de métodos, intervenciones, procesos de gestión de cuidados, o actividades de evaluación desarrolladas específicamente para el trabajo del PEPSM. Generalmente surge de la investigación específica de enfermería o interdisciplinaria liderada por enfermería, o se ha adaptado de otras fuentes como son las médicas, psicológicas, intervenciones psicosociales, etc., mediante estudios consistentes de desarrollo práctico. No obstante, reconocemos que el PEPSM puede utilizar también estos enfoques en su formato original sin adaptarlas a la enfermería.
7. Existe una falta de continuidad entre los PEPSM de los diferentes Estados miembros Europeos relativa a las competencias básicas, preparación educativa, asistencia, gestión y práctica clínica, que nunca se ha abordado plenamente por las organizaciones nacionales representativas ni por la Comisión de la UE. Esta falta de armonización ha generado una cultura de 'tener y no tener', con algunos PEPSM capaces de ofrecer una atención individualizada sofisticada y de gran calidad, mientras que en el otro extremo otros carecen de los recursos necesarios para funcionar independientemente de otras profesiones y subsecuentemente ofrecen una

atención mínima.

8. Entre los Estados miembros existen diferencias históricas en la manera de describir a las personas con problemas de salud mental, incluyendo: usuarios de los servicios, residentes (para los ingresados en unidades de larga estancia), pacientes (en el entorno hospitalario), clientes (generalmente en la atención primaria), personas con experiencia vivida de enfermedad mental (los que han estado en contacto con instituciones de salud mental). De acuerdo con las organizaciones Europeas asociadas se ha convenido que la mejor opción para este documento es utilizar la palabra “paciente” en todo el texto a efectos de coherencia.
9. El PEPSM tiene diferentes niveles de calificación y responsabilidad.
10. El trabajo implícito (e incluso explícito) de la EPSM a menudo puede ser subestimado por la comunidad de salud.
11. A pesar del amplio nivel de especialización y la gama de competencias tienen los conocimientos necesarios para convertirse, con educación universitaria, en profesionales de enfermería especialistas con mayores responsabilidades. Difieren especialmente de sus colegas médicos porque tienen funciones diferentes, aunque puede haber un cierto solapamiento entre las dos disciplinas.
12. Este documento está diseñado para compensar la situación actual identificando la contribución insustituible que un PEPSM adecuadamente formado, con los recursos suficientes y bien gestionado, tendría que ser capaz de proporcionar a aquellos por los que tiene una responsabilidad profesional.
13. Este texto debería actuar como una rúbrica para el desarrollo profesional de la EPSM en toda Europa y así mejorar las opciones de atención que se ofrecen a las personas con problemas de salud mental.
14. Se reconoce que existen diferencias substanciales en la redacción y los conceptos utilizados entre países y, aunque en este documento se ha intentado utilizar una terminología general siempre que ha sido posible, puede haber casos donde ésta sea confusa para algunos PEPSM y requerirá más aclaraciones en revisiones posteriores de la Declaración.
15. A continuación no se representa únicamente lo que hace el PEPSM, sino que también se hace referencia a lo que otros grupos de profesionales no hacen, o bien no hacen de la misma manera que el PEPSM. Estas son las áreas en las que un PEPSM adecuadamente formado debería tomar la iniciativa profesional y clínica mientras trabaja como parte de un equipo interdisciplinar unificado o como un profesional autónomo e independiente.

## **Sección B. Preparación educativa – el PEPSM debería...**

16. Horatio ha identificado los siguientes “principios” de educación, investigación práctica y desarrollo profesional, y lo avala para toda la EPSM Europea.
17. Recibir educación formal, preferiblemente en el ámbito universitario, mediante un

plan de estudios que abarque los fundamentos necesarios para ofrecer a los pacientes unas opciones de intervención, cuidado y manejo consistentes con la investigación más actualizada en el campo de la salud mental, y específicamente de la labor del PEPSM.

18. Reconocer como PEPSM, con los órganos rectores nacionales si existen, sólo si se ha recibido un programa reconocido de formación teórica y práctica. Hay que fomentar que los profesionales de enfermería sin formación específica en EPSM pero que trabajan con pacientes con enfermedad mental realicen formación universitaria específica para este grupo de pacientes. Debería ser un requisito básico para todo profesional de enfermería titulado y órganos rectores de la UE.
19. Buscar el apoyo de las universidades locales y nacionales para desarrollar y ofrecer programas de EPSM de pregrado o postgrado consistentes con los requisitos básicos para trabajar como EPSM o Enfermería Especialista. Se debería alentar a las universidades a compartir estos programas internacionalmente.
20. No debería ser obligado a trabajar en las áreas de atención de salud mental sin la preparación y el soporte adecuados.
21. Recibir oportunidades regulares y constantes para un desarrollo profesional continuado (aprendizaje a lo largo de la vida) una vez graduados para garantizar una atención de calidad basada en la evidencia más reciente y las mejores prácticas.
22. Tener la oportunidad de progresar académicamente a un grado superior de máster y doctorado en materias apropiadas para la EPSM con estructuras que apoyen este aumento potencial de habilidades y conocimientos.
23. Recibir orientación (durante la preparación educativa), tutoría (supervisión específica para un periodo limitado en la primera clasificación) y supervisión clínica (a lo largo de su carrera profesional). Como mínimo el PEPSM debería tener acceso a estas medidas de apoyo y desarrollo profesional.

## **Sección C. Práctica Clínica – el PEPSM debería...**

### **Parte 1 Trabajar con el paciente**

24. Asegurar unas buenas prácticas mediante el desarrollo de una relación terapéutica adecuada a cada paciente. Esta relación se construye utilizando modelos que pueden ser originariamente de enfermería o adaptados de otras profesiones. Estos modelos varían de los utilizados por otras disciplinas tanto en su intensidad como en el grado con el que se convierten en el medio para abordar las actividades terapéuticas. Para su ejecución se requieren unos conocimientos y habilidades, y no se pueden llevar a cabo de una forma terapéutica sin entrenamiento y preparación.
25. Reconocer que todo contacto con el paciente requiere de unas actividades de intervención específicas. A menudo el trabajo del PEPSM se basa en mantener la presencia de enfermería ante el paciente facilitando el desarrollo terapéutico de uno mismo, para el abordaje de pacientes en crisis, gravemente deprimidos o muy alterados. Este vínculo profesional también puede convertirse en el método para

fomentar otras funciones de la EPSM con enfermos mentales crónicos o de larga evolución.

26. Desarrollar observaciones biopsicosociales de los pacientes enfatizando las actividades de evaluación clínica.
27. Establecer diagnósticos de enfermería como por ejemplo el impacto de los síntomas clínicos en la capacidad del paciente para encargarse de las actividades diarias de una forma independiente. De esta manera queda reflejado un proceso más dinámico y cambiante respecto a los diagnósticos médicos y, aunque posiblemente vinculados a estos, en consecuencia son diferentes. El diagnóstico médico del paciente puede permanecer estático a lo largo de su vida, mientras que los diagnósticos de enfermería irán variando según la capacidad del paciente para hacer frente a su afectación.
28. Desarrollar planes de cuidados específicos según las necesidades individuales de cada paciente utilizando diferentes opciones de intervención basadas en establecer una relación terapéutica sólida con el paciente.
29. Siempre que sea posible, comprometerse con el paciente en un plan de cuidados mutuo y en colaboración, un tratamiento y unos resultados clínicos, para establecer un nivel de concordancia que permita al paciente tener el control de su propio autocuidado.
30. Evaluar, en un tiempo establecido, la efectividad del plan de cuidados, sus intervenciones, las conclusiones resultantes de la evaluación del impacto en el paciente, y negociarlo con el paciente.
31. Diseñar nuevos planes de cuidados una vez que los objetivos se han conseguido o modificado, y mantener una relación de colaboración con el paciente para aumentar la posibilidad de éxito y recuperación. El objetivo principal de la EPSM es trabajar hacia la autonomía del paciente, y por lo tanto debe incluir actividades que favorezcan su independencia cuando proceda.
32. Ser el profesional de primera línea en todas las situaciones de atención en salud mental (pacientes ingresados, comunitaria, tratamientos a domicilio, unidades especializadas, seguimientos o catástrofes) y, específicamente dentro de cualquier entorno hospitalario, son los únicos profesionales de salud mental con responsabilidad de contacto con los pacientes durante las 24h del día, 7 días a la semana.
33. Intervenir en las emergencias psiquiátricas tales como autolesiones, agresividad hacia otros, agitaciones violentas, fugas, intentos autolíticos (como opuesto a las intervenciones en crisis que se resuelven mejor si se abordan por el equipo interdisciplinar que debería incluir al PEPSM), y ser responsables de su resolución satisfactoria utilizando modelos de reducción de daños reconocidos.
34. Contribuir a la intervención de crisis, como un trabajador clave o como un miembro más del equipo que se dedica, ofreciendo aportaciones basadas en la evidencia de la ciencia de enfermería.

35. Prevenir el desarrollo de más síntomas de salud mental y reducir los existentes mediante su observación, actividades de prevención e intervención psicosocial, reduciendo la posibilidad de (re)ingreso hospitalario siempre que sea posible.
36. Implementar las actividades, procesos y modelos de reducción de daños dentro del proceso de atención individualizado del paciente, basado en las necesidades identificadas y la gravedad de los síntomas.
37. Aplicar una amplia gama de intervenciones médicas, psicológicas y psicosociales, adaptadas a las funciones de la relación terapéutica de enfermería y las necesidades individuales de cada paciente. Mientras que otros grupos profesionales (como los terapeutas ocupacionales) en determinadas circunstancias también pueden adaptar todo esto a sus propias actividades clínicas, es el PEPSM quien más lo utiliza porque se enfrenta a la mayor gama de síntomas y condiciones, y al rango más amplio de gravedad de síntomas.
38. Trabajar en el entorno del paciente, siempre y cuando sea posible, no sólo en las áreas clínicas, con una variedad de funciones diferentes y con responsabilidades y agendas diversas. Puede actuar como un administrador de casos en el domicilio del paciente o, al contrario, realizar un acompañamiento en un lugar designado por el paciente – incluyendo la opción de citarse en el entorno hospitalario.
39. Participar en una educación para el paciente que promueva la salud mental y bienestar, así como actividades psicoeducativas relacionadas con la enfermedad, posibles trastornos y recuperación.
40. Enfocar las expectativas del paciente hacia la esperanza de recuperación usando modelos de rehabilitación y recuperación ya existentes y también en desarrollo. El objetivo principal de las buenas prácticas de la EPSM en el ámbito hospitalario tendría que ser procurar el retorno a la sociedad o, cuando no es posible, adecuar la inclusión social del paciente a su nivel óptimo de independencia. Para la EPSM que trabaja en el ámbito comunitario o con grupos especializados de pacientes, como por ejemplo la atención en psiquiatría infantil, centros de larga estancia, residencias geriátricas, adicciones o salud mental de los refugiados, se aplicaría el mismo principio para intentar conseguir una inclusión social óptima en todo momento.
41. Intentar utilizar los enfoques menos restrictivos o coercitivos para conseguir los resultados clínicos para la satisfacción del paciente.
42. Intervenir en todas las áreas de la matriz biopsicosocial.

## **Parte 2 Trabajar para el paciente**

43. Realizar evaluaciones multi-profesionales incluyendo las específicas de enfermería.
44. Compartir la información extraída de las evaluaciones con otras disciplinas de salud mental, en el entorno multidisciplinar y también en otros ámbitos, de una manera comprensible.

45. Usar las habilidades intuitivas del experto para evaluar y responder de una forma efectiva ante cualquier situación y de improviso. La EPSM actúa situacionalmente más que ninguna otra disciplina que trabaje en la atención en salud mental.
46. Proporcionar una continuidad de cuidados a todos los pacientes (específicamente en el ámbito hospitalario pero también en el ámbito comunitario coordinando los cuidados). Mientras que la función del coordinador de cuidados comunitario puede ser desarrollada por cualquier disciplina en el ámbito de la salud mental, es la EPSM quien suele asumir esta función ante los pacientes que tienen problemas de salud mental o psiquiátricos. Otras disciplinas tienden a basar la coordinación de los cuidados en otros problemas relacionados, como por ejemplo las necesidades sociales, cuando estas son la repercusión principal identificada en el paciente.
47. Supervisar los efectos de la medicación y de la terapia durante el progreso del paciente y transmitir la información a los otros miembros del equipo clínico.
48. Apoyar al paciente en todas las etapas, ante cualquier episodio psiquiátrico o estado de salud, frecuentemente con otros PEPSM que pueden realizar las distintas funciones clínicas mientras el paciente pasa por las diferentes etapas y sus necesidades cambian.
49. Siempre tener en consideración la percepción que tiene el paciente de su experiencia en su estado de salud mental actual y contacto previo con los servicios de salud mental. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar cualquier otra intervención.
50. Incluir el paciente en su propio proceso de cuidados.
51. Tener responsabilidad legal para la seguridad del paciente y la sociedad en general. Esto variará en función de la legislación nacional en salud mental, pero la EPSM en todo momento debe proporcionar seguridad y unos cuidados efectivos a los pacientes que tiene bajo su responsabilidad clínica.
52. Reducir la sobrecarga del cuidador y reforzar las propias fortalezas de manejo sobretodo en las áreas de enlace clínico, estrategias personales de intervención y educación psicofarmacológica.
53. Cuando se ofrecen o desarrollan los cuidados, tener siempre en consideración la percepción del cuidador sobre su impacto sobre ellos y cualquier implicación específica en su habilidad de manejo.
54. Ofrecer soporte clínico actuando como un mediador entre el paciente, cuidador y otras disciplinas, específicamente en el equipo médico, fomentando la comunicación durante todo el proceso de cuidados.
55. Encargarse de identificar y abordar los obstáculos que puedan surgir en la adherencia a la medicación para maximizar los beneficios de los medicamentos y reducir la probabilidad de recaída.
56. Contribuir en la reducción de daños y estigma en defensa del paciente y ofrecer

apoyo a cada paciente en el manejo del estigma.

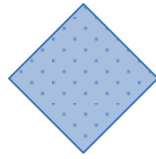
57. Aplicar las iniciativas de las políticas sociales locales, nacionales e internacionales y/o la legislación, gestión, apoyo e intervenciones de la EPSM.
58. Seguir y aplicar las leyes de salud mental y las acciones de política social que favorecen la seguridad del paciente, la reducción de daños y los cuidados formales. En algunos Estados puede haber una legislación que describa las funciones específicas del PEPSM, y ésta debe seguirse exhaustivamente. En los lugares donde esta legislación no existe, la EPSM debe adaptar su práctica para garantizar la protección de los derechos del paciente.
59. Administrar los recursos humanos en beneficio del paciente aun reconociendo que pueden haber limitaciones en términos de personal, habilidades y grado de experiencia. La EPSM nunca debería ofrecer algo al paciente que no pueda, o no tenga los recursos o la responsabilidad, de conseguir.
60. Fomentar las mejores prácticas en todo momento (que estén fundamentadas por la evidencia, que hayan probado tener los resultados esperados para un problema concreto y que no pongan en riesgo al paciente), tanto en la EPSM como en la atención en salud mental en general.

<b>Sección D. Investigación y desarrollo de la práctica – el PEPSM debería...</b>
---

61. Realizar investigación en EPSM tanto en campos disciplinares como interdisciplinares y grupos de investigación.
62. Facilitar a otras disciplinas los modelos generados de la investigación en la atención, intervención o desarrollos, que luego pueden ser adaptados para su uso teniendo en cuenta la área de responsabilidad de la disciplina que la acoge.
63. Asegurar la aplicación de la investigación en la ciencia de enfermería en salud mental para la práctica clínica de la EPSM. También implica traducir los conocimientos existentes para mejorar la eficacia de la EPSM mediante modelos consistentes de desarrollo de la práctica.
64. Aplicar la ciencia de enfermería en la mayoría de actividades de la atención en salud mental, diferenciando su trabajo de otras disciplinas de salud mental que también desarrollan funciones y responsabilidades similares.
65. Identificar las áreas de trabajo, funciones, responsabilidades o intervenciones que requieren supervisión o gestión clínica. Una vez esto se ha realizado y se han establecido unas bases teniendo en cuenta las necesidades clínicas o profesionales, se deberían identificar las mejores prácticas alternativas para modificar la situación. Entonces se deberían implementar y evaluar según su eficacia mediante unos modelos consistentes de desarrollo de la práctica. En caso que no exista una mejor práctica alternativa, la EPSM tiene la responsabilidad de desarrollar una (ver el punto 61).



66. Participar en el desarrollo de la práctica combinando el conocimiento centrado en la persona de la EPSM, a través de relaciones positivas entre individuos y equipos, cualidades personales e imaginación creativa, con habilidades prácticas y experiencia práctica. El resultado de esta actividad debería incorporarse a la estructura corporativa de la empresa de manera que se asegure que la EPSM es un componente esencial de las funciones principales de cualquier organización.



**Elaborado por, y en nombre de, Horatio: Enfermería Psiquiátrica Europea, por  
Martin Ward  
Presidido por el Equipo de Expertos en Enfermería Psiquiátrica de Horatio**

**Personas que han contribuido en la idea original de la Declaración:**

Sr. Roland van de Sande (Países Bajos)  
Prof. Denis Ryan (Irlanda)  
Dr. Hiekki Ellila (Finlandia)  
Prof. Michael Schulz (Alemania)  
Sr. Kevin Gafa (Malta)  
Sr. Richard Brodd (Suecia)  
Sra. Georgia Georgiou (Chipre)  
Sr. Des Kavanagh (Irlanda)

**Personas que han aportado sus observaciones, comentarios y experiencia a las versiones:**

Prof. Brendan McCormack (Irlanda del Norte)  
Prof. Dirk Richter (Suiza)  
Dr. Susanne Schoppmann (Alemania)  
A/Prof. Renee Robinson (Canadá)  
A/Prof. Sabin Hahne (Suiza)  
Sra. Melodie Hull (Canadá)  
Prof. Patrick Callaghan (Reino Unido)  
Sr. Ber Oomen (Países Bajos)  
Prof. Jose Carlos Santos (Portugal)  
Prof. Anna Bjorkdahl (Suecia)

**Organizaciones que han aportado sus comentarios a las versiones:**

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)  
Royal College of Nursing (Reino Unido)  
Mental Health Europe (Bélgica)  
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Alemania)

Nuestro agradecimiento a todas estas personas y organizaciones, de Horatio y los profesionales de enfermería psiquiátrica y salud mental del mundo.