

El modelo Tidal: Una alternativa para la enfermería psiquiátrica

The Tidal model: An alternative for psychiatric nursing

O modelo das Marés: Uma alternativa para a enfermagem psiquiátrica

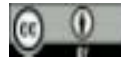
Douglas C. Nance¹

¹ MSN. Profesor-Investigador Asociado C, Tiempo Completo. Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública. Correo electrónico: biggato9@yahoo.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Nance, D.C. (2019). El modelo Tidal: Un alternativo para la enfermería psiquiátrica. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 23 (55) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.24>

Correspondencia: Universidad de la Sierra Sur, C/Guillermo Rojas Mijangos s/n, esq. Av. Universidad, col. Universitaria. Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México. CP 70800.

Correo electrónico de contacto: biggato9@yahoo.com



Recibido: 29/08/2019

Aceptado: 07/11/2019

Agradecimiento: Agradezco la Dra. Oliva López Sánchez de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México por sus siempre sabios críticas y comentarios.

ABSTRACT

Nursing has lacked a theoretical model specifically for the specialty of psychiatric nursing and mental health. This lack occurs worldwide, not only in Mexico, and may limit the development of the independent practice of psychiatric nursing. It can also limit the ability of nursing to work in the multidisciplinary team in a joint manner on an equal basis. In the XVI century Mexico had a model of psychiatric nursing of the Brothers of Charity, based on love for neighbor and respect for the person in need of nursing. Currently there is a theoretical model specifically for psychiatric nursing and mental health. The Tidal Model, with its metaphors about life and its crisis as a ship

at sea, focuses on respect for the history and experience of the person in need of nursing.

Keywords: Nursing theory, psychiatric nursing, mental health, theoretical framework

RESUMEN

La enfermería ha faltado un modelo teórico específicamente para la especialidad de enfermería psiquiátrica y salud mental. Este falta se da a nivel mundial, no solo en México, y puede limitar el desarrollo de la práctica independiente de la enfermería psiquiátrica. También puede limitar la habilidad de la enfermería a trabajar en el equipo multidisciplinaria en una manera

conjunta en condición de igualdad. En el siglo XVI México tuvo un modelo de enfermería psiquiátrica de los Hermanos de la Caridad, basado en el amor al prójimo y respeto a la persona con necesidad de la enfermería. Actualmente existe un modelo teórico específicamente para la enfermería psiquiátrica y salud mental. El Modelo *Tidal*, con sus metáforas sobre la vida y sus crisis como un barco en el mar, tiene un enfoque sobre el respeto para la historia y la experiencia de la persona con necesidad de la enfermería.

Palabras clave: teoría de la enfermería, enfermería psiquiátrica, salud mental, marco teórico.

RESUMMO

A enfermagem carece de um modelo teórico específico para a especialidade de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Essa falta ocorre em todo o mundo, não apenas no México, e pode limitar o desenvolvimento da prática independente de enfermagem psiquiátrica. Também pode limitar a capacidade de enfermagem de trabalhar na equipe multidisciplinar de maneira conjunta em igualdade de condições. No século XIV, o México tinha um modelo de enfermagem psiquiátrica dos Irmãos da Caridade, baseado no amor ao próximo e no respeito pela pessoa necessitada de enfermagem. Atualmente existe um modelo teórico específico para enfermagem psiquiátrica e saúde mental. O Modelo das Marés, com suas metáforas sobre a vida e sua crise como navio no mar, tem como foco o respeito pela história e experiência da pessoa que necessita de enfermagem.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem, enfermagem psiquiátrica, saúde mental, referencial teórico.

El modelo *Tidal*: Un alternativo para la enfermería psiquiátrica

“Todos son simplemente mucho más humanos que de lo contrario.”

Harry Stack Sullivan

La práctica de la enfermería implica hacer algo que parece bastante "normal", en los entornos y circunstancias extraordinarias. Las enfermeras atienden a las personas que, por diferentes razones, no cuidan, o no pueden, cuidar de sí mismas. La disciplina profesional es muy diferente de la del cuidado ordinario proporcionado por un amigo o un pariente. La diferencia está en el contexto, el cuidado de un amigo o un pariente es un deber u obligación moral donde el cuidador y el cuidado están unidos por lazos de sangre o amor.

La enfermería psiquiátrica tiene un contexto más problemático. A menudo las enfermeras están obligados a atender a las personas que han sido abandonados por todos los demás, o que pueden ser difíciles de cuidar. Por lo general, las enfermeras cuidan a más de una persona a la vez, hacen frente a demandas y prioridades a menudo rápidamente cambiantes. Tales desafíos contextuales transforman la ley ordinaria de la bondad humana en la extraordinaria disciplina del cuidado humano (Barker, 2009).

En la época virreinal, México fue vanguardista en el cuidado a los enfermos mentales. Se fundó el primer hospital para enfermos mentales en las Américas y una orden de enfermeros religiosos encargados para cuidarlos, con un modelo religioso basado en el amor al prójimo para el cuidado a los que sufren. Después de este época la enfermería psiquiátrica mexicana carece de un modelo teórico específico para su

implementación. Este ensayo pretende hacer una contribución a la búsqueda de un modelo moderno de la enfermería psiquiátrica, basado en el respeto para los que sufren, o tienen el riesgo de “sumergirse” en mares turbulentos mentales.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Actualmente, la enfermería psiquiátrica en México es una *rara avis*. El sistema de salud mexicano no ha contemplado los recursos humanos para hacer frente a este problema de salud pública. Con sólo 2.62 enfermeras psiquiátricas por cada 100,000 personas, México tiene una de las proporciones más bajas del mundo de enfermeras psiquiátricas por población y está en uno de los últimos lugares en el mundo de programas para el atención a la salud mental (OMS, 2016). A medida que el modelo actual asistencial burocrático bio-médico está lejos de atender cabalmente la salud mental, otros modelos pueden ser más útiles. Los pocos recursos en materia de salud mental pone en duda el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos y la invisibilidad de la problemática en salud mental también impide identificar la necesidad de más enfermeras psiquiátricas.

Hay una ausencia de obras teóricas sobre enfermería psiquiátrica en México. No hay modelos propios, y muchas escuelas están utilizando el modelo teórico de Virginia Henderson (Belmont Molina, 2011). Su teoría de las “necesidades de la

enfermería” (Henderson, 1991) es una compilación bio-médica de las necesidades del paciente y el papel de la enfermería en el cuidado. Hay una falta de vinculación conceptual entre lo fisiológico, el espiritual y lo socio-cultural sin el concepto de la naturaleza holística del ser humano. Como un modelo conceptual de enfermería psiquiátrica resulta insuficiente. La “necesidad de la enfermería” con la relación entre la persona quien tiene la necesidad, y la persona quien van a atenderlo, puede ser desarrollado con más profundidad. Otros modelos pueden proporcionar una atención más humanística.

Los principios humanísticos tiene antecedentes en México. En 1566 Fray Bernardino de Álvarez fundó el Hospital de San Hipólito y el orden de los Hermanos de la Caridad para cuidar los enfermos mentales. La Congregación estaba "en el ejercicio y practica tanto del amor de Dios, cuanto por el mismo, del Próximo". En el enfermo y en el necesitado, el Hermano de la Caridad debía ver una imagen viva del mismo Cristo, y por tanto mirarlo con un amor digno de Él. Pero no un amor pasivo, las constituciones lo dicen bien claro: "practica y ejercicio de amor", actividad amorosa frente al prójimo, que según se define, es un "tener los brazos de la caridad abiertos para admitir a todos los Enfermos, aun siendo su enfermedad, necesidad" (Muriel, 1990). Los enfermos fueron tratados con el respeto debido a su dignidad de personas. Este puede ser visto en términos

seculares como la necesidad de atención de la enfermería expresada por la persona-cuidada.

San Hipólito fue cerrado en 1910 y el Manicomio Nacional, conocido como La Castañeda, fue inaugurado para el centenario de la independencia. Desde entonces, el modelo biomédico sigue dominando los servicios de salud mental (Menéndez, 1990) y el enfoque psico-educativo asume una base orgánica de la enfermedad mental y consolida la concepción hegemónica de la enfermedad como una función de un cerebro dañado o desordenado y en gran medida irrecuperable. El modelo biopsicosocial y otros modelos psicosociales representan esfuerzos para desarrollar propuestas de enfermería psiquiátrica con base amplia de tratamiento incorporando diversas disciplinas.

Las teorías de enfermería no han sido bien recibidas por las enfermeras, posiblemente debido a su formación y orientación pragmática. Tal pragmatismo - predicada sobre la aceptación de las explicaciones biológicas y control de la conducta - corre el riesgo de dañar las relaciones de la enfermería con las víctimas de estigmatización o alienantes y la creación de una fuerza de trabajo distanciadas y potencialmente opresivos. La enfermería, a diferencia de la medicina - con su relación con las ciencias físicas - ha sido vista con desdén en términos intelectuales, con un fondo de investigación limitada y sin hogar

verdadero, ya sea en la salud o las ciencias sociales (Barker, 1997).

Algunas enfermeras han explorado las posibilidades de modelos de la enfermería establecidas para la práctica de salud mental (Flaskerud, 2000). Sin embargo, a pesar de una crítica constante de los modelos biomédicos y biopsicosociales de enfermedades mentales muchas enfermeras parecen satisfechos por tener un papel subordinado que siguen reproduciendo su función tradicional de apoyo (Barker y Stevenson, 2000). El énfasis en el trabajo multidisciplinario y en los modelos como el biopsicosocial podrían facilitar dicho trabajo en equipo. Sin embargo, el modelo biomédico es más fuerte que nunca en psiquiatría clínica (Antai-Otong, 2000). Del mismo modo, los teóricos de las ciencias sociales no muestran signos de abandonar su desarrollo de varios modelos psicológicos y sociales que podrían iluminar alternativas al tratamiento bio-médico psiquiátrico tradicional.

Estos acontecimientos sugieren que cualquier modelo de enfermería de salud mental debe enfatizar no sólo la “necesidad de la enfermería” (Henderson, 1991) pero debe ser congruente con las respuestas de otras disciplinas a las necesidades de la persona para otros intervenciones terapéuticas, incluyendo el de la bio-medicina.

El Modelo Tidal (*tidal*, marea del océano) (Barker, 2000) tiene como metáfora

central el mar; la experiencia humana es como un barco en el mar; a veces hay marea alta, otras veces la marea baja, y otras más hay naufragios. Es un acercamiento respetuoso para hacer frente a la vivencia de la persona y sus seres queridos. El modelo supone que el tipo de ayuda que necesitan las personas en su gran angustia mental es similar a desarrollar una forma de aumento de la conciencia o la educación superior, que no se puede llevar a alguien a un nivel de comprensión personal, si aún no lo han llegado a ellos mismos.

El Modelo Tidal tiene un enfoque filosófico en el descubrimiento de la salud mental. Mediante el uso de su propia lengua, las metáforas y las historias personales, las personas comienzan a expresar algo de sentido en sus vidas y no solamente síntomas que confirman la patología. Este es el primer paso para recuperar el control de sus vidas. El modelo proporciona un marco para la exploración de la necesidad del paciente de cuidados de enfermería y la prestación de los planes individuales de atención. Las personas (no “pacientes”), sus familias y las personas cercanas a ellos necesitan que se les ayude a concebir el ingreso al hospital como consecuencia de las dificultades de la persona y las de su entorno que han encontrado en sus vidas, y no como el resultado de una enfermedad misteriosa desarrollado como un individuo fuera de su contexto social.

Para comenzar el proceso de compromiso con el Modelo Tidal, la

enfermera debe aceptar que la recuperación del enfermo mental es posible y el cambio es inevitable. El paciente sabe lo que es mejor para él o ella y posee todos los recursos que necesita para iniciar el viaje de recuperación. Las enfermeras tiene que ser creativo y curioso para aprender lo que se necesita para ayudar a la persona.

El Modelo Tidal (Barker, 1998, 2000) fue desarrollado por la Universidad de Newcastle en un estudio investigando la Necesidad de la Enfermería lo que generó una teoría sustantiva de la práctica de la enfermería en salud mental (Barker, 1996). El estudio trató de aclarar los papeles y funciones discretos de la enfermería dentro de un proceso de atención y tratamiento multidisciplinario. Al traducir la teoría en la práctica el Modelo Tidal desarrolló muchas de las afirmaciones sobre la importancia de las relaciones interpersonales para la práctica de la enfermería y incorporó los principios sobre el proceso de empoderamiento. Como en Peplau (1952), el trabajo fundamental de los procesos interpersonales de la enfermería es cuidar y tener su enfoque singular en las reacciones del paciente a las circunstancias de su problema de salud.

Al asumir que la enfermería se basa en las relaciones interpersonales, se puede suponer que el enfoque adecuado de la enfermería es la “necesidad” expresada por la persona-cuidada. Lo que la gente pueda necesitar de la enfermería varía de persona a persona y de momento a momento. Este

enfoque no será más de lo que la persona-cuidada necesita de la enfermería. Lo que la persona-cuidada realmente necesita de las enfermeras es indeterminada. Sólo se puede definir como función de la relación entre una persona-con-la necesidad para la enfermería y la persona que puede cumplir con esa necesidad.

El Modelo Tidal originalmente se introdujo en los centros de atención psiquiátricos en 1997. Desde entonces el concepto de un cuidado continuo se ha desarrollado con hincapié en la necesidad de la persona en tres formas de atención; crítica, de transición y de desarrollo. El cuidado continuo construye el puente, cerrando la brecha del hospital a la comunidad, haciendo hincapié en que la necesidad debe ser el enfoque principal de la atención más que el entorno en el que se entrega la atención (Barker, 2000). Este modelo fundamental y inclusivo de la enfermería psiquiátrica se centró en los procesos de atención fundamentales para la práctica de la enfermería en salud mental para cualquier entorno de atención y cualquier población. Aunque centrado en identificar los procesos necesarios de los cuidados de enfermería, las prácticas están destinadas a ser complementarias a la atención y el tratamiento ofrecido por otras disciplinas.

Sills (1994) consideró que la teoría del caos es de particular relevancia para la enfermería ya que el enfoque de la práctica es la descripción y la gestión de patrones y variabilidades. Teniendo en cuenta este

enfoque, la salud va a ser conceptualizada como un patrón determinado por movimientos complejos y caóticos. El resultado de variables físicas, psicológicas y sociales, la no-linealidad utiliza un proceso de retroalimentación para regular dentro de los parámetros acotados. La enfermedad es vista como una estabilidad, un patrón que no responden a la retroalimentación, de manera que la trayectoria es atraída a un punto, que, sin corregirse, en la última instancia puede conducir a la muerte. La teoría del caos refuerza el mensaje anti-clásica de la teoría cuántica, compartiendo con la relatividad algunas de las implicaciones revolucionarias. Tomando de la teoría del caos, Barker (1996) reconoció la naturaleza fluida de la experiencia humana que se caracteriza por el cambio incesante y la imprevisibilidad. Esta fluidez proporciona la base de la metáfora central del Modelo Tidal: La vida es un viaje realizado en un océano de experiencia. Todo el desarrollo humano, incluyendo la experiencia de la enfermedad y la salud, implica descubrimientos realizados en el viaje a través del océano de la experiencia. En los puntos críticos en el viaje de la vida, la persona experimenta tormentas (crisis), o ataques de piratas (asaltos, violaciones); en otras ocasiones, el buque puede naufragar y la persona puede enfrentar la posibilidad de ahogamiento o naufragio (descomposición) y puede requerir ser guiado a un lugar seguro (puerto) para llevar a cabo las reparaciones o para recuperarse del trauma (rehabilitación).

Cultura de los Cuidados

Una vez que la persona ha recuperado el equilibrio necesario, el buque puede zarpar de nuevo, con el objetivo de ponerlo de nuevo en su curso de la vida (recuperación).

A diferencia de los modelos normativos psiquiátricos, el Modelo Tidal tiene pocos supuestos sobre el curso apropiado de la vida de una persona. La atención se centra en el tipo de apoyo que necesitado para rescatarlos de la crisis o para ayudar a volver a ponerlos en el curso de la vida (desarrollo). Las experiencias de vida son descritas en términos metafóricos. Las personas que sufren crisis de la vida están metafóricamente en aguas profundas con el riesgo de ahogamiento o se sienten como si hubieran sido arrojados a las rocas. Los que han experimentado un trauma (como lesiones o abuso), o problemas de la vida más duraderas, puede tener pérdida del sentido de sí mismo similar a un naufragio o de ataque de piratas. Tales personas necesitan salvavidas (rescate psiquiátrica) seguido a intervalos por el trabajo de desarrollo necesario para engendrar una verdadera recuperación. Esto puede tomar la forma de intervención en crisis en la clínica o en el "puerto seguro" de una hospital. Una vez que se haya completado el rescate (psiquiátrica) el énfasis se cambia a la ayuda para que la persona esté "de nuevo en el camino", volviendo a una vida significativa en la comunidad (salud mental).

La "necesidad de la enfermería" no puede estar de sí o no, de la comunidad o del hospital, en el servicio general o de

especialista, de atención de urgencias o de atención externo, sino que fluye a través de estas fronteras artificiales ya que la naturaleza de las necesidades de la persona cambia. Este enfoque basado en la continuidad de la atención tiene como objetivo promover el cuidado sin fronteras. La respuesta de cuidar, expresada por la enfermería, necesita fluir como el agua, adaptándose a las necesidades cambiantes. Si mantenemos un enfoque en las necesidades de la persona para los cuidados críticos, de transición o de desarrollo, la interdependencia de los diferentes servicios para satisfacer diferentes necesidades se hace evidente.

Una serie de evaluaciones holísticas, exploratorios y enfocadas en riesgos se han desarrollado dentro del modelo. Estos facilitan un enfoque centrado en la persona y generan intervenciones que hacen hincapié en sus recursos y capacidades existentes para buscar de soluciones. Los procesos de evaluación e intervención están destinados a apoyar la práctica y permite la enfermera a tener una mejor visión de la persona y proporcionan el espacio creativo necesario para responder a alguien en crisis (Barker, 2000). Al reconocer la necesidad de una respuesta continua y flexible, también reconoce la naturaleza caótica de la experiencia humana y de su conducta (Barker, 1996).

DISCUSIÓN

El Modelo Tidal emplea una construcción de cuidar que tiene como su objetivo efectuar el cambio en la presentación de la persona que es el paciente. En lugar de enganchar con el trastorno o la enfermedad, se centra en el contacto con la persona (Barker, 1997). El objetivo de este compromiso es entender la situación actual de la persona que incluye su relación con la salud y la enfermedad. La enfermera expresa la curiosidad acerca de la persona en la búsqueda del conocimiento de lo que está sucediendo dentro de la experiencia de la persona con su mundo, el yo y sus relaciones y lo que podría significar en los términos del cuidado esencial. Hay hincapié en la experiencia de angustia de la persona, que se entiende por la enfermera y en el apoyo para vivir una vida “normal”.

Hay tres dimensiones de representar la personalidad; el Mundo, el Uno Mismo y los Otros. En la dimensión Mundo, la atención se centra en las necesidades de ser entendido, y la necesidad de tener la experiencia personal del sufrimiento, enfermedad o trauma validado por otros. La Evaluación de Enfermería Holística es para documentar en la propia voz de la persona, los eventos significativos que ocurren en ese momento y lo que la persona percibe como que sea necesaria con el fin de responder a estos eventos.

En la dimensión del Uno Mismo, se hace hincapié en la necesidad para la seguridad emocional y física. El Plan de Seguridad es para identificar el tipo de apoyo

necesario para garantizar la seguridad personal y para compensar el riesgo de daño a sí mismo o los demás a través de la acción directa o la negligencia. Cuando la persona no puede cuidar de sí mismo o garantizar su propia seguridad, las enfermeras deben hacerlo en manera temporal hasta la persona puede recuperar sus habilidades.

En la dimensión de los Otros, se hace hincapié en la necesidad de apoyo que pueda necesitar a vivir una vida normal, como intervenciones médicas, farmacológicas, psicológicas o sociales específicas, incluyendo áreas vitales de la vida cotidiana como la vivienda, las finanzas, el trabajo y el ocio.

Dentro de cada una de estas dimensiones, la enfermera tiene como objetivo de explorar la construcción de la experiencia de la persona a través de la narrativa empleando el concepto de la alianza terapéutica. En cada dimensión de la evaluación y la intervención, el énfasis se da a la persona de participar plenamente en el proceso de determinar y cuando sea posible, contribuye a las intervenciones que podrían satisfacer sus necesidades. La atención requerida por la persona será un equilibrio o fusión entre las diferentes construcciones de la persona y sus seres queridos. La base del modelo es la narrativa y el empoderamiento. Este reconoce que lo que hay que hacer será determinado en gran medida por el individuo. Se basa principalmente en los enfoques sistémicos y orientadas a las soluciones, que hacen hincapié en la

resolución de problemas personales, la revelación y el empleo de recursos personales. Al reconocer la importancia central de la narrativa como el medio de sí mismo, el énfasis se da a mantener la integridad de la narrativa a través de la investigación colaborativa. El sentido de la persona de uno mismo, el mundo de sus experiencias y las experiencias con otros, está unido inseparablemente a sus historias de vida y sus significados.

El enfoque narrativo no se ocupa de desentrañar el curso causal de los problemas de la vida actuales, sino que pretende utilizar la experiencia del viaje de la persona y sus significados a trazar el paso que debe ser tomada en su camino de la vida. Como parte de esta exploración conjunta del mundo de la experiencia de la persona, el registro de evaluación está escrito en la propia voz de la persona en lugar de traducirse en tercera persona o de la lengua profesional. Esto es la co-creación de una narrativa de la experiencia que incluye lo que la persona cree que necesita de la enfermería.

Al dar prioridad a la historia de la persona, reconoce que la narrativa es el lugar para la promulgación de su vida. El proceso de cuidar comienza y termina aquí, ya que la gente desea desarrollar y crear una explicación coherente de lo que ha ocurrido y lo que está sucediendo en su experiencia de la angustia mental. En este contexto, la investigación sobre la historia de las dificultades de la persona y la historia emergente de los cambios que se han

producido tiene que ser un proceso riguroso y paciente.

La experiencia de la mala salud mental es fundamentalmente una de desempoderamiento. Cuando estos problemas perduran o se repiten, la familia o la comunidad pueden ver a la persona como discapacitado. A pesar de se ofrece un servicio a la persona, a menudo esto se centra sólo en la limitación de los daños personales e interpersonales que pueden ser causados por los problemas de la vida, llamada enfermedades mentales (Barker & Stevenson, 2000). Los procesos de atención y tratamiento psiquiátrico puede agregar a la falta de autonomía. Esto puede ser desde las restricciones impuestas por el confinamiento a las limitaciones más sutiles promulgadas por ser bajo observación o consideradas como inconforme. La forma más común de pérdida de poder consiste en el hecho de no prestar atención adecuada a las experiencias de los problemas de la vida de la persona. El modelo bio-médico ha servido como un medio de desviar la atención de la experiencia vivida de la persona, con la traducción de esta cuenta única y subjetiva a el para-lenguaje de la bio-medicina. La historia de la persona se reduce al nivel de sus partes con el diagnóstico psiquiátrico, esta forma particular de representación de la experiencia humana con los problemas de la vida.

Las tres dimensiones del Modelo Tidal tienen como objetivo a evitar la reducción de la persona a un fenómeno del

paciente, al tiempo que reconoce la imposibilidad de desarrollar cualquier cosa más que una cuenta provisional de las experiencias de vida de la persona y la necesidad inmediata de la persona para la enfermería (Barker, P., 2000).

CONCLUSIÓN

El Modelo Tidal asume que las enfermeras tienen que acercarse a las personas a su cuidado para que puedan explorar juntos la experiencia de la salud y la enfermedad. La atención de la salud es cada vez más técnica y emocionalmente distante mediante el uso de tecnología y las personas están pidiendo atención y tratamiento a volver a insistir en las relaciones entre ellos y sus cuidadores.

El Hospital de San Hipólito, en 1566, fue el primero que se recibían enfermos mentales. Estos enfermos fueron alojados en un sanatorio y tratados con el respeto debido a su dignidad de personas por los Hermanos de la Caridad. La atención y cariño con que se trataba dimanaba de ese modo sobrenatural cómo Bernardino de Álvarez los consideraba. Él fue quien hizo que el pueblo pensase en ellos como en los más desvalidos hijos de Dios. Veía en los “locos” un ejemplo que debía mover a los hombres a ordenar la vida y oponía la locura insana de sus enfermos a la locura consciente del mundo (Muriel, 1990).

La práctica de salud mental todavía se basa en una especie de confesión, de los traumas y la vulnerabilidad física y

emocional dentro de una conversación íntima (entrevista/evaluación/diálogo o terapéutico/confesión/oración). Sólo nuestra sociedad secular postmoderna se siente incómoda por reconocer que este proceso es espiritual, ya que implica una exploración de los significados que las personas han atribuido a las experiencias en sus vidas. El Modelo Tidal y el modelo de los Hermanos de la Caridad comparten el respeto para la persona, la atención, el cariño, y la necesidad de atención de la enfermería expresada por la persona-cuidada. El Modelo Tidal reconoce que los problemas de la vida, que se apoderan y amenazan con ahogar a las personas, pueden ser interpretadas, en un nivel fundamental, como crisis espirituales en el sentido de que la perturbación consiste en una alteración de los diversos significados atribuidos a y por la persona, en relación con la experiencia de ser humano y ser vivo (Thomas, 1997). También reconoce que el tipo de atención que las enfermeras tienen que entregar para responder eficazmente a este tipo de crisis puede aparecer ordinario, pero dado el contexto, puede representar actos de extraordinario valor y compasión.

Las averías raras veces sucede de repente. De la misma manera, la recuperación no se produce de repente, sino que se desarrolla en el propio ritmo de la persona, dependiendo de las circunstancias. Como resultado, estamos como la gente limpiando después de una gran inundación. Sabemos que van a necesitar mucho

esfuerzo de nosotros mismos y tal vez de otros. A menudo, sospechamos que nada volverá a ser lo mismo otra vez. Estamos limpiando y estamos en la reconstrucción de nuestras vidas que han casi fueron destruidas por la inundación. Esto se convierte en nuestro trabajo más importante. A través de este trabajo reclamamos lo que es más querido para nosotros - nosotros mismos. Si podemos hacer eso, bien podemos recuperar las vidas que pensamos que habíamos perdido (Barker & Barker, P. J., 2016). En el tratamiento de una persona que sufre, el terapeuta debe mostrar a la persona que puede alcanzar una vida con un propósito, y mejorar su sentido de identidad, señalando el sentido que está esperando para ser cumplido por él, a pesar de su trastorno mental y sus efectos (Frankl, 1986). Esperamos que estos principios pueden dar un puerto seguro para las personas quienes, como barcos en una mar tormentosa, sufren de trastornos mentales.

BIBLIOGRAFÍA

- Antai-Otong, D. (2000). The neurobiology of anxiety disorders: Implications for psychiatric nursing practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 71–89.
- Barker, P.J. (1996). Chaos and the way of Zen: psychiatric nursing and the 'uncertainty principle'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 235-243.
- Barker, P. (1997). *Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of the whole person*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Barker, P. (2000). *The Tidal Model: from theory to practice*. Newcastle: University of Newcastle.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240.
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. London: Edward Arnold.
- Barker, P. & Barker, P.J. (2016). *Tidal: Recovery and reclamation*. Obtenido de www.tidal-model.com
- Barker, P. & Stevenson, C. (2000). *The Construction of Power and Authority in Psychiatry*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Belmont Molina, A. (2011) La evolución de la enfermería psiquiátrica. *Enfermería Neurológica*, 10 (1), 53-55
- Flaskerud, J.H. (2000). Shifting paradigms to neuropsychiatric nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 1–2.
- Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Henderson, V. (1991). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education: Reflections after 25 Years*. New York: National League for Nursing Press.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España. Tomo I. Fundaciones del siglo XVI*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización Mundial de Salud (2016). Obtenido de

- www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/mex_mh_profile.pdf?ua
- Peplau, H.E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.

