

Percepción enfermera sobre necesidades y recuperación de las personas ingresadas en una unidad de media estancia: estudio cualitativo

Nursing perception about the needs and recovery of people admitted to a medium stay unit: A qualitative study

Miriam Aragonés Calleja^{1,2}, Vanessa Sánchez Martínez²

1. Unidad de Media Estancia, Hospital Padre Jofre, Valencia, España.

2. Departament d'Infermeria. Universitat de València. Valencia, España.

Contacto: Miriam Aragonés Calleja, aragones_mir@gva.es

Fecha de recepción: 14 de julio de 2022 / Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2022

Resumen

Introducción: La atención orientada a la recuperación es un enfoque centrado en la persona que aboga por que las personas usuarias participen en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud mental. Como punto de partida, es necesario conocer la visión profesional de las necesidades de las personas atendidas en una unidad de hospitalización de media estancia (UME) para poder orientar los cuidados hacia su recuperación.

Objetivos principales: Explorar desde la perspectiva fenomenológica las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas con trastorno mental ingresadas en una UME, así como el rol enfermero en este proceso.

Metodología: Estudio cualitativo desarrollado en una UME de salud mental a través de entrevistas semiestructuradas individuales realizadas entre marzo y diciembre de 2020. El análisis fue llevado a cabo con la técnica de análisis de contenido en varias etapas consecutivas y con el soporte de ATLAS.ti.

Resultados: Se realizaron 28 entrevistas. Del análisis cualitativo surgieron tres temas principales: necesidades percibidas, recuperación en la unidad y papel de la familia en la recuperación. Las necesidades de las personas usuarias se agruparon en tres subtemas: sociales, de autocuidado y emocionales. La recuperación se distribuyó en cuatro subtemas: los factores favorecedores y las barreras a la recuperación de las personas ingresadas, la contribución enfermera en el proceso y la percepción de mejoría clínica. Por último, surgió como tema emergente el papel de la familia en la recuperación, como entorpecedora o facilitadora del proceso.

Conclusión: Las participantes describieron como relevantes las necesidades emocionales de las personas atendidas y que su contribución a la recuperación se basaba en responder a ellas a través de sus cuidados. Destacó como limitación para la atención orientada a la recuperación que ninguna participante mencionó la toma de decisiones compartida como una necesidad.

Palabras clave: percepción, necesidades, recuperación, salud mental.

Abstract

Introduction: Recovery-oriented care is a person-centered approach that advocates for users to participate in their own mental health care decisions. As a starting point, it is necessary to know the professional view on the needs of people cared for at a medium-stay hospitalization unit (MSHU) in order to orientate care towards their recovery.

Main objectives: To explore from a phenomenological perspective the perceptions of nursing professionals about the individual needs and possibilities of recovery of people with mental disorders admitted to an MSHU, as well as the nursing role in this process.

Methodology: Qualitative study developed in a Mental Health MSHU through semi-structured individual interviews conducted between March and December 2020. The analysis was carried out using the content analysis technique in several consecutive stages and supported by ATLAS.ti.

Results: 28 interviews were conducted. Three main themes emerged from the qualitative analysis: perceived needs, recovery in the unit and the family's role in recovery. Users' needs were grouped into three subthemes: social, self-care and emotional. Recovery was divided into four sub-themes: favouring factors and barriers to recovery for hospitalized people, the nursing staff's contribution to the process, and the perception of clinical improvement. Finally, the role of

the family in recovery was an emerging theme, as a hinderer or facilitator of the process.

Conclusion: The participants described as relevant the emotional needs of the people cared for and that their contribution to recovery was based on responding to them through their care. It stood out as a limitation to recovery-oriented care that no participant mentioned shared decision-making as a need.

Keywords: perception, needs, recovery, mental health.

Introducción

La atención orientada a la recuperación ha ganado credibilidad en los últimos años como un modelo centrado en la persona que considera todos los aspectos de su vida. Es un modelo optimista en el que la persona con un problema de salud mental no necesita estar “curada” completamente para llevar a cabo una vida productiva, plena y significativa¹. Este enfoque centrado en la persona sugiere que las personas usuarias sean escuchadas, informadas, respetadas e involucradas en su propia atención, cambiando así el equilibrio de autoridad y responsabilidad dentro de la relación profesional-persona usuaria e incorporando la toma de decisiones compartidas².

Las personas usuarias son cada vez más reconocidas como tomadoras de decisiones clave en el cuidado de la salud mental³; ahora bien, algunos profesionales siguen considerando que la toma de decisiones por su parte no es relevante para el proceso de recuperación y contribuyen a la aplicación de la coerción como práctica habitual⁴. El derecho de la persona usuaria a tomar decisiones con respecto a su propia salud mental debe ser reforzado y fomentado por el personal involucrado, teniendo siempre en cuenta su opinión y protegiendo su autonomía^{5,6}.

Dicha participación en sus cuidados y elección compartida de su tratamiento, se asocia con mayor adherencia farmacológica y mejores resultados como los reportados por Priebe *et al.*, los cuales, ya en el año 2010⁷, documentaron que las opiniones de las personas ingresadas involuntariamente sobre el tratamiento dentro de la primera semana de ingreso eran un indicador relevante para su pronóstico a largo plazo. Pero, actualmente, hay que seguir trabajando para crear verdaderamente un sistema de salud mental orientado a la recuperación⁸.

Los problemas de salud mental graves y crónicos plantean desafíos considerables para la atención en los recursos de salud mental, y es que estas personas tienen múltiples necesidades que a menudo no se abordan. Las tendencias actuales hacia la toma de

decisiones compartida en el cuidado de las personas con trastorno mental grave (TMG) hacen imperativo identificar sus necesidades, incluso aquellas que no están satisfechas, ya que representan una combinación de problemas de salud, instrumentales y sociales que determinan el curso y el resultado del propio trastorno⁹. Además, estos problemas de salud mental tienen un efecto profundo no solo en la vida de la persona que los experimenta, sino también en quienes están cerca de ellos. Los y las cuidadoras, familiares y amistades a menudo brindan la mayor parte del apoyo que recibe la persona y pueden tener un papel fundamental en la promoción de la recuperación y la facilitación de la inclusión social¹⁰.

Son escasos los estudios científicos que abordan de manera directa las necesidades reales que tiene una persona cuando ingresa en una unidad de salud mental, así como las necesidades percibidas o detectadas por los y las profesionales y las intervenciones de enfermería para alcanzar la recuperación. Por todo ello, este estudio tuvo dos objetivos principales: explorar las percepciones de los y las profesionales de enfermería sobre las necesidades individuales y recuperación de personas ingresadas con un trastorno mental y examinar cómo los y las profesionales pueden contribuir a la recuperación de las personas en base a sus necesidades.

Metodología

Diseño

Este es un estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas ingresadas en una unidad de hospitalización de media estancia (UME) de salud mental que utiliza un enfoque o diseño fenomenológico¹¹ a través de entrevistas semiestructuradas individuales.

Participantes y ámbito de estudio.

La población a estudio fue el personal de enfermería de la UME del Hospital Padre Jofre de Valencia,

España, por lo que se trata de un muestreo intencional o de conveniencia a partir del total de 36 componentes del equipo de enfermería. Participaron 28 (77.77%), de las que 27 eran mujeres. Trece eran enfermeras/os, y quince, técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). La edad media era 51.53 ± 9.58 con un rango de 23 a 64 años. En cuanto a la antigüedad profesional en la unidad, la media se correspondió con $6.47 \text{ años} \pm 5.33$ y con un rango entre seis meses hasta 15 años de antigüedad, momento en que se inauguró el hospital. Los criterios de inclusión eran: personal enfermero que llevara trabajando en la UME al menos 6 meses; participación voluntaria en el estudio; personas con capacidad de comunicarse de forma competente en castellano o valenciano; comprensión del estudio y firma de consentimiento informado. No se establecieron criterios de exclusión.

Recogida de datos

Cada profesional cumplimentó de manera independiente un cuestionario de datos sociodemográficos codificado con un número de identificación y vinculado con su respectiva entrevista para anonimizar los datos. Todas las entrevistas contaban con un guion temático, diseñado y discutido con anterioridad por ambas autoras y fueron grabadas en audio. Además, a todo el que decidió participar se le proporcionó la hoja de información al participante y consentimiento informado. El ambiente escogido para la recolección de datos fueron dos salas disponibles en la unidad que cumplían con los estándares de realización de entrevistas¹², salas con los menores estímulos externos posibles (ruido, temperatura), sin la presencia de terceras personas y salas que invitaran a la confianza. La actitud de la entrevistadora fue asertiva, respetuosa y abierta, favoreciendo en todo momento la comunicación. Todas las entrevistas duraron entre 25 y 45 minutos, incluyendo la presentación inicial, el cuerpo de la entrevista y el cierre. La primera entrevista fue realizada el 10 de marzo de 2020 y la última el 23 de diciembre de 2020.

Análisis de datos

El análisis fue llevado a cabo a través de la técnica de análisis de contenido¹³ y con el soporte del programa informático ATLAS.ti. Primero, de manera independiente por ambas autoras, y segundo, a través de discusión y consenso en varias reuniones de equipo, se analizó la información y se agrupó en códigos

para detectar los principales temas, subtemas y categorías.

Ética

El estudio se realizó de acuerdo a los principios básicos de protección de derechos y dignidad del ser humano como consta en la Declaración de Helsinki¹⁴ y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Médica del Hospital Doctor Peset (CEIm:127/19). En todo momento se informó al y a las participantes de que su colaboración era completamente voluntaria y que toda la información sería tratada de manera confidencial anonimizando los registros, siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Resultados

Se analizaron en profundidad las unidades de significado que respondían directamente a los objetivos principales del estudio, surgiendo 35 códigos, 9 subtemas y 3 temas principales: necesidades percibidas, recuperación en la unidad y papel de la familia en la recuperación (ver tabla 1 y tabla 2).

Necesidades percibidas

Las necesidades detectadas se agruparon en tres esferas: necesidades sociales, de autocuidado y emocionales. Como necesidades sociales, la más repetida fue la necesidad que tienen las personas usuarias de adquirir autonomía para lograr el mayor grado de independencia posible, seguida de la necesidad de reinserción social.

P15: ... que cuando salgan de aquí sean personas totalmente autónomas y que puedan desarrollar un trabajo, unos estudios o lo que estuviera haciendo, es mi opinión.

P25: Yo pienso que es volverlos a reeducar para que ellos puedan ser independientes en su vida. Todo ello lleva lo que haya que reforzar según qué paciente, pero, más que nada, es habilitarlos a las tareas cotidianas para que puedan estar incorporados en una vida social normal. Que puedan vivir ellos sin el estigma de "paciente mental". Que se defiendan, que perfectamente pueda estar un enfermo en su casa siendo un enfermo mental.

TEMA	SUBTEMA	CÓDIGO	
Necesidades percibidas	Necesidades sociales	Adquisición de autonomía/independencia	
		Reinserción en la sociedad	
		Apoyo familiar	
		Ayuda/atención en general	
		Seguimiento tras el alta	
	Necesidades de autocuidado	Nuevo recurso, ayuda económica	
		Refuerzo de ABVD, rutinas y horarios	
		Fomento AIVD	
		Control de la medicación	
	Necesidades emocionales	Conciencia de trastorno	
		Cariño y cercanía	
		Comprensión	
		Orientación en la vida	
		Escucha activa	
		Refuerzo de la autoestima	
Recuperación en la unidad	Percepción de mejora	Sí mejoran	
		Unos mejoran y otros no	
		No mejoran	
	Causas de la mejoría	La conciencia de trastorno es clave para la mejoría	
		La persona usuaria que tiene interés y voluntad mejora	
		Contribuciones psiquiatra y medicación	
		Cuidados de enfermería	
		Cuando están estables se trabaja mejor	
	Causas de la no mejoría	A mayor tiempo de ingreso, menor recuperación	
		Cuando vuelven a su contexto social vuelven a empeorar	
		Circunstancias personales	
	Contribución enfermera	Cuidados que responden a las necesidades de las personas usuarias	
		Atención continuada 24 horas/día.	
	Papel de la familia en la recuperación	Facilitadora del proceso	La familia aporta protección/ayuda
			La familia es un elemento clave para la recuperación o no de la persona usuaria
La familia también necesita formación para el manejo			
Entorpecedora del proceso		La familia abusa o se aprovecha de la persona usuaria	
		Falta de límites por parte de la familia	
		La familia es la causante de la enfermedad o del empeoramiento	

ABVD: actividades básicas de la vida diaria. / AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla 1. Temas, subtemas y códigos.

TEMA/SUBTEMA	DEFINICIÓN
Necesidades percibidas	Carencias detectadas al ingreso por el equipo de enfermería necesarias para un bienestar holístico
Necesidades sociales	Relacionadas con el desarrollo de una vida social óptima
Necesidades de autocuidado	Vinculadas a la implicación de la persona en el cuidado de su propia salud
Necesidades emocionales	Asociadas al intercambio afectivo con otras personas y la percepción de sí misma
Recuperación en la unidad	Visión de las profesionales sobre el proceso de recuperación durante el ingreso
Percepción de mejora	Valoración de la evolución de las personas tras el ingreso
Causas de mejoría	Factores favorecedores del proceso de recuperación de la persona
Causas de no mejoría	Factores entorpecedores del proceso de recuperación de la persona
Contribución enfermera	Aportaciones del equipo de enfermería al proceso de recuperación
Papel de la familia en la recuperación	Rol de la familia o cuidador/a principal de la persona en su proceso de recuperación
Facilitadora del proceso	Familia o cuidador/a fuente de apoyo y soporte oportuno durante la recuperación de la
Entorpecedora del proceso	Familia o cuidador/a limitadora de la recuperación de la persona

Tabla 2. Definición temas y subtemas.

A nivel de autocuidado, casi la totalidad de participantes hicieron hincapié en la importancia de adquirir o recuperar unos hábitos, rutinas, horarios, reforzar las actividades básicas de la vida diaria y tener un control de la medicación.

P5: *Reforzar las rutinas, reforzar los hábitos básicos que muchas veces en casa los pierden, bueno los dejan... Y reforzar esas cosas también, las rutinas, los horarios, las comidas, los horarios de comida...*

P13: *Aparte de la parte farmacológica que necesitan, que no solo el cariño les va a curar.*

P22: *Pues yo creo que al final necesitan llegar aquí y tener una rutina, por ejemplo, en algunos casos socializar y sentirse apoyados por el resto de compañeros, de profesionales..., sentirse parte de un grupo, y, sobre todo, pues eso... las rutinas, recuperar hábitos. Y, al final rehabilitarse en todos los aspectos, o de medicación, que igual han ingresado aquí porque han tenido un brote o lo que sea, por falta de rutina con la medicación o con los hábitos, eso es lo que yo pienso.*

Por último, las necesidades emocionales fueron las más citadas, las profesionales afirmaban que las personas usuarias necesitan cariño, cercanía y mucha comprensión.

P12: *Pues mira, aunque no lo creas, cariño, mucho cariño, y ante todo también el entenderlos ¿vale? Y el entender nosotros la enfermedad que ellos tienen, ya no ellos, sino nosotros. Si nosotros no entendemos lo que a ellos les pasa, no sabemos trabajar con ellos... Pero sobre todo cariño. Hay mucha gente que tiene falta de cariño. Si que es verdad que hay otra gente que tiene mucho apoyo de la familia, pero hay otros que no.*

P6: *... la comprensión, porque ellos necesitan mucho hablar contigo, necesitan mucho expresarse, contarte sus problemas y entonces muchas veces los tienes que comprender, aunque es muy difícil ponerse en su situación. Eso, mucha comprensión, para poder entenderlos cuando te hablen, cuando te cuenten y bueno, saber ponerte muchas veces en su situación para poderlos entender, aunque es un poco complicado y no todo el mundo sabe hacerlo, pero bueno.*

Recuperación en la unidad

Otra de las preguntas abordaba la percepción de mejora que tenían las profesionales tras el ingreso de las personas usuarias en la UME, y hubo tres niveles de respuesta diferentes. La gran mayoría se posicionaban en que sí mejoran, otros en que unos sí y otros no, y solo cinco profesionales tuvieron la percepción clara de que no mejoran.

P10: *... un porcentaje muy grande sí mejoran, incluso después de irse nos llaman para ver cómo estamos, o vienen a vernos, o te ven por la calle y te paran. Yo creo que entre un 80-85 %, vamos a ser realistas, les gusta pasar por aquí.*

P7: *Hay muchos que mejoran y otros que no...*

P4: *Yo veo que no mejoran, a lo mejor de un mogo llón una sí, pero la mayoría no. Se van igual que han venido o peor.*

Las causas principales de mejoría identificadas fueron la conciencia de trastorno previa al ingreso, la voluntad de las personas usuarias, la medicación y los cuidados del personal de enfermería.

P21: *... aquí juega un papel muy grande el saber que tienes una enfermedad y ser consecuente con ella, y la medicación, el tener una buena adherencia, claro...*

P20: *... el que no se implica ni tiene interés, por mucho que le hagas, pues no consigues nada, consigues bien poquito. Pero el que... ya no es que tenga interés, sino que tú despiertes en él un poquito de interés, yo creo que esa persona sí que tiende a beneficiarse.*

P27: *También hay gente que aprovecha el recurso y otro tipo de gente que no aprovecha el recurso. Y después, pues también la evolución de cómo ellos lleven la enfermedad, pues se puedan beneficiar o ya se queda una cosa más cronificada y no...*

P10: *Los cuidados de enfermería son importantísimos. Vamos a ver, la medicación... Pues en este tipo de enfermedad... medicación, tienen que tomar medicación, pero aquí la enfermería es fundamental...*

Por el contrario, la no mejoría se atribuyó al tiempo de ingreso (a mayor tiempo de ingreso, menor recuperación), al retorno o contacto de nuevo con su contexto social y a las circunstancias personales.

P12: *Sí que es verdad que cuanto más tiempo están aquí es peor para ellos.*

P11: *Hay personas que yo creo que no se pueden trabajar, no se pueden reinsertar o rehabilitar, por lo que sea, por la estructura familiar, por todo, por sus circunstancias personales o por su capacidad cognitiva que está más dañada, no sé.*

Para finalizar, el último subtema abordó las contribuciones de enfermería que favorecen o apoyan la recuperación de las personas usuarias dentro de la unidad. Por un lado, diez participantes afirmaron que los cuidados del equipo de enfermería respondían a las necesidades detectadas y ello ayudaba a la recuperación o mejoría; y, por otro lado, varios profesionales resaltaron que el personal de enfermería ofrece una atención continuada 24 horas al día que otros profesionales no pueden proporcionar.

P5: *Yo creo que todas estas necesidades se atienden, sobre todo, lo que es por nuestra parte la rutina de las mañanas, el levantarse, el desayuno, la ducha, que se hagan la cama, que se arreglen la habitación; yo creo que sí se cumple. Y en el ámbito emocional también se cumple bastante, aunque hay gente que se deja ayudar más en ese aspecto que otros, porque hay gente más cerrada, pero al final, si estás cerca de ellos, se acaban abriendo.*

P22: *Ya no solo a nivel de medicación y de talleres y demás, sino que se intenta ir un poquito detrás del paciente, a los que les hace falta... ummm... no sé... Yo creo que sí, enfermería intenta cubrir estas necesidades y ayudar en lo posible, como si puede dar algún tipo de consejo de hábitos o de algo...*

P10: *... porque te repito, 24 horas al día, todos los días y somos sus ojos, sus oídos y todo, porque ellos no se miran y no se oyen. Y, aparte, que la filosofía de la enfermería son los cuidados y ayudar, acompañar, según los modelos.*

P16: *Yo creo que enfermería, no voy a decir que somos los que más aportamos, pero 24 horas dan mucho de sí para conocerlos y para nosotros cono-*

cer cómo tenemos que hacer para acceder a ellos, eso es fundamental. Para mí, sin enfermería...

P24: *Creo que aquí la pieza más importante para ellos somos nosotros, a pesar de... Claro, la medicación es importante, el psiquiatra es importante, pero con nosotros pasan la mayoría del tiempo, entonces estamos... O sea, pasan el día y entonces es con nosotros con quien más cercanos son y yo creo que les podemos ayudar mucho.*

Papel de la familia en la recuperación

Para acabar, la familia se percibió bien como facilitadora del proceso de recuperación aportando protección o ayuda, o como entorpecedora del proceso, abusando o aprovechándose de la persona.

P7: *Con muchos pacientes, tenemos la gran suerte de que los padres ayudan mucho... Normalmente la familia es la que da la protección...*

P10: *... a veces es la familia la que abusa, por ejemplo quitándoles el dinero y eso es un abuso...*

P13: *... la desestructuración familiar agrava el problema de ellos y entonces se bloquean y no saben hacer cosas...*

Además, las profesionales reconocían la necesidad de formación a las familias para el manejo del trastorno mental, pero también podían verla como la causante de la propia enfermedad o del empeoramiento de las personas usuarias.

P3: *Y las familias, hay muchos tipos diferentes de familias, las clases sociales se notan, la educación también, la familia que los protege más, las familias que no quieren saber nada porque están saturadas; hay que enseñar también a la familia a manejar al paciente, trabajar con las familias lo veo perfecto.*

P5: *Piensas a veces en algunos que tiene familias muy desestructuradas y piensas: "Cómo no va a estar mal esta persona con todo lo que ha pasado". Te paras a pensar y piensas en la suerte que tenemos de tener una familia normal y la mala suerte que tienen estas personas de no haber nacido en otra familia.*

Discusión

Del análisis cualitativo, de las percepciones del personal de enfermería sobre las necesidades individuales y las posibilidades de recuperación de personas ingresadas en una UME, surgieron tres temas principales: las necesidades de las personas usuarias, la recuperación en la unidad y, como emergente, el papel de la familia en el proceso.

En cuanto a las necesidades de las personas atendidas según el personal de enfermería, el soporte emocional fue la necesidad más importante. Más concretamente, se citaron la necesidad de cariño, cercanía, comprensión y de sentirse escuchados; e incluso, en alguna ocasión, las profesionales hacían referencia a que tan solo con estar al lado de la persona, escuchándola y mostrándole comprensión, se ayudaba más que con cualquier tratamiento farmacológico. Las participantes también destacaron la importancia de que la persona usuaria desarrolle una mayor autonomía e independencia que les permita vivir independientemente en la sociedad, y para ello, consideraron imprescindible trabajar las rutinas, los horarios y las ABVD. Sin embargo, se encontró que ninguna participante mencionó la toma de decisiones compartida como una necesidad para la atención orientada a la recuperación.

Dos estudios similares españoles abordaron las necesidades en personas ingresadas con un TMG. El primero de ellos, de Ochoa *et al.*,¹⁵ mostró que algunas de estas necesidades detectadas por el personal sanitario fueron abordar los síntomas psicóticos, realizar actividades diurnas, la limpieza, la alimentación y la información. El segundo, liderado por Zúñiga¹⁶ en torno a las necesidades percibidas por las propias personas usuarias, concluyó que lo que más necesitaban era abordar el malestar psicológico y síntomas psicóticos, tener compañía, una buena alimentación, el dinero, la sexualidad y actividades diarias. Muchas de estas necesidades, coincidentes con nuestros resultados, podrían indicar que tanto profesionales como personas usuarias detectan necesidades semejantes. Por otro lado, Guzmán-Parra *et al.*⁹ asociaron los reingresos en las unidades de salud mental con una mayor cantidad de necesidades totales percibidas por las propias personas usuarias, además de mayor cantidad de necesidades insatisfechas, concluyendo que la evaluación de las necesidades mejora el apoyo específico e individualizado y ayuda a prevenir las recaídas y los reingresos.

Se percibió que todas las participantes utilizaban indistintamente los términos mejoría y recuperación para hacer referencia a una mayor estabilidad clínica, pero la recuperación en salud mental consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas¹⁰. Con esto se refleja que quizá las personas usuarias sí que mejoraban clínicamente tras su estancia en el hospital, pero no se determinaba si alcanzaban un mayor grado de recuperación. En línea con este hallazgo, Waldemar *et al.*¹⁷ describieron que muchos miembros del personal priorizaban la recuperación clínica en su práctica, centrándose en la estabilización clínica y manejo de síntomas y dejando de lado la recuperación personal, lo que puede llegar a ser el principal obstáculo para la aplicación de modelos de atención orientados a la recuperación en las unidades de salud mental. Además, estudios recientes ponen de manifiesto la necesidad de una mayor formación en materia de recuperación para que el personal de enfermería pueda proporcionar cuidados orientados a la recuperación^{18,19,20}. Como factor determinante en esta recuperación o mejoría, la mayoría de profesionales remarcaron la importancia de la voluntad y el interés de la propia persona, de manera que consideraban que, a mayor voluntad, interés o implicación durante su estancia en el hospital, mejores resultados.

Otra de las causas de mejoría identificadas fueron los cuidados por parte del personal de enfermería, como la atención, la escucha, el apoyo y la estrecha relación que se forja durante la estancia de la persona usuaria. Estos cuidados de enfermería vuelven a reflejarse en el apartado de contribuciones del personal, es decir, las participantes identificaron rápidamente que los cuidados que brindaban ayudaban a las personas usuarias, y más adelante llegaban a la conclusión de que esto era debido a que los cuidados solían responder a lo que las personas usuarias necesitaban. Además, la atención continuada fue identificada como uno de los puntos fuertes de la enfermería y lo que la distingue de otros grupos profesionales. Estar presentes en la unidad las 24 horas del día les permite detectar todas o casi todas las necesidades o carencias de las personas y, con ello, cubrir las. Una parte fundamental de la identidad contemporánea de la enfermera de salud mental es la de ser capaz de proporcionar aceptación y apoyo para la recuperación de un individuo a través de la relación terapéutica²¹.

La familia fue otro tema clave del estudio. Las profesionales detectaban que una de las necesidades de las personas usuarias era el apoyo familiar, y, a partir de aquí, describieron el rol de la familia como positivo o negativo. A lo largo de los años, la evidencia también ha mostrado esta dualidad del rol familiar en el proceso de recuperación, es decir, la participación de la familia puede ser tanto un apoyo como un impedimento para la recuperación^{22,23,24}. La experiencia y/o percepción de las profesionales mostró la importancia de la familia y el entorno social en el proceso de recuperación de la persona con TMG, llegando a considerar que cualquier intervención terapéutica que no la incluyera sería insuficiente. También se puso en evidencia la necesidad de formación para estas familias o cuidadores principales, ya que muchas veces actúan como entorpecedoras del proceso de recuperación simplemente por desconocimiento o dificultades en el manejo de situaciones complejas. Por todo ello, se podría concluir que es necesario promover la práctica de recuperación centrada (¿apoyada?) en la familia como defienden otros estudios^{24,25}.

Conclusiones

Este estudio sugiere que el personal de enfermería percibe el soporte emocional como una de las necesidades más importantes para una persona ingresada en una unidad de salud mental, así como ciertas necesidades de autocuidado, como adquirir o recuperar unos buenos hábitos o rutinas y mantener las ABVD, y el desarrollo de autonomía que ha de tener la persona usuaria para alcanzar el mayor grado de independencia posible, como necesidad social. La contribución enfermera en el proceso de recuperación se basa en responder a todas estas necesidades a través de los cuidados, convirtiéndose, junto a la familia, en dos figuras clave para el proceso de recuperación. Es necesario seguir investigando sobre las necesidades de las personas usuarias ingresadas en unidades de salud mental y conocer, tanto su opinión y percepción como la de los profesionales implicados en el cuidado, con el fin de mejorar la calidad asistencial y orientarnos hacia unos cuidados más individualizados o personalizados.

Referencias

- Davidson L, González-Ibáñez À. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 189-205. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100011&lng=es.
- Bensimon M, Shaul S, Div S, Sandler L, Teitelbaum A. Patient-centered Approach in Closed Psychiatric Wards: The Curative Power of Relaxing Music Chosen by Patients. *Isr J Psychiatry.* 2018;55(2):52-57.
- Sampona G, Luciano M, Del Vecchio V, et al. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front Psychiatry.* 2019;10:316. doi:10.3389/fpsy.2019.00316
- Eiroa-Orosa FJ, Limiñana-Bravo L. An Instrument to Measure Mental Health Professionals' Beliefs and Attitudes towards Service Users' Rights. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(2):244. doi:10.3390/ijerph16020244
- Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Res.* 2018;260:478-485. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.029
- Berge T, Bjøntegård KS, Ekern P, et al. Coercive mental health care - dilemmas in the decision-making process. *Bruk av tvang i psykisk helsevern – dilemmaer i beslutningsprosessen.* *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2018;138(12):10.4045/tidsskr.17.0338. doi:10.4045/tidsskr.17.0338
- Priebe S, Katsakou C, Glöckner M, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry.* 2010;196(3):179-185. doi:10.1192/bjp.bp.109.068916
- Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry.* 2014;59(5):236-242. doi:10.1177/070674371405900502
- Guzman-Parra J, Moreno-Küstner B, Rivas F, Alba-Vallejo M, Hernandez-Pedrosa J, Mayoral-Cleries F. Needs, Perceived Support, and Hospital Readmissions in Patients with Severe Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2018;54(2):189-196. doi:10.1007/s10597-017-0095-x
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Implementing Recovery. A methodology for organisational change. Sainsbury Centre for Mental Health. 2008. Available from: https://www.1deca4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Implementing_recovery_methodology_SainsburyCenter.pdf
- Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ.* 2019;8(2):90-97. doi:10.1007/s40037-019-0509-2
- Troncoso-Pantoja C, Amaya-Placencia A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 2017;65(2):329-332. doi:10.15446/revfacmed.v65n2.60235
- Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum.* *Rev. gen. inf. doc.* [Internet]. 1 [citado 5 de julio de 2022];28(1):119-42. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Ochoa S, Haro JM, Autonell J, et al. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull.* 2003;29(2):201-210. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006998
- Zúñiga A, Navarro JB, Lago P, Olivas F, Muray E, Crespo M. Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):115-121.
- Waldemar A, Arnfred S, Petersen L, Korsbek L. Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services.* 2016;67: 596-602.
- Del Vecchio P. Bringing Recovery to Practice: Improving Provider Competencies and Promoting Positive Outcomes. *Psychiatr Serv.* 2015;66(7):750-2. doi:10.1176/appi.ps.201400310.
- Waldemar AK, Esbensen BA, Korsbek L, Petersen L, Arnfred S. Recovery orientation in mental health inpatient settings: Inpatient experiences? *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(3):1177-1187. doi: 10.1111/inm.12434.

20. Nardella N, Hooper S, Lau R, Hutchinson A. Developing acute care-based mental health nurses' knowledge and skills in providing recovery-orientated care: A mixed methods study. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Oct;30(5):1170-1182. doi: 10.1111/inm.12868.
21. Felton A, Repper J, Avis M. Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1137-1148. doi: 10.1111/inm.12430.
22. Reupert A, Maybery D, Cox M, Scott Stokes E. Place of family in recovery models for those with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(6):495-506. doi: 10.1111/inm.12146.
23. Ward B, Reupert A, McCormick F, Waller S, Kidd S. Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2017;24:17(1):234. doi: 10.1186/s12913-017-2146-y.
24. Waller S, Reupert A, Ward B, McCormick F, Kidd S. Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(1):247-255. doi: 10.1111/inm.12528.
25. Wonders L, Honey A, Hancock N. Family Inclusion in Mental Health Service Planning and Delivery: Consumers' Perspectives. *Community Ment Health J*. 2019;55(2):318-330. doi: 10.1007/s10597-018-0292-2.