

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 1 ENE-MAR 2017

EDITORIAL

Nuevos tiempos, nuevos momentos

Francisco Megías-Lizancos

ARTÍCULOS ORIGINALES

Medidas coercitivas en salud mental.

Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario

Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja, José Guzmán Parra,
Juan A. García Sánchez, Fermín Mayoral Cleries

Resultados de la implantación del “Programa de cuidado de la salud física para pacientes con trastorno mental grave”

Patricia Lana Elola

Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre el enfoque de recuperación

José Luís Molino Contreras, Evelyn Huizing, Ana M^a Pérez Vera,
José Antonio López Cócera, Assumpta Rigol Cuadra,
Encarnación Betolaza López de Gámiz, Leonor Padilla Obrero, Luna Serna Montero

MISCELÁNEA

Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma

Judit Pons Prata y Paola Galbany Estragués

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



EQUIPO EDITORIAL

Director

Francisco-Javier Castro-Molina, Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de N^º S^ª la Candelaria (Gobierno de Canarias-Universidad de La Laguna). Profesor tutor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Editor

Juan Roldán-Merino, Profesor titular del Campus Docent Sant Joan de Déu, Fundació Privada. Profesor asociado de la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili y profesor asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Editor Asociado

Raquel Ruiz-Íñiguez, Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM).

CONSEJO EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia Investigación y Formación para el Emprendimiento de México, México.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.*

Pablo Alonso Villar, *Servizo Galego de Saúde. Vigo, España.*

David Ballester Ferrando, *Universitat de Girona, España.*

Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem do Porto. Oporto, Portugal.*

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Río de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat d'Alacant, España.*

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá, España.*

Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.*

Denisse Gastaldo, *Assistant Professor of University of Toronto, Canadá.*

Genoveva Granados Gámez, *Universidad de Almería, España.*

Juan Manuel Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*

Evelyn Huizing, *Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España.*

Marixa Lareina Zerain, *Servicio Vasco de Salud. Vitoria, España.*

Mar Lleixa Fortuño, *Institut Català de la Salut / URV. Tortosa, España.*

María Teresa Lluch Canut, *Universidad de Barcelona, España.*

Francisco Megías-Lizancos, *Universidad de Alcalá, España.*

María Paz Mompert García, *Programa modular, Gestión de*

Servicios de Enfermería. Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED. Madrid, España.

Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera, España.*

Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga, España.*

Assumpta Rigol Cuadra, *Universidad de Barcelona, España.*

Carlos Sequeira, *Prof. Coordinador - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal.*

Francisco Ventosa Esquinaldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla, España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga, España.*

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME) Editada en Madrid (España) por la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Marta Gil Riera, *Asistente de Editor*

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: revespenfsaludmental@uah.es

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. José Antonio Ponce Hernández

VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Aitziber Ubis González

Dña. Ana Isabel Castaño Villarroel

Dña. Lidia Martínez López

© AEESME, 2017

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 3 Nuevos tiempos, nuevos momentos**
Francisco Megías-Lizancos

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4 Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario**
Coercive Measures in Mental Health Care. Focus Group with Professionals in the Field of Community Health
Carlos Aguilera Serrano, Carmen Heredia Pareja, José Guzmán Parra,
Juan A. García Sánchez, Fermín Mayoral Cleries
- 12 Resultados de la implantación del**
“Programa de cuidado de la salud física para pacientes con trastorno mental grave”
Findings of the Implementation of a Program to Monitor the Physical Health of Patients with Severe Mental Disorders
Patricia Lana Elola
- 20 Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre el enfoque de recuperación**
Opinion of the Spanish Mental Health Nurses About the Recovery Perspective
José Luís Molino Contreras, Evelyn Huizing, Ana M^a Pérez Vera, José Antonio López Cócera,
Assumpta Rigol Cuadra, Encarnación Betolaza López de Gámiz, Leonor Padilla Obrero,
Luna Serna Montero

MISCELÁNEA

- 28 Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma**
Evolution of Care for Mental Health Patients and Their Relationship Against Stigma
Judith Pons Prata y Paola Galbany Estragués

Nuevos tiempos, nuevos momentos

Francisco Megías-Lizancos

Presidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

Fecha de recepción: 17 de agosto de 2016 / Fecha de aceptación: 15 de septiembre de 2016

EDITORIAL

Cuando observamos culturas como la japonesa, comprobamos la importancia que conlleva el cambio. Pero ¿cambio que busca solo cambio o cambio que pretende una mejora de la situación actual? El *kaizen* es un proceso armonioso de mejora continua que se pivota a partir de acciones concreta y sencillas que alcanzan a todos los miembros de la organización sin distinción alguna, estableciendo una cultura participativa de todos ellos. Este método de gestión de calidad surgido tras la Segunda Guerra Mundial, procura adaptarse, de manera reiterada, a las necesidades ya no solo de la sociedad en la que está inserta sino de la propia estructura. Alan Deutschman, en su libro *Cambiar o morir...*, establece la idea de la necesidad de tres ingredientes en todo tipo de mutación: relacionarse, repetirse y reorientarse. El autor establece que para relacionarse es preciso tomar como referente algo o a alguien real o ficticio que nos permita mejorar nuestras habilidades mediante la práctica reiterada (repetirse), concluyendo en un giro que nos oriente hacia un cambio total del marco que busque una realidad diferente y desconocida (reorientarse).

Desde que se celebró en 1982 el primer encuentro científico de enfermeras de salud mental en España bajo la batuta de nuestra asociación, la proto-AESM (Asociación de Enfermería de Salud Mental), luego ANESM (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental), nuestro anhelo se centró, y continúa centrándose, en la creación de un espacio que no solo reivindique los derechos de los profesionales de cuidados en esta área, sino que cubra las carencias que puedan estar presentes en cada momento. Carencias que no solo se circunscriben al campo formativo, sino que extienden su ámbito al docente, gestor e investigador. Es en este último por el que la organización que presido ha apostado férreamente en estos últimos años, fomentándolo y publicitándolo con la mera intención de dar a conocer la prolífica labor investigadora de la enfermera en el campo de la salud mental. Hasta ahora, nuestra asociación se había valido de una “herramienta viva” que periódicamente vio la luz durante 10 años (2005-2015) gracias a una considerable labor no lucrativa cimentada en la ilusión y la superación. Y es ahora cuando toca el cambio. Se abre un nuevo horizonte, en el que tan solo anida la oportunidad, la esperanza, la constancia y el buen hacer, materializado en un “producto fresco”, la *Revista Española de Enfermería de Salud Mental - REESME* (Spanish Journal of Mental Health Nursing). Esta recién nacida publicación científica ofrecerá la oportunidad actualizada a las enfermeras investigadoras de salud mental de dar a conocer sus hallazgos, convirtiéndose así en una herramienta de comunicación de los profesionales de salud mental. En palabras de Eric Hoffer: “En tiempos de cambios profundos, los que saben aprender heredarán la tierra, en tanto que los que creen saberlo todo se encontrarán bellamente dotados para manejar un mundo que ya no existe más”.

Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario

Coercive Measures in Mental Health Care. Focus Group with Professionals in the Field of Community Health

**Carlos Aguilera Serrano^{1,2}, Carmen Heredia Pareja³, José Guzmán Parra⁴,
Juan A. García Sánchez⁴, Fermín Mayoral Cleries⁴**

¹Universidad de Málaga, Andalucía Tech, Facultad de Psicología. Málaga, España.

²USMC Motril, Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Motril, España.

³USMI-J, Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

⁴Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga, España.

Contacto: c_aguilera2@hotmail.com

Fecha de recepción: 16 de septiembre de 2016 / Fecha de aceptación: 2 de diciembre de 2016

Resumen

La coerción, con sus múltiples facetas, es el problema más antiguo de las instituciones psiquiátricas, principalmente por los numerosos intentos a lo largo de los tiempos por abolir y/o moderar su uso. La frecuencia, así como el marco jurídico que las regula, son extremadamente variados, lo que posibilita la transgresión de los derechos del paciente.

Objetivo: Analizar la percepción de los profesionales de una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) ante la aplicación de medidas coercitivas hacia los usuarios que discurren por los distintos dispositivos de la Red de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

Método: Se llevó a cabo un grupo focal con 10 participantes. El contenido del grupo focal fue transcrito y los temas fueron identificados usando análisis temático.

Resultados: Las categorías temáticas identificadas son: "Contexto conceptual sobre las medidas coercitivas", "Contexto situacional sobre las medidas coercitivas dentro del actual modelo de atención a la salud mental de Andalucía", "Medidas coercitivas como método de control", "Derechos humanos y empoderamiento de los usuarios" y "Sugerencias para el cambio".

Conclusiones: La utilización de medidas coercitivas parece estar plenamente justificada ante el actual modelo de atención y modos y medios de actuación. Se hace necesario invertir en salud mental, para el desarrollo de una mejora de infraestructura y servicios, así como una inversión en recursos humanos para proveer una atención y cuidados de calidad.

Palabras clave: análisis cualitativo, medidas coercitivas, unidades de salud mental comunitarias, intervenciones alternativas, práctica profesional.

Abstract

The coercion with its many dimensions, is the long-standing mental institutions problem, mainly because of the numerous attempts over the years to abolish and/or moderate the use of it. The frequency and the legal framework governing are extremely varied, which allows the infringement of patients rights.

Objective: To analyze the perception by professionals of a Community Mental Health Centers over the implementation of coercive measures toward the users that run along different devices which forms the mental health services in Andalucía.

Method: It took place a focus group of ten participants. The focal group content was transcribed and the topics were identified by using the thematic analysis.

Results: The thematic categories identified are: "The conceptual context on enforcement measure", "The situational context on enforcement measure within the actual model of attention or mental health care of Andalucía", "Coercive measures as a control method", "Human rights and empowerment of users" and "Suggestions for change."

Conclusions: The use of coercive measures seems to be fully substantiated request to the current model of activity. Investments in mental health are necessary to develop an improvement of infrastructure and services, and an investment in human resources to provide quality care are also necessary.

Keywords: qualitative analysis, coercion, community mental health centers, alternative interventions, professional practice.

Introducción

Hoy en día, además de las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, el uso de la coacción a veces se considera como inevitable para controlar las desviaciones graves y/o perturbadoras del comportamiento/conducta que sufren aquellas personas aquejadas de algún problema de salud mental¹. Sin embargo, la cuestión de la coerción, con sus múltiples facetas, es el problema más antiguo de las instituciones psiquiátricas, principalmente por los numerosos intentos a lo largo de los tiempos por abolir y/o moderar su uso²⁻⁴.

Se consideran formas coercitivas en el tratamiento psiquiátrico el ingreso involuntario, la retención tras un ingreso voluntario, la contención mecánica, el aislamiento y la administración forzosa de medicación. Estas son las medidas de mayor visibilidad, pero existen otras que tampoco pueden obviarse como la persuasión, la influencia interpersonal, la inducción o incluso la amenaza⁵.

El panorama en los distintos países europeos es extremadamente variado en lo que concierne a la frecuencia de tales medidas y el marco jurídico que las regula, lo que permite un amplio margen para que se infrinjan los derechos de los pacientes y no se apliquen las mejores prácticas clínicas⁶. Así, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) así como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU exponen que las personas que sufren algún tipo de enfermedad mental grave han sido identificados como una población particularmente vulnerable a la violación de los derechos humanos^{7,8}, insistiendo en la necesidad de prohibir definitivamente las contenciones mecánicas, el aislamiento o los tratamientos involuntarios.

La evidencia científica apunta y se inclina por exponer estrategias o nuevos mecanismos de gestión y cuidados que nos ayuden a moderar el uso de medidas coercitivas en el manejo y cuidados prestados hacia los pacientes en unidades de hospitalización psiquiátrica^{9,10}. Sin embargo, estas prácticas se siguen utilizando pese a los resultados que de las mismas se señalan, donde se refleja la expresión de una gama de respuestas negativas de terror o rabia, a sentirse despojados de su humanidad o pérdida de la dignidad en lo que respecta a la coerción percibida por los propios pacientes¹¹⁻¹⁶. Los profesionales reiteran el alto grado de sufrimiento percibido por parte de sus usuarios, sin embargo, expo-

nen la multitud de dificultades que se encuentra en cada contexto determinado, viéndose obligados a desplazarse entre la línea tan estrecha que separa el cuidado, control y seguridad hacia y por el paciente con la aplicación de algún tipo de medida coercitiva^{13,17}.

Es destacable el hecho de que la mayor parte de los trabajos publicados exponen los comentarios y apreciaciones de profesionales del ámbito hospitalario, habiendo prácticamente una ausencia de trabajos donde los profesionales de las unidades de intervención comunitaria expongan sus apreciaciones en relación al uso y empleo de medidas coercitivas en salud mental. Este trabajo intenta dar voz a profesionales del ámbito comunitario y, en concreto, exponer sus percepciones, vivencias y expectativas en relación al uso de las mismas.

Objetivo

Analizar la percepción de los profesionales que conforman el equipo de trabajo multidisciplinar de una Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) ante la aplicación de medidas coercitivas hacia los usuarios que discurren por los distintos dispositivos que conforman la Red de Atención a la Salud Mental en Andalucía.

Método

La metodología empleada ha sido de tipo cualitativo, mediante la ejecución de un grupo focal, el cual nos permitió aportar información relevante sobre las percepciones que desarrollan los sujetos sociales en el proceso de interacción y de conversación con sus pares, dando la posibilidad así de revelar información sobre el nivel de conocimientos que tenían sobre el tema explorado¹⁸. Del mismo modo, nos permitió también observar cómo y por qué los individuos, en interacción, aceptan o rechazan las ideas de otros¹⁹ además de exponer la valiosa herramienta para la investigación exploratoria que supone este tipo de técnica, al permitirnos identificar temáticas que requieren ulterior profundización. Obviamente los participantes se conocían por lo que no se trataría de un grupo focal *sensu stricto*, pero pensamos que en el contexto que nos ocupaba esta circunstancia no invalidaba en absoluto la interacción de los individuos en el grupo ni, por tanto, la función de éste como método cualitativo. El resultado de la interacción verbal de los participantes en el grupo focal fue recogido con una grabadora para la posterior fase de interpretación y análisis de los datos.

Se incluyeron 10 informantes (8 mujeres y 2 varones) de edades comprendidas entre 30 y 50 años, los cuales conforman y son miembros activos del equipo de trabajo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Los perfiles profesionales representados por los participantes incluyen: técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería, diplomado/a en Enfermería, diplomado/a en Trabajo Social, facultativo/a especialista de Área Psiquiatría y Psicología Clínica, MIR de Psiquiatría.

No se determinaron criterios de inclusión o exclusión concretos, exceptuando la voluntariedad de participar en el estudio así como de acudir el día y hora preestablecida para su desarrollo. Se recabó la firma de todos los asistentes en relación al consentimiento informado, autorizando la grabación y posterior uso de la información para su análisis. No fue necesario incluir el permiso del Comité de Ética de Investigación ya que el trabajo no ha implicado recabar datos de población vulnerable (pacientes, familiares, niños, ancianos, etc.). El moderador puntualizó los aspectos de la confidencialidad e intimidad, no teniendo que llegar a profundizar en temas íntimos y personales, salvaguardando del mismo modo el anonimato mediante la codificación de cualquier tipo de dato identificativo.

La entrevista grupal tuvo una duración de 60 minutos y se realizó en la sala multiusos de la USMC, la cual, cuenta con amplias mesas colocadas en forma circular, lo que favoreció la comunicación digital y analógica entre los participantes. Para facilitar el diálogo, se partió de la siguiente batería de preguntas a modo de guía: ¿Qué conocéis sobre las medidas coercitivas? ¿Qué pensáis sobre su uso/empleo? ¿Hasta qué punto considerarías necesarias la aplicación de algún tipo de medida coercitiva? ¿Qué cosas, aspectos, situaciones, contextos, etc., pueden condicionar su uso? ¿Conocéis los efectos que para la salud puede tener? ¿Trabajáis o tratáis algún aspecto relacionado con su uso en la consulta? ¿Qué alternativas conocéis o propondrías para moderar/disminuir/eliminar su uso? ¿Qué se podría hacer desde las USMC en relación a este tema?

Finalmente, la entrevista grupal grabada en audio fue transcrita efectuándose *a posteriori* el análisis de contenido según las etapas descritas por Taylor Bogdan desarrollando categorías, codificando datos, separando éstos y finalmente, refinando el análisis²⁰.

Resultados

El análisis del contenido reveló cinco categorías en relación con la percepción de los profesionales acerca de las medidas coercitivas en salud mental. A continuación se presentan las características centrales de las categorías, con ejemplos y transcripciones literales de la grabación.

1. Contexto conceptual sobre las medidas coercitivas (en base a sus propias ideas y experiencias así como del conocimiento y dominio teórico referido al tema de estudio).

Y.: *Pues por medidas coercitivas quizás la que más se conoce sea la contención mecánica ¿no?... quizás por la gran repercusión mediática y por como lo violento de la misma...*

C.J.: *También el ingreso involuntario, o el uso de hipnóticos o medicación para el control conductual de los pacientes... también el aislamiento, aunque aquí por lo menos en Andalucía no hay espacios adecuados y habilitados para ello y serían buenos para no tener que llegar a utilizar a veces la contención mecánica...*

M.: *... pues todas aquellas intervenciones que limitan o restringen la libertad y autonomía de la persona en situaciones en las que esta no tiene capacidad volitiva de actuar...*

L.E.: *... todos aquellos tratamientos involuntarios y forzosos que utilizamos para el manejo de situaciones en las que por el estado del paciente o por el bien de terceros, es necesario instaurar...*

Algunos participantes se muestran de acuerdo con estas medidas, creen que en ciertos casos son necesarias e incluso beneficiosas para la persona.

O.J.: *... cuando la medida se aplica de forma correcta, es porque las capacidades del paciente están alteradas de tal forma que se requiere el uso de la medida coercitiva como la contención pues está en riesgo su salud o la de terceros... el problema es cuando no se aplica de manera justificada, sino como mecanismo de opresión... para conseguir algo o como castigo.*

Y.: *Si de medida coercitiva estás hablando de no dar opción a un empeoramiento del paciente, sino a*

salvaguardar su seguridad el efecto es positivo, pues lo que se evita es el daño propio del paciente hacia sí mismo por su déficit de autocuidados o su estado de desestabilización psicopatológica.

C.J.: ... si las medidas son necesarias porque la situación y contexto del paciente lo requieran, considero que sí, que deben de aplicarse... la seguridad es primordial en casos extremos...

2. Contexto situacional sobre las medidas coercitivas dentro del actual modelo de atención a la salud mental de Andalucía. Algunos participantes posicionan de manera generalizada el uso de medidas coercitivas en entornos hospitalarios, concretamente, en las unidades de hospitalización de salud mental, mostrando dificultades en el reconocimiento de patrones coercitivos propios desde el ámbito comunitario. Sin embargo, todos reconocen la necesidad de establecer medidas legislativas que regulen su uso, pero sobre todo, una mayor inversión en recursos humanos, materiales e infraestructuras que ayuden en el progreso de mejora de los servicios y por ende, de la atención y cuidados especializados prestados.

C.J.: ... en el ámbito comunitario no se percibe mucho su uso... salvo cuando se trata de tratamiento ambulatorio involuntario... pero eso aquí es raro... y es que además, el problema está en la legislación, pues no hay nada que regule... Los límites son difíciles de definir y por lo tanto, a veces no sabe uno bien ni cómo actuar...

M.: Independientemente de la regulación legislativa es necesario incidir en la necesidad de seguir dotando de recursos sociosanitarios al sistema que nos ayuden a garantizar una atención adecuada desde el entorno comunitario con pisos tutelados o programas de tratamiento asertivo comunitario... pues de lo contrario, es imposible que podamos avanzar...

Algo parece estar cambiando en los últimos años, pues perciben que en la actualidad hay más moderación en cuanto al uso de medidas coercitivas, y en concreto, sobre el uso de la contención mecánica. Todos identifican y reafirman la importancia de la relación terapéutica como pieza clave para el trabajo conjunto con el paciente, ya que en gran parte con lo que trabajamos es con la relación, que en sí misma es fuente de cuidados²¹. Sin embargo, uno de los problemas que se nos presentan es la influencia de lo personal en lo profesional, de cómo ésta influye en

las observaciones y por extensión, en la intervenciones propuestas.

O.J.: Luego las medidas ya no son como antes... Cuando veíamos en las películas cuando se usaban camisas de fuerza y se tenía como preso al paciente, con tratamientos invasivos e invalidantes... Ahora las cosas han cambiado... son muy distintas y menos mal...

C.J.: ... de hecho, yo por ejemplo pienso que hay pocas contenciones o que se realizan menos en relación a las que podrían darse y gracias al tipo de relación que tenemos con nuestros pacientes... y es que yo pienso que un cincuenta por ciento del éxito clínico va a depender de establecimiento de una buena relación terapéutica o no...

Y.: Creo que somos una profesión, o mejor dicho, que los profesionales que nos dedicamos a esta área de la psiquiatría, trabajamos con aspectos subjetivos, que no se pueden explicar sólo o solamente por el fallo de un mecanismo determinado, como puede ser una obstrucción biliar... de hecho, incluso una valoración que yo pueda haber realizado de una persona en concreto puede ser que C.J. la valore y no vea lo mismo y emita un juicio distinto... y es que, algo muy importante en nuestro modo de actuar es la relación de ayuda... ya no sólo como herramienta sino como medio para llegar al otro...

Los factores personales que influyen en la relación terapéutica (orientación teórica, uso del lenguaje y las variables sociológicas e individuales) son vitales para ayudar al paciente en su proceso de salud²¹. Los profesionales de enfermería son identificados por su trabajo diario y continuo junto al paciente, como principales influyentes en esta relación terapéutica, fuente principal de cuidados.

S.T.: Además tampoco se pretende ser poli malo o poli bueno, sino que se intenta trabajar las conductas, los comportamientos... y claro... desde la consulta yo por ejemplo trabajo estos aspectos... sobre todo cuando ha sido un ingreso involuntario, explicando los motivos que me llevaron a adoptar esa medida, haciendo responsable al paciente de su comportamiento en un hecho de favorecer y trabajar la autoconciencia...

O.J.: Se le explica el por qué se ha hecho de esa manera, intentando sobre todo hacerle participe y res-

ponsable de sus actos... es importante la explicaciones de cara a su autonomía, pues se le ayuda a conocerse más a sí mismo, a autocontrolarse, a saber pedir ayuda a su familia y sobre todo, a aprender a gestionar su proceso de enfermedad.

L.E.: ... además el tema de las contenciones casi depende más de enfermería que del psiquiatra, pues la gran mayoría de las veces cuando nos presenciamos, el evento ya ha sucedido, por lo que las decisiones ya han sido tomadas por la enfermera, teniendo tan sólo ya que firmar la prescripción de la misma...

C.J.: ... la enfermería de salud mental en general está mal valorada dentro de los compañeros de profesión del hospital... en el sentido de que no hacen grandes técnicas... sin embargo, pocos son los que hablan del poder de contención de la enfermería... ya sea en las unidades de agudos como en la comunidad en el domicilio del paciente... yo creo que no se imaginan la cantidad de horas que se pasan al lado del paciente hablando y trabajando sus miedos, ansiedades...

3. Medidas coercitivas como método de control. Los participantes discutieron cómo algunas medidas coercitivas, y en algunos contextos concretos, eran utilizadas por los profesionales para lograr el control de los pacientes así como también gestionar los entornos en los que se encontraban. Las siguientes citas captan la discusión acerca de cómo el control se refiere tanto a la conducta como al mantenimiento de las rutinas a fin de contener el medio ambiente.

A.M.: ... en las unidades de agudos existen como unas normas un poco particulares, donde todo parece ser que tiene que estar hecho de una manera concreta sin posibilidad de alternativas... por ejemplo, los horarios, todo tiene un horario, y muy estricto, por lo que ese simple hecho puede generar gran presión en determinadas personas... llegando a empeorar su estado.

C.J.: Claro, pero muchas normas de las que tú señalas son moldeadas por los propios profesionales según su beneficio... o ¿cuántas veces vemos en una unidad de agudos cómo los pacientes tienen medicación puesta para dormir por un tubo y a lo mejor eso no le hace falta porque el paciente duerme bien? ... pero por si acaso, se le deja prescrito...

A.M.: La rutina puede que ayude al control de la unidad... pero también la rutina es muy señalada por los propios pacientes, porque los días los pasan aburridos, y eso se nota nada más que te ven y quieren captar tu atención, hablar contigo, interactuar...

4. Derechos humanos y empoderamiento de los usuarios. En general, los participantes señalan las medidas coercitivas, y en concreto, a la contención mecánica, como una intervención que viola los derechos humanos del paciente, incluso cuando ésta pueda haber parecido necesaria para gestionar el riesgo. Además, su carga emocional no es unívoca sino que afecta a todos los implicados.

Y.: Desafortunadamente, creo que hay situaciones que requieren del uso de la contención mecánica porque verdaderamente es necesaria... pero por otro lado, esto atenta contra la libertad... incluso tal vez sea un trato indigno... es una cosa bastante dura para hacer para alguien... son situaciones complicadas y difíciles donde hay que tomar decisiones muy apresuradas...

O.J.: ... pero debemos pensar en la carga emocional y sufrimiento aparejado a dicha situación, donde no sólo el paciente sufre... es que los profesionales lo pasan mal...

A.M.: Yo ha habido veces que tras un suceso, me he quedado pensando en si la forma de obrar ha sido la adecuada... o si hubiese cedido en aquello otro tal vez la situación hubiera ido por otra vía... no sé... es difícil tomar decisiones en esos momentos de tanta activación y tensión...

I.: ... el hecho de tener que actuar en contra de la voluntad del paciente circunscribe una serie de situaciones desagradables... No es de buen gusto ver sufrir a alguien... pero como decías, lo que prima es el bien del paciente...

Una persona inmersa en su proceso de recuperación es aquella que asume la responsabilidad de su propia salud mental en colaboración con la familia, los cuidadores y los propios profesionales sanitarios²². Además, el optimismo terapéutico por parte de los profesionales sanitarios es un factor importante en este sentido, pues el mismo se hace terapéutico al facilitar el procesamiento de la información negativa, dando lugar a formas completas y flexibles de apoyo y promoviendo el

desarrollo del afrontamiento y resolución de problemas²³. En contraposición a estos argumentos, algunos participantes muestran una concepción algo escéptica sobre el proceso de empoderamiento, pues según su discurso, los sistemas de salud y la organización de los servicios son distintos de unos países a otros, lo que influye en la cartera de servicios y por extensión, en los modos de atención.

C.J.: *No creo que todos los pacientes se puedan o deban empoderar dentro de la salud mental... ello requiere una capacidad de insight... de un autocoñocimiento bastante importante, por lo que eso es una utopía... Hay pacientes con gran deterioro cognitivo que difícilmente pueden llegar a empoderarse como en los manuales viene reflejado... o por lo menos con nuestro modelo de atención... con eso no digo que perdamos el tiempo cuando los vemos... si no que trabajamos hacia el mantenimiento de las partes sanas, fortaleciendo sus decisiones... y con el tema de la coerción, pues pasa lo mismo... un paciente en fase aguda que abandona el tratamiento por falta de conciencia de enfermedad ¿qué? Pues no podemos permitirnos el lujo de poner en riesgo su salud... aunque en ese caso suponga una intromisión en su persona...*

5. Sugerencias de cambio. Hay países donde no se practica la contención mecánica²⁴ ya no sólo por aspectos legales, sino porque cuentan con sistemas y modelos de atención más orientados al ámbito comunitario, muy distintos al modelo de atención a la salud mental de Andalucía. Los participantes argumentan que con nuestro actual sistema difícilmente se pueda erradicar (que no moderar) el uso de la contención mecánica. Otras medidas como la administración de medicación forzosa son percibidas como menos traumáticas, e incluso, proponen como alternativa eficaz a la contención mecánica el aislamiento.

Y.: *Yo creo que eso es inviable aquí en nuestro sistema (la contención mecánica)... porque no tenemos los recursos necesarios ni alternativas para trabajar y promover la seguridad del paciente agitado con riesgo de auto agredirse o agredir a un tercero...*

A.M.: *Yo en agudos considero necesario la creación de un espacio, una habitación habilitada de manera adecuada... de aislamiento, acolchada y vigilada... que ayude a tranquilizar al paciente sin tener que llegar a usar la contención... de hecho, yo creo que eso ayudaría a disminuir su prevalencia...*

Al preguntar sobre las posibles alternativas al uso de las medidas coercitivas en general, parecen no conocer las últimas evidencias sobre estrategias para reducir/moderar su uso^{10,25} aunque sí que exponen la sensibilización y formación de los profesionales como algo imprescindible.

S.T.: *... el hecho de crear espacios como este donde poder hablar del tema y sobre todo, exponer y discutir casos creo que sería el primer paso para trabajar sobre este tema con los profesionales.*

A.M.: *A los profesionales nos aburren las charlas directivas donde sólo se exponen directrices de cambio pero ahí se quedan... sin aportar alternativas y mucho menos, sin trabajar las mismas... yo he ido a unas cuantas sesiones sobre contenciones mecánicas por ejemplo y siempre se habla y dicen lo mismo... que hay que disminuir, que se debe contener menos... pero nada más, no explican formas de cambiar...*

C.J.: *Está bien informar... pero trabajar con las consecuencias... si me dices que contenga menos por ejemplo, dame herramientas o enséñame alternativas...*

A.M.: *... es verdad que ya tenemos instrumentos para trabajar... como la guía de decisiones anticipadas en salud mental... pero es sólo eso... un instrumento ético pero sin valor legal... y por eso las políticas y la legislación debe de avanzar al mismo ritmo... pues de lo contrario, no podremos avanzar, sólo nos quedamos en la filosofía, en la teoría... y no en la práctica...*

S.T.: *Además son instrumentos que se utilizan en todos los niveles de atención, desde las unidades comunitaria hasta en el hospital, por lo que pueden ayudarnos a trabajar la gestión del riesgo desde todos los ámbitos de actuación...*

Las opiniones son bastante variadas en relación a la necesidad de regular la práctica clínica con la existencia de protocolos de actuación sobre la utilización de medidas coercitivas. Algunos profesionales sanitarios se muestran más reacios a la idea porque creen que pueden limitar su autonomía de decisión, otros opinan que su existencia puede protegerlos, pues legitimaría sus actuaciones. Otros afirman que la existencia de un protocolo de actuación, como por ejemplo el establecido en Andalucía sobre Contención Mecánica²⁶, podría

incluso incrementar el uso de las medidas coercitivas, además de mostrar una actitud escéptica sobre el buen seguimiento y control del mismo en todo el territorio. Sin embargo, la mayoría consideran el establecimiento de protocolos y/o procedimientos normalizados de trabajo como algo positivo y beneficioso tanto para los pacientes como para los profesionales.

Y.: ... *con el actual modelo de atención es difícil decir que se puedan eliminar las medidas... claro que con el uso de los protocolos pues puede ser que ayude a moderar determinados aspectos... siempre bajo la ética de máximos que debemos cumplir...*

C.J.: *Los protocolos deben de ayudarnos en la toma de decisiones para dispensar una atención de salud mental eficaz. El problema tal vez sea que los mismos no se adapten a las circunstancias... o que no se evalúe su efectividad...*

Identifican y relacionan el desarrollo de la ocupación en todos los ámbitos de actuación, tanto hospitalario como comunitario (no como una alternativa al uso de medidas coercitivas pero sí como una estrategia de prevención) con un mayor autoconocimiento y autocontrol emocional, lo que repercute en una aminorada necesidad de aplicar medidas coercitivas.

C.J.: *Hay pacientes que lo piden... que le pongas medicamentos o que le ingresen o incluso los contengan... aunque son los que menos... pero hay pacientes que al estar ocupados, con un trabajo o una actividad, pues se notan más realizados, con mayor capacidad de control... y eso, pues repercute en el tipo de relación así como de intervenciones que se llevan a cabo con ellos.*

A.M.: ... *incluso en las unidades de agudos, la sala de terapia sirve como espacio de descarga... los pacientes andan más concentrados, relajados... y eso les ayuda a moderar sus impulsos.*

Conclusión

No se puede interpretar que los datos expuestos en este trabajo reflejen la opinión y/o creencias de la mayoría de los profesionales que trabajan en las unidades de salud mental comunitaria, pues se hace necesario recordar que la metodología cualitativa no pretende nunca generalizar sus hallazgos. Simplemente, deben entenderse como opiniones representativas de este colectivo, los cuales, pueden aportar o servir para

orientar nuevas líneas de investigación así como mejorar aspectos de la práctica clínica al reflexionar sobre lo expuesto.

En la opinión de los profesionales, la utilización de medidas coercitivas parece estar plenamente justificada por la dificultad en el manejo de episodios de auto o heteroagresión, como recurso para amparar la seguridad clínica y, en definitiva, como métodos para salvaguardar el estado de salud de los usuarios. Todos coinciden en señalar la necesidad de inversión en salud mental, ya no sólo financiera, la cual fuese designada para el desarrollo de una mejora de infraestructura y servicios sino también, una inversión en recursos humanos para proveer una atención y cuidados de calidad que incorporen procedimientos adecuados que protejan los derechos de las personas con algún problema de salud mental.

Bibliografía

- Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Front public Heal* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Dec 17];2(September):141. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4173217&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Amico L del C. Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental" [Internet]. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Edición electrónica*. 2004. Available from: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2013 Aug 12];45(9):889–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19727530>
- Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R, Steinert T. Clinical Practice and Epidemiology The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : A comparison of the practice in Germany and. 2007;6:1–6.
- Busch AB. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*. 2000;8(5)(2):261–70.
- Mayoral, F., Torres, Francisco GE. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2005;33(5):331–8.
- United Nations. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Internet]. 2013 [cited 2016 May 3]. Available from: <http://www.refworld.org/docid/51136ae62.html>
- Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. 2012.
- Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a regulatory protocol for mechanical restraint and coercion in a Spanish psychiatric ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2014;at press.
- National Association of State Mental Health Program Directors. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use © [Internet]. 2006 [cited 2014 Nov 1]. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7NqkVJxtsvkV:www.nasmhpd.org/docs/NCTIC/Consolidated_Six_

- Core_Strategies_Document.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es
11. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. BioMed Central; 2016;10:6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4744440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 12. Lanthén K, Rask M, Sunnqvist C. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry J* [Internet]. 2015;2015:748392. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4496488&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 13. Holmes D, Murray SJ, Knack N. Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *J Forensic Nurs* [Internet]. 2015;11(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26457901>
 14. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holi M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Nov 14];48(1):16–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22188043>
 15. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Nov 23];3(1):8–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17040518>
 16. Girela E, López Á, Ruiz F. Estudio de las medidas coercitivas en centros penitenciarios y hospitales psiquiátricos penitenciarios : opiniones de internos y profesionales. 2014;3–10.
 17. Holmes D, Kennedy SL, Perron A. The Mentally Ill and Social Exclusion: a Critical Examination of the Use of Seclusion From the Patient'S Perspective. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2004;25(6):559–78. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840490472101>
 18. Liamputtong P. Focus Group Methodology : Introduction and History. *Qual Res Methods*. 2010;1–14.
 19. Steward D, Shamdasani P RD. *Focus Groups. Theory and Practice*. 2a ed. California: Thousand Oaks; 2007.
 20. Bodgan T. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1998.
 21. García Laborda A, Rodríguez Rodríguez JC. Factores personales en la relación terapéutica. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2005;XXV(29):29–36.
 22. Nicholas Procter HP, Hamer D, McGarry RL, Froggatt W and T. *Mental health a person-centred approach*. Cambridge, editor. Australia; 2014.
 23. Byrne MK, Sullivan NL, Elsom SJ. Clinical optimism: Development and psychometric analysis of a scale for mental health clinicians. *Aust J Rehabil Couns* [Internet]. 2006 [cited 2016 May 8];12(1):11–20. Available from: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1153&context=hbspapers>
 24. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16:749–57.
 25. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Dec 17];21(6):499–508. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4237187&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 26. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Protocolo de Contención Mecánica. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía., editor. Sevilla; 2010.



Resultados de la implantación del “Programa de cuidado de la salud física para pacientes con trastorno mental grave”

Findings of the Implementation of a Program to Monitor the Physical Health of Patients
with Severe Mental Disorders

Patricia Lana Elola

Unidad de Salud Mental Comunitaria Santa Cruz/Salamanca, Santa Cruz de Tenerife, España.

Contacto: patrilana@hotmail.com

Fecha de recepción: 1 de julio de 2016 / Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2016

Resumen

La preocupación por la salud física del paciente con trastorno mental grave (TMG) es creciente dada la mayor incidencia de comorbilidad de patologías físicas y la reducción en su esperanza de vida. Desde 2010 se instauró en la Unidad de Salud Mental (USM) Santa Cruz-Salamanca un “Programa de cuidado de la salud física para pacientes con TMG” con el objetivo de evaluar el estado de salud de nuestros pacientes, detectar los casos de riesgo cardiovascular (RCV) elevado, la presencia en ellos de síndrome metabólico (SM) e iniciar un primer paso de intervención individualizada. Añadimos en las consultas de enfermería una valoración analítica completa, registro de constantes, medidas antropométricas y una entrevista sobre hábitos dietéticos y de estilo de vida; correlacionamos estos datos e iniciamos un primer nivel de educación sanitaria, derivando además a Atención Primaria los casos de riesgo para la salud. Se han ido incluyendo en el mismo a todos los pacientes que son atendidos en la Consulta de Enfermería de la USM y a pacientes con TMG derivados por otros profesionales de la unidad. En el momento de la inclusión de los pacientes en el programa, un 42,7 % presentaban obesidad (grados I, II, III o IV), el riesgo cardiovascular medio era de un 7,5 % en la escala de Anderson y un 34 % presentaban síndrome metabólico. Tras 4 años de desarrollo del programa, el 47,6 % de los pacientes han bajado de peso, se ha mantenido la media de RCV y se redujo a un 32,8 % los pacientes que siguen presentando SM.

Palabras clave: salud mental, trastorno mental grave (TMG), riesgo cardiovascular (RCV), síndrome metabólico (SM), unidad de salud mental comunitaria (USMC).

Abstract

The concern for the physical health of patients with severe mental disorder is increasing due to a higher incidence of co-morbidity and reduced life expectancy in those patients. In 2010, a programme to monitor the physical health of patients with severe mental disorders was set up in Unidad de Salud Mental Santa Cruz-Salamanca aimed to monitor the cardiovascular risk and detect cases of metabolic syndrome, as well as to initiate a personalised intervention. A complete set of analysis, anthropometric measurements and an interview about life-style took place when the patients had appointment with the nurse. Those results were then used to raise awareness about health education with the patients and to refer some cases to the general practitioners. All patients attended by the mental health nurse took part in this programme, plus some other patients sent from other professionals of the unit.

In the beginning of the programme 42.7 % of the patients were obese (I, II, III and IV degrees), cardiovascular risk according to the Anderson scale was 7.5 and 34 % had metabolic syndrome. After 4 years, 47.6 % of patients had lost weight, the average cardiovascular risk was unchanged despite the age and patients presenting metabolic syndrome reduced to 32.8 %.

Keywords: mental health, severe mental disorders, cardiovascular risk, metabolic syndrome, community mental health.

1. Introducción

El modelo actual de atención comunitaria a los problemas de salud mental es el resultado de la reestructuración de los recursos asistenciales propuesta en los años 80 en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (MSC, 1985)¹ y plasmada en la Ley General de la Sanidad (LGS, 1986)². Las unidades de salud mental comunitaria (USMC) son el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la salud mental; están constituidas por equipos multidisciplinarios que ofrecen una atención integral de las necesidades psicológicas, biológicas y del entorno sociofamiliar de los usuarios. Además de la función asistencial se realiza promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde un ámbito cercano al lugar de residencia de la población de referencia. Dentro de la atención a la salud mental de la población derivada a nuestra USM, debemos emplear gran parte de nuestro tiempo y esfuerzo en la atención del paciente diagnosticado de un trastorno mental grave (TMG), dada la severidad y cronicidad de los mismos. La definición de TMG que cuenta con mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. en 1987 (NIMH, 1987)³, y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de discapacidad: Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (*Global Assessment of Functioning* APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

El criterio diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica), que en la clasificación OMS CIE-10 incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3 (Gisbert, 2003)^{4,5}.

Desde 2010 y a sugerencia de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud se implantó un "Programa de cuidado de la salud física en el paciente con trastorno mental grave"^{6,7} para cubrir una carencia detectada, ya que el paciente con TMG es atendido en el circuito psiquiátrico, pero con frecuencia no asiste regularmente a su médico de atención primaria ni a los programas de prevención previs-

tos desde ese nivel asistencial. Los objetivos en la implantación del programa fueron:

1. Evaluar el estado de salud física de los pacientes en el inicio en el programa.
2. Detectar la presencia de RCV elevado y/o síndrome metabólico en la población.
3. Implementar un programa de intervención personalizado del cuidado de la salud física de cada paciente.
4. Derivar a atención primaria los casos de elevado riesgo CV o SM.
5. Analizar la evolución en el tiempo de los parámetros de salud física tras la inclusión del paciente en el programa.

Todo el equipo se involucró en su implementación, si bien la enfermera juega un papel preponderante en ello. En la actualidad hay consenso y una creciente preocupación sobre la salud física del paciente psiquiátrico grave; entre el 50 y el 70 % de los pacientes con TMG presentan comorbilidades físicas (Jones y Macías, 2004⁸; Joffre y Maldonado, 2009⁹; Bruisan, 2012¹⁰), siendo las más frecuentes las de tipo cardiovascular y metabólicas. La tasa de muerte por enfermedad cardiovascular del paciente con TMG es más de un 50 % superior al resto de la población (Hennekes&Hennekes, 2005)¹¹ y su esperanza de vida se ve reducida en un 20 % (Bobes, 2010)¹². Además los pacientes con TMG diagnosticados de síndrome metabólico duplican a la población general (Bobes, 2010). Todo esto, junto con características propias de la enfermedad mental grave (disminución del impulso a la actividad, abulia, clinofilia, retraimiento social, gran incidencia de tabaquismo, estigma...) incrementa la necesidad de actuación para detectar y tratar posibles complicaciones.

Por otra parte, la cercanía de las USM al paciente y la frecuencia de la consultas de enfermería especializada (cada semana, 2, 3 o 4 semanas) (Lana, 2009)¹³, hacen que el paciente tenga una gran adherencia a su unidad y una estrecha relación enfermera/paciente que facilita la puesta en marcha de planes de detección y cuidado. Además hay factores de riesgo que son modificables desde nuestras consultas, como son el tabaquismo, el sedentarismo, los hábitos dietéticos y la medicación administrada. Los últimos tratamientos antipsicóticos, tanto orales como intramusculares de liberación prolongada, buscan un buen perfil de eficacia pero mejorando la tolerabilidad con menores efectos secundarios a nivel neurológico y también respecto

al incremento ponderal y el riesgo cardiovascular. Por tanto, se hace imprescindible la coordinación entre atención primaria y especializada para mejorar el estado de salud de este colectivo.

2. Objetivos

1. Describir el estado de salud física de la muestra en términos de RCV y síndrome metabólico
2. Describir la evolución de los principales parámetros de salud física a lo largo de cuatro años de desarrollo del programa.

3. Material y método

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo, que se realiza en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Santa Cruz-Salamanca, perteneciente al Área Sur del Servicio Canario de Salud de Santa Cruz de Tenerife. Esta USMC atiende a una población de referencia de 124 147 habitantes.

Duración del estudio

Hacemos un corte en el periodo comprendido entre enero del 2010 y marzo del 2014. El programa continúa abierto en la actualidad.

Criterios de inclusión/exclusión

Inclusión:

1. Pacientes con TMG en seguimiento en la USMC de Santa Cruz-Salamanca.

Exclusión:

1. Abandono del seguimiento en consultas.
2. Residencia del paciente en algún dispositivo del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) de la zona.
3. Para el análisis evolutivo (apartado 4.2.) se excluyen los pacientes incluidos en el programa con posterioridad a 2011.

Tamaño, características y distribución de la muestra

Total: 152 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Son captados por acudir regularmente a consultas de enfermería para administración del tratamiento y/o control analítico o derivados por el psiquiatra por presentar factores de riesgo. De los cuales:

- 68 acuden regularmente (administración de medicación depot).
- 35 acuden para control analítico (clozapina).

- 28 acuden para control analítico + inyectables depot.
- 18 acuden derivados por su psiquiatra (susceptibles de riesgo CV).

Edad media: 46 años.

Distribución por género:

69 % hombres.

31 % mujeres.

Recursos humanos

1. 1 enfermera especialista en salud mental de la USMC.
2. Personal de laboratorio del Instituto de Atención Socio-Sanitaria (IASS).

Recursos Materiales

1. Consultorio:

- Pesa con tallímetro.
- Cinta métrica.
- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Material de punción y tubos para recogida de muestras.
- PC e impresora. *Software* estadístico básico.
- Tablas para la medición del RCV (Anderson).
- Criterios diagnósticos del síndrome metabólico de la NCEP-ATPIII.

Variables de estudio

1. Sexo.
2. Edad.
3. TA.
4. Peso.
5. Talla.
6. IMC.
7. Perímetro abdominal.
8. Colesterol total.
9. HDL Colesterol.
10. LDL Colesterol.
11. Triglicéridos.
12. Glucemia.
13. Tabaco (n.º cigarrillos/día).
14. Entrevista (hábitos dietéticos, estilo de vida y actividad física diaria).

La mayoría de los pacientes con TMG acuden a la consulta de enfermería en USM cada 2, 3 o 4 semanas; en una de esas visitas, además de las intervenciones propias, pactamos con carácter anual la revisión del

Programa de SF. Se realiza una extracción de analítica sanguínea (hemograma, ionograma, perfil lipídico, glucemia, perfil renal, hepático y hormonas tiroideas), toma de constantes (T/A, FC), medidas antropométricas (peso, talla, IMC y perímetro abdominal) y realización de una entrevista sobre hábitos dietéticos y estilo de vida (dieta que lleva el paciente, conocimientos y motivos, consumo de tabaco y/o tóxicos, actividades de la vida diaria, horas de sueño/actividad, motivos...).

Posteriormente se correlacionan los resultados analíticos con el resto de las variables utilizando la Tabla de Cálculo del Riesgo Coronario de Anderson (1991) y la tabla de conversión de los mismos en riesgo coronario (fig. 1).

Mujeres (edad)	Puntos	Varones (edad)	Puntos	HDLc (mg/dl)	Puntos	Colesterol (mg/dl)	Puntos	T/A S (mmHg)	Puntos	Otros factores	Puntos
30	-12	30	-2	25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	4
31	-11	31	-1	27-29	6	152-166	-2	105-112	-1	Diabetes	3
32	-9	32-33	0	30-32	5	167-182	-1	113-120	0	varones	3
33	-8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	mujeres	6
34	-6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	HVI	9
35	-5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3		
36	-4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4		
37	-3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5		
38	-2	42-43	6	51-55	-1	289-315	5	173-185	6		
39	-1	44-45	7	56-60	-2	316-330	6				
40	0	46-47	8	61-66	-3						
41	1	48-49	9	67-73	-4						
42-43	2	50-51	10	74-80	-5						
44	3	52-54	11	81-87	-6						
45-46	4	55-56	12	88-96	-7						
47-48	5	57-59	13								
49-50	6	60-61	14								
51-53	7	62-64	15								
54-55	8	66-67	16								
56-60	9	68-70	17								
61-67	10	71-73	18								
68-74	11	74	19								

Conversión de puntos y riesgo coronario a 10 años							
Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo	Puntos	Riesgo
1	<2	9	5	17	13	25	27
2	2	10	6	18	14	26	29
3	2	11	6	19	16	27	31
4	2	12	7	20	18	28	33
5	3	13	8	21	19	29	36
6	3	14	9	22	21	30	38
7	4	15	10	23	23	31	40
8	4	16	12	24	25	32	41

Figura 1: Tabla de RCV de Anderson

El índice de RCV nos muestra en un porcentaje la probabilidad de que una persona sufra una enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca isquémica y/o hipertensiva, arteriopatía periférica) en los próximos 10 años. Se usa esta herramienta por su sencillez y amplia difusión que permite el cotejo de datos.

Las variables recogidas también correlacionan en la Tabla de Criterios Diagnósticos del Síndrome Metabólico de la NCEP-ATPIII (fig. 2), para hallar el RCV de cada paciente y la presencia o no de síndrome metabólico.

Factor de riesgo	Definición
Obesidad abdominal	Perímetro abd. > 102 cm en hombres > 88 cm en mujeres
Triglicéridos altos	> 150 mg/dl
Colesterol HDL bajo	< 40 mg/dl en hombres < 50 mg/dl en mujeres
Hipertensión arterial	> 130/85 mm Hg
Hiper glucemia en ayunas	> 110 mg/dl

Figura 2: Criterios diagnósticos de SM NCEP-ATPIII

El síndrome metabólico (SM) es la conjunción en un individuo de múltiples factores de riesgo, cuyo nexo común es el aumento de la resistencia a la insulina y el exceso de grasa abdominal que le otorgan un riesgo elevado de desarrollar una enfermedad cardiovascular. Se hace el diagnóstico de SM cuando están presentes 3 o más de los factores de riesgo descritos.

Los datos se almacenan en hojas de cálculo (EXCEL) y se hallan con dicho programa los indicadores de moda, media aritmética, promedio, etc. Los datos se tratan con el programa de análisis estadístico G-Stat versión 2.0 y el test no paramétrico de Wilcoxon para las variables cuantitativas.

En caso de presentar un RCV moderado o elevado (> 16 %) y/o presencia de 3 o más criterios diagnósticos de SM, se le remite a su MAP con una carta de derivación para su control (fig. 3).




Estimado compañero,

Adjunto le envío la última analítica de D. _____.

Como a todos los pacientes con TMG de esta USM se le realiza anualmente una valoración del Riesgo Cardiovascular, que en el caso de _____ sigue elevándose, es de un 31 % (27 puntos en la Escala de Anderson, 1991).
Su IMC de 30.8 (Obesidad^oI, peso= 87.300 kg, ↓ 6 kg último año))

Según la tablas que aplicamos (NCEP-ATPIII) **SI cumple criterios diagnósticos de Síndrome Metabólico** (4 de 5 criterios: ↓HDLc, ↑ triglicéridos, ↑ glucemia basal y ↑ perímetro abdominal)

Comparativamente:	2010	2011	2012	2013	2014
IMC	31.5	31.9	32.6	32.9	30.8
Peso	88.8 Kg	90.1 Kg	92.6 Kg	93 Kg	87.3 Kg
Glucemia B	118 mg/ dl	109 mg/ dl	142 mg/ dl	127 mg/ dl	132mg/ dl
Perim.Abd.	103 cm.	106 cm.	106 cm.	108 cm.	103 cm
Colest total	201	182	193	219	239
Triglicéridos	264	186	227	347	210
HdL Colest	31	34	35	31	32

Dada su edad, y factores de riesgo asociados (tabaquismo, sedentarismo, tto. psiquiátrico) estimamos importante un estrecho seguimiento del paciente

Un saludo,

Figura 3: Ejemplo de carta de derivación a MAP

4. Resultados

4.1. Estado de salud del paciente con TMG en el momento de su inclusión en el programa

En esta sección expondremos una visión general del estado de salud de los 152 pacientes en su primer contacto con el Programa de Salud Física. Tan sólo un 21,7% presenta un IMC normal; un 34,21%, sobrepeso y un 42,7% de la muestra presenta obesidad en grados I, II o III (fig. 4). La media es de 29,6 (sobrepeso).

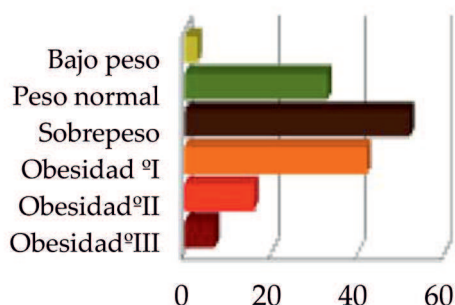


Figura 4. Distribución del IMC de la muestra.

El 80,2% de los pacientes presentan cifras de T/A sistólica inferior a 130 mmHg y en el 56,6% la T/A diastólica es inferior a 80 mmHg. Un 15% son diabéticos.

Respecto al hábito tabáquico, el 44% de los pacientes no fuma, el 56% es fumador y la media de 29 cigarrillos consumidos al día (fig. 5).

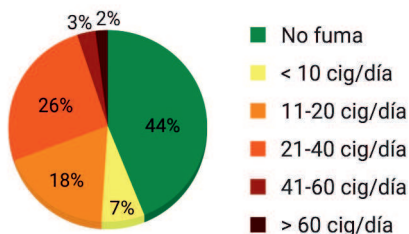


Figura 5. Número de cigarrillos/día

En la entrevista personal el 73% se considera activo, que hace ejercicio de forma regular o permanece mayor tiempo en movimiento que sentado o tumbado.

Respecto a los resultados analíticos, cabe destacar que el 72,36% mantiene unas cifras de colesterol total y triglicéridos normales, inferiores a 220 mg/dl y 200 mg/dl respectivamente. El HDL colesterol es normal (> a 35 mg/dl) en el 74,43% de la muestra examinada (fig. 6).

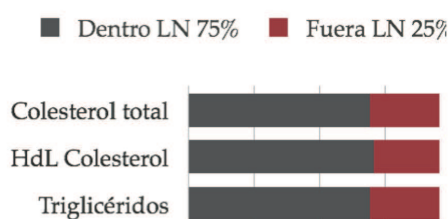


Figura 6. Distribución de niveles lipídicos dentro y fuera de límites normales

Todos estos datos analizados en su conjunto nos dejan una media de riesgo cardiovascular de un 7,5%. Tan sólo un 6,6% de los pacientes presenta un RCV > a 16%, cifra a partir de la cual se considera un riesgo elevado y es necesaria su derivación para seguimiento especializado (fig. 7).

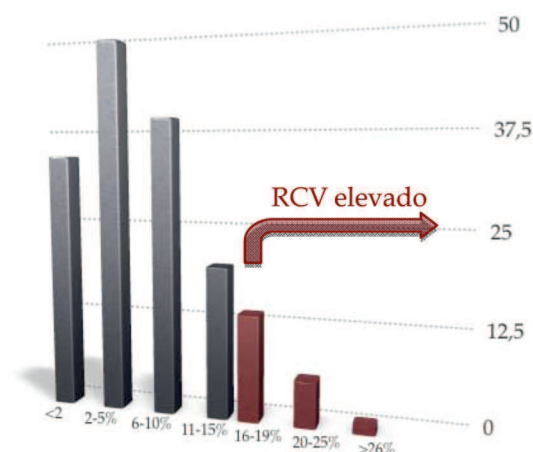


Figura 7. Distribución del RCV

Respecto a la existencia de síndrome metabólico, el 66% de los pacientes cumple 2 o menos criterios diagnósticos y el 34%, sin embargo, puede ser diagnosticado de SM por cumplir 3 o más (fig. 8).

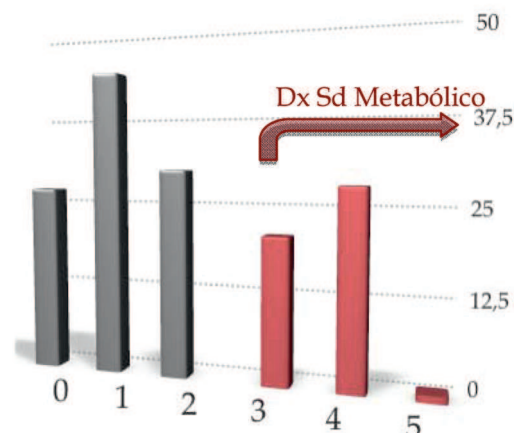


Figura 8. Distribución de los criterios dx SM

Con todos estos datos, tras una primera valoración por Enfermería, se derivó al centro de salud al 35 % de los pacientes para dar a conocer a su MAP esta situación y recibir tratamiento o seguimiento según los protocolos de atención primaria.

4.2. Análisis de la evolución de los pacientes en seguimiento en el programa

Para el análisis de los datos de esta parte se ha seleccionado una muestra de 84 pacientes incluidos en el Programa de Salud Física de la USM S/C-Salamanca. La muestra es inferior a la del capítulo anterior porque para ver el evolutivo seleccionamos a aquellos de los cuales tengamos registros anuales de 2010 a marzo de 2013, quedando excluidos pacientes introducidos en el programa con posterioridad a 2011.

Respecto al peso, un 47,6% bajaron de peso, un 17,8% se mantuvieron y un 34,6% de los pacientes subió de peso, y de forma paralela se comportaron los parámetros de IMC y perímetro abdominal (fig. 9).

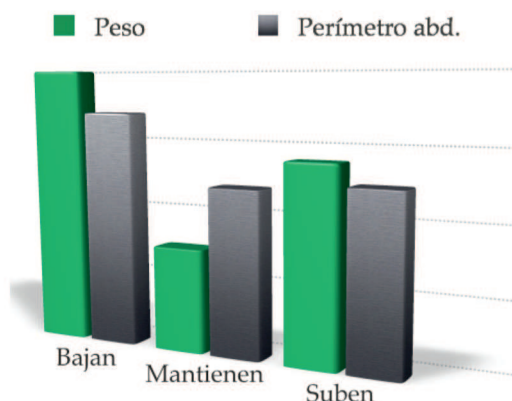


Figura 9: Evolución de los parámetros de peso y perímetro abdominal

El 90,4 % se mantuvieron normotensos. Se diagnosticó un nuevo caso de diabetes mellitus tipo II. Se produjeron 5 fallecimientos (2 IAM, 1 septicemia y 2 oncológicos).

Un sólo paciente dejó de fumar en estos años y el 68 % de los pacientes mantuvieron un consumo similar en número de cigarrillos.

Un 16% de los pacientes que previamente se definían como sedentarios incrementó su actividad física diaria y tan sólo 1 de ellos la disminuyó.

En los controles sucesivos se objetivó un descenso no estadísticamente significativo de las cifras de colesterol, HDL colesterol y triglicéridos (fig.10).

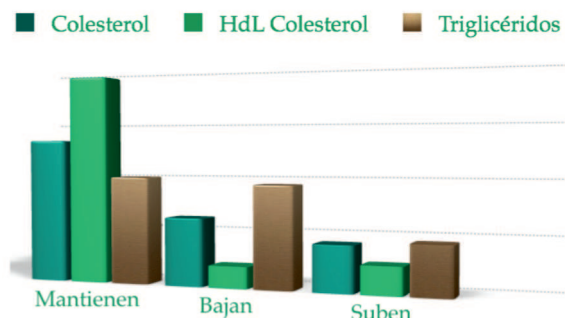


Figura 10: Relación de la evolución de los valores lipémicos

En las sucesivas valoraciones anuales del RCV, el 38 % de los pacientes mantienen el mismo porcentaje de RCV, un 24% rebaja su riesgo CV y un 38 % incrementa el porcentaje de RCV.

Respecto al cumplimiento de criterios diagnósticos de SM evolutivamente, el 57% de los pacientes sigue cumpliendo el mismo número de criterios, un 29 % reduce el n.º de criterios que previamente cumplía y un 21 % de la muestra pasa cumplir más a lo largo de los años (fig. 11).

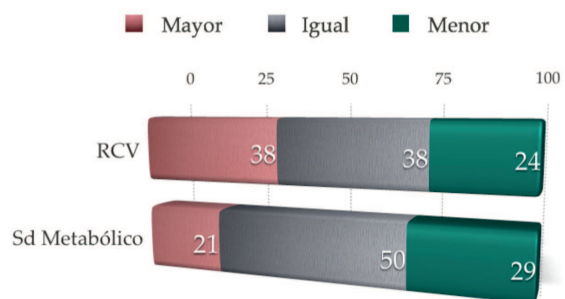


Figura 11: Evolución de los parámetros de RCV y SM (%)

5. Discusión y conclusiones

Cabe destacar la coincidencia de los datos hallados con estudios previos que alertaban sobre la mayor incidencia de SM en pacientes con TMG; el 34% de los pacientes valorados fueron diagnosticados de SM, así que coincidimos con Sanchez-Araña¹⁴ que lo diagnosticó en el 36% de los pacientes ingresados en el Hospi-

tal Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria. La muestra analizada en el presente estudio consta de pacientes crónicos de largo tiempo de evolución y una edad media de 46 años, mientras que el perfil de paciente ingresado en UIB suele ser más joven y de reciente diagnóstico. Si tomamos los datos de Cordero¹⁵ en los que estimaba que el 24 % de la población general cumple criterios diagnósticos de SM, no coincidimos con Bobes¹² en la duplicación de las tasas, pero sí concluimos en que los datos de SM en TMG son más elevados que en la población general. Vera, Aguado y col.¹⁶ lo diagnosticaban entre en 41,46 % en 2007 y un 21,95 % en 2012 en el ámbito de una unidad de rehabilitación, así que coincidimos en que la intervención de enfermería especializada en salud mental contribuye a reducir su prevalencia.

También las cifras de SM de nuestro estudio resultan más elevadas que las de población canaria analizada por Cabrera de León y col.¹⁷, que alcanzan a un 24 % de una muestra de 6729 personas con una edad media de 43 años, que resultaban a su vez similares a los datos de la ENCA (24,4 %)¹⁸ y los de la población estadounidense (21,8 %)¹⁹. Por tanto, concluimos que la presencia de SM es superior entre la población con TMG.

Los datos encontrados de sobrepeso y obesidad, sin embargo, coinciden con los de la muestra de Cabrera y León¹⁶ (población canaria, no específicamente psiquiátricos) de un 70 % de la población estudiada. Diferimos con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS)²⁰, que arroja datos de un 37,4 % de los adultos en sobrepeso y un 15,2 % en obesidad, ya que nuestra muestra es muy superior, de un 34,2 % y 42,7 % respectivamente.

El índice de diabéticos encontrados (15 %) es cercano al de la muestra de Cabrera y León¹⁶ (12,5 % una vez estandarizado el sexo y la edad) en población canaria.

Otro dato relevante es el índice de tabaquismo (56 % de fumadores) de la muestra, que, aunque elevado, es menor de lo que pensábamos *a priori* encontrarlos. Sin embargo, son mayores que los que arroja el Informe Vital Signs²¹ sobre tabaquismo en TMG en EE. UU. (40 % de los varones y 34 % de las mujeres) y del encontrado por Cabrera y León¹⁶ en la población canaria.

No encontramos publicaciones respecto a las cifras de % de RCV en pacientes con TMG. En nuestra muestra interpretamos positivamente el dato de que un 62 %

mantenga o disminuya su porcentaje de RCV a la largo de los 4 años analizados, ya que la edad en sí misma incrementa la puntuación en las tablas empleadas.

La baja tasa de sedentarismo (23 %) puede deberse a la metodología empleada (valoración subjetiva del paciente y el profesional analizando las actividades de la vida diaria) y podría ser medida con alguna escala validada en estudios posteriores.

Respecto a los resultados en el estudio comparativo, cabe destacar la mejoría a lo largo de los años en todos los parámetros estudiados. En la evolución del peso, perímetro abdominal e IMC, nos parece destacable que casi la mitad de la población consiga bajar de peso a lo largo de los años. Incluso se hallaron diferencias estadísticamente significativas en submuestras en las se analizaron las variaciones en relación con los cambios en el antipsicótico principal²², dato que nos ha incentivado a seguir investigando en esta línea.

También hallamos mejorías no estadísticamente significativas en los valores analíticos de colesterol total y triglicéridos, y en mucho menor grado de HDL colesterol, que se mantiene casi invariable.

Como punto de mejora pensamos en el establecimiento de un *feedback* con Atención Primaria, ahora que compartimos soportes informáticos, para cuantificar si los pacientes derivados realmente están llegando o mejorar la comunicación en esos casos.

Cabe destacar la buena aceptación que ha tenido la implementación del Programa de Salud Física entre los pacientes con TMG de la USM, ya que es un indicador objetivable del estilo de vida del paciente, de su estado de salud, y nos sirve como elemento de refuerzo positivo en nuestro desempeño diario. Hablando de aspectos físicos y estilos de vida, también tratamos aspectos de la sintomatología propia del paciente con TMG y amplía el tratamiento holístico del mismo. Tanto en los casos que se derivan a Atención Primaria como en los que no, se ha iniciado un primer nivel de educación sanitaria sobre hábitos de alimentación y estilo de vida sana que enriquecen los cuidados que recibe el paciente con trastorno mental grave en la unidad y son claves en la mejora de los parámetros analizados. La frecuencia de las visitas del paciente con TMG a consulta de enfermería facilita esa labor de educación y seguimiento, si bien consideramos una fortaleza la implicación del resto del equipo para el éxito del programa, sobre todo los psiquiatras en su papel de motivación y

revisión de los tratamientos administrados, buscando estabilidad psicopatológica y disminución de la sintomatología negativa que predisponga al paciente a los cambios.

Por tanto, continuamos año tras año con el programa y animamos a su implantación en otras unidades de salud mental, así como al registro y publicación de experiencias similares.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985
2. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. BOE nº102 del 29/4/1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986
3. National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
4. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n. 6.
5. Gisbert Aguilar, C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del TMG Ponencia. Congreso Asoc Nac Española de Neuropsiquiatría, Oviedo, Junio 2003
6. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs>. Consultado en Mayo 2016
7. Guía "La salud física del paciente con trastorno mental grave" Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/636f108f-f896-11df-8010-c5c56db520fc/Gu%C3%ADa%20de%20cuidados%20f%C3%ADsicos%20definitiva%20completa.pdf>. Consultado en Mayo 2016
8. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2004 Nov;55(11):1250-7.
9. Joffre-Velazquez et al. Enfermedad psiquiátrica y síndrome metabólico. Énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Médica del Hospital General de México*, vol 72, nº 1 Enero-Marzo, pp41-49
10. Bruisan, Enric .Deterioro cognitivo y síndrome metabólico en esquizofrenia.
<http://www.forumclinic.org/es/esquizofrenia/noticias/deterioro-cognitivo-y-s%C3%ADndrome-metab%C3%ADlico-en-la-esquizofrenia>. Consultado en Mayo 2016
11. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005; 150: 1115-21
12. Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J; Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. CLAMORS Study Collaborative Group. *Schizophr Res*. 2007 Feb;90(1-3):162-73. Epub 2006 Nov 21
13. Lana Elola, P; Enfermería en la Unidad de Salud Mental Santa Cruz-Salamanca. *ENE Revista de Enfermería* 3 (3): 35-43, Dic 2009.
14. Sanchez-Araña Moreno T. Esquizofrenia y síndrome metabólico: análisis de la prevalencia (Tesis doctoral), Enero 2008
15. Cordero Alegrís, L. Prevalencia de Sd Metabólico, *Revista Española de Cardiología* 2005, Vol. 5, Supl D.
16. Vera García, Elisa María; Aguado Pacheco, Rocío; Castaño Alba, Miguel Ángel; López González, Sara; et al.. Evolución de la prevalencia de síndrome metabólico en personas con trastorno mental grave e intervención enfermera. *Rev Presencia* 2014 jul-dic, 10(20). Disponible en:
<<http://www.index-f.com/presencia/n20/p9358.php>> Consultado el 17 de Diciembre de 2015
17. Cabrera de León, Antonio; Rodríguez Pérez, Ma. del Cristo, Almeida González, Delia y col. Presentación de la cohorte "CDC de Canarias": objetivos, diseño y resultados preliminares. *Revista Española de Salud Pública*. Versión impresa ISSN 1135-5727. *Rev. Esp. Salud Pública* v.82 n.5 Madrid set.-oct. 2008
18. Álvarez León EE, Ribas Barba L, Serra Majem LI. Prevalencia del síndrome metabólico en la población de la Comunidad Canaria. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120:172-74.
19. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. *JAMA*. 2002; 287: 356-59.
20. Encuesta Nacional de Salud 2006. Resultados preliminares (marzo 2007). Ministerio de sanidad y Consumo. Gobierno de España. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>. Consultado en Mayo 2016
21. Vital Signs: Current Cigarette Smoking Among Adults Aged ≥18 Years with Mental Illness – United States, 2009–2011 *Weekly February 8, 2013 / 62(05);81-87*
<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/resources/data/cigarette-smoking-in-united-states.html#mental-health>. Consultado en Mayo 2016
22. Gallego González JA, Lana Elola P, Criado Gutierrez I. Evaluación de eficacia clínica, salud física y síndrome metabólico de palmitato de paliperidona en pacientes con TMG ambulatorios previamente estabilizados con RILD. Poster presentado en el XVI World Congress of the World Psychiatry Association, Madrid 2014.

Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre el enfoque de recuperación

Opinion of the Spanish Mental Health Nurses About the Recovery Perspective

José Luís Molino Contreras¹ Evelyn Huizing², Ana M^a Pérez Vera³,
José Antonio López Cócera³, Grupo Recuperación y Cuidados⁴

¹Facultad de Enfermería de Cartagena. Universidad de Murcia. Cartagena, España.

²Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España.

³Consejería de Salud Universal y Salud Pública de Valencia. Valencia, España.

⁴Assumpta Rigol Cuadra, Encarnación Betolaza López de Gámiz, Leonor Padilla Obrero, Luna Serna Montero.

Contacto: josel.molino@carm.es

Fecha de recepción: 28 de junio de 2016 / Fecha de aceptación: 15 de septiembre de 2016

Resumen

Objetivo: Conocer la opinión de las enfermeras españolas sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación.

Metodología: Estudio descriptivo correlacional del año 2013. Población del estudio: conjunto de enfermeras que trabajan en los servicios públicos de salud mental de España. Se utilizó una combinación de muestreo por bola de nieve y por cuota, enviando un cuestionario *online* a 949 enfermeras. El tamaño muestral fue ponderado por número de habitantes en cada comunidad autónoma. Se utilizó el cuestionario *Recovery Self Assessment-Registered Nurse (RSA-RN)*, traducido y adaptado al entorno español.

Resultados: Participaron enfermeras de todas las comunidades autónomas y de las dos ciudades autónomas. Se consiguieron un total de 503 cuestionarios (53%). Se encontró una puntuación media de un 4,23 sobre 5 en el RSA-RN. No se encontró un perfil concreto de enfermeras con una opinión más positiva hacia la recuperación. La única variable que marcó una diferencia significativa fue tener formación como especialista vía enfermera interna residente, independientemente de la edad ($p = 0,002$ como valor resumen).

Conclusiones y discusión: Se encontró una actitud muy positiva hacia el enfoque de recuperación, con diferencia entre subescalas de la RSA-RN. Hay una necesidad de formación y sensibilización sobre la importancia de la participación activa de los usuarios en los servicios y cómo enfocar nuestro trabajo sobre las fortalezas del usuario, y cómo facilitar su participación real.

Enfermería comparte muchos de los valores del enfoque de recuperación y puede jugar un rol clave para impulsar la recuperación desde los servicios. Es necesario un apoyo institucional para fomentar el trabajo desde este enfoque y se debe avanzar en el desarrollo de intervenciones basadas en la recuperación. Asimismo, es fundamental monitorizar la implementación de la perspectiva de recuperación en los servicios.

Palabras clave: enfermería, salud mental, trastorno mental, recuperación, empoderamiento, España.

Abstract

Objective: Know the opinion of the Spanish mental health nurses about providing nursing care for patients with mental disorders from a recovery perspective.

Methodology: Descriptive correlational study carried out in the year 2013. Population of the study: nurses that work in the public mental health services of Spain. We used a combination of snowball and quota sampling, sending a questionnaire online to 949 nurses. The size sample was weighted according to the number of inhabitants in every autonomous community. The Recovery Self-Assessment-Registered Nurse (RSA-RN) questionnaire was used, after being translated and adapted to the Spanish environment.

Results: Nurses of all the autonomous communities and the two autonomous cities of Spain participated. We gathered 503 questionnaires (53%). We found a scoring average of 4.23 out of 5 in the RSA-RN. A concrete profile of nurses with a more positive opinion towards recovery related to the socio-demographic variables wasn't found. The only variable that marked a significant difference was the training as a mental health nurse specialist via the Nurse Residency Program, regardless of age ($p = 0.002$ as summary score).

Conclusions and discussion: A very positive attitude towards the recovery approach was found, with difference between subscales of the RSA-RN. There is a need for training and awareness raising about the importance of active service user participation and on focusing on strengths of the service users, and facilitating their real participation. Nurses share many of the values of the recovery approach and can play a key role in promoting recovery within the services. Institutional support is necessary in order to foster the work from this approach and to progress in the development of interventions based on recovery. It is also essential to monitor the implementation of recovery in the services.

Keywords: nurses, mental health, mental disorders, recovery, empowerment, Spain.

Introducción

El término recuperación, *recovery* en inglés, es difícil de delimitar, ya que no existe una definición universal aceptada. En la literatura se aborda el concepto de recuperación como *modelo, filosofía, paradigma, movimiento, visión o enfoque*¹. Sin embargo, sí existe un amplio consenso en que la definición estaría en torno a lo dicho por uno de los fundadores intelectuales del movimiento de la recuperación, William Anthony: “La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”². Por tanto, una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin necesariamente recuperarse de su enfermedad (recuperación clínica)^{3,4}.

Los servicios basados en la recuperación se apoyan en dos supuestos. Primero, que no todos los problemas mentales son crónicos y, segundo, que las personas con más probabilidades de recuperarse son las que tienen una motivación muy fuerte para cambiar sus vidas. Esta motivación está muchas veces condicionada por la actitud y el comportamiento de las personas de su entorno, cuando les apoyan en sus ambiciones personales y en la esperanza de tener una vida mejor⁵.

Para que la recuperación tenga el impacto que merece, los profesionales necesitan entender qué significa y, junto con pacientes y familiares, respaldar activamente su implementación en los servicios.

Pero los profesionales y los servicios de salud mental por sí solos no pueden hacer realidad la recuperación, ya que la llevan a cabo los propios usuarios y sus

familias. Sin embargo, los profesionales pueden crear las condiciones en las cuales las personas se sientan con poder de decisión, para que la autogestión personal pueda desarrollarse, evitando en todo momento la creación de condiciones en las que la práctica de la recuperación resulte imposible^{3,4,6}.

Diferentes estudios identificaron las características claves que deben tener los profesionales para trabajar desde la perspectiva de recuperación: mostrar una actitud de apertura, colaborar de igual a igual, centrarse en recursos internos de la persona, mostrar reciprocidad y tener la voluntad de ir más allá^{1,7}.

Además, estas características generales deben estar combinadas con un alto nivel de habilidades relacionales: empatizar, atender-cuidar, aceptar, reconocimiento mutuo, animar a asumir riesgos responsables, tener actitudes positivas de cara al futuro y crear relaciones que inspiren esperanza. De cualquier modo, conseguir prácticas orientadas a la recuperación significaría conseguir un cambio en la cultura y en la organización de los servicios^{1,7}.

La perspectiva de recuperación ha sido ampliamente aceptada por las enfermeras, por representar valores y competencias muy ligados a los cuidados, como la relación entre enfermera y paciente centrada en la persona, el enfoque holístico, el uso de la narrativa y el diálogo más natural, las relaciones basadas en la empatía y el calor humano, la promoción de la salud y la relación con personas usuarias en contextos varios, dentro y fuera de los servicios^{8,22}.

El objetivo de este estudio es conocer la opinión de las enfermeras españolas sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación, según las cinco subescalas del RSA-Registered Nurse versión (RSA-RN)²³, y en relación a las variables sociodemográficas de las enfermeras identificadas como relevantes.

Metodología

Es un estudio descriptivo correlacional desarrollado en el año 2013. La población del estudio fue el conjunto de enfermeras que trabajan en el área de salud mental de los servicios públicos de las 17 comunidades autónomas (CCAA) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Se utilizó una combinación de muestreo por bola de nieve y por cuota, enviando un cuestionario *online* a 949 enfermeras, de las aproximadamente 4000 enfermeras de salud mental estimada por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). El tamaño muestral fue ponderado por el porcentaje que representan los habitantes de cada comunidad autónoma (CA) en el conjunto de España según los datos del Instituto Nacional de Estadística 2011²⁴.

Se identificaron 19 enfermeras (17 CCAA y 2 ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), a través del listado de socios enfermeras de la ANESM, que a su vez identificaron a un número de enfermeras ponderado por CA, que posteriormente enviaron a 10 enfermeras el cuestionario en la siguiente proporción: asistencial (80%), gestión (10%), docencia (10%). Así, por ejemplo, a la CA de Asturias le correspondían 30 cuestionarios, por lo que el referente de la ANESM identificó a 3 enfermeras que a su vez mandaron el cuestionario a diez enfermeras, ocho del ámbito asistencial, una del ámbito de gestión y una del ámbito de docencia.

Se incluyeron enfermeras generalistas y enfermeras especialistas en salud mental que llevaban al menos un año trabajando en los servicios de salud mental.

Quedaban excluidas las enfermeras con experiencia en salud mental y/o con el título de especialista en Salud Mental que no estaban trabajando en salud mental en el momento de la recogida de datos, así como las enfermeras internas residentes (EIR) de salud mental en periodo de formación.

Se definieron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, modalidad de acceso al título de enfermera especialista en Salud Mental, otra formación postgrado, años de experiencia laboral, trayectoria laboral en salud mental, conocimiento previo y/o formación en recuperación, y formación en rehabilitación psicossocial.

Para conocer la opinión sobre la perspectiva de recuperación se utilizó el cuestionario *Recovery Self Assessment-Registered Nurse* (RSA-RN)²³, un instru-

mento de 36 preguntas que traduce los principios de recuperación en medidas prácticas, permitiéndole detectar las fortalezas y las áreas de mejora. Las preguntas pertenecen a 5 factores o subescalas: “Objetivos de vida”, “Participación activa de usuarios”, “Diversidad en opciones de tratamiento”, “Elección” y “Servicios personalizados”. Las preguntas están aleatoriamente ordenadas y se presentan como un listado de 36 preguntas, sin que se sepa a qué subescala pertenece cada pregunta.

El RSA-RN es una de las versiones del *Recovery Self Assessment* (RSA)²⁵, un cuestionario desarrollado por la Universidad de Yale, basado en los 9 dominios de la recuperación²⁶, diseñado para valorar el grado en que los servicios han implementado prácticas basadas en la recuperación. Este instrumento tiene diferentes versiones: para proveedores (los profesionales asistenciales), para gestores (los directivos de los centros), para pacientes y para familiares. Para evaluar el grado de implementación de la perspectiva de recuperación en un servicio u organización se deben usar todas las escalas a la vez, ya que cada versión tiene su propia perspectiva y en su conjunto son complementarios.

El RSA de los proveedores es para todas las categorías profesionales y tipo de unidades, pero se entiende que va más dirigido a los servicios comunitarios. Por este motivo, se desarrolló en el 2008 una versión de proveedores para enfermeras diplomadas, la RSA-RN²³, en la cual adaptaron las preguntas al entorno hospitalario, donde trabaja un porcentaje más alto de enfermeras de salud mental en comparación con el entorno comunitario.

El cuestionario tiene una puntuación en una escala Likert de “muy en desacuerdo” [1] a “muy de acuerdo” [5], donde una puntuación más alta indica que el servicio se ajusta más a los principios de recuperación. El objetivo fue encontrar la correlación de la opinión de la enfermera con sus variables sociodemográficas. La mayoría de estas variables fueron utilizadas en la construcción y validación del RSA-RN²³.

Se tradujo y se adaptó el RSA-RN al entorno español y se modificaron las preguntas a una formulación condicional, utilizando el término “debería”. El motivo de este cambio fue debido a que se pretendía conocer el grado de acuerdo en relación a que los ítems reflejaran las actividades, valores y prácticas de su servicio, y no en qué grado estaba la perspectiva de recuperación implantada en el servicio.

La información fue recogida en un cuestionario *online* en el entorno Google Drive, un servicio de alojamiento de archivos.

Para conseguir una precisión del 3% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, se calculó que sería necesaria una muestra de 584.

Se realizó estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello se usaron frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante $\text{media} \pm \text{SD}$. Se comprobó si las variables seguían una distribución normal mediante el test de Kolmogorov-

Smirnov. Se realizó una comprobación de los grupos de estudios mediante test χ^2 o el test exacto de Fisher, cuando fue necesario para las variables cualitativas. La comparación de las variables cuantitativas según los grupos de estudio se efectuó mediante la t-Student para muestras independientes. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el paquete Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.), versión 19.0.

Limitaciones

Las limitaciones de los datos radican en el muestreo no probabilístico al producir estimadores sesgados, ya que personas muy populares dentro de la población

Tabla 1: Perfil de las enfermeras

Sexo	Mujeres	74,4%	
	Hombres	25,6%	
Edad media	44 años [rango 27-62]		
Fecha titulación enfermera diplomada	1970-1979	11,1%	
	1980-1999	66,4%	
	2000-2011	22,5%	
Especialidad en salud mental	Anterior 1998	13,3%	
	Vía EIR	20,3%	
	Acceso extraordinario	42,1%	
	No especialidad	24,3%	
Formación postgrado > 60 créditos	49,30%	Máster	30,2%
		Lic. Psic./Antrop.	10,7%
		Otra	8,4%
Ámbito laboral actual	Hospitalización	47,1%	
	Unidad/Programa Comunitario	33,8%	
	Gestión	14,1%	
	Docencia	4%	
	Otros	1%	
Trabajo previo estable en salud mental	Hospitalización	49,1%	
	Unidad/Programa Comunitario	19,2%	
	Ambas unidades	10,6%	
	Sin experiencia anterior	21,1%	
Experiencia en salud mental	1 a 2 años	9,3%	
	3 a 5 años	17,4%	
	6 a 10 años	19,6%	
	11 a 20 años	25,3%	
	>20 años	28,4%	
Conocimiento enfoque recuperación	Sí	50,5%	
	No	49,5%	
Formación recuperación	Sí	21,1%	
	No	78,9%	
Formación rehabilitación psicosocial	Sí	63,6%	
	No	36,4%	

tuvieron mayores oportunidades de ser seleccionadas, lo que impide extrapolar los resultados a la población sin más.

Resultados

En el estudio participaron enfermeras de todas las CA y de las dos ciudades autónomas. Se ha obtenido una tasa de repuesta del 53 % (503). El perfil de las enfermeras participantes se observa en la tabla 1.

En cuanto al conjunto de las subescalas del RSA-RN, encontramos que la puntuación media es de un 4,23 sobre 5. Sin embargo, hay una diferencia entre las cinco subescalas. Las subescalas de menor puntuación son las de “Participación activa de los usuarios” y “Diversidad en opciones de tratamiento”. La subescala “Elección” ha obtenido la mayor puntuación, seguida por “Objetivos de vida” y “Servicios personalizados”. Ver tabla 2.

En cuanto a las cinco preguntas con menos puntuación en el conjunto del cuestionario, hay preguntas de tres subescalas. Con respecto a las cinco preguntas con más puntuación, igualmente hay preguntas de tres subescalas. Ver tabla 3.

Se valoró una puntuación de < 3 como “en desacuerdo” y de > 3 como “de acuerdo”, excluyendo la puntuación = 3 al no haber un posicionamiento a favor o en contra.

No se encontró un perfil concreto de enfermeras con una opinión más positiva hacia la recuperación, en relación a las variables sociodemográficas.

No hay una diferencia significativa en tener o no la especialidad en salud mental y tampoco entre sexos y años de experiencia en salud mental. No hay diferencia por edad (grupo > 38 y < 38 años) y tampoco entre tener un máster o no. Tampoco hay diferencia entre las

que han recibido formación en recuperación y/o rehabilitación psicosocial y las que no, ni en cuanto al lugar actual de trabajo.

Y tampoco hay diferencia en las enfermeras con “Formación postgrado > 60 créditos”, salvo en la subescala “Participación activa del usuario”, con una diferencia significativa en la unión del grupo de licenciados en Psicología/Antropología con el grupo de doctorado en comparación con el resto con formación postgrado > 60 créditos.

La única variable que marca una diferencia significativa es tener formación vía EIR, independientemente de la edad. Hay una puntuación mayor en todas las subescalas. Ver tabla 4.

Discusión

En general, hay una actitud muy positiva por parte de las enfermeras de los servicios públicos de salud mental de España hacia el enfoque de recuperación, pero hay una necesidad de formación y sensibilización sobre la importancia de la participación activa de los usuarios en los servicios. También hay una necesidad de formación y sensibilización acerca de cómo enfocar nuestro trabajo en las fortalezas del usuario y ayudarlo a explorar otros roles (servicios de “salud” mental vs. servicios de “enfermedad” mental), y de cómo facilitar la participación real de los usuarios en las instituciones, poniendo en valor el apoyo mutuo.

Los resultados de las cinco preguntas con más y menos puntuación coinciden en gran parte con otros estudios con el RSA en los Estados Unidos (EE. UU.), donde se ha utilizado la escala RSA en situación real de evaluación de servicios^{24, 25, 27}. Esto es interesante, ya que estos parecen ser los ámbitos donde más hace falta sensibilizar y profundizar, porque incluso cuando hay una política clara a favor de la implantación del enfoque de recuperación, son estas las áreas donde menos

Tabla 2: Puntuación media por subescala RSA-RN

Subescala RSA-RN	Puntuación media
Objetivos de vida (11 ítems)	4,31
Participación activa de usuarios (8 ítems)	4,04
Diversidad en opciones de tratamiento (6 ítems)	4,15
Elección (6 ítems)	4,45
Servicios personalizados (5 ítems)	4,23

Tabla 3: Preguntas con menor y mayor puntuación

Las 5 preguntas con menos puntuación		
Subescala	Pregunta	Puntuación < 3 [en desacuerdo]
Participación activa de usuarios	Las personas en proceso de recuperación deberían participar habitualmente en los órganos de gestión y reuniones de enfermería.	24%
	Las personas en proceso de recuperación deberían participar en la formación de los profesionales de enfermería y en los programas educativos del servicio.	12%
	Las personas en proceso de recuperación deberían trabajar conjuntamente con el equipo de enfermería en el desarrollo y prestación de nuevos programas y servicios.	7%
Diversidad de opciones de tratamiento	En el servicio, los usuarios que progresan bien deberían recibir la misma cantidad de atención del equipo de enfermería que los que tienen dificultades.	19%
Objetivos de vida	El equipo de profesionales de enfermería debería ser diverso en cuanto a cultura, etnia, estilos de vida e intereses.	10%
Las 5 preguntas con más puntuación		
Subescala	Pregunta	Puntuación > 3 [de acuerdo]
Elección	Las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería de este servicio deberían escuchar y atender las decisiones y preferencias de los pacientes/usuarios.	100%
	El progreso hacia los objetivos (definidos por el usuario en proceso de recuperación) se debería de monitorizar de forma habitual por parte de la enfermera referente / del equipo de enfermería.	99%
	Las enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería no deberían usar amenazas, sobornos otras formas coercitivas para influir en la conducta y elecciones del usuario.	98%
Objetivos de vida	Deberían existir procedimientos para facilitar la derivación a otros programas, si el equipo de enfermería siente que el servicio no puede cubrir las necesidades del usuario.	100%
Servicios personalizados	Se debería hacer todo lo posible por implicar a las personas significativas del usuario (cónyuges, amigos, familiares) y otros apoyos naturales (p. ej. la parroquia, vecinos, caseros) en el plan de cuidados individualizado, si la persona lo desea.	98%

Tabla 4: Nivel de significación estadística en las EIR

Subescala RSA-RN	No EIR	EIR	p
	(n=401)	(n=102)	
Objetivos de vida	4,29 (0,55)	4,41 (0,53)	0,039
Participación activa de usuarios	3,99 (0,68)	4,25 (0,60)	0,000
Diversidad en opciones de tratamiento	4,12 (0,62)	4,28 (0,57)	0,014
Elección	4,43 (0,51)	4,59 (0,44)	0,002
Servicios personalizados	4,20 (0,63)	4,40 (0,50)	0,001
Valor resumen	4,20 (0,53)	4,38 (0,48)	0,002

se ha avanzado. De todos modos, la pregunta sobre la diversidad de los equipos de enfermería en cuanto a cultura, etnia, etc., es más relevante en los EE. UU. al ser una sociedad mucho más multirracial y multicultural que España y puede que las enfermeras españolas no hayan dado tanta importancia a esta pregunta por este motivo.

En cuanto a los resultados de las EIR, pensamos que esta puntuación es más alta por la visión más amplia que tienen de la red de salud mental debido a la rotación en los servicios, y por tener otro rol en los equipos de trabajo al estar en formación postgrado. Las EIR disponen de más tiempo y espacio de reflexión fuera del servicio y del trabajo diario, tanto entre ellas como con los docentes de la especialidad y con los otros compañeros de la Unidad Docente Multiprofesional (Psiquiatría y Psicología Clínica).

De todos modos es importante recordar que en este estudio se ha medido la opinión de las enfermeras españolas sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación, usando la formulación condicional “debería”, y no el grado en que están trabajando en la actualidad desde el enfoque de recuperación.

Los principios de la recuperación nos brindan una gran oportunidad para mejorar la práctica clínica en salud mental y enfermería comparte muchos de los valores de esta perspectiva^{8,18}, pudiendo jugar un rol clave para impulsar la recuperación desde los servicios. Es necesario que haya un apoyo institucional para fomentar el trabajo desde este enfoque^{3,4,28}, a través de formación en recuperación, traducción y distribución de documentos en castellano para facilitar el acceso a la información, colaboración estrecha con los movimientos asociativos de usuarios y familiares²⁹, debate en los equipos de trabajo sobre los conceptos de la recuperación, etc. Se debe avanzar en el desarrollo de intervenciones basadas en la recuperación centradas en tres temas centrales: la esperanza, los cuidados centrados en la persona y tener en cuenta la perspectiva de los usuarios³⁰.

Asimismo, es fundamental monitorizar la implementación de la perspectiva de recuperación en los servicios^{29,31} con instrumentos validados, porque incluso en organizaciones donde hay una apuesta clara por trabajar desde el enfoque de recuperación, hay margen de mejora en todos los dominios de recuperación^{24,25,29}.

Conclusiones

Una vez se avanzara en la implementación del enfoque de recuperación, sería interesante medir en qué grado está la perspectiva de recuperación implantada en los servicios a través de las diferentes versiones del RSA.

Para conseguir la implementación de la perspectiva de recuperación en los servicios es importante que enfermería se empodere dentro de la organización para así facilitar el empoderamiento de los usuarios y sus familiares³¹, con el objetivo de mejorar los resultados en salud. Estar empoderado como colectivo profesional significa tener una sensación de competencia, de autonomía, de trabajo significativo y de capacidad para tener impacto en la organización. Para este empoderamiento, y desde la perspectiva de la recuperación, es fundamental centrarnos en los valores y principios de la propia disciplina enfermera y trabajar en la promoción de la salud, en fomentar el autocuidado, en facilitar el ejercicio de los derechos humanos, en el entorno natural del paciente, desde la relación terapéutica y la presencia.

Agradecimientos

A Juan Manuel Praena Fernández y Luis López Rodríguez, de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, por su análisis estadístico y apoyo metodológico. A los referentes de las comunidades autónomas por la coordinación y a las enfermeras por su participación en el estudio.

Bibliografía

1. Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16:539-545.
2. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J*. 1993; 16: 11-23.
3. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality Sainsbury Centre for Mental Health 2008.
4. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisational change. Sainsbury Centre for Mental Health 2010.
5. Mental Health Providers Forum. Recovery Star Approach. Disponible en: <http://www.mhpf.org.uk/programmes-and-projects/mental-health-and-recovery/recovery-star> [Consultado 22 de noviembre 2011].
6. Kartalova-O'Doherty Y, Tedstone Doherty D. Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *Int J Ment Health Nurs*. 2010; 19: 3-15.
7. Lakeman R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *JMH*. 2010; 19(1): 62-74.
8. Caldwell B A, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K. Psychiatric nursing

- practice & de recovery model of care. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010; Vol. 48: No. 7.
9. Shanley E, Jubb-Shanley M. The recovery alliance theory of mental health nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007; 14: 734-743.
 10. Jubb-Shanley M, Shanley E. Trialling of the Partnership in Coping system. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007; 14: 226-232
 11. Happell B. Lead by vision, not by limitations: Recovery and the mental health nursing profession. *Int J Ment Health Nurs.* 2010; 19:1-2.
 12. Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2001; 8:233-240.
 13. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues Ment Health Nurs.* 2010 Mar; 31:171-180.
 14. Buchanan-Barker P, Barker P.J. The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008; 15, 93-100.
 15. Cook NR, Philips BN, Sadler D. The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005; 12: 536-540.
 16. Brookes N, Murata L, Tansey M. Guiding practice development using the Tidal Commitments. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006; 13: 460-463.
 17. Barker P. The Tidal model. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* Jul 2002; 40 (7): 42-50.
 18. Roe D, Swarbrick M. A recovery-oriented approach to psychiatric medication: Guidelines for nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007; 45(2), 35-40.
 19. Happell B. Lead by vision, not by limitations: Recovery and the mental health nursing profession. *Int J Ment Health Nurs.* 2010; 19:1-2.
 20. Health Department. Rights, relationship and recovery. The report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. Main Report. Scottish executive. NHS Scotland 2006. Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/112046/0027278.pdf> [Consultado 23 agosto 2016].
 21. Health Department. Rights, relationship and recovery. The report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. Delivery action plan. Scottish executive. NHS Scotland 2006.
 22. From values to action: The Chief Nursing Officer's review of mental health nursing. 2006.
 23. McLoughlin KA, Fitzpatrick JJ. Self-reports of recovery-orientated practices of mental health nurses in state mental health institutes: development of a measure. *Issues Ment. Health Nurs.* 2008; 29:1051-1065.
 24. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm. [Consultado: 16 de octubre 2016].
 25. O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evan A, Davidson L. From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-orientated practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J.* 2005; 2884:378-386.
 26. Davidson L, O'Connell M., Sells, D, Staeheli M. Is there an outside to mental illness? In L. Davidson. *Living Outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia.* New York University Press, New York 2003; 31-60.
 27. McLoughlin KA, Du Wick A, Collazzi CM, Puntill C. Recovery-Oriented practices of psychiatric-mental health nursing staff in an acute hospital setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2013; 19(3)-152-159.
 28. Gilbert et al. Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry.* 2013; 13:167. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/167> [Consulta: 24 de agosto 2016].
 29. Gomez Beneyto M. Introducción: En primera persona. *Rev Assoc.Esp. Neuropsiq.* 2016; 36(129):191-192.
 30. Nursing Practice Review Mental Health. Recovery-focused practice in mental health. *Nursing Times.* 19.03.14. Vol 110. No 12. 2014
 31. User empowerment in mental health. A statement by the WHO Regional Office for Europe 2010.



Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma

Evolution of Care for Mental Health Patients and Their Relationship Against Stigma

Judit Pons Prata¹ y Paola Galbany Estragués²

¹Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.

²Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España

Contacto: juditpp@msn.com

Fecha de recepción: 1 de agosto de 2016 / Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2016

Resumen

Justificación: La evolución de la atención a personas con patología mental de base ha sido desigual a lo largo de los años y la falta de comprensión de la patología mental como tal ha ocasionado la aparición de actitudes estigmatizadoras.

Objetivo principal: Promover la reflexión sobre la presencia de estigmas en la atención enfermera que reciben los pacientes con problemas de salud mental en las distintas especialidades y fomentar la creación de nuevas líneas de investigación en salud mental.

Metodología: Análisis reflexivo de la evolución de los cuidados a los enfermos mentales.

Conclusiones principales: Aún están presentes los estigmas en salud mental por parte del personal sanitario, destacando al personal enfermero, y estos estigmas influyen en las curas que brindan a estos pacientes y en el proceso de recuperación de la enfermedad de la persona que padece estos trastornos.

Palabras clave: estigma, trastorno mental, calidad de los cuidados, evolución histórica, formación enfermera.

Abstract

Justification: The evolution of care for people with mental illness has been very variable over the years and the not understanding of mental illness as it is, has led the apparition of certain stigmatizing attitudes.

Objective: Promote the reflexion on the presence of stigma on the care that they receive from nurses and to open new lines of research about the impact that it has for the patient and nurses.

Methods: Analysis of the evolution of nursing cares over the years.

Conclusions: The stigmas still being present in mental health by the health workers, highlighting at this point the nursing staff and that these stigmas influence in the attention offered to these patients and in the recovery of the disease of the person suffering from these mental disorders.

Keywords: stigma, mental disorder, quality of care, historical evolution, nursing education.

Motivación Personal

Durante mis prácticas clínicas realizadas en el grado de Enfermería, pude constatar que el personal enfermero suele catalogar a los pacientes con un trastorno mental de base según los estigmas sociales que se asocian a estas patologías, dificultando la relación entre la enfermera y el paciente. Observé una importante diferencia entre el trato a pacientes con o sin enfermedad mental asociada, independientemente de la patología por la que acuden al centro sanitario. Este hecho se contradice con lo que aprendí sobre los valores asocia-

dos al personal enfermero tales como la empatía o la asertividad.

Esto despertó mi inquietud en conocer cómo se sienten tanto el personal enfermero como los pacientes en el momento de su atención, teniendo en cuenta la repercusión que generan estos estigmas en los dos grupos a corto y largo plazo. Estas inquietudes me hicieron reflexionar sobre los estigmas en salud mental y en esta línea enfoqué mi trabajo de final de grado. Este artículo deriva del conjunto de todas estas reflexiones.

Metodología

La metodología utilizada para realizar este estudio se basa en el análisis reflexivo a partir de la bibliografía escrita sobre esta temática. La búsqueda se realizó en las bases de datos Cochran y Medline, y en editoriales como Scielo y Elsevier, utilizando las siguientes palabras clave: *trastorno mental, evolución, prevención, enfermería, estigmas, stigma, mental disorders y nursing*. Los textos se seleccionaron según si se adecuaban al objetivo del estudio. En base a la metodología del análisis reflexivo, como concluye Jasper, M., se esquematizó el estudio en las seis fases, agrupándolas en 3 grandes bloques³⁴:

1. Motivo de elección de esta temática.
2. Desarrollo de la evolución histórica de los cuidados a enfermos mentales, la formación enfermera en salud mental, de los estigmas y de las actitudes de los profesionales enfermeros frente al estigma en salud mental, describiendo así la importancia de estos fenómenos en el ámbito de la salud y sus repercusiones en la evolución de los pacientes con estas enfermedades.
3. Exploración de alternativas y posibles estrategias de actuación para reducir el fenómeno estigmatizador del personal sanitario enfermero^{32,33}.

El concepto de trastorno mental se define según el DSM-IV-TR como un patrón conductual o psicológico anormal y clínicamente significativo que, independientemente de su origen, implica una disfunción a nivel psicológico o biológico^{1,2}. La persona que padece estos trastornos se desarrolla de forma normal hasta la edad adulta presentando alteraciones en la capacidad de razonar, comportarse, reconocer la realidad y problemas de adaptación^{1,2}. Estos trastornos son causantes del 40 % de las patologías crónicas y del 30 % de la discapacidad de nuestro país. Existen 500 millones de personas en el mundo que padecen algún tipo de trastorno mental, afectando a 1 de cada 4 personas a lo largo de su vida³.

Evolución histórica de los cuidados a enfermos mentales

Se tiene conocimiento de la existencia de los trastornos mentales desde épocas prehistóricas, pero es durante el cristianismo cuando se observa la especial preocupación por aquél que no tiene nada y requiere una ayuda especial. Derivado de esta caridad cristiana, nacen los primeros hospitales medievales. Existían dos tipos de

hospitales medievales: los situados en las ciudades, fundados por obispos o custodiados por la aristocracia del momento; y los situados en las zonas rurales, que eran simples dependencias de monasterios. Aun y la diferenciación, los dos se caracterizaban por ser pequeños centros de acogida a enfermos y necesitados con escasas camas y recursos a los que solo se les aportaban cuidados basados en el consuelo espiritual y cuidados psicológicos y materiales por parte de religiosos sin formación sanitaria^{4,5}.

No fue hasta 1410 que en España entra en funcionamiento el Hospital de los Inocentes de Valencia, considerado el primer manicomio cristiano-occidental y dedicado exclusivamente a los enfermos mentales, con el propósito de resolver una necesidad social: apartar a los locos que vagaban por las calles de la ciudad, de tal modo que no quedaran sueltos por las calles y pudieran hacer daño^{4,6}. A los internos, independientemente del sexo, se les obligaba a realizar actividades, ya que se creía que la permanente ociosidad podía perturbarles más, fomentándoles el vicio y los malos hábitos. En caso de desobedecer o mostrarse furiosos, se les azotaba, colocaban grilletes o se les encerraba en jaulas^{4,5}.

El manicomio de Valencia fue el punto de mira para la creación de otras instituciones similares en toda España, a la vez que siguieron proliferando por doquier hospitales urbanos durante el siglo xv, hasta tal punto que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos, siendo el más destacado de la época el Hospital de la Santa Creu en Barcelona, que absorbió 6 hospitales en uno solo^{4,5}.

Durante el siglo xvii aparecieron los sanadores o curanderos, que gozaban de un gran reconocimiento social, en especial fuera de las ciudades. La escasez de médicos y la ineficacia de la medicina, unidas a la superstición de la gente, hacían aceptar con facilidad lo supuestamente divino, diabólico y mágico de la vida cotidiana⁵.

Entre los siglos xviii y xix decae el interés y la preocupación por el enfermo mental, derivado de la creencia que las epidemias y enfermedades contagiosas de la época fueron contagiadas por los pobres y dementes. Esto comportó que los hospitales pasaran a ser controlados por los poderes públicos^{4,5}.

Durante el siglo XVIII el confinamiento de enfermos mentales aumenta, y los espacios públicos para ellos se reducen, quedando drásticamente aislados del exterior. Aparecen dos figuras durante esa época: el hospitalero, que realizaba las funciones de cuidado; y el dependiente, quien atendía las necesidades básicas de los enfermos: higiene, alimentación, eliminación, movilización y su cuidado permanente, es decir, realizando funciones de la enfermería actual^{4,5}.

Durante el siglo XIX, España, bajo la influencia de Francia, considera la locura como una amenaza social y crea espacios específicos de clausura para ellos, los manicomios, útiles para proteger a la sociedad del loco y a este de la enfermedad que padecía. No fue hasta la llegada de Philippe Pinel, médico francés considerado el primer gran psiquiatra, que con su tratado *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* en 1801 cambia la visión y actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, liberándolos de las cadenas con las que eran reducidos y confinados y alerta a nivel mundial de la necesidad de integrar administrativamente la locura en el sistema sanitario, hasta el momento marginada. Por el contrario, en España, debido al desinterés público para crear nuevos manicomios, se crearon centros privados y con pocos recursos económicos, como el de Lloret de Mar en el año 1844^{4,5}.

Posteriormente, la Ley de la Beneficencia de 1849 responsabiliza al Estado español de la asistencia de los enfermos, pero debido a las sucesivas crisis que atraviesa la Administración Pública, ésta, a través de los RD del 27 de junio y del 19 de diciembre de 1864, ordena a las diputaciones que hasta que el Estado no se haga con los recursos necesarios para construir los manicomios pactados, se establecerían en las provincias los locales adecuados para dar asistencia a los dementes, comportando el colapso de estos locales por la gran afluencia de enfermos. Seguidamente, con el RD del 19 de mayo de 1885, se regula el internamiento de los dementes en los “apartamentos de observación de dementes”, ubicados en los hospitales provinciales o municipales, vigentes hasta 1931. Es importante destacar la precariedad de la asistencia psiquiátrica las últimas décadas del siglo XIX en España a pesar de la legislación aplicada^{4,5}.

En el año 1931, debido a la ambigüedad del RD vigente que comportaba dificultades para atender a los dementes por parte del personal sanitario, se regula con un nuevo RD del 3 de julio el internamiento de los enfermos mentales en España⁶. Pero no es hasta 1983

que se incluye la situación de los enfermos mentales en el marco del ordenamiento jurídico regulado por el artículo 211 de la ley 13/83, rigiendo el internamiento psiquiátrico de los dementes hasta día de hoy y permitiendo la desinstitucionalización de los dementes^{6,7}.

En 1927 surge en España el movimiento de higiene mental, con objetivo de promover la salud mental, creando consultorios y realizando una campaña de salud mental del individuo. Este movimiento sensibiliza a la sociedad sobre los problemas mentales y el pésimo nivel asistencial, causado por la baja preparación médica y psiquiátrica del personal. Como consecuencia, la Dirección de Sanidad, conducida por el Consejo Superior Psiquiátrico, publica en el año 1932 en la *Gaceta de Madrid*, el plan que clasifica al personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos, destacando al personal enfermero psiquiátrico y estableciendo los estudios teórico-prácticos necesarios^{4,5}.

Evolución de la formación enfermera en salud mental

No es hasta mediados del siglo XIX cuando empiezan a asentarse las bases de la enfermería científica, destacando en este punto las aportaciones de Florence Nightingale, que empieza a definir los conceptos de salud y enfermedad en relación a la enfermería, el objetivo de los cuidados, y el concepto de enfermería, publicando en 1859 sus bases en *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*^{8,10}. Durante la segunda mitad del siglo XX, surgen nuevos modelos de enfermería, destacando en el ámbito de la enfermería de salud mental Hildegard Peplau, conocida como la madre de la enfermería psiquiátrica, que en el año 1952 publica *Relaciones interpersonales en enfermería*, estableciendo su teoría de las relaciones interpersonales, permitiendo a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico, destacando a la vez la influencia de la personalidad del personal enfermero en el paciente y en sí misma^{4,8}.

En cuanto a la formación de la enfermería, cabe destacar que en 1953 se unificaron los estudios de Enfermeras, Practicantes y Matronas y surgieron los ayudantes técnicos sanitarios (ATS). Para los ATS se creó la especialidad de Psiquiatría en 1970, mediante el RD 3193/1970⁹.

Debido a las reivindicaciones del personal enfermero ATS y a las elevadas exigencias de la profesión, en 1977 se integran los estudios de Enfermería en la Uni-

versidad bajo la titulación de diplomado universitario de Enfermería (DUE), mediante el RD 2128/1977^{9,10}. Aun así la especialidad en Psiquiatría se mantuvo entre los ATS.

No es hasta 10 años más tarde que se publica el RD 992/1987 en el que se regula la obtención de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, que sustituye el ATS Psiquiátrico⁹. Finalmente, con la publicación del RD 450/2005 de 22 de abril, se acaban de regular las bases de la especialidad en salud mental¹⁰. Posteriormente, en el año 2010 se pasa a la formación de grado, que equipara a nivel académico todas las titulaciones universitarias a través de la convergencia del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)⁸.

Estigmas en salud mental

Las personas con trastorno mental de base tienen dos fuentes principales de dificultad, una derivada del trastorno que padecen y la otra del estigma y exclusión que les afecta, siendo este último el aspecto más difícil de contrarrestar¹¹. Diversos estudios muestran que los trastornos psicóticos son más estigmatizados que los del estado de ánimo, hecho que los autores atribuyen a que estos últimos son más comunes y aceptados socialmente¹⁰.

Se define estigma como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado¹². El primero en usar este término fue el sociólogo Goffman, interesándose en conocer como se establece la relación de estigma entre un individuo y un grupo con un conjunto de expectativas¹³, e identifica varios tipos de estigmas: los relacionados con deformidades físicas o ciertas patologías; los que se manifiestan con alteraciones de la conducta social; y los estigmas triviales vinculados a la raza, religión o clases sociales¹⁴. Los principales estigmas que se relacionan con la patología mental se basan en la peligrosidad, la relación con actos violentos, la responsabilidad, incompetencia, incapacidad y rechazo, influenciados y potenciados por los medios de comunicación¹⁵.

El estigma engloba tres fenómenos¹¹:

1. Conjunto de actitudes sociales negativas hacia el grupo y las personas que lo componen, incluyendo a su vez una triple dimensión cognitiva (estereotipo), afectiva (prejuicios) y conductual o conativa (discriminación).
2. Serie de consecuencias objetivas que determinan los diferentes tipos de discriminación hacia estas personas.
3. Serie de repercusiones subjetivas que el proceso tiene sobre quien las padece, englobándose en el término de “autoestigma”, que incluye a su vez una interiorización de las imágenes sociales negativas, disminución de la autoestima y sumisión personal ante la discriminación.

Por lo tanto, podemos diferenciar dos tipos de estigmas: el estigma público, basado en las reacciones del público general hacia un grupo estigmatizado; y el autoestigma, basado en las reacciones que los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado vuelven hacia ellos mismos, autodiscriminándose y disminuyendo su autoestima, dificultando así el tratamiento de los trastornos mentales¹⁶.

Aunque algunas investigaciones muestran que se ha producido una modificación de actitudes en sentido de aceptación y comprensión de los trastornos mentales, la conducta de la población no se corresponde con las actitudes expresadas. Algunos estudios muestran que, aunque la población parece estar informada sobre los trastornos mentales y que las actitudes de aceptación de estos enfermos en sociedad están en aumento, estas no se corresponden con un cambio de comportamiento de aceptación real a no ser que se trate de una necesidad extrema, como en el caso de familiares directos, concluyendo que aun y el cambio de actitudes que se ha observado en las últimas décadas, no es suficiente para modificar el comportamiento de la sociedad^{11,17}. Otro estudio realizado en Almería concluye que los varones son los que exhiben más conductas y actitudes estigmatizantes, aunque aquellos con más conocimiento en materia de salud mental muestran menos conducta estigmatizante³¹.

Por estos motivos es importante el poner énfasis en programas de divulgación y educación sobre las patologías mentales¹⁷. En 2001, la OMS plasma la necesidad de fomentar la toma de conciencia sobre la frecuencia de los trastornos mentales, su tratamiento, el proceso de recuperación y los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos. Plantea una divulgación y educación amplia, mejorando la tolerancia y disminuyendo el estigma a través de la sensibilización de la población^{18,19}.

Las personas que padecen un trastorno mental, aseguran que deben hacer frente al aislamiento, soledad, angustia, sensación de vacío, dificultades para conseguir y mantener un trabajo..., siendo muy complicado hacer frente al estigma que rodea su enfermedad^{13,20}. En culturas africanas se asocia la conducta despreocupada y loca como una manifestación de malignidad. Generalmente, se asocia al enfermo mental como alguien potencialmente peligroso. Además, es común que la familia se avergüence de tener un integrante enfermo, y muchos familiares se sienten víctimas de un destino cruel. En Estados Unidos parte de la población rechaza buscar tratamiento para la depresión temiendo que el diagnóstico tenga un impacto negativo en su situación laboral, mientras que en Gran Bretaña la población se avergüenza de consultar por depresión por ser catalogados como neuróticos o desequilibrados¹⁸.

Algunos estudios indican que los enfermos que reportan sentirse más estigmatizados presentan sintomatología más severa y están significativamente más deteriorados, influyendo en la falta de ayuda y de tratamiento^{20,21}. Además, según su propia experiencia, defienden que los profesionales enfermeros no están habituados a pensar que puedan tener otras demandas que no sean tratar los síntomas psicóticos^{13,20}.

Actitudes de los profesionales frente al estigma en salud mental

Las actitudes de los profesionales enfermeros que atienden a personas con trastorno mental son sustancialmente más positivas que las actitudes de la población en general, aunque aparecen ciertas actitudes estigmatizadoras, siendo el personal enfermero un grupo profesional que comparte muchos de los estereotipos habituales de la población general y quien manifiesta actitudes menos favorables²². Las características clínicas de los pacientes con trastorno mental les definen como extremadamente demandantes, exigentes, críticos consigo mismos, invasivos y manipuladores. Esto convierte a los enfermos mentales en casos de “manejo complicado”, dificultando sus relaciones interpersonales y la convivencia diaria, y a la vez complicando su relación terapéutica con el personal enfermero. Cuando los pacientes tienen reacciones extremas como las autolesiones provocadas, pueden limitar las habilidades de los enfermeros y la capacidad de mantener una relación terapéutica. Ante estos casos, el personal puede proporcionar respuestas estereotipadas y una menor atención empática²³.

En el ámbito de la salud siempre ha existido una inquietud hacia los valores y dilemas relacionados con la asistencia a pacientes con patología mental. En estos pacientes no sólo se trabaja en base a su patología, sino que también se deben tener en cuenta aspectos como el grado de autonomía o incapacidad y las relaciones interpersonales, entre otros aspectos. Esto da lugar a dilemas éticos que surgen a lo largo de todo el procedimiento psicoterapéutico como, por ejemplo, la capacidad de tomar decisiones o de ingresar en un centro^{28,29}.

El tipo de relación que se establece a nivel profesional-paciente que predomina en estos casos es el paternalismo, el cual incapacita mentalmente a los pacientes para tomar decisiones y formar parte en su proceso de recuperación de la enfermedad. Los argumentos anti-paternalistas se fundamentan en los principios de autonomía y de beneficencia de los pacientes, incluidos dentro del código deontológico de la profesión enfermera. El principio de beneficencia se centra en tener en cuenta al paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud en conjunto con el personal sanitario. El principio de autonomía se sustenta en el respeto a la dignidad del paciente y a la capacidad de toma de decisiones. Por lo tanto, el personal enfermero debe garantizar que se cumplan estos principios^{28,29}.

El personal enfermero de España considera que existen dos principales factores que influyen en el reconocimiento de la enfermedad psiquiátrica: la actitud que se presenta ante la patología mental y la auto-percepción de los conocimientos sobre la materia²³.

Algunos estudios muestran que el personal percibe como insuficientes los conocimientos psiquiátricos que tienen²³. Otros autores muestran que la población en contacto próximo con enfermos mentales presenta menos conductas estigmatizadoras^{18, 19}. Un reciente estudio realizado en Cataluña compara personal enfermero de hospital comarcal, CAP y centro de salud mental, observando actitudes más estigmatizadoras en los dos primeros centros y un menor nivel de conocimiento sobre la salud mental a pesar de haber recibido formación continuada. El estudio también concluye que el personal del centro de salud mental es más joven que el de los otros y que, aunque tengan menor experiencia profesional, tienen mayor conocimiento en el ámbito. Además, también expone que el personal del CAP tiene contacto con un volumen mayor de personas con patología mental de base que el hospital y que, a pesar de ello, están presentes las actitudes estigmatizadoras²⁵.

Algunos estudios muestran que la percepción de la calidad de las curas que reciben los enfermos en salud mental por parte del personal de enfermería está influenciada por la relación profesional-paciente y por la disponibilidad de recursos. Por lo general, los pacientes se sienten desvalorados por los profesionales enfermeros, sintiendo una falta de atención más humanizada, destacando una actitud fría y despersonalizada o conducta de evitación a atenderlos, bajo la teoría de la derivación del paciente a servicios especiales, frecuente en consultas de atención primaria y en las urgencias²⁶. Según la OMS, la calidad es una medida que evalúa si los servicios cumplen o no los resultados deseados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia²⁷. Por lo tanto, la calidad debe asegurar, desde la perspectiva del paciente, que éste reciba las curas que precisa y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren; mientras que para el personal enfermero, la calidad debe asegurar efectividad y eficiencia. Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben²⁷:

- Preservar la dignidad de las personas con trastorno mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Hacer un uso efectivo y eficiente de los recursos existentes.
- Utilizar intervenciones que ayuden a las personas con trastorno mental a afrontar por sí mismas la discapacidad que se deriva.

Además, a nivel Europeo, en la Declaración de Helsinki de 2005 de la OMS en su Conferencia Europea de Ministros, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la “Declaración Europea de Salud Mental”, presentaron un “Plan de Acción en Salud Mental para Europa”, en el que justifican y orientan las intervenciones de los profesionales, priorizado aspectos preventivos y la lucha contra el estigma, incluyendo el ámbito comunitario extra hospitalario²⁷.

Propuestas de intervención

Para hacer frente a esta problemática actual son necesarios programas tanto a nivel social como del propio personal enfermero para disminuir la estigmatización.

Tal como señala Corrigan en sus estudios, los programas de empoderamiento personal, basados en potenciar los recursos personales de cada enfermo,

generando mayor autovalencia y control de sus vidas, serían la mayor estrategia para disminuir el autoestigma de los pacientes. En este punto es importante el papel del personal enfermero para fomentar la autonomía de los pacientes, trabajando conjuntamente con ellos, manteniendo una relación equitativa en la cual los pacientes puedan exigir su derecho a la autonomía, generando así una motivación para sus actividades cotidianas y mejorando la adherencia a los tratamientos³⁰.

En España, teniendo en cuenta el proceso de desinstitutionalización, se han desarrollado una serie de servicios comunitarios gracias a la Ley General de Sanidad. Estos servicios están formados por equipos multidisciplinares que facilitan la vinculación de los pacientes a los servicios sanitarios, una mayor adherencia al tratamiento y mayor iniciativa para pedir ayuda. Ejemplos de estos servicios comunitarios son los centros de salud mental (CSMC), centros de día, entre otros³⁵.

A pesar de estas intervenciones, efectivas para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales por parte del personal enfermero especializado en salud mental, el personal enfermero no especialista en estos servicios sigue presentando estigmas en el trato a estos pacientes, lo que demuestra insuficiente formación para abordar estos trastornos. Desde este aspecto, se propone hacer hincapié en la formación del personal enfermero que mejore el conocimiento de estas patologías y reducir así el estigma asociado.

Otras propuestas de intervención serían realizar sesiones informativas sobre la repercusión de estas actitudes estigmatizadoras por parte del personal enfermero del hospital y charlas con personas que padezcan estas enfermedades y que puedan explicar cómo ha sido su experiencia durante su estancia en el hospital.

Conclusión

Con este artículo se pretende promover la reflexión del personal enfermero cuando brindan atención a enfermos con trastornos mentales de base en las distintas especialidades. Mediante la revisión de la literatura escrita realizada concluimos que el personal enfermero destaca dentro de los profesionales de la salud como aquél que tiene más actitudes desfavorables ante los pacientes con patologías mentales de base, tal como concluyen los estudios de Braña, B. et al.²² y Domin-

guez, A. et al.²³. Además, estos estigmas influyen en las curas que se brindan a estos pacientes y a la vez en el proceso de recuperación de la enfermedad de la persona que padece estos trastornos como concluyen en sus estudios los autores Carniel, L. et al.²⁰ y Ertugrul, A. et al.²¹. Por tanto, consideramos que es necesario abrir nuevas líneas de investigación para conocer la incidencia de los estigmas en el profesional enfermero y valorar la repercusión de estos estigmas tanto en la relación enfermero-paciente como en la problemática a corto y largo plazo que pueden generar estos estigmas en el proceso de recuperación de los pacientes, para a su vez poder prevenir a este problema.

Además, teniendo en cuenta que muchos estudios, tales como los de Van Zelst et al.¹³, Adell, B. et al.²⁵, Carniel, L. et al.²⁰, entre otros, destacan que el personal de enfermería considera no tener suficientes conocimientos para brindar atención a pacientes con estas patologías, consideramos que sería útil incrementar la formación de los profesionales enfermeros sobre cómo brindar atención a pacientes con trastornos mentales para reducir los estigmas, mejorando así la calidad en los cuidados.

Bibliografía

- Magallares Sanjuan A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*. 2011; 13(2): 7-17.
- American Psychiatric Association (APA). DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002.
- Instituto de Estudios Médicos Científicos. Foro de debate INESME "Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. Madrid. 2011.
- Ventosa Esquinaldo F. Cuidados psiquiátricos de enfermería en España - siglos XV al XX - una aproximación histórica. Ed Díaz de Santos. 2000.
- Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*. 2003; 13: 29-35.
- Delgado Bueno S, González de Rivera y Revuelta JL. Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos. *Psiquis*. 2003; 88(9): 300-313.
- Barrios Flores LF. La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales. *Derecho y Salud*. 2012; 22(1): 31-56.
- Valls Molins R. *Història de la professió d'Infermeria*. Ed. UB. 2007.
- Pacheco Borrella G. Presente y futuro de las enfermeras de salud mental. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 57-CI-B.
- Cibanal Juan Manuel Luis. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Rev. esp. sanid. penit*. 2007; 9(2): 09-13.
- López M, Fernández L, Laviana M, Aparicio A, Perdiguero D, Rodríguez AM. Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio "Salud mental: imágenes y realidades". *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2010; 30(106): 219-248.
- Baumann A. Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a "stranger". *International Review of Psychiatry*. 2007; 19: 131-135.
- Van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35(2): 293-296.
- Goffman E. *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. 2001.
- Rigol Cuadra A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental?. *Revista Presencia*. 2006; 2(4): 1-3.
- Arnaiz A. Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*. 2006; 26; 49-59.
- García-Siberma S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud pública de México*. 2002; 44(4): 289-296.
- Caronila Zárate P, María E, Ceballos V, María V, Contardo P, Florenzano U. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*. 2006; 44(3): 205-214.
- Caldwell T, Jorm A. Mentally health nurse's beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and Zeland Journal of Mental Health Nursing*. 2001; 10: 42-54.
- Carniel Wagner L, Torres-González F, Runte Geidel A, B King M. Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Revista Saúde Pública* 2011; 45(2): 401-8.
- Ertugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 73-7.
- Braña B, Rodríguez Díaz FJ, Cuesta M, Bobes J, Gómez P, Saiz PA. Imagen del drogodependiente y el enfermo mental entre los profesionales de la salud. *Adicciones*. 2001; 13(3): 289-296.
- Domínguez Bermejo A. Emociones experimentadas por enfermeras que trabajan en unidades de trastornos de personalidad en el cuidado a personas con trastorno límite de la personalidad. *Nure Investigation*. 2011; 53: 1-9.
- Arrillaga Arizaga M, Sarasqueta Eizaguirre C, Ruiz Feliu M, Sánchez Etxeberria A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*. 2004; 33(9): 491-495.
- Adell Argentó B, Ferré Grau C. Actitudes hacia la enfermedad mental en el ámbito sanitario. *Revista Presencia*. 2013; 9(17-18): 1-7.
- Carniel Wagner L, Runte Geidel A, Torres González F, Bruce King M. Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2077-2087.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Mejora de la calidad de la salud mental. Conjunto de guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. 2003.
- Mondragón L, Monroy Z, Ito ME, Medina-Mora MA. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan a la terapéutica del intento suicida. *Acta Bioethica*. 2010; 16(1): 77-86.
- Ballseiro Estevez JT. De la ética médica a la legislación en salud mental: Tendencias actuales y realidad cubana. *Rev Hum Med*. 2007; 7(2): 63-81.
- Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*. 2015; 38(1): 53-58.
- María A, Herrero M, Sánchez F, López M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychol Soc Educ*. 2014; 6(1): 17-26.
- Vargens O, Rangel T. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2012; 11(1): 220-230.
- Mulligan A. Should dying patients be monitored? A reflective analysis of a critical incident. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*. 2005; 10(3): 122-126.
- Jasper M. *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham, Nelson Thorne. 2003.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. *Guías de Práctica clínica en el SNS*. 2009.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición cuatrimestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es la primera revista española especializada en cuidados de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL