



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

HUMANIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

**Humanizar los cuidados enfermeros en las
unidades de hospitalización psiquiátrica**

Noelia Mato Cuadrado

Tutora: M.^a Ángeles Álvarez López

RESUMEN

En los últimos años ha surgido un nuevo modelo de atención centrado en el paciente como consecuencia de la nueva realidad asistencial, cuyo “enemigo principal” es la tecnificación de la atención. Esta tecnificación también se ha extendido al ámbito de la Psiquiatría, donde la atención de la esfera psicosocial debería tener un papel protagonista. El presente trabajo tiene como objeto ahondar en la humanización y los “cuidados invisibles” que prestan los profesionales de Enfermería de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, cualidades indispensables para la interacción con pacientes y familiares, y más concretamente, en aspectos como la personalización de la atención, el abordaje de la espiritualidad y la reducción del uso de contenciones mecánicas. Para su consecución, se ha realizado una revisión narrativa de la literatura existente de los últimos cinco años, en las bases de datos nacionales e internacionales más importantes, obteniendo un total de 17 artículos de evidencia tanto cualitativa como cuantitativa. De su compendio se concluye que, para materializar la personalización del paciente, es necesario conocer sus necesidades mediante el fomento de la expresión de sentimientos. El abordaje de la espiritualidad tiene un efecto eutímico, que disminuye la ansiedad, mejora la capacidad de afrontamiento y el tiempo de hospitalización. Y que resulta imprescindible no sólo reducir, sino abolir todas las medidas coercitivas, ya que vulneran la dignidad del paciente. La enfermera tiene un papel decisivo para instaurar un modelo de atención que acentúe la calidad de vida de los pacientes y su círculo afectivo.

Palabras clave: humanización de la asistencia, Enfermería, Psiquiatría.

ABSTRACT

In recent years a new model of patient-centred care has emerged as a result of a new care reality, whose "main enemy" is the technification of care. This technification has also extended to the field of Psychiatry, where care in the psychosocial sphere should play a leading role. The present work aims to deepen in the humanization and "invisible care" provided by Nursing professionals in Psychiatric Hospitalization Units, indispensable qualities for the interaction with patients and relatives, and more specifically, in aspects such as the personalization of care, the approach to spirituality and the reduction of the use of mechanical restraints. To achieve this, a narrative review of the existing literature of the last five years has been carried out, in the most important national and international databases, obtaining a total of 17 articles, of both qualitative and quantitative evidence. From its compendium, it is concluded that in order to materialize the personalization of the patient, it is necessary to know his needs by promoting the expression of feelings. The approach to spirituality has a euthymic effect, which decreases anxiety, improves the capacity to confront and decreases the time of hospitalization. And that it is essential not only to reduce, but to abolish all coercive measures, since they violate the patient's dignity. The nurse has a decisive role in establishing a model of care that accentuates the quality of life of patients and their emotional circle.

Keywords: humanization of care, Nursing, Psychiatry

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 3. OBJETIVOS..... | 5 |
| 4. MATERIAL Y MÉTODO | 6 |
| 5. RESULTADOS..... | 12 |
| 6. DESARROLLO DEL TEMA. | 15 |
| 6.1. PERSONALIZACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE LA COMUNICACIÓN Y ESCUCHA ACTIVA..... | 19 |
| 6.2. ABORDAJE DE LA ESPIRITUALIDAD. | 21 |
| 6.3. REDUCCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS. | 24 |
| 7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN. | 27 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 28 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 30 |
| 10. ANEXOS..... | 33 |

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado constituye la esencia de la Enfermería, por lo que ambos conceptos han evolucionado durante la historia de manera simultánea, adaptándose a las nuevas mentalidades y necesidades sociales.

Desde el inicio se ha considerado el cuidado como una forma de ayuda al prójimo, pero no es hasta la edad contemporánea con Florence Nightingale a la cabeza, cuando se formulan preguntas acerca de cómo debe ser ese cuidado para que resulte óptimo ¹.

El concepto del cuidado ha sido analizado desde diferentes perspectivas, pasando de lo mítico a lo racional, de un pensamiento dualista a un pensamiento empírico ².

Observando teorías influyentes como las de Virginia Henderson, Dorotea Orem, Leininger o la propia F. Nightingale, se pone de manifiesto que para realizar el “arte de cuidar”, es indispensable la atención de la esfera psicosocial de la persona y el establecimiento de una relación enfermera-paciente ².

Estas premisas constituyen la base para la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, para la que el cuidado humano “*depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana*”. Watson aplica como apéndice indivisible del cuidado, el adjetivo “humano” que paradójicamente tanta controversia causa en la asistencia actual ^{2,3}.

Lo “*humano*” es *aquello que pertenece al hombre* y engloba una serie de características propias de las personas por el simple hecho de serlo, como respeto, amabilidad o afectividad ⁴. A partir de estas connotaciones se moldea el concepto “humanizar”, verbo del que deriva la “humanización”.

Según la RAE ⁵, *humanizar* es la *acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*. Esta definición se puede trasladar al ámbito sanitario, apostando por una asistencia personalizada cuyo eje central sea la persona subsidiaria de atención sanitaria, entendida de manera holística, y su entorno, sin perder de vista su dignidad.

En los últimos años ha surgido un nuevo modelo de atención centrado en el paciente (patient centered care), calificado incluso de movimiento ⁴. Este ha sido consecuencia de la nueva realidad asistencial, en la que predomina la proclamación del empoderamiento del mismo.

Este modelo, desde su nacimiento, ha topado con obstáculos que hacen que de éste quede poco más que la teoría, e incluso desemboque en la deshumanización ⁽⁶⁾. El más acuciante es la tendencia a la tecnificación, que pone en conflicto el paradigma neopositivista de la investigación aplicada y el objetivismo, con el paradigma sociocrítico referente a la autonomía racional y liberadora de la persona ³.

Esta supremacía de la tecnología va acompañada de la “cosificación” de la asistencia, en la que a la persona demandante de la misma se la reconoce por su patología, habitación o número de cama, alejando los cuidados de Enfermería de la individualidad de la persona ³.

Los lazos de esta tecnificación llegan incluso hasta el ámbito de la psiquiatría, en el que, por ende, la atención a la esfera psicosocial del paciente debe tener un papel protagonista. Existen autores que postulan que es debido a la influencia de los estereotipos, ligados a las personas con trastornos mentales durante el transcurso de la historia, sumado al auge de las terapias medicamentosas, y su desmantelamiento tiene que ver con la enseñanza y en concreto, con la formación de profesionales ⁷.

La luz a todo esto se va fraguando en España desde el año 1986, cuando se promulga la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que en su Capítulo III, “De la Salud Mental” facilita la Reforma Psiquiátrica ⁸, y dirige la asistencia hacia unos cuidados especializados, de calidad, garantizando los derechos humanos de las personas con trastorno mental, apostando por la prevención, la conciencia de enfermedad y la integración de éstas en la sociedad.

Desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) ⁹, se materializa con el desarrollo de las diferentes Estrategias en Salud Mental y la formación de profesionales especialistas.

La llegada de la humanización a la Salud Mental, aparte de inevitable debido a la potencia del movimiento en los servicios de salud, ha ido calando paulatinamente también en quienes ejercen la profesión, que paralelamente plantean Proyectos de Humanización en Salud Mental como es el caso de la Fundación Humans ¹⁰.

Según datos de la Confederación de Salud Mental actualizados a 2019, en España, el 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida ¹¹.

Este hecho hace necesario el reconocimiento de los derechos de las personas con enfermedad mental, y su traslado a la práctica asistencial en todos los ámbitos en los que se les atiende ¹², incluyendo las unidades de hospitalización psiquiátrica, donde los pacientes son más vulnerables, se sienten indefensos en un espacio hostil con muchas dificultades para acatar, debido a su psicopatología, una serie de normas preimpuestas y generalistas.

El reconocimiento de estos derechos se encuentra ligado a la preservación de la dignidad de la persona y, por consiguiente, al cuidado humanizado.

El presente trabajo tiene como objeto ahondar en la humanización y los “cuidados invisibles” que prestan las enfermeras en las Unidades de hospitalización psiquiátrica, como la **personalización del paciente, el abordaje de la espiritualidad y la reducción del uso de las contenciones mecánicas.**

El fin último es el de esclarecer si estos “cuidados invisibles”, son determinantes para conseguir un espacio físico terapéutico que reúna seguridad, dignidad y privacidad, y mejore los procesos agudos de las personas que en ellas ingresan. Es por ello que se plantea la siguiente pregunta: ¿Los “cuidados invisibles” que prestan las enfermeras a las personas ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica, mejoran el proceso agudo y aumentan su satisfacción con la asistencia recibida?

2. JUSTIFICACIÓN

Resulta innegable admitir que los prejuicios acerca de las enfermedades mentales aún hoy sobrevuelan en la mentalidad de la colectividad.

El sentimiento de incertidumbre e inseguridad que causa la labor en una unidad psiquiátrica, acompañado de la sensación de que en cualquier momento la situación se puede descontrolar, puede hacernos sentir que no está en manos de nadie poder remediarlo.

Esto hace que exista un relativo miedo al acercamiento hacia las personas ingresadas, que las ocasiones en las que se está con ellas se reduzcan a lo indispensable, y que haya una reticencia a conocer su historia intrínseca que las han llevado a esa situación.

Haciendo un ejercicio de reflexión, no puedo dejar de pensar que estas personas también se sienten vulnerables. Basta con observar las medidas restrictivas que presenta una Unidad de Agudos Psiquiátrica para comprobarlo: vigilancia estricta, puertas cerradas bajo llave, cuyo custodio lo posee un personal de Enfermería que les resulta extraño, limitación de objetos personales, horarios, convivencia con personas extrañas, visitas reguladas, etc.

Con esto se hace palpable la limitación de libertad e intimidad que, aunque puede ser necesaria, puede resultar agresiva para las personas allí confinadas y es percibida como un castigo.

Por ello, es importante que las enfermeras tomemos conciencia de que estamos tratando con personas que tienen una vida fuera del hospital, quizá una familia o unos amigos que le estén esperando y que confían en que este ingreso les va a ayudar a la recuperación de su enfermedad.

Las unidades de hospitalización psiquiátrica requieren que las enfermeras incorporen a sus cuidados la dimensión de dignidad y humanidad, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud del sistema sanitario.

La manera de suavizar este impacto, y que el ingreso resulte lo más positivo posible, tiene que ver con nuestra labor, con esos “cuidados invisibles y humanos” que garanticen el trato del paciente manteniendo su dignidad como persona.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Exponer los conocimientos vigentes sobre la humanización de los cuidados y su influencia en la mejora de los procesos agudos en personas con trastornos psiquiátricos.

Objetivos específicos:

- Conocer el papel de la Enfermería con respecto a la humanización de la asistencia.
- Describir cuidados humanizados aplicables al área de hospitalización psiquiátrica: personalización de la atención, abordaje de la espiritualidad y reducción de la contención mecánica.
- Analizar la influencia del aporte de estos cuidados en los pacientes psiquiátricos y en el propio personal de enfermería.

Objetivo de género

- Utilizar un “lenguaje no sexista” en la realización de este trabajo, que diferencie a las mujeres y a los hombres, que nombre sus experiencias de forma equilibrada, encontrando alternativas posibles al masculino genérico y eliminando aquellos usos que dificulten un tratamiento igualitario.

4. MATERIAL Y MÉTODO

La metodología empleada para la consecución de los objetivos marcados ha consistido en una revisión de la bibliografía existente sobre la humanización del cuidado, localizado en el área de Psiquiatría. Para ello, se han seleccionado artículos y publicaciones del tema a tratar, recurriendo a una serie de bases de datos del ámbito nacional e internacional.

Respecto a la revisión bibliográfica, hay que tener en cuenta la clasificación tradicional realizada por Squires que las ordena en cuatro tipos: revisión descriptiva/narrativa, revisión exhaustiva, revisión evaluativa y los casos clínicos combinados con una revisión bibliográfica

De acuerdo a esa clasificación, este trabajo de fin de grado ha consistido en una **Revisión Narrativa** sobre la cuestión descrita.

La revisión narrativa se considera, por tanto, una parte esencial para la ciencia y cualquier disciplina. Su objetivo es identificar, analizar, valorar e interpretar la estructura de conocimientos sobre un tema específico y facilita la formulación de **conclusiones generales** basadas en las investigaciones analizadas, reflexiones sobre la realización de investigaciones futuras y las implicaciones prácticas de los conocimientos identificados.

En general en la revisión narrativa se utilizan diversas fuentes y muy amplias (libros, enciclopedias, manuales, artículos conceptuales, de revisión o de investigación...). Existe un consenso común sobre la importancia de especificar las bases de datos utilizadas, qué términos y descriptores se usaron, la fecha en que se llevó a cabo la búsqueda, y la estrategia exacta que explique cómo se combinaron los términos empleados, y el número de artículos que se hallaron, dejando detallado en este trabajo todos estos aspectos.

Para determinar la pregunta de investigación, ¿Los “cuidados invisibles” que prestan las Enfermeras a las personas ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica, mejoran el proceso agudo y aumentan su satisfacción con la asistencia recibida?, se ha empleado el método PICO, para posteriormente definir si ésta tiene la suficiente relevancia e idoneidad.

Esta estructuración es útil para especificar los criterios de inclusión y exclusión que se utilizarán en la búsqueda de los artículos.

P: Personas hospitalizadas en unidades psiquiátricas.

I: Prestar aquellos “cuidados invisibles” relacionados con: la personalización de la atención, abordaje de espiritualidad, y la reducción de la contención mecánica

C: No procede.

O: Mejora de los procesos agudos en las personas ingresadas en las unidades de hospitalización psiquiátrica: disminución del tiempo de ingreso y aumento de la satisfacción con la atención prestada.

En una 1ª fase se comenzó por seleccionar las palabras clave para realizar la búsqueda de bibliografía en las bases de datos. Los términos se tradujeron al vocabulario estructurado y validado utilizando las plataformas DeCS y MeSH.

Así, los descriptores finalmente empleados fueron: *humanization of assistance, psychiatry, psychiatry nursing, nursing, mental healthcare, cuidados invisibles y contención mecánica*. Para estos dos últimos no fue encontrada traducción en ninguna de las plataformas anteriores.

Éstos se combinaron con ayuda de operadores booleanos y se introdujeron en las siguientes bases de datos: *PubMed, Cochrane, Scielo, Cuiden, Lilacs* y por último *Google Scholar* como medio para ampliar la búsqueda.

En cada base de datos se realizó más de una búsqueda, debido a que los resultados obtenidos fueron muy escasos.

En una 2ª fase y para proceder a la selección de artículos, se establecieron una serie de criterios de exclusión e inclusión, siendo éstos los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Publicaciones en habla inglesa, castellana y portuguesa.
- Aplicados específicamente a humanos.
- Acceso al texto de manera gratuita.

- Publicaciones disponibles a texto completo.
- Artículos que apliquen la humanización en Salud Mental.

Criterios de exclusión:

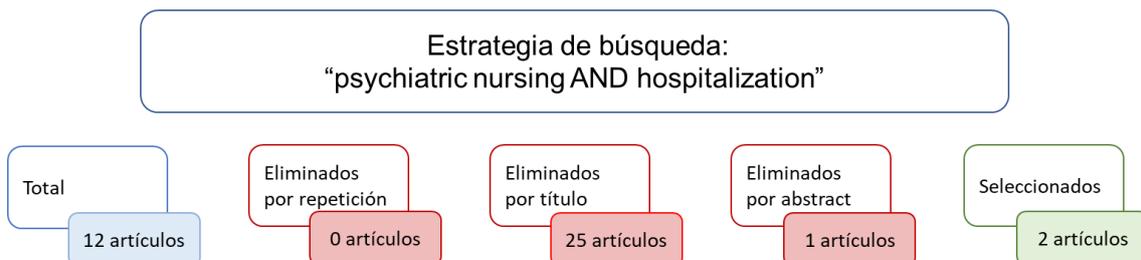
- Publicaciones que incumplan los criterios de inclusión anteriormente expuestos.
- Publicaciones cuyo objetivo sea comprobar la eficacia de tratamientos psicológicos o psiquiátricos.
- Artículos en cuyo título o resumen no mencionen la humanización de los cuidados o no se centren en el área de psiquiatría.

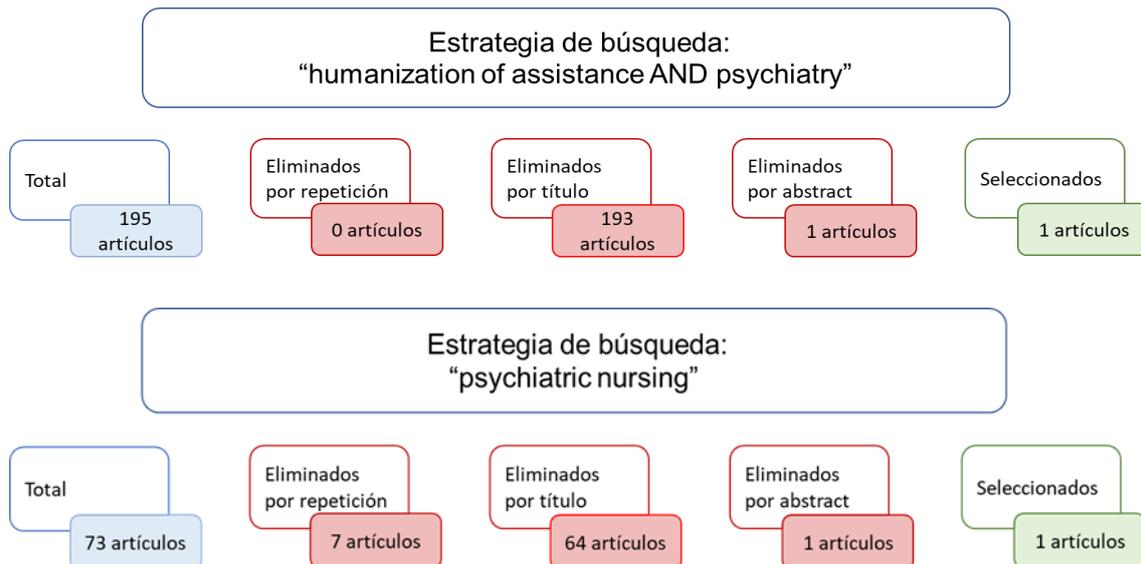
Se buscaron estudios de evidencia, tanto cualitativa como cuantitativamente y todos los tipos de metodología, para conocer todo lo existente en la literatura referente a la humanización de los cuidados en psiquiatría, más concretamente en unidades de hospitalización de agudos. No se excluyeron aquellos artículos que no siguen el formato IMRYD (introducción, metodología, resultados y discusión).

En la 3ª fase, se inició la búsqueda en las siguientes bases de datos:

PubMed:

En esta base de datos se realizaron un total de 6 búsquedas para las que se emplearon las siguientes combinaciones: “*humanization of assistance AND psychiatric nursing*”; “*humanization of assistance AND psychiatry*”; “*humanization of assistance AND mental heathcare*”; “*psychiatric nursing AND hospitalization*”; “*psychiatric nursing*”; “*mental heathcare AND nursing AND humanization*”. Finalmente fueron seleccionados 4 artículos, todos ellos en lengua inglesa, mediante las siguientes estrategias:



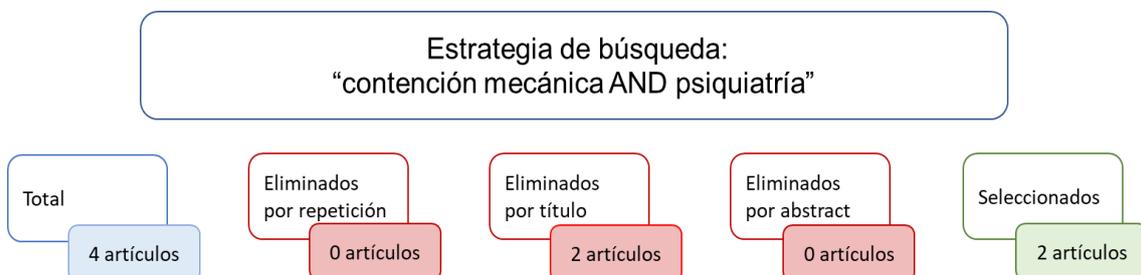


Cochrane:

En esta base de datos se llevaron a cabo 3 búsquedas siguiendo las siguientes estrategias: *"mental healthcare AND nursing"*; *"nursing AND psiquiatría"*; *"nursing AND psychiatry AND humanization of assistance"*. En este caso no se obtuvo ningún artículo acorde con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

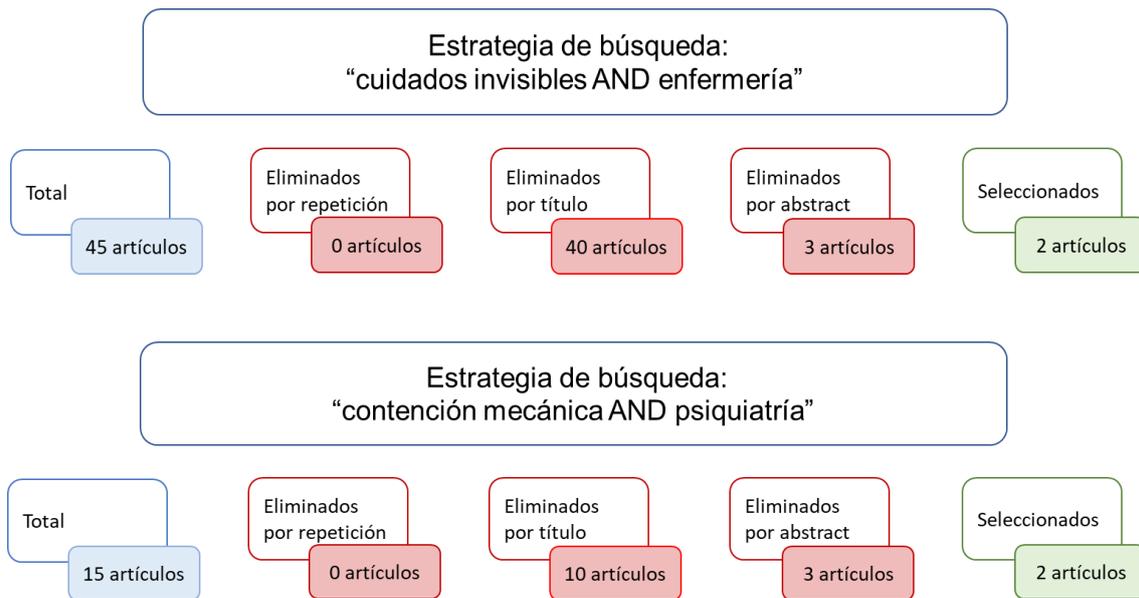
Scielo:

En esta base de datos se realizaron tres búsquedas para las cuales se utilizaron las siguientes estrategias: *"psychiatry AND nursing"*; *"humanization of assistance AND psychiatry"*; *"contención mecánica AND psiquiatría"*. De esta base de datos se obtuvieron solamente 2 artículos referidos a la 3ª búsqueda sobre contención.



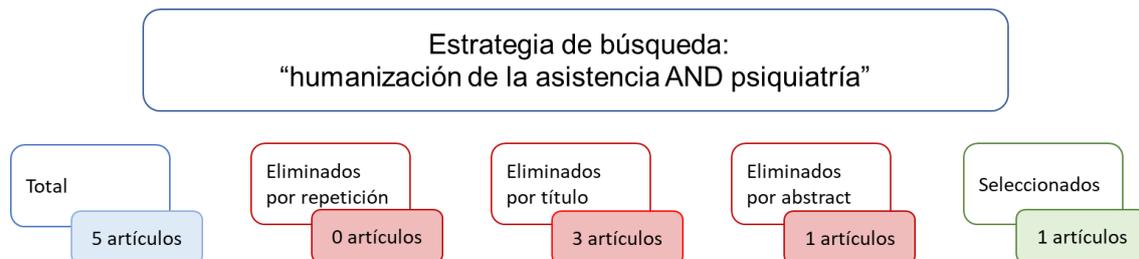
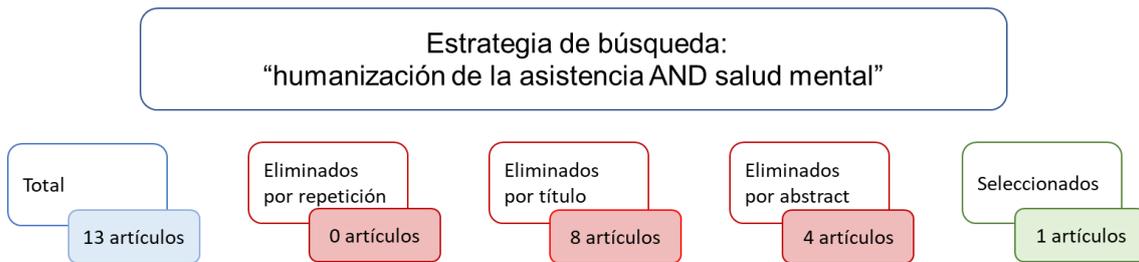
Cuiden:

Al tratarse de una base de datos de habla hispana se tradujeron los descriptores al español. En este caso se llevaron a cabo 3 búsquedas siguiendo las estrategias mostradas a continuación: “*Humanización de la asistencia AND cuidados enfermeros AND psiquiatría*”; “*cuidados invisibles AND enfermería*”; “*contención mecánica AND psiquiatría*”. Finalmente se seleccionaron 2 artículos referentes a los cuidados invisibles y otros 2 a las contenciones.



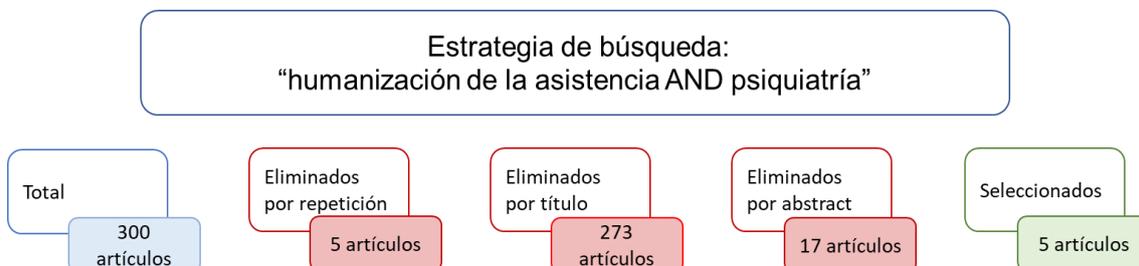
Lilacs:

En esta base de datos se realizaron dos búsquedas con los descriptores traducidos al español al igual que en la anterior. Para ello se emplearon las siguientes estrategias: “*humanización de la asistencia AND salud mental*”; “*humanización de la asistencia AND psiquiatría*”. En total fueron obtenidos 2 artículos.



Google Scholar:

Esta base de datos fue utilizada para ampliar los resultados ya que estos en las anteriores plataformas resultaron ser escasos. Se realizó una búsqueda general empleando los siguientes descriptores: “humanización de la asistencia AND psiquiatría”. Del total de los resultados fueron seleccionados 5 artículos.



5. RESULTADOS

Como resultado del compendio de las búsquedas se obtuvieron 17 artículos (Tabla 1), que serán objeto de estudio para esta revisión bibliográfica: 4 de ellos en habla inglesa, 5 en portugués y 8 en castellano.

TABLA I: Recopilación artículos seleccionados para ser objeto de estudio. Fuente: elaboración propia.

| <i>Autor</i> | <i>Año</i> | <i>Bases de datos</i> | <i>Título</i> | <i>Tipo de estudio</i> | <i>DeCS</i> | <i>País</i> |
|---|------------|-----------------------|---|----------------------------|--|------------------|
| Isabel N. schuermeyer, MD; Erin Sieke, BA | 2017 | PubMed | Patients with challenging behaviors: Communication strategies. | Estudio descriptivo | Humanization of Assistance AND Psychiatry | EEUU |
| Joyce J. Fitzpatrick | 2017 | PubMed | Psychiatric Mental Health Nurses and Family Caregivers: Creating Synergy | Revisión Bibliográfica | Psychiatric Nursing AND Hospitalization | EEUU |
| Allison Andreno Norful A, et al. | 2016 | PubMed | The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness | Estudio descriptivo | Psychiatric Nursing AND Hospitalization | EEUU |
| Lavorato Neto G, et al. | 2017 | PubMed | Spirituality review on mental health and psychiatric nursing | Revisión Bibliográfica | Psychiatric Nursing | Brasil |
| Clebeson de Oliveira L; Richardson Augusto, et al. | 2015 | Lilacs | Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental | Investigación exploratoria | Humanización de la Asistencia AND Salud Mental | Brasil |
| Marques de Oliveira R, et al. | 2017 | Lilacs | O sentido do cuidado de Enfermagem durante internação psiquiátrica | Estudio de campo | Humanización de la Asistencia AND Psiquiatría | Brasil |
| Lacerda Azevedo M; et al. | 2018 | Google Scholar | A enfermagem e o cuidado humanizado ao indivíduo em sofrimento mental | Revisión Bibliográfica | Humanización Cuidados AND Psiquiatría | Brasil |
| Aviles Saeza Z, Cara Rodríguez R, et al | 2018 | Google Scholar | Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica | Revisión Bibliográfica | Humanización Cuidados AND Psiquiatría | Almería (España) |
| Lima Rodrigues G; et al. | 2015 | Google Scholar | Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental | Revisión Bibliográfica | Humanización Cuidados AND Psiquiatría | Brasil |

| | | | | | | |
|---|------|-------------------|---|---|--|------------------------|
| Ávila Nieto E; Yaneth Acosta DJ | 2017 | Google Scholar | Humanización del servicio de salud mental en un establecimiento de sanidad militar | Estudio Descriptivo | Humanización Cuidados AND Psiquiatría | Colomb ia |
| Witold Kania | 2015 | Google Scholar | La necesidad de la humanizacion de la psiquiatria en el pensamiento de Antoni Kępiński | Revisión Bibliográfica | Humanización Cuidados AND Psiquiatría | Polonia |
| Fernández O, Carralero A, Parra J, Vázquez Díaz M. | 2018 | Cuiden | Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental. | | Contención Mecánica AND Psiquiatría | España |
| Molina Hernández S, et al. | 2015 | Cuiden | Ética enfermera al aplicar contención mecánica en Psiquiatría | Revisión Bibliográfica | Contención Mecánica AND Psiquiatría | Murcia (Españ a) |
| Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, et al. | 2018 | Scielo | Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. | Revisión Bibliográfica | Contención Mecánica AND Psiquiatría | España |
| María da Silva Souza L, e.t al | 2018 | Scielo | Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar | Estudio cuantitativo transversal | Contención Mecánica AND Psiquiatría | Brasil |
| Ramos Saiz D, Saiz Echezarreta M | 2018 | Cuiden | Los cuidados invisibles, ¿son realmente invisibles? | Cuidados Invisibles AND Enfermería | Revisión Bibliográfica | España |
| Puchades Simó A et al. | 2017 | Cuiden | Visibilizar la Enfermería y sus actividades | Cuidados Invisibles AND Enfermería | Estudio observacional transversal | España |

Además de los artículos encontrados, se ha utilizado como otra fuente bibliográfica el libro “Humanizando los cuidados intensivos” de Gabriel Heras la Calle, fundamental para la comprensión del concepto *humanizar* y los cuidados englobados en él.

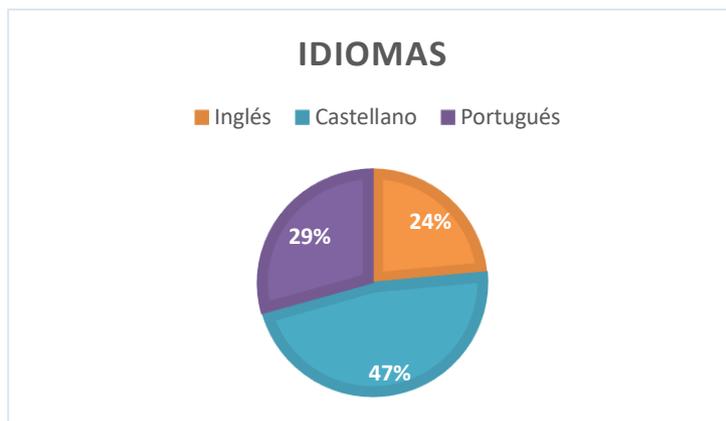


GRÁFICO 1: Idioma de los artículos. Fuente: elaboración propia.

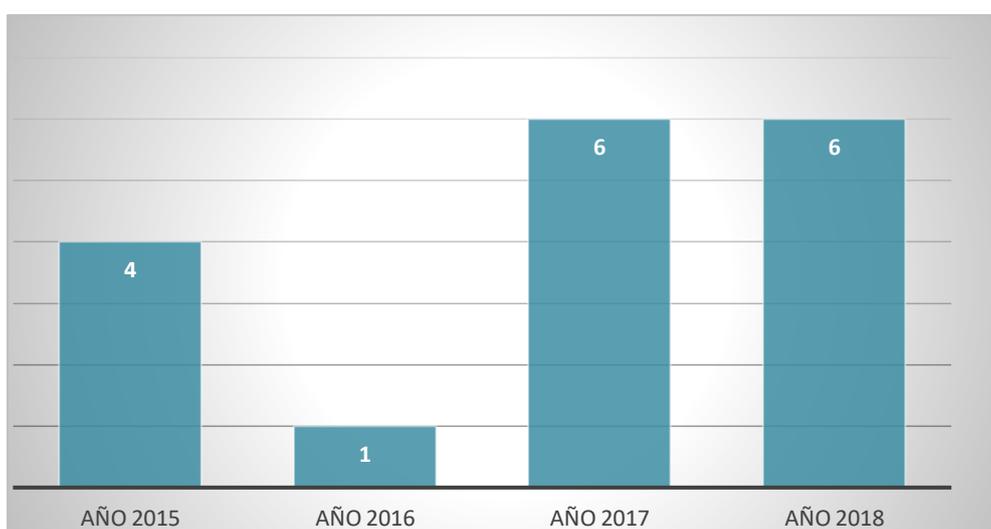


GRÁFICO 2: N° de artículos / Año de publicación. Fuente: elaboración propia

6. DESARROLLO DEL TEMA.

Los cuidados humanizados, actualmente, se han convertido en una necesidad demandada por las personas usuarias del sistema de salud como parte de un derecho propio, cuyo fin es recibir una atención en salud en la que se sientan valorados en todas sus dimensiones humanas, atendiendo a su dignidad ³.

Para Gabriel Heras, creador del proyecto HUCI, es esta dignidad de las personas sobre la que se centra el significado de humanizar la asistencia sanitaria ⁴.

Humanizar según Albert Jovell, “es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud” ⁴.

El concepto de humanización acarrea de manera intrínseca el abordaje holístico de la persona, colocándose ésta en el epicentro de unos cuidados que, necesariamente y por definición, deben ser integrales, es decir, hacer referencia a la persona en su totalidad, en todas las acciones llevadas a cabo ⁶.

Desde este enfoque, se hace necesario un cambio de paradigma de los cuidados en el que la importancia de las necesidades psicológicas, emocionales y sociales se encuentren equidistantes de las físicas e interactúen entre ellas para asegurar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, social, emotivo y espiritual ¹.

Esta premisa ya fue mencionada por J. Watson en su Teoría del Cuidado Humanizado. En ella afirma que la gestión de los cuidados debe tener un enfoque humanístico e integral, contemplando a la persona física, psíquica y espiritualmente integrando los conocimientos vinculados a estas dimensiones ^{2,3}.

Esto se engloba bajo el concepto de *cuidado transpersonal*, y sostiene que se alcanza mediante el proceso de asistencia de persona a persona y de las transacciones que dicho proceso genera. Es decir, estableciendo un vínculo enfermera - paciente con el que se vea favorecida la comunicación, una buena relación terapéutica y la satisfacción de las necesidades ².

Sin embargo, en el camino hacia este ideal se encuentran obstáculos que lo dificultan en gran medida, a los que se les acuña el nombre de factores deshumanizantes.

El predominio de la búsqueda de eficiencia por parte del sistema de salud lleva aparejado una serie de factores, como la gran carga de trabajo por el aumento del ratio enfermera–paciente, que conlleva la mecanización de las actividades y la reducción del tiempo disponible empleado en el conocimiento de sus necesidades y en el establecimiento de una relación terapéutica ⁶.

A esto se le suman los avances de la tecnología en el ámbito sanitario y la protocolización de las actividades que desembocan en la “cosificación” de la persona, lo que difiere mucho del trato integral antes mencionado ^{1,2,6}.

Como resultado de todo esto, aparece la falta de motivación de las enfermeras para estar atentas a los “cuidados invisibles” que, aunque indispensables para el trato digno de la persona, no se llevan a cabo con la frecuencia suficiente debido a la falta de tiempo y sobre todo de reconocimiento.

Es por ello por lo que se les otorga un papel secundario en la actividad profesional, aunque constituyen el pilar fundamental sobre el que se construye la percepción que tienen las personas usuarias acerca de la calidad del servicio ^{13,14}.

Con el objetivo de evitar esta situación e ir avanzando en políticas y estrategias para otorgar una atención más humana y ética a las personas, atención centrada en el trato digno y que genere un cuidado de calidad para todas las personas usuarias, se plantea la utilización de encuestas de evaluación, tanto para los pacientes como para las enfermeras ⁴.

Galán González-Serna et al, plantean un instrumento que permite medir el comportamiento en relación con el ejercicio de la hospitalidad estableciendo componentes como respeto, responsabilidad, calidad y cuidados transpersonales ¹⁵.

En el mismo campo, Rodríguez et al, trabajó con el instrumento de Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería (PCHE) (Anexo I). Este estudio manifiesta la importancia de la calidad científica de las pruebas, pero plantea el problema de que, aunque hayan sido validadas en un país, no pueden ser directamente utilizados en otro sin ser sometidas a un proceso de adaptación sociocultural y posterior validación, asegurando así su correcta utilización ¹⁶.

Dentro del ámbito de la Psiquiatría existe un factor característico que influye de manera

directa en la deshumanización de la asistencia a personas con trastornos mentales: los prejuicios. Estos condicionan en gran medida los cuidados ofrecidos, la percepción por parte del paciente del trato recibido y las características de las áreas en los que son atendidos, en concreto, las unidades de hospitalización psiquiátrica ¹⁷.

El origen de estos prejuicios radica en la discriminación social en la que se ha visto envuelta este colectivo a lo largo de la historia y que ha desembocado en un proceso de estigmatización en cuyo desarrollo tiene papel protagonista la cultura y valores individuales que en conjunto componen la sociedad ⁷.

Los estereotipos vigentes en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedad mental están dirigidos a su peligrosidad en relación con actos violentos, su incompetencia en la realización de tareas básicas, la impredecibilidad de su carácter y reacciones, y la falta de control. Esto hace que se activen los prejuicios que llevan a sentimientos de miedo y temor al acercamiento.

En el contexto del cuidado aportado por Enfermería se traduce en la incapacidad de establecer una correcta relación terapéutica de la que hablaba Watson, que ayude a la persona demandante de ese cuidado al afrontamiento de su proceso teniendo en cuenta su dignidad y derechos fundamentales ¹⁸.

Esta incapacidad puede deberse a que el sufrimiento de las personas con un trastorno mental radica de alteraciones del pensamiento, de emociones o de la conducta, ámbitos intangibles que resultan incomprensibles, objeto de temor y que tiene como resultado medidas no siempre adecuadas consecuencia de las precariedades del sistema sanitario, la sobrecarga laboral y la falta de formación de los profesionales ¹⁷.

Las propias personas hospitalizadas perciben estas inseguridades y a su vez se sienten vulnerables, con miedo de ser el objetivo de represalias que atenten contra su integridad física, lo que deriva en una situación de gran estrés. Se sienten incomprendidas por el personal sanitario, incluso descuidadas, faltas de afecto, enfadadas con la situación que están viviendo. Se encuentran sujetas a una serie de normas unánimes que en ocasiones no se adaptan a su individualidad, deben coexistir con personas extrañas muy dispares, tienen un alto número de medicamentos que en ocasiones sustituyen a la comunicación y acercamiento humano ¹⁹.

A esto se añaden las características estructurales de las Unidades de Hospitalización

Psiquiátrica donde predominan las restricciones y el aislamiento del exterior, lo que no contribuye al bienestar.

Es decir, para llegar a la atención humanizada en la práctica y conseguir el objetivo general de reinserción de estas personas con enfermedad mental en una sociedad libre de estigmas, aún quedan lagunas que abordar.

La Enfermería desde su campo, puede contribuir a la consecución de este objetivo y ayudar a limar las asperezas de la hospitalización psiquiátrica. Una enfermera referente ^(10,18) que establezca una relación de confianza para que la persona a la que atiende exprese sus sentimientos y necesidades, haciendo del ingreso una experiencia positiva en la medida de lo posible mediante los “cuidados invisibles”, favoreciendo así todas aquellas medidas que disminuyan el sufrimiento emocional del paciente para fomentar, en última instancia, su pronta recuperación ⁴.

Estas medidas comprenden la comunicación e información como instrumento para potenciar la autonomía, escucha activa, acompañamiento familiar, medidas de entretenimiento, promoción de actividades que sirvan para la reinserción en la comunidad, cuidados espirituales, flexibilidad de normas de la unidad en función de las características personales del paciente, así como la mejora de la comodidad ambiental en relación con el acondicionamiento del espacio físico de la Unidad ya que esto puede ayudar a reducir el estrés, la conducta patológica y las agresiones ^{17,19}.

Según los estudios, las principales demandas de las personas ingresadas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica hacen referencia a la escucha activa que se traduce en un cuidado personificado y personalizado, al permiso para ejercer su espiritualidad y facilitarla sin juzgarla e incluso otorgar soporte espiritual, y a la abolición del uso de medidas coercitivas.

6.1. Personalización del paciente mediante la comunicación y escucha activa.

El concepto *personalizar* tiene como significado “adaptar algo a las características, al gusto o las necesidades de una persona” o de manera similar “conferir a algo un carácter más humano, personal o individual”²⁰.

El conocimiento de esas características o necesidades individuales pasa por consolidar una relación terapéutica cuyas bases se cimientan sobre una comunicación efectiva.

La acción de *comunicar* se define como “un intercambio de información entre dos o más participantes”²¹. Otra definición más ajustada al tema abordado debido a su visión más subjetiva es “hacer que un estado de ánimo, un sentimiento o una característica, pase de una persona a otra o transmitirlo mediante su influencia o intervención”²² y es tarea enfermera impulsar esa transmisión a través de la construcción de una relación lo más empática posible.

La comunicación está protagonizada por quienes expresan su necesidad y quienes reciben la información que debe ser codificada. Esta información se transmite mediante un sistema de signos, denominado código, que debe ser conocido por las personas que participan en ella para que exista un entendimiento y sea posible la retroalimentación o feed-back. El medio en el que transcurre la comunicación también influye en esta, ya que dispone a quien emite el mensaje a la expresión de sus deseos y puede favorecer o interferir en el feed-back²².

Por lo tanto, para que la secuencia de comunicación resulte satisfactoria, es necesario comprender el mensaje y adecuar el ambiente para favorecer esa comprensión.

Para establecer la comunicación con personas con trastornos mentales, se encuentran barreras condicionadas tanto por las características de la enfermedad del paciente como por las habilidades enfermeras, no insalvables, pero sí determinantes en la creación de lazos de confianza¹⁸.

Dialogar con personas diagnosticadas de depresión o esquizofrenia resulta muy complejo debido a la existencia de una asimetría entre interlocutores. Es destacable su dificultad para proporcionar información, ya que las personas con enfermedades mentales ofrecen descripciones inadecuadas a las necesidades del oyente, como consecuencia del uso excesivo de monólogos y su discurso pobre. A esto se le suma su reducida capacidad para

mantener su atención centrada y considerar el contexto cuando se emplean estructuras gramaticales complejas ¹⁸.

Así mismo, presentan obstáculos a la hora de obedecer órdenes o expresar sentimientos. No suelen hablar sobre sus síntomas o sentimientos con respecto a la enfermedad, aunque esto no siempre se cumple con el personal de Enfermería por lo que es en este ámbito donde se abre una oportunidad para establecer la relación terapéutica ¹⁸.

La enfermera debe ofrecer la oportunidad para que manifiesten de forma abierta sus sentimientos en relación con los síntomas, para poder otorgarles la información y asesoramiento adecuados, ayudando a descubrir el potencial que poseen. De esta manera se aumenta la adherencia al tratamiento y la satisfacción personal, así como una disminución de la carga emocional y la instauración de actividades encaminadas a la preparación para el momento del alta ^{18, 23}.

Sin embargo, los profesionales de Enfermería manifiestan una dificultad importante para responder a las preguntas de los pacientes, lo que hace que exista un distanciamiento entre ambas figuras ¹⁸ y suponga un obstáculo comunicativo e incluso desemboque en una actitud defensiva y de resentimiento ²⁴.

La principal causa de esta dificultad se relaciona con la falta de competencias para el abordaje de las esferas psicológicas y sociales en la formación de, en este caso, las enfermeras ²⁵.

La formación en estrategias de comunicación para establecer el contacto enfermera – paciente y proteger sus derechos humanos resulta tan importante que conforma uno de los principales puntos en común para la humanización y mejora de la calidad de la atención en Salud Mental de las diferentes comunidades autónomas, que actualmente se encuentra en proceso de unificación a nivel estatal por el nuevo proyecto de la Fundación Humans ¹⁰.

La finalidad de este aprendizaje consiste en que la enfermera se sienta segura de los fundamentos de los cuidados que aporta para tener una visión más positiva de la enfermedad mental, reducir los niveles de ansiedad que puede generar la relación con personas con patología psiquiátrica y asentar una interacción adecuada ²⁶.

Una comunicación efectiva va a fomentar esa interacción, el acercamiento con la persona,

el conocimiento de sus características individuales y cubrir sus necesidades singulares a partir de la integralidad, teniendo como meta última que el ingreso se convierta en una experiencia positiva que impulse su reinserción en la sociedad. En este sentido las acciones de enfermería deben estar dirigidas a aumentar la confortabilidad durante el ingreso y a ayudar a la preparación del alta hospitalaria ²³.

Esto último se puede conseguir mediante actividades en las que se desenvuelvan las habilidades sociales particulares de las personas con enfermedad mental mediante programas de alfabetización, reinserción en el trabajo y participación de usuarios y familiares en asociaciones ²⁷. Marqués de Oliveira et al ¹⁹ muestra que el 22% de los pacientes objeto de su estudio perciben que las actividades propuestas no concuerdan con sus necesidades originando sentimientos de inferioridad, desvalorización e incluso inutilidad, que puede, en situaciones extremas, desembocar en episodios agresivos. Unido a esto, el mismo estudio señala que el 33.3% de las enfermeras encuestados aseguran que la necesidad de medicación durante estos sucesos puede ser evitada mediante el diálogo.

Así, la función principal de la enfermera en la personalización del paciente es la de conocer sus singularidades, utilizando como herramienta las habilidades en comunicación para, en definitiva, humanizar la vivencia del ingreso. Esto ayuda a que la percepción del paciente, así como su grado de satisfacción al final de mismo, sean favorables tanto para su propia situación como para la valoración de la atención recibida.

6.2. Abordaje de la espiritualidad.

La búsqueda de soporte espiritual es común entre las personas que padecen trastornos mentales ya que frecuentemente presentan desórdenes que afectan a sus percepciones religiosas y espirituales relacionadas con su vida y su propia identidad ²⁸.

La espiritualidad es una construcción simbólica de origen humano sobre el propósito de la vida que cubre la existencia desde una perspectiva holística. Se trata de una cuestión compleja que afecta a la cultura, lo que convierte la universalización de sus principios y el desarrollo de herramientas específicas de evaluación, en una difícil tarea ²⁸. Es decir, la espiritualidad es una dimensión profunda de la realidad con una estructura interna de creencias que le da sentido a la existencia de las personas, influenciada en gran medida por el contexto sociocultural en el que se encuentran ²⁹.

La pluralidad espiritual se convierte en un aspecto crucial en el cuidado de áreas cosmopolitas debido a la influencia de las características de creencias religiosas sobre la gestión del mismo ²⁸.

Como consecuencia de su influjo sobre aspectos culturales, para abordar la espiritualidad es necesario prestar atención a los valores personales del paciente, lo que requiere de una serie de habilidades por parte del profesional como serenidad, capacidad para no juzgar, entendimiento y respeto hacia la persona de manera general como a sus creencias de forma particular ²⁸.

Intervenir sobre este ámbito es útil para establecer intervenciones terapéuticas. Un beneficio asociado con la función interna de la espiritualidad en la salud mental de un individuo se corresponde con un efecto eutímico sobre el humor una vez que se relaciona la atención aportada con la proporción de comodidad, bienestar físico, psicológico y ambiental, paz, integridad y mejora de la capacidad de afrontamiento. Este efecto se traduce en una disminución del estrés, menor nivel de ansiedad, síntomas depresivos e ira, así como una disminución en el riesgo de suicidio y en el periodo de hospitalización ²⁸.

Desde el punto de vista de las personas que padecen una enfermedad mental, tal y como afirma el testimonio de uno de ellos en el estudio de Marqués de Oliveira, “tener fe le da fuerza interior para afrontar su dolencia, pero con la enfermera no se puede hablar [sobre espiritualidad], porque no lo acepta” ¹⁹.

Esta investigación muestra que para el 37% de las personas sujetas a estudio, el cuidado más importante durante el ingreso es el soporte espiritual y de ellas el 20% perciben la prohibición de poseer objetos religiosos como agresiva e irrespetuosa. En cambio, para casi la mitad del personal de Enfermería (40%), este tipo de cuidado se manifiesta como menos importante ¹⁹.

En este sentido, la bibliografía apunta una serie de obstáculos en el camino hacia la comprensión de las necesidades espirituales de las personas con enfermedad mental fundamentados, principalmente, por la complejidad en el intento de definir la espiritualidad de manera objetiva lo que genera controversia con las estructuras metodológicas contemporáneas y el concepto de ciencia ²⁸.

En el ámbito de la Enfermería este conflicto podría expresarse como la disociación entre

el arte del cuidado y la ciencia del mismo, ya que, tradicionalmente, la tendencia de cuidar persigue un enfoque holístico pero la espiritualidad se aborda de manera inadecuada, lo que significa que la atención no es completa ²⁸.

La Enfermería intenta encontrar el equilibrio entre el cuidado integral y el desarrollo científico que tiene lugar actualmente, pero resulta difícil equilibrar la balanza cuando las enfermeras confiesan su falta de conocimiento acerca de la dimensión espiritual, por lo que no pueden manejarla de manera adecuada e incluso origina cierto temor a fomentar los delirios. Asimismo, entendiendo que cualquier comprensión espiritual comienza con la propia y la comprensión de la postura ajena sin juicios de valor, esto lleva a una posición incómoda para hacer evaluaciones de las necesidades sin sesgo ²⁸.

Para indagar sobre el tema y obtener una comprensión adecuada de los conceptos existen escalas de medición de las percepciones y actitudes de las enfermeras frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual. Estas no poseen carácter universal debido a la necesidad de adaptación a la cultura en la que se desenvuelva la población sujeta a estudio. Ejemplos de estas son las escalas FICA o HOPE americanas o la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (SSCRS) validada en países como China, EE. UU y España ²⁸.

Los estudios muestran dos perspectivas opuestas con respecto al manejo y la atención de la espiritualidad en personas con trastornos mentales. La principal y más mayoritaria hace referencia a todos los efectos positivos anteriormente mencionados. En contraposición, el segundo punto de vista recuerda la similitud existente entre la espiritualidad y los episodios psicóticos de tipo místico poniendo énfasis, además, en que no todas las prácticas espirituales conllevan un estado de bienestar, si no que pueden acentuar estos episodios, lo que hace que el soporte espiritual sea el cuidado que más opiniones divide ^{19, 28}.

6.3. Reducción del uso de contenciones mecánicas.

La contención mecánica se refiere a la utilización de dispositivos sobre el cuerpo de la persona que limitan o impiden la libertad de movimientos y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo ^{30,31}.

Según la OMS, la contención mecánica es una medida extraordinaria con finalidad terapéutica, empleada en situaciones de emergencia que conllevan una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física de la propia persona o de terceros, y que no puedan evitarse por otros medios terapéuticos ³².

En España, no es hasta principios del siglo XX cuando se redujo el uso desmesurado de este método, relacionado con el descubrimiento de los antipsicóticos y divulgación de consideraciones ético-legales por las que se comenzaron a publicar guías de cuidados para la aplicación de sujeciones físicas ³².

Sin embargo, en la actualidad, las cifras de prevalencia siguen siendo elevadas, entre el 4,5 y el 21% de las personas ingresadas en las unidades de agudos precisaron de estas medidas durante su periodo de hospitalización. Esta disparidad en los datos viene dada por los estudios realizados ³².

Estas elevadas cifras derivan como consecuencia de la relación con múltiples factores entre los que destacan los entornos poco terapéuticos y tranquilizadores y aquellos relacionados con el contexto del profesional. En correlación con estos últimos destacan la falta de personal, formación y experiencia clínica, los conflictos entre profesionales, los cambios en el personal, la ausencia de comunicación efectiva entre enfermera y paciente, la desmotivación por parte de los profesionales, así como los sentimientos de presión por parte de las instituciones para aplicar estas medidas como medios de control ³⁰.

La utilización de las medidas coercitivas desencadena resultados negativos en el ámbito emocional tanto de pacientes como de los profesionales que las aplican, poniendo énfasis en las enfermeras ya que son las encargadas, de dirigir y supervisar su utilización, aunque en última instancia debe estar aprobado por el facultativo correspondiente ³⁰.

Las repercusiones hacia quien lo sufre pueden resultar más evidentes. Estas personas perciben las medidas como un método de castigo e incluso venganza por parte del

personal que atenta de forma directa contra su integridad y derechos fundamentales, experimentando sentimientos de ansiedad, extrema vulnerabilidad e incompreensión ³³. Las vivencias negativas se extienden al resto de pacientes dentro de la unidad. Refieren que se sienten ansiosos, con miedo al ver cómo otros pacientes son contenidos y relatan que las enfermeras no les tranquilizan cuando ocurren estos episodios ¹⁹.

Por otro lado, desde el que concierne a Enfermería, las medidas coercitivas generan en el personal sentimientos de angustia, frustración, disgusto, decepción, arrepentimiento y culpa. El conflicto moral se reduce si previamente se han agotado todas las alternativas, sintiéndose más justificados con respecto a esta práctica. Estos sentimientos de conflicto disminuyen si consiguen restablecer una buena relación terapéutica ³⁰.

Con el objetivo de salvar estas situaciones se deben establecer una serie de alternativas que las eviten y/o reduzcan. Respecto a los factores del entorno, se considera disponer de un espacio tranquilo y acogedor. Con respecto a los factores profesionales, se observa una relación directa entre el nivel de experiencia y conocimiento del personal sanitario y la capacidad de este de fomentar opciones de manejo alternativas ante situaciones difíciles ³⁰.

Es por ello que las enfermeras deberían tener conocimientos y habilidades para manejar los incidentes agresivos para lo que se requiere gestión y apoyo al equipo por parte de la organización mediante formación y supervisión clínica ³⁰.

Entre estas habilidades destacan la desescalada verbal como medida terapéutica útil en los casos en los que la pérdida de control por parte del paciente no es total, con el objetivo de lograr una alianza que permita negociar situaciones terapéuticas, disminución de la agresividad y prevención de la violencia. Estas pautas requerirían entre otras, respetar el espacio personal, utilizar gestos no amenazantes ni defensivos, evitar gestos bruscos, utilizar una postura abierta que invite al diálogo y a la privacidad con enfoque colaborativo, utilizar un contacto ocular frecuente, no continuado y que no resulte amenazador. También destacan alternativas como ampliar el ratio enfermera-paciente y la presencia extendida de familiares y amistades ³¹.

Si bien en las situaciones en las que la contención verbal no resulta efectiva, el siguiente escalón en la desescalada lo conforma la administración de psicofármacos con el objetivo de inducir la suficiente sedación para aliviar la sintomatología y lograr el control de la

agitación. Únicamente en aquellos casos en los que estas medidas han fracasado se recurrirá a las medidas coercitivas.

Diversas investigaciones demuestran que la formación de los profesionales de Enfermería en desescalada verbal reduce el número de personas que requieren contenciones, así como las horas que pasan contenidas. Cuando se resuelve la agitación de manera no violenta es un éxito tanto para el paciente como para el personal sanitario. Además, esta forma de resolución no repercute física ni psicológicamente en la persona, favoreciendo así la alianza terapéutica y, por consiguiente, el proceso de cuidado ³⁴.

7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

La principal limitación en la realización de este trabajo ha radicado de la **escasa existencia de bibliografía** al respecto, es decir, concierne al cuidado humano aportado en la práctica enfermera sobre el ámbito concreto de la Salud Mental y, enfocado aún más en las unidades de hospitalización.

El grueso de la bibliografía utilizada proviene de estudios de campo realizados en Brasil. En este país, la historia de la profesionalización de la Enfermería se encuentra íntimamente ligada al cuidado de psiquiatría, ya que la primera escuela de Enfermería resultó de la iniciativa de suprimir la precariedad del cuidado en las personas con trastorno mental.

En cambio, en nuestro país, la literatura es prácticamente inexistente, lo que sugiere un mayor abordaje del tema para así poder aplicar los resultados sin temor a caer en algún tipo de sesgo, derivado de la diferencia cultural que tanto influye en la esfera psicosocial de pacientes y enfermeras y, en definitiva, en los cuidados invisibles.

Otra de las limitaciones se relaciona con **el acceso**, ya que algunas publicaciones importantes limitan la accesibilidad a los textos completos al no estar dispuestas a acceder gratuitamente a sus contenidos.

Estas investigaciones son la base y la referencia para la evaluación de los diferentes servicios hospitalarios, con el fin de **realizar recomendaciones, intervenciones y cambios** que se pueden llevar a cabo para que el proceso de humanización sea efectivo y se desarrolle con éxito. Considerando fundamental la implementación de aquellas actividades, estudios y políticas que impulsen los valores emergentes y modelos de actuación, junto con elaboración de **guías de práctica clínica** para unificar criterios, concienciar a los profesionales y proporcionar unos cuidados de alta calidad.

8. CONCLUSIONES.

- La profesión enfermera conforma un **papel clave** en el desarrollo del **cuidado humanizado**, por su protagonismo en la instauración y conservación de la relación terapéutica, contribuyendo al bienestar del paciente.
- La construcción de una **relación enfermera–paciente** efectiva y provechosa, se debe fundamentar en **erradicar los factores deshumanizantes** dentro del proceso de atención. Por tanto, es necesario englobar todos los estratos de la organización, empezando por la gestión de los recursos humanos disponibles.
- Los “cuidados invisibles” son necesarios y fundamentales en el ejercicio de la Enfermería. Influyen directamente en el bienestar de las personas debiendo reconocer su importancia, y **contabilizarlos y registrarlos** dentro de nuestro trabajo diario.
- El fin último de la prestación de “cuidados invisibles” en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica consiste en convertir el ingreso en una **experiencia positiva**, que mejore la recuperación.
- Para materializar **la personalización del paciente**, es necesario conocer sus necesidades mediante el **fomento de la expresión de sus sentimientos**, utilizando como herramienta la comunicación asertiva.
- **El abordaje de la espiritualidad** en personas con trastornos psiquiátricos tiene un efecto eufémico, que se traduce en un descenso de la ansiedad, una mejor capacidad de afrontamiento e incluso, en última instancia, del tiempo de hospitalización. Esta intervención **se ve obstaculizada** por los propios ideales de las Enfermeras, que se interponen en la comprensión de las necesidades espirituales.
- En la humanización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica es necesario no sólo reducir, sino intentar **abolir las medidas coercitivas**, ya que vulneran la dignidad del paciente. Las enfermeras se deben instruir en las técnicas de desescalada para evitarlas.
- Se vuelve indispensable **la formación de los profesionales de Enfermería** acerca de las habilidades concernientes a “los cuidados invisibles”, para lograr

una atención holística que tenga como apéndice indivisible, **lo humano**.

- Los cuidados humanizados ayudan al **aumento del confort** de las personas durante su hospitalización, así como incrementan la satisfacción de las enfermeras en la realización de su trabajo.
- La enfermera tiene un papel decisivo para instaurar un modelo de atención que acentúe la calidad de vida de los pacientes y su círculo afectivo.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Quero García M, Molina Fernández N. Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional [Internet]. Málaga: Enfermería Docente; 2010. Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-08.pdf>
2. Nieves Galán A. El camino hacia la humanización de los cuidados. Cuidados al paciente adulto hospitalizado [Internet]. Alicante; 2019. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/92831/1/El_camino_hacia_la_humanizacion_de_los_cuidados_Nieves_Galan_Andrea.pdf
3. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva M, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. Revista Enfermería Herediana. 2016;9(2):133-142.
4. Calle GH La. Humanizando los cuidados intensivos. Bogotá: Distribuna Editorial; 2017.
5. ASALE R. humanizar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
6. March J. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial. 2017;32(5):245-247.
7. Bequis Lacera M. Reflexión sobre el Cuidado Humanizado En Los Servicios De Salud Mental Y Psiquiatría. Psiquiatría.com. 2018;22.
8. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Revista Española de Salud Pública. 2011;85(5):427-436.
9. Molino Contreras J, Bernardo Arroyo M, Mollejo Aparicio E. Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION_ESTATEGIA_SALUD_MENTAL\(accesibilidad\).pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION_ESTATEGIA_SALUD_MENTAL(accesibilidad).pdf)
10. Humanización en Salud Mental. Fundación Humans; 2020.
11. Tovar J. Una estrategia en defensa de la salud mental - EfeSalud [Internet]. EfeSalud. 2019 [citado 21 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/estrategia-defensa-salud-mental/>
12. Funk M, Drew N, Saraceno B. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación [Internet]. OMS; 2006. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
13. Puchades Simó A, Domingo Cebrián E, Fonfría Vivas R. Visibilizar a Enfermería y sus actividades. Enfermería Integral. 2015;.
14. Ramos Saiz D, Saiz Echezarreta M. Los cuidados invisibles ¿Son realmente invisibles?. Nuberos Científica. 2018;25(3):94-96.

15. Galán González-Serna J M, Ferreras-Mencia S & Arribas-Marín J M. Development and validation of the Hospitality Axiological Scale for Humanization of Nursing Care. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017; 25, e2919.
16. Rodríguez A M, Concha P J, Pereira D I & Machuca L L. Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena. *Revista Cuidarte*. 2018; 9 (2), 2245-2256.
17. Montes Rodríguez J, Reneses Prieto B, Pérez Corrales J. HUMANIZACIÓN de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. 1st ed. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2019.
18. Aviles Saez Z, Cara Rodríguez R, López Trinidad L. Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica = Nursing staff communication with psychiatric pathology patient. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*. 2018;9(2):215.
19. Marques de Oliveira R, Siqueira Junior A, Ferreira Furegata A. O SENTIDO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA. *Revista de Enfermeragem UFPE on line*. 2017;11(4):1687-98.
20. ASALE R. personalizar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/personalizar>
21. ASALE R. comunicar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 . Disponible en: <https://dle.rae.es/comunicar?m=form>
22. Definición de Comunicar [Internet]. Definición ABC. 2020. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/comunicacion/comunicar.php>
23. Lima Rodrigues G, Domingos Moreira G, Maria Facundes G. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. *Fafibe On-Line*. 2015;8(1):86-107.
24. Schuermeyer I, Sieke E, Dickstein L, Falcone T, Franco K. Patients with challenging behaviors: Communication strategies. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2017;84(7):535-542.
25. de Oliveira L, da Silva R. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2015;7(1):1774-1782.
26. de Jacq K, Norful A, Larson E. The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(6):788-796.
27. Larcera Azevedo M, Augusta dos Santos C. A enfermagem e o cuidado humanizado ao indivíduo em sofrimento mental. *ciaiq*. 2018;2(7):883-888.
28. Lavorato Neto G, Rodrigues L, Silva DAR, Turato ER, Campos CJG. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(Suppl 5):2323-33.
29. Ávila Nieto E, Yaneth Acosta D. HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR. Bogotá; 2017.
30. Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, López Álvarez I. Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2018;38(134):419-449.

31. Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a crosssectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53: e03473.
32. Molina Hernández S, Canero González M, Molino Contreras J. Ética enfermera al aplicar contención mecánica en Psiquiatría. *Paraninfo Digital*. 2015;.
33. Fernández O, Carralero A, Parra J. Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental. *Norte de salud mental*. 2018;15(59):46-62.
34. Marín Rodríguez J, Román Rodríguez N, García Sastre M. Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera. 2017.

10. ANEXOS

Anexo 1: Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE).

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). En frente a cada afirmación, marque con una X la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización.

| ÍTEM | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|--|----------------|---------------------|----------------------|--------------|
| 1. Le hacen sentir como una persona | | | | |
| 2. Le tratan con amabilidad | | | | |
| 3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización | | | | |
| 4. Le miran a los ojos, cuando le hablan | | | | |
| 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes | | | | |
| 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted | | | | |
| 7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted | | | | |
| 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan | | | | |
| 9. Le facilitan el diálogo | | | | |
| 10. Le explican previamente los procedimientos | | | | |
| 11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas | | | | |
| 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos | | | | |
| 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención | | | | |
| 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado | | | | |
| 16. Le llaman por su nombre | | | | |
| 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores | | | | |
| 18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) | | | | |
| 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud | | | | |
| 20. Le manifiestan que están pendientes de usted | | | | |
| 21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento | | | | |
| 22. Responden oportunamente a su llamado | | | | |
| 23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual | | | | |
| 24. Le escuchan atentamente | | | | |
| 25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo | | | | |
| 26. Le brindan un cuidado cálido y delicado | | | | |
| 27. Le ayudan a manejar su dolor físico | | | | |
| 28. Le demuestran que son responsables con su atención | | | | |
| 29. Le respetan sus decisiones | | | | |
| 30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar | | | | |
| 31. Le respetan su intimidad | | | | |
| 32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico | | | | |

Observaciones:
