

3 DELIMITANDO LA COERCIÓN Y LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

| Carlos Serrano¹; Rubén Cabanillas²; Borja Morales³; Amal Delgado⁴; Sonia Castillo⁵; María del Pino⁶; Magdalena Guillén⁷ |

RESUMEN

CONTEXTO: La cultura cada vez más coercitiva en la atención a la salud mental se pone de manifiesto en multitud de intervenciones. Es preciso tomar en consideración las aportaciones de los profesionales de salud mental como procedimiento de evaluación y determinación de factores estratégicos en la facilitación hacia un cambio de paradigma.

OBJETIVO: Analizar el discurso grupal en base a las opiniones, experiencias y percepciones de las enfermeras sobre la coerción y sus límites con los valores profesionales en el ámbito de los cuidados en salud mental.

MÉTODO: Estudio descriptivo de enfoque cualitativo, donde participaron once enfermeras involucradas en el proceso formativo/docente de la especialidad de enfermería de salud mental. La recolección de datos se produjo a través de la técnica de grupo focal y el contenido textual ha sido sometido al análisis temático.

RESULTADOS: Las categorías temáticas identificadas son: “Coerción: contexto de descubrimiento y contexto de justificación”, “Cuidado humano, vulnerabilidad y coerción en salud mental” y “Fortalezas y debilidades del cuidado profesional”.

CONCLUSIÓN: Los valores y actitudes emergentes de las enfermeras especialistas en salud mental se articulan en la relación de ayuda, siendo la propia identidad enfermera el resultado de esa práctica y teniendo como principal característica la gestión integral del cuidado. Los cuidados enfermeros contribuyen a la consecución práctica de los derechos humanos. El cuidado contractual supone la negación de hacerse partícipe de prácticas obligatorias o coercitivas, tratándose de incorporar en una lógica de derecho la complejidad del cuidado.

DESCRIPTORES: Coerción; Salud mental; Atención de enfermería; Análisis cualitativo

RESUMO

“Delimitando a coerção e os cuidados de enfermagem em saúde mental: Uma abordagem qualitativa”

CONTEXTO: A cultura cada vez mais coercitiva da atenção em saúde mental é evidente em diversas intervenções. É preciso ter em consideração as contribuições dos profissionais da saúde mental como procedimento de avaliação e determinação de fatores estratégicos na facilitação da mudança de paradigma.

OBJETIVO: Analisar o discurso grupal com base nas opiniões, experiências e percepções das enfermeiras sobre a coerção e os seus limites com os valores profissionais no âmbito dos cuidados em saúde mental.

MÉTODOS: Estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, onde participaram onze enfermeiras envolvidas no processo de formação e a docência da especialidade de enfermagem de saúde mental. A colheita de dados foi realizada através da técnica de grupo focal e o conteúdo textual foi submetido à análise temática.

RESULTADOS: As categorias temáticas identificadas são: “Coerção: contexto de descoberta e contexto de justificação”, “Do cuidado humano, vulnerabilidade e coerção em saúde mental” e “Fortalezas e debilidades do cuidado profissional”.

CONCLUSÃO: Os valores e atitudes emergentes das enfermeiras especialistas em saúde mental dependem da relação de ajuda, sendo a própria identidade da enfermeira o resultado dessa prática e tendo como principal característica a gestão integral do cuidado. Os cuidados de enfermagem contribuem à consecução prática dos direitos humanos. O cuidado contratual supõe a negação de fazer-se participante de práticas obrigatórias ou coercitivas, tratando-se de incorporar em uma lógica de direito a complexidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Coerção; Saúde mental; Cuidados de enfermagem; Análise qualitativa

ABSTRACT

“Defining coercion and mental health care provided by nurses: A qualitative approach”

BACKGROUND: Increasingly coercive culture in mental health care clearly comes out in a multitude of interventions. It is necessary to take into consideration the contributions of mental health professionals to evaluate and determine strategic factors to facilitate a paradigm shift.

AIM: Analysis of group discourse based on the opinions, experiences and perceptions of nurses about coercion and its limits, with professional values in the field of mental health care.

METHODS: Descriptive study from a qualitative approach with the participation of eleven nurses involved in the teaching-learning process about specialises in mental health. Data collection was done through the focus group technique and textual content has been subjected to thematic analysis.

RESULTS: The thematic categories identified are: “Coercion: context of discovery and context of justification”, “Human care, vulnerability and coercion in mental health” and “Strengths and weaknesses of professional care”.

CONCLUSION: Values and emerging attitudes of nurses specialized in mental health are based on aid relationships. The own nurse identity is the result of this practice and the integral management of care is the main feature. Nursing care contributes to the practical achievement of human rights. Contractual care implies the refusal to participate in compulsory or coercive practices, trying to understand the complexity of care under a logic of law.

KEYWORDS: Coercion; Mental health; Nursing care; Qualitative analysis

Submetido em 31-03-2018

Aceite em 24-06-2018

1 Enfermero Especialista en Salud Mental en la Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, España, c_aguilera2@hotmail.com
 2 Enfermero Residente en Salud Mental en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, España, ruben.chacon@hotmail.es
 3 Enfermero Residente en Salud Mental en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, borjagonzalezmorales@gmail.com
 4 Enfermera Residente en Salud Mental en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental, esperanza80es@hotmail.com
 5 Enfermera Residente en Salud Mental en la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental San Cecilio, Campus de la Salud, Granada, España, arbsodica@gmail.com
 6 Enfermera Especialista en Salud Mental en el Hospital Universitario San Cecilio, Unidad de Hospitalización de Salud Mental, Granada, España, lola66@gmail.com
 7 Enfermera Especialista en Salud Mental en la Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, Hospital de Día de Salud Mental, Granada, España, magdafergui@gmail.com

Citação: Aguilera Serrano, C., Chacón Cabanillas, R., González Morales, B., Ali Delgado, A., Díaz Castillo, S., Plaza del Pino, M. D., & Fernández Guillén, M. (2018). Delimitando la coerción y los cuidados enfermeros en salud mental: Una aproximación cualitativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (20), 19-26. doi: 10.19131/rpesm.0222

INTRODUCCIÓN

La coerción es una respuesta subjetiva a una intervención particular y se ha considerado una parte desafortunada pero, a la vez, necesaria, de la atención de personas con enfermedades psiquiátricas al utilizarse como un método para mejorar la adherencia al tratamiento en distintos países (Hotzy & Jaeger, 2016).

Aun considerando los sesgos y/u omisión de datos oficiales por falta de registros sobre medidas coercitivas (Bowers et al., 2012), se evidencia cómo cada vez más personas están siendo sometidas a intervenciones psiquiátricas coercitivas. Sirva como ejemplo el aumento en la tasa de hospitalización psiquiátrica involuntaria en Inglaterra, la cual, sufrió un incremento de más de un tercio en seis años (Care Quality Commission, 2016), posicionándose así en la tasa más alta registrada desde la implementación de la Ley de Salud Mental de 1983 (reformada en el año 2007). La cultura cada vez más coercitiva en la atención a la salud mental también es evidente a partir de una tendencia renovada hacia la institucionalización de personas con diagnóstico de trastorno mental grave, la marcada expansión de viviendas “protegidas” (vivienda seguras, pero con libertades restringidas) para personas con enfermedad mental en la comunidad o con el aumento en el número de camas psiquiátricas forenses en muchos países europeos (Priebe et al., 2008). Pero también, con la aparición de nuevos tipos de instalaciones seguras de salud mental que reproducen algunas de las funciones de los antiguos manicomios, como ocurrió en Italia con la nueva legislación de 2012, requiriendo el desarrollo de instalaciones residenciales seguras para personas con trastornos mentales considerados “socialmente peligrosos” (Barbui & Saraceno, 2015). Gran parte de las pesquisas que se han llevado a cabo hasta la fecha han abordado la alta prevalencia de la coerción, los límites entre las intervenciones obligatorias y la coacción así como los resultados de los usuarios a la luz de la coerción percibida y/o experimentada (Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard & Hounsgaard, 2017). Sin embargo, la legislación europea de Derechos Humanos actualmente sigue sin considerar estos aspectos para reducir su impacto. Por otro lado, se acrecientan cada vez más las investigaciones que analizan las vivencias, percepciones y opiniones emitidas por los profesionales sanitarios (Aguilera Serrano, Heredia Pareja, Guzmán Parra, García Sánchez & Mayoral Cleries, 2017; García-Cabeza, Valenti & Calcedo, 2017; Valenti et al., 2015), resultando indispensables como procedimiento de evaluación y determinación de factores estratégicos en la facilitación hacia un cambio de paradigma.

Una alternancia del tradicional y desfasado modelo biomédico en favor de un modelo de atención socio-sanitaria basada en la cooperación entre profesionales y personas afectadas, donde se reduzca o elimine el uso de estas prácticas y se introduzcan medidas alternativas.

El estatus de los profesionales en formación en salud mental, tanto dentro del organigrama general del Sistema de Salud pero también como miembros integrantes y participativos de los equipos interdisciplinarios, sitúa a los mismos como elementos clave en una oportunidad para avanzar en el cambio de paradigma, encontrándonos con estudios previos en nuestro entorno que así lo evidencian (Carballeira, Lopez, Cocho & Nocete, 2017).

Con el propósito y afán de seguir profundizando en la comprensión del fenómeno, surge la iniciativa por replicar el estudio de Carballeira et al. (2017), pero en esta ocasión, sobre una muestra discrecional concreta compuesta por enfermeras en periodo de formación como especialistas en salud mental. La naturaleza del papel de las enfermeras en entornos de salud mental viene cambiando en las últimas décadas, y se ha convertido quizás en una de las áreas más complejas para el desempeño profesional al existir una discordia entre los valores éticos y las intervenciones coercitivas utilizadas, pudiendo causar importantes problemas como el conflicto entre el cuidado y el control/seguridad de los usuarios (Camuccio, Chambers, Välimäki, Farro & Zanotti, 2012).

Por tanto, el interés principal del estudio se centra en explorar y exponer las percepciones, vivencias y expectativas de las enfermeras en relación a la coerción y los límites con los valores profesionales en el ámbito de los cuidados en salud mental. Todo lo anterior proporciona una base de evidencia para el desarrollo de intervenciones que pueden mejorar el cuidado profesional (independiente/dependiente/colaborativo) junto con las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares.

MÉTODOS

Estudio cualitativo para analizar el contenido grupal en base a las opiniones, experiencias y percepciones de las enfermeras sobre la coerción y sus límites con los valores profesionales en el ámbito de los cuidados profesionalizados en salud mental.

Se desarrolló un estudio exploratorio, descriptivo, con once enfermeras involucradas en el proceso formativo y docente como enfermeras especialistas en salud mental.

Todas pertenecientes, respectivamente, a las distintas Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental acreditadas en la provincia de Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves (4), Hospital Universitario San Cecilio (5) y Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada (2). En la Tabla 1 se muestran los datos socio-demográficos de la muestra.

Tabla 1 - Características de la Muestra

Participantes		Total N= 11 (%)
Edad	Media	31.090
	DT	9.903
Género	Hombre	2 (18.1)
	Mujer	9 (81.8)
Nacionalidad	Español/a	11 (100)
	Otros	
Experiencia Laboral	<1 año	3 (27.3)
	1-5 años	5 (45.5)
	5-10 años	
	10-15 años	1 (9.0)
	>15 años	2 (18.1)
Estado Civil	Soltero/a	9 (81.8)
	Casado/a	2 (18.1)
	Separado/a	
	Viudo/a	

La recolección de datos se realizó a través de la técnica del grupo focal. Esta técnica socio-cualitativa, colectiva y dinámica, promueve una acción simultánea entre los componentes del grupo estudiado, valorando el conocimiento de los actores sociales y reconociéndolos como expertos de su propia realidad. Al mismo tiempo, el uso de esta técnica garantiza a los sujetos estudiados un espacio para el reflejo de sus propias concepciones y para la autoevaluación, lo que permite un posible cambio en el comportamiento o en su comprensión. Los participantes se conocían entre sí, fenómeno que invalidaría la conceptualización de un grupo focal sensu stricto, pero pensamos que en el contexto que nos ocupa, esta circunstancia no refrenda en absoluto la interacción de los integrantes del grupo. El moderador, que realiza la propuesta del tema y suscita el deseo de los componentes a participar activamente, en todo momento tiene un rol de “pantalla” (no juzga, escucha), evitando ser crítico o represivo (corregir errores) o cómplice (valorar afirmativamente).

La entrevista grupal tuvo lugar en una de las aulas de formación del Hospital Campus de la Salud de Granada, con una duración de una hora y media en el mes de diciembre de 2017.

Se grabó en cassettes para que, posteriormente, pudieran transcribirse con la mayor autenticidad. 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.). Los participantes dieron y aprobaron de forma individual, libre, consciente y voluntaria el Consentimiento Informado, que aseguró su anonimato, la confidencialidad de los datos personales y el uso estricto de la información para fines científicos. Para mantener su anonimato, los sujetos fueron codificados con la letra S seguida de un valor numérico para diferenciar entre sí: por ejemplo, S1 (Sujeto 1), S2 (Sujeto 2) y así sucesivamente. Para facilitar el diálogo, se partió de la siguiente batería de preguntas a modo de guía: ¿Qué es la coerción en salud mental? ¿Qué implica la coerción en la persona con sufrimiento psíquico? ¿Qué pensáis sobre el cuidado coercitivo? ¿Dónde están los límites entre cuidado y coerción? ¿Qué aportan los cuidados enfermeros para hacer frente a la coerción? ¿Cuáles son las habilidades de la enfermera en el cuidado en salud mental? ¿Qué elementos hay que superar de la coerción? ¿Qué intervenciones, modelos o mecanismos conocéis para reducir las medidas coercitivas? ¿Se os ocurren otras formas y/o cuidados desde la comunidad frente a la coerción?

Finalmente, la entrevista grupal grabada en audio fue transcrita efectuándose a posteriori el análisis de contenido según las etapas descritas por Taylor Bogdan (Bodgan, 1998) desarrollando categorías, codificando datos, separando éstos y finalmente, refinando el análisis. A partir de este análisis surgieron tres categorías: (1) - Coerción: contexto de descubrimiento y contexto de justificación. (2) - Cuidado humano, vulnerabilidad y coerción en salud mental. (3) - Fortalezas y debilidades del cuidado profesional.

RESULTADOS

Coerción: Contexto de Descubrimiento y Contexto de Justificación

En investigación científica es importante discernir entre la manera en cómo se realizan los descubrimientos y la manera en cómo se justifican y aceptan. Reichenbach (Bárceñas, 2002) trazó la distinción entre el contexto de descubrimiento y contexto de justificación. Aplicado a nuestra área concreta de estudio, el contexto de descubrimiento recoge las inferencias que realizan las enfermeras acerca de lo que genera o determina la puesta en marcha de la coerción.

“Yo creo que en un principio todo esto se gesta con la idea de que la persona no se haga daño..., es verdad que luego se puede llegar a extralimitar su uso de manera injustificada..., pero en principio, lo que quizás se pretende es bajar el umbral de agresividad que puedan presentar los usuarios, esos miedos o inquietud, que dificultan el interactuar adecuadamente.” S10

“El objetivo principal es el intentar que una persona con un estado de agitación, al no poder controlarse por sí misma, no pudiendo bajar ese umbral de agresividad, intentar garantizar la seguridad de la persona y del entorno.” S2

“En teoría sólo se utilizan en los casos de extrema necesidad, cuando ya no se puede hacer nada más.” S7

“Facilitan el poner y establecer unos límites..., y eso en situaciones extremas, puede ayudar a la autopercepción y autocontrol de la persona.” S11

En relación al contexto de justificación, las enfermeras fundamentan los criterios que la coerción debe satisfacer en base a:

“La coerción es una medida, como una presión, que se aplica a la fuerza en contra de la voluntad o conducta de la persona.” S1

“La envergadura de la coerción es tal que incluye la fuerza, el uso y abuso de poder, el castigo o la amenaza...” S3

“Además, las medidas coercitivas pueden dividirse en dos categorías..., por un lado, están las formales, que es cuando se ejercen bajo una especie de marco normativo..., y que incluyen la contención mecánica, el aislamiento, la contención química..., y por otro lado, estarían las informales, aquellas que se ejercen y a veces las convertimos en invisibles, pues la amenaza, la opresión o el castigo...” S8

“Las cámaras de video-vigilancia que están instaladas con frecuencia en algunas unidades de hospitalización de salud mental también pueden ser consideradas como un mecanismo coercitivo, al poder transgredir la intimidad personal.” S4

“Hay muchas intervenciones, que tenemos interiorizadas como normales y adecuadas, y no vemos que con las mismas podemos estar coaccionando”. Y también todo lo de los tratamientos involuntarios, los propios ingresos..., la cantidad de pacientes que ingresan involuntarios desde la comunidad es ya un dato a repensar.” S2

“No sólo existe coerción en las unidades de hospitalización, pero quizás es donde más se pone de manifiesto. En los equipos o servicios de atención comunitaria también hay coerción, un ejemplo podría ser el tema del “depotcentrismo”, es decir, cuando las consultas de enfermería se centran muchas veces únicamente en la administración del tratamiento parenteral depot, dejando de lado quizás el cuidado y visión integral con la persona..., usándose como excusa para conseguir la adherencia al tratamiento y el supuesto buen seguimiento...” S5

Indistintamente de los argumentos utilizados en el proceso de contextualización, la coerción en salud mental se presenta y es erigida por las enfermeras como una cuestión epistemológica de gran transcendencia en el proceso por reducir o eliminar el uso de estas prácticas e introducir medidas alternativas (Guzman-Parra et al., 2016).

“A través de la coerción se consigue desautorizar..., anular el funcionamiento y autonomía personal.” S6

“Un punto... en común de lo que estamos hablando al fin y al cabo es de la restricción de la libertad.” S3

“Además, se vulneran derechos y la propia dignidad de la persona.” S5

Cuidado Humano, Vulnerabilidad y Coerción en Salud Mental

En los cuidados, la relación es una condición indispensable para el ofrecimiento de un trato digno y respetuoso. Cuidar está en los fundamentos de la conciencia de ciudadanía y de la percepción del otro y de nosotros mismos como sujetos vulnerables. Los cuidados nos contemplan y protegen, pero también nos ayudan a salvaguardar la identidad propia y colectiva así como a mantenerla en buenas condiciones sociopolíticas como se puede ver en las siguientes declaraciones:

“Los cuidados deben ir en beneficio de la vida de las personas, por lo tanto la coerción no es un cuidado porque pone en riesgo la dignidad de la persona y los derechos humanos. Quizás el límite entre lo coercitivo y el cuidado se encuentren en la propia relación terapéutica, en el momento en que se rompe o directamente, no se ha establecido esa bidireccionalidad obligatoria.” S7

“No hay cosa que sea más enfermera que el trabajar la autonomía personal..., y las enfermeras estamos dejando de lado muchos aspectos relacionados con esto, siendo captados e integrados por otros profesionales.” S12

“Trabajamos la mayor parte del tiempo centrados en el déficit, centrados en el síntoma..., ¿Por qué no trabajar más también sobre la parte sana de la persona?. Si algo caracteriza a la enfermera es el trabajo integral y holístico con la persona, que engloba tanto la parte sana como la parte enferma..., es fundamental trabajar con el todo de la persona, pero sobre todo, apoyándonos en sus virtudes, en las capacidades o habilidades, porque va a ser lo que facilite verdaderamente la recuperación partiendo de su propia autogestión.” S10

“El principal fallo de las enfermeras es que no se creen lo que son, y eso, a lo único que nos lleva es a que otras disciplinas, otros profesionales, a día de hoy, estén trabajando aspectos de nuestros cuidados, cuidados que hemos descuidado, porque no hemos querido darle la importancia que tenían o porque no hemos sabido...” S3

Una estrategia para afrontar la coerción, extraída en el discurso de las informantes, lo conforma la propia formación especializada como enfermeras en salud mental:

“Cuando en una unidad en un turno específico hay más enfermeros especialistas que generalistas eso se nota, se nota en todo... la relación terapéutica, en el trato con el paciente, en el ambiente y el nivel de estrés de la unidad..., en cómo evoluciona el turno..., todo cambia, es distinto..., nada más entrar por la planta, a veces, ya sabes cómo se puede dar el turno..., y eso es algo que se debería estudiar y tener en cuenta por los líderes y gestores.” S5

“Existe aún hoy día mucho desconocimiento de la envergadura de nuestro rol profesional...” S2

“Las enfermeras especialistas en salud mental pueden aportar mucho sobre temas de control y manejo emocional, resolución de problemas, gestión del conflicto, desescalada, etc., pero también trabajar aspectos de educación terapéutica, de sensibilización y lucha contra el estigma hacia la salud mental, no sólo con los usuarios sino incluso el estigma de los propios profesionales.” S2

“... y también en todo lo que se refiere a la prevención y promoción..., insistiendo, apoyando y colaborando con el resto del equipo interdisciplinar.” S8

Fortalezas y Debilidades del Cuidado Profesional

Las relaciones interpersonales, que determinan el cuidado enfermero, están sujetas a una serie de factores condicionantes (la naturaleza de la interacción entre enfermera y paciente, las fases de la interacción, el rol de las enfermeras en la relación con el paciente y las propias condiciones del paciente para la interacción) que deben ser tomados en consideración y analizados con el fin de impedir que en determinados momentos distorsionen el contacto humano en el que se basa la práctica enfermera. Entre éstos, y en base al discurso grupal del estudio, los factores personales de la enfermera (orientación teórica, uso del lenguaje y las variables sociológicas e individuales) reseñados como indispensables para ayudar al usuario en su proceso de salud destacan:

“Hay que empezar por cambiar las palabras..., es muy importante..., por ejemplo..., cuando me decían, <<voy a sacar a tal..., oye no, tú vas a acompañar al paciente a una salida, que tú no vas a sacar un perro...>> Tenemos que empezar a cambiar por la propia forma de hablar.” S8

“Debemos informar eficientemente, de forma clara, concisa y completa..., porque no hay mayor interesado en la enfermedad que aquel que la padece, nosotros no queramos ser sus justicieros ni tomar decisiones por ellos.” S3

“Muchas veces nos excusamos demasiado en falta de tiempo, en falta de personal..., y realmente, lo que hay detrás, es una falta de interés y de implicación importante..., y se nos olvida que tenemos una responsabilidad con las personas, que nuestros cuidados tienen un valor y que si nosotros mismos no se lo damos, difícilmente el resto lo verán.” S2

“Todos sabemos la importancia de individualizar los cuidados, y sin embargo, las meras normas de las unidades, íntimamente relacionadas con los cuidados, son rígidas e inflexibles. La norma de cuidados no puede entenderse como tal si no añadimos el obligatorio individualismo, de lo contrario, caemos en lo coercitivo.” S2

“El propio estigma de los profesionales contribuye a marcar barreras...” S11

“Somos nosotras [las enfermeras] las que tenemos que mitigar la desinformación, trabajar los mitos y estereotipos..., erradicar los miedos y fomentar el pensar de manera inclusiva, favoreciendo el contacto más cercano y continuo con el paciente.” S10

“El factor humano es importante y los propios coordinadores, supuestos líderes, deberían de trabajar y considerar más estos aspectos de los profesionales.” S6

Las enfermeras son identificadas por su trabajo diario y continuo junto a las personas como las principales influyentes en la relación terapéutica, fuente principal de cuidados (Aguilera Serrano, Heredia Pareja, Guzmán Parra, García Sánchez & Mayoral Cleries, 2017), destacando así los informantes el valor distintivo de la propia intervención enfermera Presencia:

“La presencia enfermera es ver las necesidades del paciente desde que entra hasta que se marcha, valorando sus necesidades en todo momento.” S1

“... lo de presencia, ya no es sólo presencia de estar un tiempo determinado del día con el usuario ahí hablando..., sino que supone estar presente para cuando él te necesite, favoreciendo la humanización, es decir, el cuidado, eliminando de este modo todas aquellas barreras que se puedan establecer o vengan establecidas.” S9

“A muchos profesionales, por ejemplo, les incomoda el trabajo con los familiares por el miedo a no saber qué decirles, con excusas inconsistentes de que éstos pueden estimular o generar angustia a su familiar o resto de usuarios, ponerlos más nerviosos y alterar el clima de la unidad... Cuando estos son los contextos donde debemos estar más presentes que nunca. Informar es cuidar, es educar en salud y debemos prestar mayor atención a este área..., quizás nos sea más difícil informar de aspectos clínicos, etiológicos o del pronóstico, pero no podemos dejar de informar sobre el cuidado del paciente.” S5

“Es vital e irrefutable el trabajo colaborativo de las enfermeras tanto con las asociaciones de pacientes como de familiares, permitiendo y favoreciendo la parte más humana, el dar esperanza por su condición de persona.” S12

DISCUSIÓN

La coerción y su vínculo con la asistencia sanitaria, promovida desde el propio sistema de atención a la salud mental, se viene gestando desde los inicios de la misma (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017). Las principales razones que se han venido empleando en su justificación contemplan la necesidad del uso de medidas coercitivas en base a la falta de autonomía en los autocuidados y toma de decisiones por parte de los pacientes así como la necesidad de estrategias para el control de riesgos.

De manera general, se ha avanzado hacia la desinstitucionalización, pero aún “decenas de miles de personas con problemas de salud mental continúan viviendo actualmente en instituciones psiquiátricas en Europa” además de persistir el uso, como en el contexto de este estudio, de prácticas como los tratamientos involuntarios y/o el uso de la contención mecánica, entre otras medidas coercitivas (Turnpenny, Petri, Finn, Beadle-Brown & Nyman, 2017).

Se conoce que el progreso de la asistencia psiquiátrica represiva, muchas veces enmascarada con el sistema penitenciario, a un modelo de asistencia más humanista, se ha debido, en parte, al emblema conceptual del “cuidado”. Sin embargo, el paradigma enfermero ha estado fuertemente influenciado por el modelo biomédico, lo que le ha repercutido negativamente en la visión, desarrollo y avance profesional, llegando incluso al extremo de la despersonalización.

La existencia y evolución de los cuidados en salud mental está vinculada a la presencia de una profesión que hace del concepto de “cuidado” su principal objeto de reflexión teórica con finalidad eminentemente práctica. Así lo dejaban entrever nuestras informantes exponiendo como la presencia enfermera es la propia humanización del cuidado. Además, la evidencia respalda el rol terapéutico de las enfermeras de salud mental con sus cuidados, siendo incuestionable el interés por la necesidad de idear estrategias para promover el mismo, y todo ello, a través del pilar básico de la profesión enfermera, la relación terapéutica (Moreno-Poyato et al., 2017).

El enfoque colaborativo y participativo con el equipo interdisciplinar, y fundamentalmente, con las personas con experiencias en primera persona, son indispensables en la obtención de resultados de salud positivos a través de los cuidados enfermeros, pudiendo así contrarrestar aquellos déficits identificados en relación al compromiso terapéutico, como pueden ser la obstaculización en la provisión de atención individual como consecuencia de las tareas rutinarias o administrativas, la disminución del tiempo que los profesionales sanitarios pasan con los pacientes (Sharac et al., 2010), o con la escasa participación activa de los mismos en sus procesos de salud-enfermedad conocidas a través de las propias autopercepciones.

CONCLUSIONES

Los valores y actitudes emergentes de las enfermeras especialistas en salud mental se articulan en la relación de ayuda, siendo la propia identidad enfermera el resultado de esa práctica y teniendo como principal característica la Gestión Integral del Cuidado. Valores como la igualdad, la justicia, la verdad, la libertad o la dignidad, adquieren un mayor nivel de adhesión en cuanto mayor es la práctica profesional centrada en la persona y en los cuidados propios.

Los cuidados enfermeros contribuyen así a la consecución práctica de los derechos humanos. El cuidado contractual, conceptualizado por Szasz (Buchanan-Barker & Barker, 2009), supone la negación de hacerse partícipe de prácticas obligatorias o coercitivas, tratándose de incorporar en una lógica de derecho la complejidad del cuidado, no sólo en relación con el status de profesional con un sujeto beneficiario de una política de cuidados, sino en base a los cuatro principios universales de la bioética (Beauchamp & Childress, 2015). El enfoque contractual considera que la relación enfermera-paciente surge de un acuerdo mutuo, conservando ambos roles participativos y trabajando en estrecha colaboración.

La connivencia y búsqueda de nuevas formas de encuentro, ayudará a establecer espacios de diálogo y discusión, favoreciendo la diseminación de una filosofía humanizadora del cuidar. La implicación y compromiso de las enfermeras con la calidad del cuidado permitirán garantizar una atención ética, profesional y humana.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La metodología cualitativa no pretende nunca generalizar sus hallazgos, pero sí que nos permite una aproximación conceptual e interpretativa a través de los datos obtenidos.

Los discursos de los informantes tienen fuertes influencias sobre la concepción de cuidado y la asistencia dispensada a las personas con problemas de sufrimiento psíquico y/o emocional. El presente trabajo puede ser considerado relevante para la práctica clínica en la medida en que la presentación de los resultados positivos relativos a la promoción de estrategias para el reconocimiento de la necesidad del cuidado enfermero especializado en salud mental, frente al uso de intervenciones coercitivas, pueda ser considerado como base para la promulgación del paradigma de atención y cuidados centrados en la persona.

Además, favorece la diseminación de una filosofía humanizadora del cuidado así como defensa y consecución práctica de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, familiares y/o personas representativas designadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera Serrano, C., Heredia Pareja, C., Guzmán Parra, J., García Sánchez, J. A., & Mayoral Cleries, F. (2017). Medidas coercitivas en salud mental. Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1, 4–11. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/1/8>

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2017). Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Ed.) (Cuadernos). Madrid. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te?cnico=20-Coercio?n.pdf>

Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins? *British Journal of Psychiatry*, 206 (6), 445–446. Doi:10.1192/bjp.bp.114.153817

Bárceñas, R. (2002). Contexto de descubrimiento y contexto de justificación: Un problema filosófico en la investigación Científica. *Acta Universitaria*, 12 (2), 48–57. Disponible en: <http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/viewFile/282/260>

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2015). Principles of Biomedical Ethics. *Occupational Medicine*, 65 (1), 88–89. Doi:10.1093/occmed/kqu158

Bodgan, T. (1998). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E., & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 826–835. Doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x

- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2009). The convenient myth of Thomas Szasz. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (1), 87–95. Doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01310.x
- Camuccio, C. A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D., & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients: The thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (9), 807–815. Doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01857.x
- Carballeira, L., Lopez, I., Cocho, C., & Nocete, L. (2017). La experiencia de los profesionales de salud mental en formación en torno a las prácticas coercitivas directas. En #0contenciones: Percepciones de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas. Disponible em: <http://madinamerica-hispanohablante.org/0contenciones-percepciones-de-los-profesionales-de-salud-mental-en-torno-a-las-practicas-coercitivas-directas-lopez-cocho-carballeira-y-nocete/>
- Care Quality Commission. (2016). Monitoring the Mental Health Act in 2015/16. Disponible em: <http://www.cqc.org.uk/content/monitoring-mental-health-act-report>
- García-Cabeza, I., Valenti, E., & Calcedo, A. (2017). Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: A focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud Mental*, 40 (2), 63–69. Doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.009
- Guzman-Parra, J., Aguilera Serrano, C., García-Sánchez, J. A., Pino-Benítez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22 (3), 233–241. Doi:10.1177/1078390316644767
- Hotzy, F. & Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment-A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7 (DEC 12), 1–12. Doi:10.3389/fpsy.2016.00197
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carerras-Salvador, R., ... Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing*, 16 (1). Doi:10.1186/s12912-016-0197-8
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martinez-Leal, R., ... Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59 (5), 570–573. Doi:10.1176/appi.ps.59.5.570 [doi]
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A., & Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (7), 909–917. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). “Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24 (9-10), 681–698. Doi:10.1111/ijlh.12426
- Turnpenny, Á., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2017). Mapping and Understanding Exclusion in Europe: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. *Mental Health Europe*. Brussels. doi:<https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02/64970>
- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K. M., Peltó-Piri, V., ... Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50 (8), 1297–1308. Doi:10.1007/s00127-015-1032-3