

Humanización asistencial en salud mental

La perspectiva de las personas con experiencia propia, cuidadores y/o convivientes y profesionales sanitarios

María Teresa Sanz-Osorio, PhD.

Enfermera especialista en salud mental.

Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Silvia Bleda-García, PhD.

Enfermera.

Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Guadalupe Sánchez-Rueda, PhD.

Enfermera y licenciada en Antropología Social y Cultural.

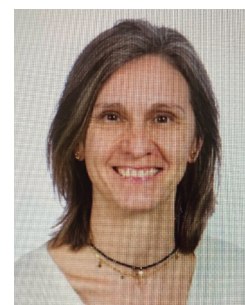
Miembro del Grupo de Investigación en Diagnósticos e Intervenciones Complejas en Salud desde la Ocupación y el Cuidado (OCCARE), Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universidad Autónoma de Barcelona, Terrassa, España.



Olga Monistrol, PhD.

Enfermera.

Coordinadora de grado de enfermería Campus Igualada. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida.



Introducción

La humanización asistencial (HA) abarca todos los aspectos del cuidado de la persona combinando la calidad basada en la evidencia científica y la ética profesional con un cuidado basado en el trato humano. Hace refe-

rencia al tratamiento integral de la persona enferma, incluyendo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales¹.

En la literatura actual aparecen enfoques similares, como los conocidos como *Patient-centred care* (atención centrada en las necesidades del paciente), *Perso-*

nal-focused care (cuando se considera su historia y trayectoria vital) y *Humanization of care* (atención centrada en todos los agentes que intervienen en el proceso que rodea el cuidado y sus interacciones, siendo identificada como un concepto genérico que engloba varios aspectos de la atención al paciente)²⁻⁴.

¿Es realista pensar que todos los ámbitos asistenciales son iguales y necesitan lo mismo para estar humanizados? Y lo que es más importante, ¿quién puede afirmar si un dispositivo asistencial ofrece una atención humanizada?

Podemos estar de acuerdo en que la humanización asistencial es necesaria en todos los ámbitos asistenciales, pero ¿es realista pensar que todos los ámbitos asistenciales son iguales y necesitan lo mismo para estar humanizados? Y lo que es más importante, ¿quién puede afirmar si un dispositivo asistencial ofrece una atención humanizada?

Centrándonos en salud mental, es importante destacar que, en ocasiones, las personas con experiencia propia en fase aguda pueden presentar falta de conciencia de enfermedad, ideación autolesiva, rechazo del tratamiento, alteración conductual y agresividad, lo que a veces deriva en ingresos involuntarios en Unidades de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría (UHAP) y en la aplicación de medidas restrictivas.

Entre estas medidas se incluyen el aislamiento (mantener a una persona en un espacio habilitado con medidas de protección, vigilancia y seguridad adecuadas, impi-

diéndole salir durante un período determinado de tiempo), la contención mecánica (uso de dispositivos físicos homologados sujetos al cuerpo de una persona: cinturones de sujeción abdominal o pélvica, cinta de tórax, chalecos, tiras de pies, muñecas y manoplas), el internamiento involuntario (primera medida restrictiva y limitante de la libertad de movimiento, sujeta a consideraciones legales de obligado cumplimiento), la restricción mecánica (uso de elementos físicos que limitan el movimiento sin estar sujetos al cuerpo de la persona, como barandillas, cojines de cuña o mesas; cuando estos objetos se utilizan con dicha finalidad, se denominan dispositivos limitadores de movilidad), la sedación química (utilización de psicofármacos con intención sedativa) y, por último, la sujeción o reducción física (utilización del cuerpo del personal sanitario o cuidador dirigido a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de una persona)⁵. El uso de tales recursos podría estar justificado por la necesidad de abordar conductas disruptivas (agitación psicomotriz, autoagresividad o heteroagresividad) o por razones ergonómicas (personas que no pueden mantener una postura anatómica adecuada), pero siempre deben ser la última alternativa, ya que conlleva riesgos importantes para la seguridad, afectando a la satisfacción del cuidado recibido y, en consecuencia, a la humanización asistencial⁵⁻¹⁰.

Por ello, quisimos conocer cómo perciben el ingreso en las UHAP las personas con experiencia propia, sus cuidadores y/o convivientes y los profesionales de la salud y, en base a ello, determinar a qué nos referimos al hablar de humanización asistencial.

Un estudio cualitativo sobre la humanización asistencial en las UHAP

En 2020-2023 realizamos un estudio cualitativo mediante grupos focales y entrevistas en profundidad con personas que habían sido hospitalizadas en alguna UHAP, sus cuidadores/convivientes, sin importar el grado de parentesco, y los profesionales de la salud de las UHAP¹¹.

Los grupos focales y entrevistas se registraron en audio y se transcribieron para poder analizar su contenido, interpretado por tres investigadoras de forma independiente. Posteriormente, las unidades de significado se agruparon por códigos, que fueron combinados y contrastados para desarrollar las categorías y poder obtener resultados.

Este estudio contó con la aprobación de un comité de ética de investigación y durante todo el proceso se garantizó el anonimato de los participantes utilizando pseudónimos y eliminando el nombre de los centros de

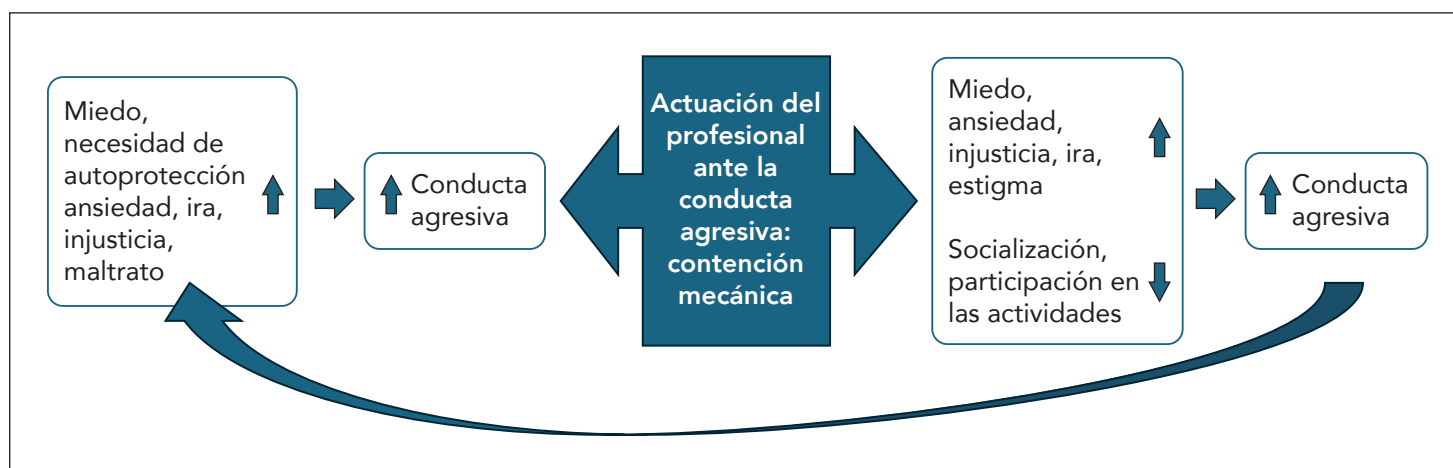


Figura 1. Paradoja de la contención mecánica.

Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales¹¹.

ingreso hospitalario. Todas las personas aceptaron participar libremente y firmaron el consentimiento de participación en el estudio.

La voz de los protagonistas

En total, participaron 61 personas: 20 con experiencia en ingresos en salud mental, 20 cuidadores/convivientes y 21 profesionales. Para explorar este tema a fondo, se realizaron 13 grupos y tres entrevistas en profundidad.

Las vivencias de las personas con experiencia propia

Los participantes revelaron que habían experimentado muchas emociones negativas y otras positivas. Entre las negativas, emergieron el miedo, la ira, la indefensión y el resentimiento, con la generación de sensación de maltrato y necesidad de autoprotección. Estas emociones actuaron como disparadores de la conducta agresiva, que en muchas ocasiones derivó en el uso de

contención mecánica con la finalidad de controlar la agresividad. Sin embargo, según los participantes, esta intervención intensificó las emociones negativas percibidas e impidió la participación en las actividades grupales de la unidad, actuando como nuevo disparador y, en consecuencia, aumentando la agresividad, estableciéndose una reacción paradójica, en la que la medida implementada para controlar la agresividad terminaba por aumentarla, especialmente cuando no se proporcionó el cuidado adecuado durante la contención, refiriendo los afectados, además, sentimientos de abandono, vulnerabilidad e incremento del miedo (Figura 1). Cabe señalar, no obstante, que los participantes afirmaron que cuando ante la misma conducta se utilizan intervenciones que aportan seguridad, confianza, sensación de ser tratados con justicia y sentirse reconocido como ser humano, puede evitarse el incremento de las emociones negativas y, en consecuencia, de la agresividad, evitando la paradoja de la agresividad (Figura 2).

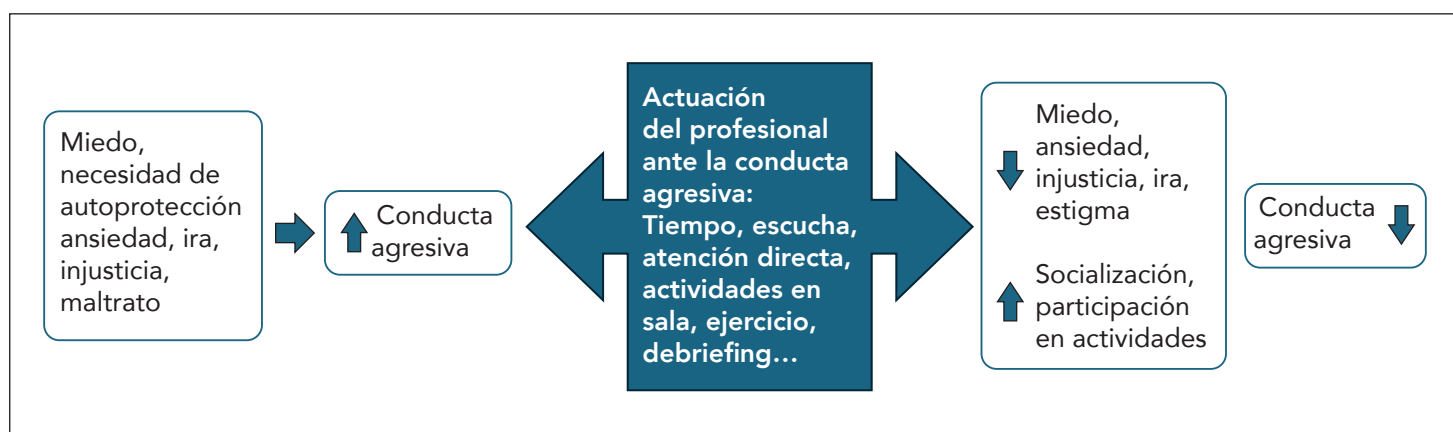


Figura 2. Paradoja de la contención mecánica evitada.

Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales¹¹.

Además, según los participantes, el efecto de las emociones percibidas perduraba en el tiempo, condicionando el vínculo terapéutico y su recuperación, ya que, en caso de recaída, rechazaban acudir a cualquier centro sanitario por miedo a un reingreso y a otra contención mecánica. También informaron falta de comunicación, sensación de ser ninguneados al no recibir información y de recibir un trato infantilizado y cosificado. Sin embargo, también evocaron aspectos positivos como las relaciones de amistad establecidas durante los ingresos, que empoderan a la persona, potencian la red social y facilitan la inclusión.

Los participantes afirmaron que cuando ante la misma conducta se utilizan intervenciones que aportan seguridad, confianza, sensación de ser tratados con justicia y sentirse reconocido como ser humano, puede evitarse el incremento de las emociones negativas y, en consecuencia, de la agresividad

Algunos participantes afirmaron que valoraban la contención mecánica como algo necesario para controlar su conducta, poniendo el foco en cómo eran tratados por los profesionales en esas circunstancias más que en la utilización de un sistema externo limitador del movimiento.

Las vivencias de los cuidadores y/o convivientes

Los cuidadores y/o convivientes también refirieron emociones negativas como tristeza, impotencia, culpa, incompreensión, incertidumbre, rabia, desconsuelo y miedo, al percibir que la seguridad de sus seres queridos podía estar comprometida ante las conductas agresivas de otras personas ingresadas.

Además, identificaron actitudes inadecuadas por parte de algunos profesionales, como superioridad, ninguneo o falta de implicación y comunicación, hechos que incrementaban la desconfianza en el sistema y dificultaban la relación, provocando quejas al sentir que no formaban parte del proceso de salud de su ser querido, afirmando sentirse excluidos, ignorados, sin posibilidad de decisión ni alternativas terapéuticas.

El comportamiento del profesional adquirió mayor relevancia en los casos de personas que manifestaron conductas agresivas y requirieron la aplicación de medidas restrictivas como ingresos judiciales o contención mecánica, ya que, en estos casos, si los familiares estaban de acuerdo respecto a la gravedad de la situación, se mostraban a favor de la medida restrictiva, siempre que el cuidado proporcionado por el profesional durante la contención mecánica fuera el adecuado.

En caso contrario, según su opinión se condicionó negativamente la convivencia futura de la persona con las personas de su entorno, estableciéndose una dinámica familiar basada en la desconfianza, la ira y el recelo que perduró en el tiempo, dificultando el afrontamiento de la patología, el cumplimiento terapéutico y la adherencia farmacológica después del alta hospitalaria.

Según los cuidadores y/o convivientes, cuando se valoró el ingreso de su ser querido como negativo, esta medida fue vivida como un castigo, provocando un retraso o incluso la negación al reingreso hospitalario en caso de descompensación, refiriendo sentirse sin opciones terapéuticas, dificultando el manejo domiciliario y llegando a poner en peligro el vínculo familiar.

Se observó que el núcleo de convivencia centraba el discurso en los aspectos desfavorables de las UHAP, estableciéndose una retroalimentación negativa con la persona ingresada, que iba posicionándose, incluso sin que los cuidadores/convivientes lo desearan, en contra de recibir atención sanitaria. Este hecho conllevó considerar el ingreso en la UHAP como la última alternativa, únicamente ante situaciones de agresividad y desbordamiento familiar.

También se identificó la falta de medios económicos, la inadecuación del espacio físico y la escasez de profesionales como aspectos que dificultaban tanto el desarrollo de actividades terapéuticas como la atención directa. Estos factores se reconocieron necesarios para la reducción de las medidas restrictivas.

Las experiencias de los profesionales

Se identificaron actitudes negativas por parte de algunos profesionales, como impaciencia, falta de empatía o superioridad, que impactaban negativamente en la relación con la persona ingresada.

Paralelamente, se destacó que las actitudes positivas, como habilidades comunicativas, asertividad, respeto y dignidad, facilitaron la gestión emocional del profesional y la relación con la persona ingresada. Ante situaciones de crisis, estas cualidades permitieron reconducir los conflictos mediante estrategias alternativas, evitando el uso de medidas restrictivas.

Los profesionales
refirieron miedo por
la seguridad propia y
del resto de personas,
por ejemplo, ante el
riesgo de autoagresión
o heteroagresión,
la falta de confianza
en el equipo y la
comunicación
inefectiva, tanto interna
entre los profesionales
como con la persona
ingresada y los
cuidadores/
convivientes

En este sentido, el autoconocimiento del profesional fue percibido como un aspecto clave en la gestión de la alteración conductual de las personas ingresadas que manifestaban conductas agresivas y la reducción del uso de contención mecánica.

Los profesionales refirieron miedo por la seguridad propia y del resto de personas, por ejemplo, ante el riesgo de autoagresión o heteroagresión, la falta de confianza en el equipo y la comunicación inefectiva, tanto interna entre los profesionales como con la persona ingresada y los cuidadores/convivientes. Señalaron que esas sensaciones pueden precipitar la utilización de contención mecánica, a veces valorada como evitable, hecho que genera sentimientos de culpabilidad e insatisfacción con el cuidado proporcionado.

También se identificó miedo ante la flexibilización de la normativa, ya que este hecho se relacionó con un incremento del riesgo en las UHAP y una mayor necesidad de vigilancia, así como ante la retirada de contención mecánica cuando había sido precisada por conducta agresiva, por el riesgo a la repetición de un episodio de agresividad. Todo ello, en su opinión, genera además sobrecarga laboral. Paralelamente, refirieron sentimientos rumiativos de culpabilidad ante situaciones en las que se había recurrido a una contención mecánica valorada como evitable, reconociendo un trabajo inadecuado o falta de cohesión grupal. Refirieron la necesidad de sentirse seguros para poder aplicar estrategias de gestión de la alteración conductual sin recurrir a tales medidas coercitivas. Según afirmaron, esto dependía de múltiples factores, como ratio, formación, autogestión emocional, seguridad ambiental y confianza en el equipo.

Por otro lado, se identificaron sentimientos de mayor satisfacción profesional al proporcionar un cuidado humanizado, reduciendo las contenciones mecánicas.

¿Cómo definieron los participantes la humanización asistencial en las UHAP?

A partir de los hallazgos identificados en los tres grupos poblacionales, se definió la humanización asistencial en las UHAP como el conjunto de factores que permiten al profesional brindar una atención individualizada, integral y de calidad a la persona con enfermedad mental en fase aguda ingresada en la UHAP y sus cuidadores/convivientes, validada por la evidencia científica, en el marco de la ética profesional, y basada en la dignidad, el respeto y el empoderamiento de la persona, con la finalidad de apoyar y acompañar en el desarrollo de su autonomía y participación en el proceso terapéutico, en un ambiente tranquilo, de confianza y seguro, que permita

y potencie la transversalidad de la atención en salud mental, la adherencia terapéutica, la integración social y la lucha contra el estigma, mediante la relación y el vínculo terapéutico, junto con la comunicación efectiva, tratando a la persona como ser humano¹².

Para la consecución de estos propósitos, es imprescindible centrar la atención en la persona y su entorno, a la vez que en el profesional.

Como valores de la humanización asistencial, se identificaron la ética y la responsabilidad profesional, la competencia actitudinal del profesional, la competencia comunicativa, la participación de la persona en su proceso terapéutico, la capacidad de trabajo en equipo y la lucha contra el estigma y la discriminación¹².

Como líneas estratégicas de actuación y requisitos se definieron la cultura organizacional y clima laboral, el cuidado centrado en la persona y su entorno, las estrategias e intervenciones terapéuticas, las normas, funcionamiento e intervenciones en las UHAP, la seguridad y el sentimiento de protección de las personas ingresadas, los cuidadores/convivientes y los profesionales y, por último, el espacio físico y los recursos materiales¹².

Una reflexión final

Actualmente, el concepto humanización asistencial carece de una definición clara, consensuada y universal que se ajuste a todos los ámbitos sanitarios². Aunque la pregunta sería si realmente debería existir una definición única para un concepto, que destaca por la individualización del cuidado de la persona. Este estudio propone un concepto de humanización asistencial para las UHAP basado en valores y líneas estratégicas armónicas, interconectadas y cohesionadas entre sí. Sin esa conexión, sería inviable la humanización asistencial, puesto que, ya sea de forma directa o indirecta, se identifican nexos de causa-efecto, sumatorios, condicionantes o adversativos. De esta forma, cada valor y cada línea estratégica adquieren pleno significado en conexión con las demás¹².

Es importante destacar que, en ocasiones, las UHAP representan el primer contacto de la persona con patología mental con los dispositivos de salud mental, y la percepción que tengan sobre el cuidado recibido tanto las propias personas afectadas como sus convivientes influirá directamente en el afrontamiento de la patología, en la adherencia terapéutica y en su evolución. Por ello, es necesario reforzar el vínculo y la comunicación terapéutica centrada en el respeto, la dignidad, la honestidad, la empatía y la cercanía^{13,14}, ya que una percepción insatisfactoria del ingreso podría dificultar la propia gestión del cuidado.

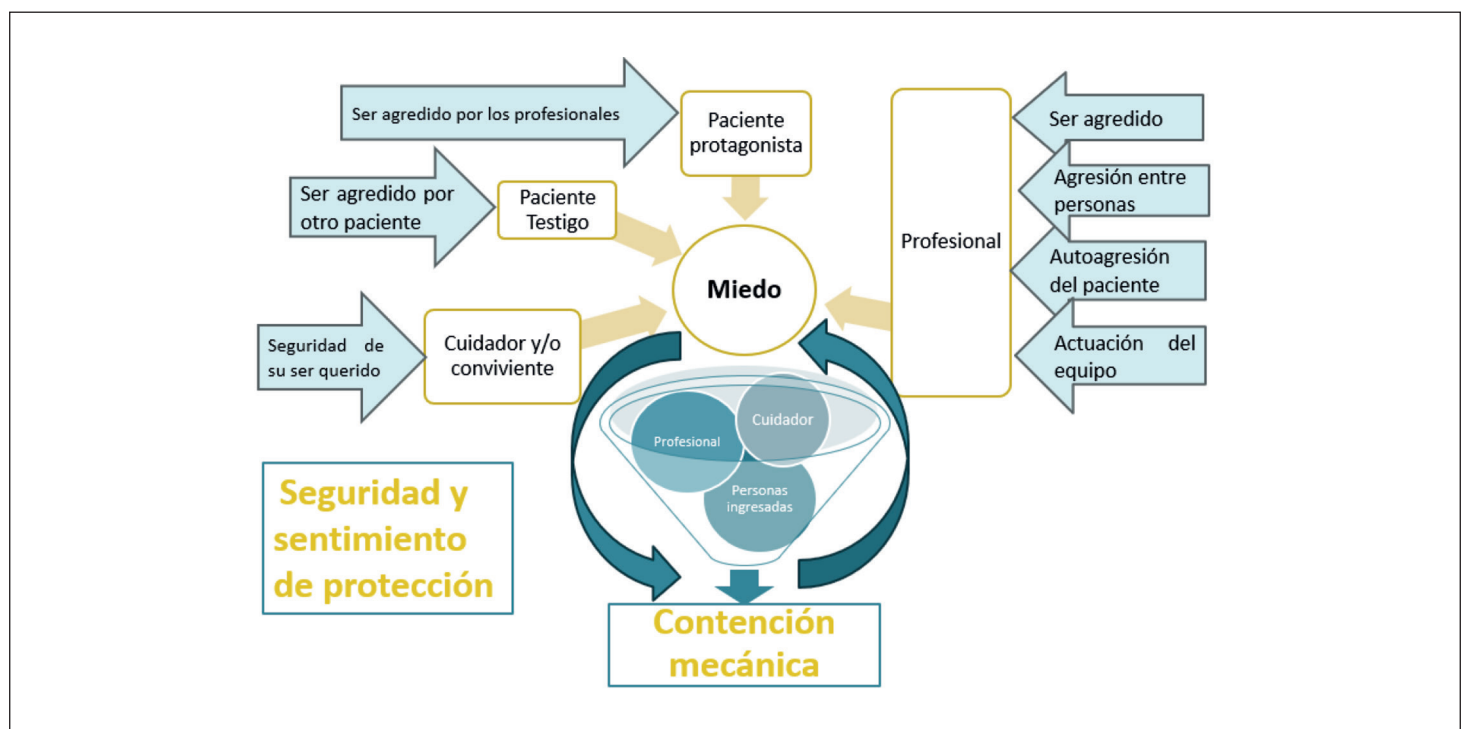


Figura 3. El miedo y su influencia en la utilización de la contención mecánica. Fuente: adaptación Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales¹¹.

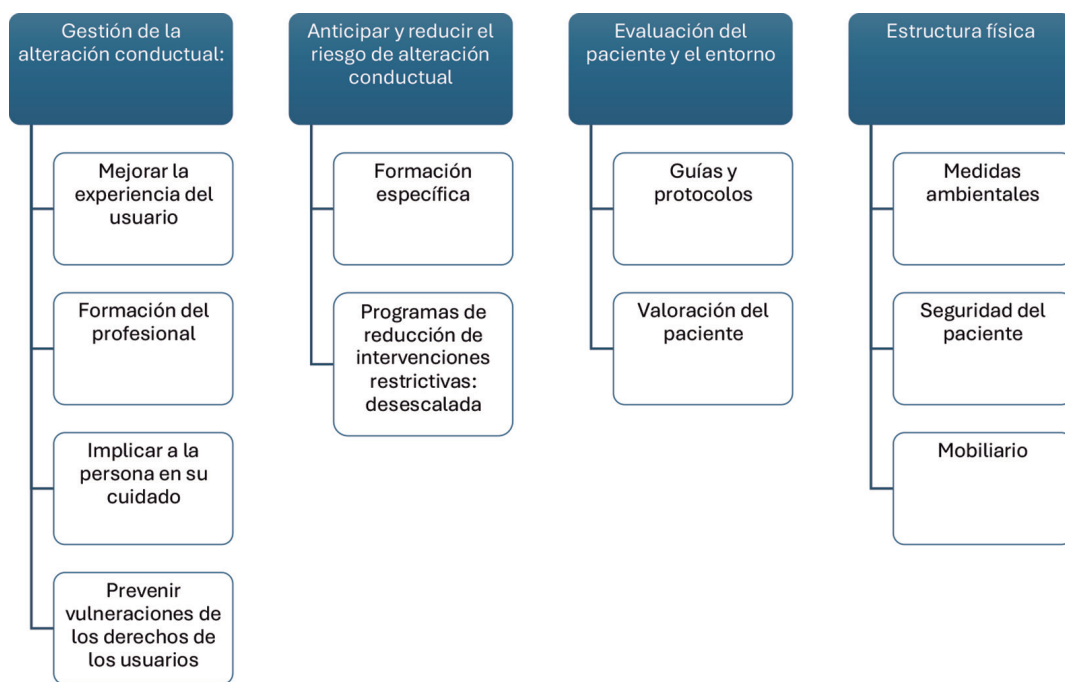


Figura 4. Medidas de prevención estáticas.

Fuente: adaptació Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero⁵.

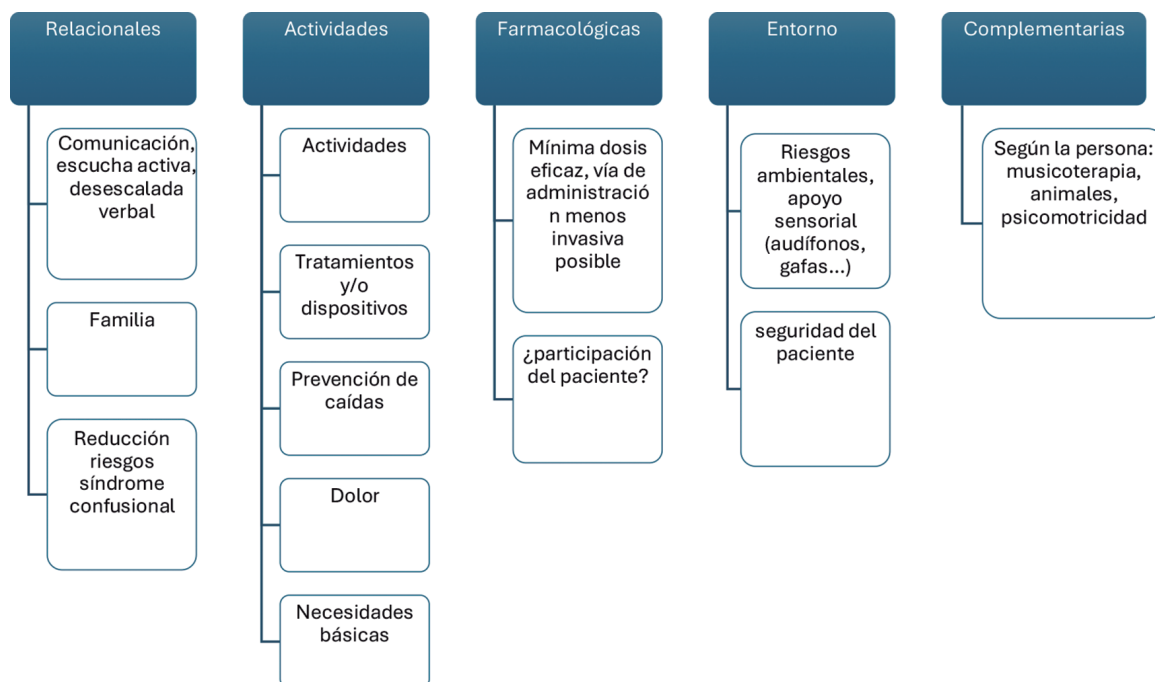


Figura 5. Medidas de prevención dinámicas.

Fuente: adaptació Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero⁵.

Resulta interesante reflexionar sobre una emoción común identificada en los tres grupos poblacionales estudiados: el miedo. La conjunción de esta emoción compartida, en un mismo tiempo y espacio, pero con diferentes perspectivas, interpretaciones, causas y posibles consecuencias, se identificó como agente facilitador de la utilización de contención mecánica de la persona que manifestaba la conducta agresiva, convirtiéndolo en uno de los principales disparadores y afectando directamente a la satisfacción del cuidado recibido y, en consecuencia, a la humanización asistencial (Figura 3).

En este contexto, reducir o evitar las contenciones mecánicas es clave para mejorar la percepción del cuidado recibido por la persona ingresada y sus cuidadores. Para ello, es necesario aplicar las medidas de prevención estáticas y dinámicas (Figuras 4 y 5)⁵ y proporcionar seguridad y confianza a los profesionales, lo cual disminuirá el miedo ante la posible conducta agresiva manifestada por algunas personas ingresadas, permitiendo gestionar mejor sus emociones, aumentando la mayor tolerancia y capacidad de resolución del conflicto y, en definitiva, favoreciendo el trabajo en equipo.

Referencias bibliográficas

- Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia Sanitaria. 2ª edición. Editorial Desclée De Brouwer.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. Patient*, 12(5), 461-474.
- Sanz-Osorio, M.T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2023). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 30(2), 162-181.
- Starfield B. (2011). Is Patient-Centered Care the same as Person-Focused Care? *Perm J*, 15(2), 63-69.
- Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús d'intervencions restrictives Avançant cap a la contenció mecànica zero [Internet]. 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/11150>
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 36, de 11 de febrero de 2022, páginas 18260-18279
- Sanz-Osorio, M.T., Monistrol, O., Vallès-Callol, V., Estrada-Bartrons, C., Martos-Torres, P., & Escobar-Bravo M. Á. (2023). Satisfacción con los cuidados de Enfermería proporcionados en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental. *Metas de Enfermería*, 26(8), 49-56.
- Priebe, S., & Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, ;18(1), 30-31.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv*, 61(3), 286-292.
- Goulet, M. H., & Larue, C. A. (2018). Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clin Nurs Res*, 27(7), 853-870.
- Sanz-Osorio M.T. (2023). Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales. Universitat de Lleida. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/689836>
- Sanz-Osorio, M.T., González-Diez, L., Sánchez-Rueda, G., Vallès, V., Escobar-Bravo, M. A., & Monistrol O. (2024). Humanised care in acute psychiatric hospitalisation units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 31(2), 228.239.
- Moreno-Poyato, A. R, Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador R., ... & Roldán Merino, J. F. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(6), 782-787.
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A.R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs*, 32, 253-263.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com

Para contactar directamente con las autoras:
María Teresa Sanz-Osorio - maitesaos71@gmail.com