

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 14 SEPTIEMBRE 2021

## EDITORIAL

**Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia**

Joan Carles March Cerdá

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre “comfort room” en salud mental**

Miriam Aragonés Calleja

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**Continuidad de cuidados en menores con problemas neuropsiquiátricos: a propósito de un caso clínico**

Irema Duran i López, Rocío Juliá-Sanchis

**Unconditional acceptance in the nurse-patient therapeutic relationship as a whole: An exploratory qualitative study in the context of mental health services**

Andrea Aznar-Huerta, Gemma Cardó-Vila, Teresa Vives-Abril, María Rosario Valera-Fernández, Juan M. Leyva-Moral, Antonio R. Moreno-Poyato

**Relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería de atención primaria en León, Nicaragua**

Lic. Lester Fidel García Guzman. Msc., Lic. Dulce María Oviedo Martínez. Msc., Katherin Yanina Carrión Silva., Katherine Massiel Reyes Rostran

AEESME

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Directora

**Dra. Vanessa Sánchez Martínez**, Enfermera especialista en salud mental y licenciada en Antropología. Profesora en la Universidad de Valencia (España).

### Editor

**Dr. Carlos Aguilera-Serrano**, Enfermero especialista en salud mental y licenciado en Antropología. Enfermero en el Servicio Andaluz de Salud y Profesor en la Universidad de Málaga (España).

### Editora Asociada

**Dra. Rocío Juliá-Sanchis**, Enfermera. Profesora en la Universidad de Alicante (España).

## COMITE EDITORIAL

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

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*  
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*  
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

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

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*

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

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*

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

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

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M<sup>a</sup> Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

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

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*

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

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

José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*

Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*

Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*

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

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

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

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

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

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

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

### Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

### Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Isabel Jordán Martínez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2021

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

**2 Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia**

*Mental health in times of pandemic for times without a pandemic*

Joan Carles March Cerdá

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

**5 Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre “comfort room” en salud mental**

*Using the senses to regulate emotions. Literature review on “comfort room” in mental health*

Miriam Aragonés Calleja

## ARTÍCULOS ORIGINALES

**12 Continuidad de cuidados en menores con problemas neuropsiquiátricos: a propósito de un caso clínico**

*Continuity of care in minors with neuropsychiatric problems: A clinical case*

Irema Duran i López, Rocío Juliá-Sanchis

**22 Unconditional acceptance in the nurse-patient therapeutic relationship as a whole: An exploratory qualitative study in the context of mental health services**

*La aceptación incondicional en la relación terapéutica enfermera-paciente en su conjunto: Un estudio cualitativo exploratorio en el contexto de los servicios de salud mental*

Andrea Aznar-Huerta, Gemma Cardó-Vila, Teresa Vives-Abril, María Rosario Valera-Fernández, Juan M. Leyva-Moral, Antonio R. Moreno-Poyato

**30 Relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería de atención primaria en León, Nicaragua**

*Relationship between family situation and workload of primary care nurses in León, Nicaragua*

Lic. Lester Fidel García Guzman. Msc., Lic. Dulce María Oviedo Martínez. Msc., Katherin Yanina Carrión Silva., Katherine Massiel Reyes Rostran



# Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia

Mental health in times of pandemic for times without a pandemic

**Joan Carles March Cerdá**

Médico, Doctor en Medicina. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Investigador del Ciberesp. Investigador del ibsGranada. Codirector de la Escuela de Pacientes. Presidente del Comité de gestión de la Red de escuelas de Salud para ciudadanos en su primera fase. Miembro del comité editorial de la *Revista de Calidad Asistencial*, *Medicina Balear* y *Revista de Comunicación y Salud*.  
Contacto: joancarles.march.easp@juntadeandalucia.es

EDITORIAL

La salud mental sigue en el furgón de cola de la sanidad. La pandemia ha sacado a la luz la necesidad de prestarle atención de urgencia. Los profesionales españoles que trabajan en el ámbito de la salud mental comentan que la pandemia provocada por el COVID-19 ha sacado a la luz, con mayor fuerza que nunca, la fragilidad de la salud mental. Algunos datos dan idea de la precariedad, ya que España solamente dedica el 5 % del gasto total en sanidad a la salud mental y solo hay 2600 psicólogos clínicos en la sanidad pública. Cifras irrisorias para atender a una población donde se prevé un incremento de trastornos mentales en torno a un 15-20 % tras la llegada de la COVID-19. Un informe sobre políticas acerca del COVID-19 y la salud mental, publicado por las Naciones Unidas el pasado mes de mayo, revela que la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto “la necesidad de aumentar urgentemente la inversión en servicios de salud mental si el mundo no se quiere arriesgar a que se produzca un aumento drástico de los trastornos psíquicos”.

Sabemos que el 6,4 % de la población europea sufre depresión, según un estudio en la revista *The Lancet Public Health*. Esta cifra es superior a la estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que calculaba en el 4,2 % la prevalencia de esta patología en la región europea. La depresión está considerada como una de las principales causas de invalidez en el mundo, incrementando el riesgo de muerte prematura, disminuyendo la calidad de vida y creando una fuerte carga para los sistemas de salud. De hecho, se calcula que puede afectar a más de 300 millones de personas en el mundo. Y en España, se habla de una prevalencia del trastorno depresivo en el 6,1 %, siendo del 8 % entre las mujeres y del 4,1 % entre los hombres.

Junto a estas cifras, hay consenso en la sociedad sobre que el principal problema de la salud mental es el acceso a ella, lo cual se traduce en largos tiempos de espera, debido a la escasez de profesionales. Esto provoca una fuerte desigualdad entre quienes pueden pagarse la atención privada y los que pasan meses conviviendo con sus trastornos esperando una cita. Si a esto se añade que, según la OMS, una de cada cuatro personas en el mundo ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida, y que los trastornos mentales serán la primera causa de discapacidad a nivel mundial en el año 2030, el escenario de la salud mental se presenta bastante desolador, si no se ponen en marcha las soluciones y las medidas necesarias.

La pandemia por COVID-19 ha provocado no sólo consecuencias en la salud física de las personas contagiadas, sino que está teniendo importantísimas consecuencias en los ámbitos social y económico, tanto a nivel mundial como local. La situación actual, de aislamiento, disminución de los contactos sociales, cambios de hábitos, problemas laborales... empieza a pasar factura a la salud mental de la población. Una de cada cinco personas que han pasado la COVID-19 se ha enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. Además, los pensamientos suicidas han aumentado entre un 8 % y un 10 %, especialmente en personas adultas jóvenes. Ha empeorado la salud mental entre las personas que viven situaciones socioeconómicas más desfavorables y entre las personas con problemas de salud mental previos.

Asimismo, los trabajadores de servicios de salud afectados por COVID-19 presentaron altas tasas de síntomas depresivos (50,4 %), ansiosos (44,6 %), insomnio (34 %), y distrés (72 %), mientras que la población general mostró

síntomas de depresión (16,5 %) y de ansiedad (28,8 %). Además, un estudio demostró que enfermeras que no trabajaban en primera línea (UCI y urgencias) tenían síntomas de trauma más severos y duraderos que aquellas en primera línea.

De un artículo que analiza 61 estudios, se desprenden tres resultados importantes. Uno, que la frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada. Así encontramos una elevada prevalencia de ansiedad (45 %), seguida de depresión (38 %), estrés agudo (31 %), *burnout* (29 %) y estrés postraumático (19 %). Dos, que existe un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental en función de factores sociodemográficos (mayor riesgo en mujeres y profesionales más jóvenes), factores sociales (falta de apoyo social, experimentar rechazo social, o estigmatización) y factores ocupacionales (desarrollar tareas asistenciales en primera línea, ser profesional de enfermería, no haber recibido formación especializada sobre este tipo de situaciones, y tener menor experiencia laboral). Y tres, que las intervenciones propuestas hasta la fecha, basadas en cambios organizativos y en formación a profesionales sanitarios, podrían mejorar la autoeficacia de los profesionales, así como ayudar a prevenir la ansiedad, depresión y calidad del sueño, aunque la evidencia disponible es muy baja.

Las desigualdades aumentan los problemas de afrontamiento y los riesgos de malos resultados en salud física y mental en colectivos vulnerables como las personas con trastorno mental, especialmente si este es grave. La peor situación socioeconómica, cultural y de salud física juega, además, en su contra. También, la pandemia ha tenido efectos severos en la salud mental de los adolescentes. Así, los intentos de suicidio juvenil han aumentado un 27 % y las tentativas de suicidio en chicas han subido un 200 %. Y, además, es importante decir que el suicidio de niños y adolescentes no se visibiliza, siendo importante rescatar sus historias, con el fin de ayudar a otros niños, adolescentes y a sus familias, tanto a detectar señales que puedan impedir su suicidio como para aprender a vivir tras el suicidio de un hijo/a.

Y es tan importante que pongamos el foco en estas dificultades en salud mental de jóvenes y niños a raíz de la pandemia, porque podemos prevenir los efectos más serios, si llegamos a tiempo. Se puede actuar –con intervenciones basadas en la evidencia sobre los síntomas si aparecen– para evitar la aparición de enfermedades o trastornos más graves. Esto supone hacer una detección precoz en los casos en que ya han aparecido síntomas. Aparte, también es necesario formación y una mejora de la capacidad de los jóvenes para afrontar la adversidad. Este es el mensaje: los suicidios son prevenibles si actuamos a tiempo sobre los efectos que tienen sobre la salud mental, el estrés y las medidas de seguridad de la pandemia.

Así, en las últimas semanas, hemos leído sobre el incremento de intentos de suicidio de jóvenes y niños, con un aumento significativo sobre antes de la pandemia. Esto es preocupante, pero también lo es el crecimiento de los ingresos por trastornos de conducta alimentaria, por ansiedad, etc. Este incremento de casos es solo la punta del iceberg de una situación de mucho sufrimiento que está afectando a nuestros niños y jóvenes.

Un año de confinamiento para una joven de 15 es una parte muy importante de su vida. Hemos dejado a los niños sin escuela al principio de la pandemia sin ninguna evidencia científica. Y no sabemos aún cuál será el impacto a largo plazo de todo este periodo. Sin duda, hemos de pedir prudencia a los jóvenes en sus comportamientos, pero también mesura a las autoridades en sus restricciones. Creo que es hora de poner el foco en nuestros jóvenes y pedir más comprensión con sus necesidades. Hay que avanzar en la manera de establecer relaciones y de organizar la sociedad con los más jóvenes, pero sobre todo en las propuestas que podamos hacer a esos ciudadanos, hoy adolescentes, que aprenden a la vez a usar diversión e intentar ser adultos responsables. Y para ello no queda otra que situarse junto a ellos, combinando conocimiento y experiencia con afecto. Será imposible ayudarles cuando tengan problemas si antes no hemos sido capaces de prestarles ayuda cuando estaban en crisis y si no se está cerca de ellos en el día a día. En general, los adultos tenemos contradicciones al considerar a los jóvenes como socialmente problemáticos. Alunos apenas pueden dejar de mirarlos inquisitoriamente, incapaces de mirar sin juzgar, cuando los jóvenes suelen emitir primero mensajes y peticiones de comprensión.

El suicidio de menores encuentra su caldo de cultivo en la falta de concienciación, visibilización e información sobre este tema. Ahora con el problema de salud mental que nos ha generado la pandemia nos impresiona más ver cómo está aumentando el problema del suicidio en los más jóvenes. Preocupan mucho las conductas suicidas entre los más jóvenes en la pandemia. Las evidencias directas y clínicas indican que hay que tener mucho cuidado con los adolescentes por el efecto en su desarrollo neurobiológico de la formación exclusivamente a través de las pantallas, sin interacción social. Tras el aislamiento, el cerrojazo, las restricciones de la movilidad, nos damos cuenta de que el gregarismo, sobre todo en situaciones de emergencia, tiene un valor notable y más para los jóvenes. Hay que dar voz a los pacientes, a los que sufren, y ayudarlos.

Y, ante ello, ¿qué puede ayudar a nuestra salud mental y nuestro bienestar? Algunos consejos podrían ser mantener relaciones con personas de confianza. Ayudar y apoyar a otros, tratando de aceptar las preocupaciones o comportamientos de otras personas. Hablar sobre las preocupaciones de cada una de las personas que nos rodean o de las nuestras. Cuidar nuestro bienestar físico, ya que la salud física tiene un gran impacto en cómo uno se siente emocional y mentalmente. Caminar diariamente. Cuidar el sueño, ya que sentirse ansioso o preocupado puede hacer que sea más difícil dormir bien por la noche. Intentar mantener patrones de sueño regulares y mantener buenas prácticas de higiene del sueño, como evitar móviles y iPads antes de acostarse. Tratar de manejar los sentimientos difíciles. Tratar de concentrarse en las cosas que uno puede controlar. Administrar el consumo de medios e información, ya que las noticias todo el día y las constantes actualizaciones de las redes sociales pueden hacer que nos preocupemos más. Recopilar información de alta calidad que ayude a determinar con precisión nuestro propio riesgo o el de otras personas de contraer coronavirus (COVID-19). Encontrar una fuente fiable en la que poder confiar y comprobar la información que obtenemos de las noticias, las redes sociales o de otras personas. Pensar en cómo la información inexacta podría afectar y no caer en los bulos en salud. Tratar de no compartir información sin verificar los hechos con fuentes fiables. Pensar en nuevas rutinas diarias, adaptándonos y creando nuevas rutinas positivas, para conseguir participar en actividades útiles o significativas. Hacer cosas que nos ayuden a disfrutar, para minimizar la ansiedad, la depresión o la soledad. Establecer objetivos y alcanzarlos para tener una sensación de control. Mantener la mente activa. Tomarse el tiempo para relajarse y concentrarse en el presente, ya que esto puede ayudar con las emociones difíciles. Y pasar tiempo en espacios verdes para beneficiarnos en nuestro bienestar mental y físico. Mucho por hacer en un entorno difícil en la pandemia y también para después de ella.

## Bibliografía

1. Ricci I, Ruiz I. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. <https://www.easp.es/web/coronavirus/saludpublica/el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitarios/>
2. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research.* 2020;26:e923549.
3. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity.* 2020.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open.* 2020;3(3):e203976-e.
5. Aiello A, Khayeri MY-E, Raja S, Peladeau N, Romano D, Leszcz M, et al. Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic. *The Journal of continuing education in the health professions.* 2011;31(1):15-20.
6. Maunder RG, Lancee WJ, Mae R, Vincent L, Peladeau N, Beduz MA, et al. Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research.* 2010;10(101088677):72.
7. Chen R, Chou K-R, Huang Y-J, Wang T-S, Liu S-Y, Ho L-Y. Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: a longitudinal survey. *International journal of nursing studies.* 2006;43(2):215-25.
8. Ricci I y cols. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-de-interes/noticias/773-el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitarios>
9. Jeff Huaracaya-Victoria. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
10. Prof Vikram Patel, PhD, Shekhar Saxena, MD, Prof Crick Lund, PhD, Prof Sir Graham Thornicroft, PhD, Florence Baingana, MSc, Paul Bolton, MBBS et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext)
11. Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M, Valderas JM, Dregan A, Alonso J. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health.* 2021 May 4:S2468-2667(21)00047-5. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00047-5.
12. Jorge Arias de la Torre, Gemma Vilagut, Vicente Martín, Antonio J Molina, Jordi Alonso. Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *Journal of Affective Disorders, Volume 239, 15 October 2018, Pages 203–207.* <https://bit.ly/2RL5fsI>





# Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre “comfort room” en salud mental

Using the senses to regulate emotions. Literature review on “comfort room” in mental health

**Miriam Aragonés Calleja**

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

Contacto: Miriam Aragonés Calleja, aragones\_mir@gva.es

Fecha de recepción: 15 de mayo 2021 / Fecha de aceptación: 3 de septiembre 2021

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo principal de esta revisión fue examinar la evidencia científica publicada hasta la fecha sobre la implementación de salas sensoriales/comfort en unidades psiquiátricas.

**Método:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Scopus y EMBASE empleando la siguiente estrategia de búsqueda: (*relaxation room OR sensory room OR comfort room*) AND (*mental health OR mental illness OR psychiatrist\**). Finalmente, se incluyeron un total de 15 artículos.

**Resultados:** Los principales objetivos de las salas sensoriales son proporcionar un ambiente terapéutico de apoyo, mejorar la calidad de la experiencia dentro del ambiente de la sala y apoyar a las personas a la regulación emocional durante períodos de angustia y crisis. Algunos de los aspectos positivos del uso de estas salas son el aumento del bienestar general de los usuarios/as y la reducción de las medidas coercitivas ante un episodio de agitación.

**Conclusiones:** Aunque el uso de las salas sensoriales en psiquiatría es algo novedoso y necesita más investigación sobre su efectividad, la escasa literatura muestra que las “salas de confort” son una herramienta eficaz para fomentar la independencia de la gran mayoría de los usuarios/as en su regulación emocional.

*Palabras clave:* confort, relajación, sala sensorial y salud mental.

## Abstract

**Objective:** The main objective of this review was to examine the scientific evidence published to date on the implementation of sensory/comfort rooms in psychiatric units.

**Method:** A bibliographic review was carried out in the Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Scopus and EMBASE databases using the following search strategy: (*relaxation room OR sensory room OR comfort room*) AND (*mental health OR mental illness OR psychiatrist\**). Finally, a total of 15 articles were included.

**Results:** The main objectives of the sensory rooms are: to provide a supportive therapeutic environment, to improve the quality of the experience within the environment of the room and to support people in emotional regulation during periods of distress and crisis. Some of the positive aspects of the use of these rooms are the increase in the general well-being of the users and the reduction of coercive measures in the event of an episode of agitation.

**Conclusions:** Although the use of sensory rooms in psychiatry is something new and needs more research on its effectiveness, the limited literature shows that “comfort rooms” are an effective tool to promote the independence of the vast majority of users in their emotional regulation.

*Keywords:* comfort, relaxation, sensory room and mental health.

## Introducción

Jean Ayers desarrolló la teoría de la integración/estimulación sensorial a finales de la década de 1960 en los Países Bajos y fue descrito por primera vez en el Reino Unido por Hulsege y Verheul (1987). Esta teoría proporciona información sobre cómo se sinteti-

za, organiza y procesa la información sensorial entrante. Originalmente, esta teoría se desarrolló para niños con trastornos del procesamiento sensorial, pero, más adelante, se observó que algunas enfermedades psiquiátricas que suelen desarrollarse en la edad adulta (como la esquizofrenia o la depresión) también pueden tener problemas en el procesamiento sensorial<sup>1,2</sup>.

Los primeros trabajos en este campo llamaron a esta intervención *snoezelen*, que es una palabra holandesa que significa ‘explorar’ y ‘relajarse’, pero su uso se ha extendido por todo el mundo, y desde la década de 1990, las salas sensoriales se han utilizado en muchos entornos de atención médica diferentes (problemas de aprendizaje en adultos, casos de la demencia, niños con necesidades especiales, pediatría, maternidad, manejo del dolor crónico, accidente cerebrovascular y traumatismo craneoencefálico y psiquiatría de adultos)<sup>3,4</sup>.

La modulación sensorial es la forma en que las personas regulan y responden neurológicamente a la información sensorial del entorno y de sí mismas<sup>5</sup>. Durante las crisis de salud mental, la confluencia de altos niveles de estrés, cambios cognitivos y perceptuales significativos y la angustia emocional pueden provocar hiper- o hiposensibilidad a la información sensorial. La teoría de la modulación sensorial sugiere que al aprender y usar el autocontrol y regular la respuesta a los estímulos, las personas pueden evitar que la angustia se acumule y derive en un comportamiento agresivo<sup>1,6</sup>. Una definición ampliamente aceptada de modulación sensorial se refiere a “la capacidad de regular y organizar el grado, la intensidad y la naturaleza de las respuestas a la información sensorial de manera gradual y adaptativa (...) para lograr y mantener un rango óptimo de rendimiento y adaptarse a desafíos en la vida diaria”<sup>7</sup>.

Las técnicas restrictivas en los entornos de salud mental a nivel internacional son frecuentemente empleadas para abordar estados de agitación, pero el cambio internacional en los tratamientos de salud mental hacia un enfoque de recuperación significa que los profesionales de la salud deben usar métodos menos coercitivos; y una alternativa a ello son las salas sensoriales<sup>1,8,9,11</sup>. En los últimos años, ha habido un creciente interés en el uso de salas sensoriales y estrategias basadas en los sentidos que se centran en la recuperación del usuario/a, permitiéndoles adquirir habilidades de autocontrol y autogestión para la regulación emocional<sup>1,4,11,12</sup>. Por ello, las intervenciones sensoriales se han vuelto más visibles en entornos psiquiátricos como una herramienta adicional para que las personas manejen los síntomas, y los profesionales de la salud mental han comenzado a comprender su importancia<sup>7</sup>.

Las habitaciones sensoriales también se denominan habitaciones multisensoriales o habitaciones confort<sup>1,4</sup>, e incluso en un estudio desarrollado por Forsyth y

Trevarrow<sup>11</sup>, los profesionales y usuarios/as acordaron denominarla “sala de descanso” y “sala de relajación”.

Cuando un paciente está estresado, la capacidad de pensar y resolver problemas disminuye, lo que hace que el paciente sea menos capaz de aprovechar las terapias cognitivas y precise de otras como las sensoriales<sup>13</sup>. Las salas en sí, las actitudes y el enfoque de los miembros del personal juegan un papel importante en la determinación del resultado y la efectividad de esta intervención<sup>4</sup>.

## Objetivos

El objetivo principal de esta revisión fue examinar la evidencia científica publicada hasta la fecha sobre la implementación de salas sensoriales/comfort en unidades psiquiátricas. Como objetivos secundarios se fijaron explorar los principales objetivos de estas salas, sus aspectos positivos y negativos y dar a conocer sus características más importantes.

## Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura mediante una búsqueda retrospectiva para identificar estudios relacionados con la implementación de salas sensoriales en unidades de psiquiatría. La búsqueda se realizó durante el mes de mayo-junio de 2021. Se emplearon los operadores booleanos OR y AND junto con los términos en inglés *relaxation room*, *sensory room*, *comfort room*, *mental health*, *mental illness* y *psychiatr\**, dando lugar a la siguiente estrategia: (*relaxation room* OR *sensory room* OR *comfort room*) AND (*mental health* OR *mental illness* OR *psychiatr\**).

El único filtro empleado fue que los términos estuviesen en el *Title/Abstract*. Las principales fuentes de información consultadas fueron Pubmed, CINAHL, CUIDEN, Scopus y EMBASE. No se estableció preferencia de idioma ni se tuvo en cuenta el año de publicación, para así disponer de todo el material publicado hasta la fecha.

Los criterios de inclusión fueron artículos científicos primarios, adecuados al objetivo de la revisión, artículos con acceso a texto completo y artículos cuyo ámbito de estudio fuera la psiquiatría. Como criterios de exclusión: artículos no primarios, que se desviaran del objetivo de la revisión, que no tuvieran acceso al texto completo y que la implementación de las salas



sensoriales fuera en entornos diferentes a la psiquiatría.

Considerando las bases de datos expuestas, inicialmente se encontraron 115 artículos, pero después de adoptar los criterios de inclusión y exclusión y leer los títulos/resúmenes de los artículos, seleccionamos 15 de ellos (10 PubMed, 5 CINHALL) para la lectura completa e inclusión en esta revisión.

## Resultados

De los 15 artículos finales incluidos, seis están realizados en EE. UU., cuatro en Australia, dos en Suecia, dos en Inglaterra y uno en Dinamarca. Ocho de todos ellos se corresponden con los últimos cinco años de evidencia científica. Las revistas donde están publicados corresponden a revistas internacionales de alto impacto, destacando tres artículos en *International Journal of Mental Health Nursing* y cuatro en *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Solo dos estudios exploran el impacto de las *comfort room* en adolescentes<sup>15,16</sup>, todos los demás se centran en población adulta (ver tabla 1 para más detalles).

### Objetivos salas sensoriales en salud mental

Los enfoques sensoriales son un método cada vez más popular para ayudar a los usuarios/as a autorregularse y relajarse, creando espacios tranquilos y seguros a través del uso de los sentidos<sup>15</sup>. Tras la revisión de la literatura, podemos enumerar los siguientes objetivos<sup>10,11,14,19</sup>:

1. Proporcionar un ambiente terapéutico saludable y seguro donde las personas practiquen estrategias de autoalivio.
2. Apoyar a las personas con la regulación emocional durante períodos de angustia y crisis.
3. Ayudar a lograr y mantener niveles funcionales de estimulación.
4. Mejorar la calidad de la experiencia dentro del ambiente de las salas de psiquiatría.
5. Enseñar a los usuarios/as del servicio estrategias para manejar la angustia mientras están en el hospital y después del alta.
6. Proporcionar un espacio de apoyo para promover el bienestar del personal.

### Aspectos positivos y negativos

El uso de una sala sensorial proporciona una amplia gama de beneficios tanto para los usuarios/as como para el personal de unidades psiquiátricas<sup>11,17</sup>. Las habitaciones tienen un efecto mayormente positivo en la regulación emocional y el bienestar de los usuarios/as<sup>4</sup>, pero también varios estudios han demostrado una reducción de la angustia, reducción del estrés<sup>1,4,19</sup> y reducción de la medicación requerida, así como menores tasas de aislamiento y restricción<sup>19</sup>. La modulación sensorial es un enfoque complementario a otras herramientas o procedimientos como la desescalada, que se asocia a tasas reducidas de reclusión y restricción en la atención de la salud mental<sup>2,11,12</sup>, aunque es necesario realizar más investigaciones en esta área<sup>2</sup>.

El uso de salas sensoriales en la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados es relativamente nuevo y está poco estudiado. Además, requiere de capacitación del personal (sesiones de entrenamiento, probar los diferentes artículos sensoriales sobre sí mismos, desarrollar una guía para el personal para el uso de las habitaciones, etc.)<sup>7,10,14</sup>.

Por otro lado, pueden existir opiniones diversas entre el personal y los usuarios/as; por ejemplo, profesionales que se niegan a usarlas, que los usuarios/as lo vean como algo inútil, que se sientan atrapados dentro de la sala o bien que la usen en exceso y no quieran salir de ella<sup>4</sup>. La percepción general del personal suele ser que a través del uso de estas salas se produce una disminución de las tasas de aislamientos, valorando la sala sensorial como algo nuevo, positivo e innovador, que mejora la comunicación entre el personal y el usuario/a y reduce el uso de medidas coercitivas<sup>4,14,18</sup>.

Como ejemplo, un estudio cualitativo muy reciente<sup>12</sup> cuyo objetivo fue aumentar el conocimiento sobre las experiencias de los pacientes con el uso de salas sensoriales en la atención psiquiátrica hospitalaria, mostró que la gran mayoría de los usuarios/as informaron de vivencias positivas con el uso de salas sensoriales. Describieron beneficios en cuanto a *calma emocional* (una estancia en la sala sensorial a menudo se asociaba con sentimientos de placer, y la atmósfera se consideraba armoniosa), *calma corporal* (usar la sala podría tener un impacto positivo en la tensión muscular, a menudo percibida por los participantes como una manifestación de problemas de ansiedad) y *empoderamiento del usuario/a* (la libertad de tomar decisiones

en relación con el uso de la sala sensorial les permitió identificarse como personas capaces de tomar decisiones y mejorar su autoestima).

La mayoría de los estudios se han realizado en unidades de agudos de psiquiatría, pero, por ejemplo, un estudio de casos y controles realizado en Melbourne (Australia) en el año 2016 con usuarios/as internados en una unidad psiquiátrica penitenciaria<sup>1</sup>, también demostró que utilizar una sala sensorial ayudaba a disminuir el estrés, y que cuando la iniciativa del uso partía del propio usuario/a se obtenían mayores beneficios.

Otro estudio muy reciente<sup>5</sup> realizado en una unidad de rehabilitación de salud mental para adultos, el primero en este ámbito, proporcionó los mismos hallazgos que en otros contextos, apoyando los beneficios del empleo de las salas sensoriales.

Aunque las consecuencias negativas reportadas son escasas, sí son relevantes y conviene mencionarlas. En ocasiones, algunos usuarios/as que presentaban ideas autolíticas, reforzaban estos pensamientos tras el uso de la habitación. Otro usuario/a, sufrió una agudización de alucinaciones auditivas y un pequeño porcentaje de personas han tenido ataques de pánico y experiencias claustrofóbicas<sup>4</sup>.

### *Características principales*

La aplicación de intervenciones sensoriales requiere la modificación del entorno físico, el desarrollo de un plan de crisis individualizado, la creación de la sala sensorial y la capacitación continua del personal sobre modulación sensorial e intervenciones sensoriales como se ha comentado anteriormente<sup>7,10,11</sup>. Durante los primeros días de ingreso, el terapeuta ocupacional y/o enfermero/a, ha de reflejar en este plan individualizado las preferencias sensoriales del usuario/a ante situaciones complejas. Los usuarios/as también pueden elegir los elementos sensoriales que pueden ayudar a regular su angustia y mejorar su bienestar<sup>1,2,5,16</sup>.

Las habitaciones ofrecen elementos de estimulación táctil, visual, auditiva y olfativa<sup>5,12</sup>. Comúnmente, están pintadas de blanco o un tono pastel, y suelen estar equipadas con una silla reclinable, una alfombra, mantas suaves, un proyector con imágenes elegidas por los usuarios/as, una luz regulable, música terapéutica y relajante (por ejemplo, sonidos de la naturaleza), aceites aromáticos (lavanda, limón, rosa y pino), libros y

revistas, y una variedad de objetos de mano que ofrecen sensaciones táctiles o visuales particulares a cada persona<sup>2,4,7,13,19</sup>. No obstante, el material que se utiliza en los espacios no sigue un criterio estandarizado, depende del personal que vaya a hacer uso de ella y de los objetivos que se quieran trabajar<sup>12</sup>.

Las personas hospitalizadas pueden tratarse individualmente o en grupos dependiendo de su nivel de agitación y existen diferentes niveles de supervisión. En un primer momento, todos requieren el uso de la sala junto a un profesional para realizar la intervención, pero si los usuarios/as no están bajo observación especial y tienen experiencia en su uso, son libres de elegir si quieren quedarse solos en la habitación o estar acompañados<sup>2,12</sup>.

### **Discusión**

No todas las personas disfrutan o se benefician de la terapia multisensorial, además, la respuesta de un individuo puede variar ante diferentes escenarios. Se ha observado que, para algunas personas, el entorno estimulante puede tener el efecto de aumentar el nivel de agitación existente, y para otras, o para la misma persona en una ocasión diferente, puede tener un efecto calmante<sup>3</sup>. Esto demuestra la importancia de hacer una buena valoración del usuario/a para recomendar o no el uso de las salas sensoriales, pues podría haber efectos negativos. El problema reside en que la mayoría de los estudios publicados no informan sobre qué perfiles de usuarios/as tienen más probabilidades de beneficiarse de las salas, por lo que se necesita investigación más detallada al respecto<sup>16</sup>.

El uso de estrategias sensoriales en la salud mental se considera un área de práctica emergente y, a pesar de ser un área de especialización de terapeutas ocupacionales, están siendo estudiadas y adoptadas por otras disciplinas como la enfermería<sup>14</sup>, de ahí que en los artículos se hable de ambos profesionales como responsables del espacio.

Se encontraron dos revisiones ya publicadas sobre el tema. La primera de ellas en el año 2015<sup>20</sup>, donde se concluía que los enfoques sensoriales parecían ser seguros y efectivos. En general, los usuarios/as informaron de una mejoría de la angustia con la participación en intervenciones sensoriales, pero los resultados en términos de reducción de la reclusión y la restricción fueron mixtos; algunos estudios informaron de una disminución, otros decían que no hubo cambios y

uno informó un aumento. La segunda revisión, en este caso sistemática<sup>21</sup>, publicada este mismo año 2021, analizó 16 estudios y detectó principalmente cuatro efectos positivos de las salas sensoriales: calmar el estado de ánimo del paciente, calmar el cuerpo del paciente, mejora de la capacidad de autocuidado y mejora de la relación enfermera-paciente, concordando con los estudios analizados en esta revisión.

Nuestros quince artículos corresponden al ámbito internacional, dejando un vacío científico a nivel nacional, aunque, en España, la primera *comfort room* o sala de confort se creó en el año 2018 en una unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Santa Lucía en Cartagena. El objetivo principal de esta iniciativa pionera en nuestro país fue crear un espacio diseñado para humanizar el cuidado del paciente en situación de crisis y que los profesionales puedan emplear alternativas a las técnicas habituales de contención para disminuir la agitación y conducta agresiva de algunos pacientes. Otra iniciativa más reciente, en 2020, fue la creación de una sala sensorial en la unidad infanto-juvenil de psiquiatría del Hospital La Fe, en Valencia.

Es evidente que se están desarrollando estrategias para frenar el uso de las medidas coercitivas en unidades de salud mental, entre ellas la implementación de salas sensoriales<sup>22,23,24,25</sup>, y aunque la escasa literatura muestra que es una herramienta eficaz para fomentar la independencia de la gran mayoría de los usuarios/as en su regulación emocional, los resultados tienden a ser algo inespecíficos y heterogéneos. Por ello, se estima necesario que la implementación de estos espacios se acompañe de una investigación más rigurosa, tanto cualitativa como cuantitativa, sobre el diseño de las salas, los criterios de inclusión, el perfil de usuario/a potencial de su uso, sus beneficios y sus contraindicaciones.

## Conclusiones

Brindar oportunidades a las personas que experimentan síntomas agudos para regular sus propias respuestas emocionales y conductuales a través de la ayuda sensorial es considerado como una estrategia prometedora en la atención de salud mental, pero su uso es algo muy novedoso y requiere de investigación más rigurosa. Por último, la implementación de enfoques sensoriales y la capacitación del personal, junto con otras estrategias, es una consideración a tener en cuenta en los servicios que deseen reducir las medidas coercitivas.

## Referencias bibliográficas

1. Wiglesworth S, Farnworth L. An Exploration of the Use of a Sensory Room in a Forensic Mental Health Setting: Staff and Patient Perspectives. *Occupational Therapy International* 2016 Sep;23(3):255-264. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oti.1428>
2. Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nordic Journal of Psychiatry* 2017 Oct 3;71(7):525-528. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08039488.2017.1346142>
3. Baillon S, van Diepen E, Prettyman R. Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002 Nov;8(6):444-450. doi:10.1192/apt.8.6.444
4. Björkdahl A, Perseius K, Samuelsson M, Lindberg MH. Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing* 2016 Oct;25(5):472-479. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12205>
5. Dorn E, Hitch D, Stevenson C. An Evaluation of a Sensory Room within an Adult Mental Health Rehabilitation Unit. *Occupational Therapy in Mental Health [Internet]*. 2020 Apr [cited 2021 Jun 7];36(2):105-18. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143635892&lang=es&site=ehost-live&scope=site>.
6. Sutton D, Nicholson E. Sensory modulation in Acute Mental Health wards: a qualitative study of staff and service user perspectives. 2012; Available at: <http://hdl.handle.net/10292/4312>.
7. Chalmers A, Harrison S, Mollison K, Molloy N, Gray K. Establishing sensory-based approaches in mental health inpatient care: a multidisciplinary approach. *Australasian Psychiatry* 2012 Feb;20(1):35-39. Available at: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856211430146?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856211430146?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
8. Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004 Sep;42(9):34-44.
9. Sivak K. Implementation of comfort rooms: to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services [Internet]*. 2012 Feb [cited 2021 Jun 7];50(2):24-34. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104524418&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
10. Martin BA, Suane SN. Effect of Training on Sensory Room and Cart Usage. *Occupational Therapy in Mental Health [Internet]*. 2012 Apr [cited 2021 Jun 7];28(2):118-28. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104460412&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
11. Forsyth AS, Trevarrow R. Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward. *International Journal of Mental Health Nursing* 2018 Dec;27(6):1689-1697. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12466>
12. Hedlund Lindberg M, Samuelsson M, Perseius K, Björkdahl A. The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019 Aug;28(4):930-939. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12593>
13. Knight M, Adkison L, Kovach JS. A Comparison of Multisensory and Traditional Interventions on Inpatient Psychiatry and Geriatric Neuropsychiatry Units. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2010 Jan;48(1):24-31. DOI:10.3928/02793695-20091204-03 Available at:

- [https://www.researchgate.net/publication/41147160\\_A\\_Comparison\\_of\\_Multisensory\\_and\\_Traditional\\_Interventions\\_on\\_Inpatient\\_Psychiatry\\_and\\_Geriatric\\_Neuropsychiatry\\_Units](https://www.researchgate.net/publication/41147160_A_Comparison_of_Multisensory_and_Traditional_Interventions_on_Inpatient_Psychiatry_and_Geriatric_Neuropsychiatry_Units)
14. Kothari J, Seruya F. OTs' and Clinical Staffs' Perceptions of Sensory Rooms in Mental-Health Settings...2020 AOTA Annual Conference & Expo. American Journal of Occupational Therapy [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2021 Jun 7];74(Sup1):1. Available from:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=144797477&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
  15. Seckman A, Paun O, Heipp B, Van Stee M, Keels-Lowe V, Beel F, Spoon C, Fogg L, Delaney KR. Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2017 May;30(2):90-97. doi: 10.1111/jcap.12174. Epub 2017 Jun 27. PMID: 28653508.
  16. West M, Melvin G, McNamara F, Gordon M. An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit. *Aust Occup Ther J*. 2017 Jun;64(3):253-263. doi: 10.1111/1440-1630.12358. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28138979.
  17. Sunny Chieh Cheng, Wen-Shin Hsu, Shu-Hua Shen, Mei-Chi Hsu, Mei-Feng Lin. Dose-Response Relationships of Multisensory Intervention on Hospitalized Patients With Chronic Schizophrenia. *Journal of Nursing Research* (Lippincott Williams & Wilkins) [Internet]. 2017 Feb [cited 2021 Jun 7];25(1):13-20. Available from:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=121048534&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
  18. Smith S, Jones J. Use of a sensory room on an intensive care unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014 May;52(5):22-30. doi: 10.3928/02793695-20131126-06. Available at:  
<https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20131126-06>
  19. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2010 Jun;48(6):26-30. doi: 10.3928/02793695-20100303-02.
  20. Scanlan JN, Novak T. Sensory approaches in mental health: A scanning review. *Aust Occup Ther J*. 2015 Oct;62(5):277-85. doi: 10.1111/1440-1630.12224. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26358506.
  21. Ma D, Su J, Wang H, Zhao Y, Li H, Li Y, Zhang X, Qi Y, Sun J. Sensory-based approaches in psychiatric care: A systematic mixed-methods review. *J Adv Nurs*. 2021 May 5. doi: 10.1111/jan.14884. Epub ahead of print. PMID: 33951221.
  22. McSherry B. Regulating seclusion and restraint in health care settings: The promise of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2017 Jul - Aug;53:39-44. DOI: 10.1016/j.ijlp.2017.05.006.
  23. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey, F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review. 2018. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.
  24. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;142(1): 27-39. 10.1111/acps.13152
  25. World Health Organization (WHO). Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training: course slides. World Health Organization. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329747>

TÍTULO	AUTORES /AÑO	REVISTA	PAÍS	TIPO DE ARTÍCULO	OBJETIVO
OTs' and Clinical Staffs' Perceptions of Sensory Rooms in Mental-Health Settings	Kothari & Seruya 2020 <sup>14</sup>	Health Services Research	EE. UU.	Estudio de métodos mixtos	Explorar las percepciones y experiencias de los terapeutas ocupacionales y otros miembros del personal sobre el desarrollo, implementación y uso de salas sensoriales en entornos de salud
An Evaluation of a Sensory Room within an Adult Mental Health Rehabilitation Unit.	Dorn <i>et al.</i> 2020 <sup>5</sup>	Occupational Therapy in Mental Health	Australia	Estudio pre/post intervención.	Determinar el impacto de una sala sensorial en la excitación del usuario/a (ya sea autoinformada u observada) en una unidad de rehabilitación de salud mental para adultos.
The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care.	Hedlund <i>et al.</i> 2019 <sup>12</sup>	International Journal of Mental Health Nursing	Suecia	Estudio cualitativo.	Examinar las experiencias de los usuarios/as que optaron por utilizar salas sensoriales en siete tipos diferentes de salas de hospitalización
Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room	Forsyth & Trevarrow 2018 <sup>11</sup>	International Journal of Mental Health Nursing	Inglaterra	Estudio cualitativo.	Buscar las perspectivas del personal para evaluar la efectividad de la sala sensorial en el manejo de la angustia emocional y explorar qué efecto tenía esta sala en los comportamientos del personal con respecto a las intervenciones sensoriales.
Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: A case control study.	Andersen <i>et al.</i> 2017 <sup>2</sup>	Nordic Journal of Psychiatry	Dinamarca	Estudio de casos y controles.	Usar la modulación sensorial para reducir la restricción y el aislamiento en la atención de salud mental de pacientes hospitalizados.
Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention.	Seckman <i>et al.</i> 2017 <sup>15</sup>	Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing	EE. UU.	Intervención pre/post.	Reducir el uso de restricción/seclusión de los adolescentes en la unidad, mejorar la seguridad de la unidad, mejorar las relaciones entre el personal y el paciente y proporcionar una intervención sensorial en la sala que fuera segura y eficaz.
An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit.	West <i>et al.</i> 2017 <sup>16</sup>	Aust Occup Ther J.	Australia	Intervención pre/post.	Examinar si el uso guiado de la sala sensorial puede reducir la angustia de los adolescentes e identificar las características de los usuarios/as de la sala sensorial.
Dose-Response Relationships of Multisensory Intervention on Hospitalized Patients With Chronic Schizophrenia.	Sunny <i>et al.</i> 2017 <sup>17</sup>	Journal of Nursing Research	EE. UU.	Casos y controles.	Evaluar la relación entre los efectos y la dosis-respuesta de la intervención multisensorial en pacientes con esquizofrenia crónica en un hospital de rehabilitación psiquiátrica.
Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences.	Björkdahl <i>et al.</i> 2016 <sup>4</sup>	International Journal of Mental Health Nursing	Suecia	Estudio descriptivo transversal.	Evaluar las experiencias del personal con las expectativas, la implementación y los efectos del trabajo con salas sensoriales.
An exploration of the use of a sensory room in a forensic mental health setting: Staff and patient perspectives.	Wiglesworth & Farnworth 2016 <sup>1</sup>	Occupational Therapy International	Australia	Estudio de métodos mixtos	Explorar el uso de una sala sensorial en un hospital forense desde la perspectiva del personal y los pacientes.
Use of a sensory room on an intensive care unit.	Smith & Jones 2014 <sup>18</sup>	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	Inglaterra	Estudio de métodos mixtos	Explorar el uso de una sala sensorial en una unidad de cuidados intensivos psiquiátricos (PICU), con un enfoque particular en el efecto sobre las tasas de reclusión y las experiencias del personal y los pacientes al usar la sala sensorial.
Establishing sensory-based approaches in mental health inpatient care: A multidisciplinary approach.	Chalmers <i>et al.</i> 2012 <sup>7</sup>	Australasian Psychiatry	Australia	Estudio observacional.	Explorar la eficacia de la implementación de una sala sensorial.
Effect of Training on Sensory Room and Cart Usage.	Martin & Suane 2012 <sup>10</sup>	Occupational Therapy in Mental Health	EE. UU.	Intervención pre/post.	Evaluar la efectividad de la educación sobre la consistencia del uso de las salas sensoriales dentro de una gran instalación de salud mental.
Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities.	Cummings <i>et al.</i> 2010 <sup>19</sup>	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	EE. UU.	Intervención pre/post.	Evaluar la efectividad de una habitación de confort como un medio para reducir el uso de la reclusión y la restricción y para promover el uso de habilidades de afrontamiento positivas.
A comparison of multisensory and traditional interventions on inpatient psychiatry and geriatric neuropsychiatry units.	Knight <i>et al.</i> 2010 <sup>13</sup>	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	EE. UU.	Estudio piloto observacional.	Determinar si las terapias multisensoriales son efectivas en el manejo de los síntomas psiquiátricos y evaluar cómo estas intervenciones se compararon con las tradicionales utilizadas en el medio.

Tabla 1: Artículos incluidos en la revisión bibliográfica (Elaboración propia, 2021).





# Continuidad de cuidados en menores con problemas neuropsiquiátricos: a propósito de un caso clínico

Continuity of care in minors with neuropsychiatric problems: A clinical case

Irema Duran i López<sup>1</sup>, Rocío Juliá-Sanchis<sup>2</sup>

1. Graduada en Enfermería.

2. Departamento Enfermería. Facultad de ciencias de la Salud. Universidad de Alicante, España.

Contacto: Irema Duran i López, iremaduran22@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de mayo 2021 / Fecha de aceptación: 15 de junio 2021

## Resumen

**Introducción:** Hasta un tercio de los menores y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental, siendo el trastorno con déficit de atención e hiperactividad uno de los más prevalentes. Dicho trastorno aumenta el riesgo de comorbilidades neuropsiquiátricas que alteran el funcionamiento académico y social, dificultando la escolarización ordinaria ante la falta de recursos y programas de atención específicos.

**Objetivo:** Evidenciar la falta de continuidad de cuidados integrales en menores con problemas neuropsiquiátricos y proponer un plan de cuidados: a propósito de un caso.

**Descripción del caso:** Y. L., varón de 9 años con antecedentes de Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad y síndrome 47XXX que presenta brote psicótico en centro escolar siendo remitido a la unidad de psiquiatría infantojuvenil para su ingreso.

**Resultados:** A pesar de que Y. L. era usuario de salud mental y recibía atención multidisciplinar, no se identificó la sintomatología prodrómica previa al brote psicótico. Al alta, no se derivó a la enfermera de salud mental infantojuvenil, por lo que no se realizó un plan de cuidados individualizado que facilitara su proceso de recuperación.

**Conclusión:** Para una adecuada recuperación de la salud mental es necesario planificar planes de cuidados desde la comunidad y la centralidad de la persona que garanticen la continuidad de cuidados integrales antes-durante y tras el alta hospitalaria. Dadas las posibilidades de la red asistencial de salud mental, la enfermera escolar se presenta como un nexo entre el equipo asistencial, el equipo docente, el menor y su familia, favoreciendo la identificación y derivación temprana a la enfermera de salud mental infantojuvenil y la monitorización del plan de cuidados diseñado por la enfermera especialista en el entorno natural del menor en pro de la inclusión en su entorno educativo ordinario.

**Palabras clave:** continuidad de cuidados, enfermería escolar, enfermería de salud mental, trastorno mental grave.

## Abstract

**Introduction:** Up to one third of children and adolescents have a mental disorder, with Attention Deficit Hyperactivity Disorder being one of the most prevalent. This disorder increases the risk of neuropsychiatric comorbidities that alter academic and social functioning, making regular schooling difficult due to the lack of resources and specific care programmes. **Objective:** to demonstrate the lack of continuity of comprehensive care in children with neuropsychiatric problems and to propose a care plan: a case study. **Case description:** Y. L., a 9-year-old boy with a history of attention deficit hyperactivity disorder and 47XXX syndrome who presented a psychotic outbreak at school and was referred to the child and adolescent psychiatry unit for admission. **Results:** Although Y. L. was a mental health user and received multidisciplinary care, the prodromal symptomatology before the psychotic break was not identified. He was not referred to the child and adolescent mental health nurse at discharge, so Any staff nurse made no individualised care plan to facilitate his recovery process. **Conclusion:** For an adequate mental health recovery, it is necessary to plan care plans from the community and person-centred care that guarantees the continuity of comprehensive care before, during and after hospital discharge. Given the possibilities of the mental health care network, the school nurse is presented as a link between the care team, the teaching team, the child and his/her family, favouring early identification and referral to the child and adolescent mental health nurse and the monitoring of the care plan designed by the specialist nurse in the child's natural environment in favour of inclusion in their familiar educational environment.

**Keywords:** severe mental illness, continuity of care, school nursing, school health services.



## Introducción

Entre un 15 y un 30 % de los menores y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental<sup>1</sup>, siendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) uno de los trastornos del neurodesarrollo infantil más prevalentes. La prevalencia a nivel internacional se sitúa en el 5 %<sup>2,3</sup> y a nivel nacional entre el 4,9-8,8 %<sup>4</sup>.

La sintomatología caracterizada por falta de atención o hiperactividad e impulsividad, de al menos 6 meses, a principios o mediados de la infancia<sup>5</sup>, compromete el desarrollo emocional, cognitivo y social de la persona afectada, así como las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar. La sintomatología característica del TDAH aumenta el riesgo de consumo de sustancias<sup>1</sup>, de conducta suicida<sup>6</sup>, así como la demanda asistencial en servicios de salud mental relacionada con comorbilidades neuropsiquiátricas como el trastorno de conducta, de ansiedad, del espectro autista (TEA), de Tourette, tics y problemas de sueño<sup>7,8,9</sup>. La aparición de comorbilidades alcanza su pico entre los 8 y 11 años, aunque pueden desarrollarse otros trastornos en la edad adulta, como la esquizofrenia, siendo el riesgo de desarrollarla 4,3 mayor entre las personas diagnosticadas de TDAH<sup>10</sup>.

En España, la población infantil recibe atención y seguimiento programado por parte de la enfermera pediátrica dentro del Programa de Salud Infantil. Esta atención se centra en ciertos aspectos en los que no suele incluirse el abordaje de salud mental. Solo en caso de necesidad sentida por el usuario y su familia o la derivación, la enfermera de la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil realiza el seguimiento, aunque la dificultad de acceso a los recursos asistenciales de salud mental o el estigma asociado a ello impiden una adecuada atención. Dado que el alumnado de centros escolares ordinarios es muy variado, con antecedentes personales, culturales, y religiosas diferentes, poseen necesidades sociales y emocionales diversas. Si a ello se le suma la complejidad de experimentar TDAH, pueden generarse actitudes no deseables y disfuncionalidad en el menor que dificulten su escolarización ordinaria ante la falta de recursos y programas de atención específicos<sup>11</sup>.

Teniendo en cuenta la prevalencia de TDAH y la comorbilidad neuropsiquiátrica grave asociada, es razonable pensar que existe un elevado número de

menores escolarizados con necesidades desatendidas y que experimentan procesos no identificados de manera precoz, por lo que son derivados a centros de educación especial ante la incapacidad de los docentes de cubrir sus necesidades y la falta de recursos asistenciales. Por eso, el propósito de este trabajo es evidenciar la falta de continuidad de cuidados integrales en menores con problemas neuropsiquiátricos y proponer un plan de cuidados: a propósito de un caso.

## Metodología

### *Diseño*

Se aplicó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico para conocer de forma subjetiva las experiencias de los participantes<sup>12</sup> sobre el fenómeno que subyace a la desescolarización del menor con TDAH con comorbilidad neuropsiquiátrica grave<sup>13</sup>. Se ha realizado una descripción del caso siguiendo las recomendaciones de la literatura<sup>14,15</sup>.

### *Participantes y contexto*

La muestra del estudio consistió en un núcleo familiar de tres personas: madre, padre e hijo de un municipio de la Comunidad Valenciana (España). Los participantes se seleccionaron mediante un método de muestreo no probabilístico, intencional. Los participantes fueron identificados a través de informantes clave (tutora especialista en salud mental) durante la realización de las prácticas clínicas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Una vez establecido el contacto, las investigadoras presencialmente explicaron las características del estudio, invitándoles a participar.

### *Recogida de datos*

La recopilación de datos se realizó entre noviembre de 2019 y enero de 2020, mediante entrevista individual en profundidad, cara a cara con el menor, su madre y su padre<sup>16</sup>. Para completar el proceso, se estudió la historia clínica digital del menor y los informes clínicos aportados por la familia.

Las entrevistas se realizaron en el domicilio familiar, en el que se creó un ambiente de confidencialidad apropiado. La duración aproximada de cada entrevista fue de 90 minutos. Se tomaron anotaciones durante las mismas.

### Análisis de datos

Las investigadoras realizaron una lectura exhaustiva y meticulosa de la información obtenida. No se empleó ningún *software* para la gestión de los datos.

### Consideraciones éticas

Todos los procedimientos del estudio se realizaron de conformidad con las normas éticas del comité de investigación institucional y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas o normas éticas comparables. Los participantes fueron informados del propósito del estudio, accedieron libremente a participar en él, tras recibir información verbal y escrita donde se garantizaba la confidencialidad de los datos. Se obtuvo el consentimiento informado por su participación (ver anexo).

### Presentación del caso clínico

Y.L., varón de 9 años derivado desde el servicio de psiquiatría del hospital de su municipio para el ingreso en la unidad psiquiátrica infantojuvenil de referencia tras padecer un brote psicótico en el centro escolar. Al ingreso presentaba hiperactividad motora con desinhibición conductual, predominando la desorganización

en el comportamiento y verborrea. La madre describió que en los últimos meses presentó ideas obsesivas relacionadas con vivencias personales manifestadas por crisis de “rabieta”, sentimientos de tristeza y abandono tras la marcha, durante 5 meses, de ambos padres a otro país. Además, durante los periodos de clínica depresiva de la madre, demandaba más atención, dados los conflictos de pareja que este proceso desencadenaba. La abuela materna, R.L., fue la cuidadora principal en esos periodos. El padre trabajaba como conductor de camiones y su implicación en la crianza era poca.

Constantes al ingreso: 110/60 mmHg, 35,8 °C, SatO2 99 % y frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto; ECG sin alteraciones; EEG: actividad en fase de vigilia y fases iniciales de sueño dentro de límites normales. Moderada incidencia en vigilia durante el sueño de actividad paroxística bifrontal de claro predominio derecho; RMN craneal sin alteraciones; CI entre 70-79.

Como puede apreciarse en la figura 1, Y.L., es hijo único y convive con sus progenitores. Su madre fue diagnosticada por primera vez de trastorno de depresión mayor en la adolescencia. Su abuelo materno, B.R., se suicidó en el 2009.

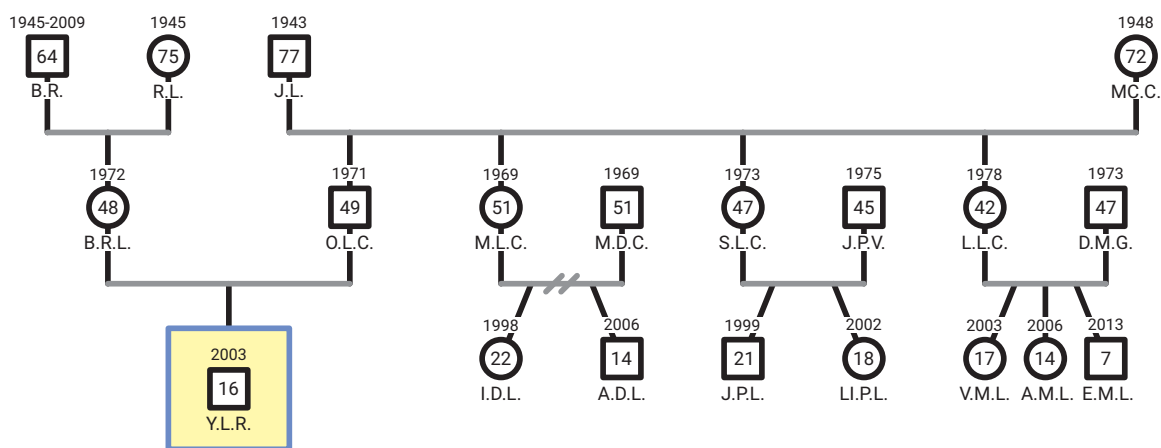


Figura 1: Antecedentes familiares

Como muestra la cronología de los hallazgos clínicos relevantes sintetizados en la tabla 1, Y.L., fue diagnosticado de TDAH, TEA (Asperger según la nomenclatura del DSM-IV de los informes del momento) y alteración cromosómica 47XYY con minusvalía psi-

quica permanente del 38% reconocida. El síndrome 47XYY es una aneuploidía de los cromosomas sexuales con una incidencia aproximada de un caso por cada 1000 varones nacidos vivos. Las características clínicas se presentan durante la primera década de la vida

entre las cuales destacan retraso del desarrollo, problemas de comportamiento y talla alta. El desarrollo motor puede ser normal, así como el coeficiente intelectual; sin embargo, pueden tener dificultades de aprendizaje, TDAH, autismo y comportamiento agresivo el cual ha sido relacionado con aumento del volumen cerebral, reducción en la materia gris y blanca en la región insular y desarrollo anormal de los tractos de sustancia blanca en la región frontal<sup>17</sup>. Dichos antecedentes le llevaron a estar en seguimiento por la psicología infantil del centro de atención pediátrica.

Durante el ingreso hospitalario, se trabajó con los padres y la abuela materna (cuidadora principal en ese momento) las funciones parentales y los sentimientos de soledad del menor. Tras la mejoría sintomatológica se procedió al alta. Se contactó con el centro escolar ordinario vigente y se realizó un informe solicitando el cambio de centro escolar de educación especial. El equipo asistencial añadió como diagnóstico el “trastor-

no generalizado del desarrollo no especificado” y “episodio psicótico (determinar según evolución)”.

Al alta, se inicia tratamiento con metilfenidato hidrocloreto, valproato sódico 500 mg, risperidona 1 mg/ml, olanzapina 10 mg, clonidina 0,150 mg. Se recomendó consulta en neuropediatría para control de EEG. No se encuentran informes de enfermería al alta, no se produce una derivación a ningún profesional de enfermería para su seguimiento (enfermería de salud mental infantojuvenil, enfermería pediátrica comunitaria).

Y.L. fue escolarizado en un centro de educación especial sin haber finalizado el 5º curso de primaria. A su llegada, la dirección del centro recalcó a los padres que su estancia allí sería estacional y que, una vez se recuperara del brote psicótico, volvería a un colegio ordinario, ya que consideraban que no era un centro adecuado a sus necesidades.

Embarazo	Nacimiento	Preescolar	Infantil	Primaria
Embarazo deseado y buscado. Diagnóstico prenatal: Amniocentesis de 2º trimestre muestra trisomía 47XYY. Se ofrece la posibilidad de abortar. Padres deniegan la oferta.	Alteración vínculo madre-hijo. Según la madre: - El bebé rechaza la lactancia materna. - Etapa alegre a los dos meses postparto. - A los 3-5 meses, el lactante no responde a estímulos musicales o al contacto (rechaza masajes corporales). - No siente curiosidad por ningún juguete.	Escolarización en guardería para favorecer relaciones sociales. La educadora les informa dislalia, aislamiento y no juega con el resto de los niños. Por la noche, cuando la madre le contaba algún cuento, estaba tenso e incómodo.	Familia refiere que, desde el inicio de la escolarización ordinaria (centro público), ha estado estigmatizado por padres/madres y docentes (“este niño no es normal”). Una nueva docente de infantil comenta la posibilidad de que sea evaluado por la pedagoga del centro, ante su comportamiento inusual. Tras reunión los padres conciertan una cita con el centro de atención pediátrica para seguimiento. Con 4 años, le diagnostican posible TDAH, relacionado con síntomas de inatención, descuidos, distracción con facilidad, verborrea, frustraciones frecuentes y rabietas. Empieza a tratarse con metilfenidato y se le realiza seguimiento en el Centro de Atención Pediátrica (CAP).	Escolarización con adaptación curricular. No se reportaron incidentes de interés. A los 6 años, se manifiestan alteraciones en el área social y se le diagnostica de TEA*. Es remitido desde el CAP a Neuropediatría por presentar conductas disruptivas en la esfera social manifestadas por mala interrelación entre iguales e intereses fijos y repetitivos. Tiene un lenguaje expresivo normal, aunque en ocasiones, barroco y vacío en contenido. La comprensión es adecuada, pero le cuesta entender los dobles sentidos. A los 9 años, en 2012, se le concede una minusvalía psíquica permanente del 38%. Aún con 9 años, en el 2013, el niño padece un brote psicótico r/c cambio de tutora en su centro escolar que empeoró la situación (humillaciones y amenazas) y posterior rehabilitación y es ingresado en el Servicio de Psiquiatría Infantil. Los padres se fueron medio año al extranjero, quedándose el pequeño con la abuela materna. Diagnosticado de “trastorno generalizado del desarrollo no especificado” y “episodio psicótico (determinar según evolución)”. A los 10 años, en 2014, el menor es trasladado a un colegio de educación especial.
*TEA: Trastorno del espectro autista				

Tabla 1: Cronología sobre información recopilada tras entrevista con la madre y análisis de informes previos.

### Valoración de enfermería

La valoración de enfermería se realizó de acuerdo con el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>18</sup> (ver tabla 2).

Una vez realizada la recopilación de los datos se utilizó la taxonomía NANDA/NIC/NOC<sup>19</sup> (ver tabla 3).

PATRONES	VALORACIÓN
Percepción – manejo de la salud: alterado.	Actitudes obsesivas. Déficit de atención a lo largo de su vida. Buenos hábitos bucodentales. Piel íntegra e hidratada. Vestido acorde con la época del año. No presenta alergias conocidas.
Nutricional – metabólico: no alterado.	Tiene buen apetito. Buen patrón nutricional.
Eliminación: no alterado.	Buenos hábitos de evacuación intestinal y urinaria.
Actividad – ejercicio: alterado.	Hiperactividad motora. No realiza ninguna actividad extraescolar. Buena psicomotricidad fina y gruesa.
Sueño – descanso: no alterado.	Buen patrón del sueño. No se detectan cambios de humor en relación con el sueño.
Cognitivo – perceptual: alterado.	Ideas obsesivas. Dificultad para mantener la atención y la concentración. Le cuesta entender los dobles sentidos. Verborrea. Lenguaje barroco y vacío en contenido.
Autopercepción – autoconcepto: alterado.	Niño inquieto, pero muy cariñoso.
Rol – relaciones: alterado.	Relación disfuncional. Convive con sus padres (su padre pasa poco tiempo en casa por su trabajo). Sentimientos de soledad.
Sexualidad – reproducción: no alterado.	Manifiesta sentimientos coherentes con su sexo.
Adaptación – tolerancia al estrés: alterado.	Comunicación familiar-escolar limitada. Crisis situacionales. Afrontamiento ineficaz de los problemas.
Valores – creencias: no alterado.	Falta de apoyo significativo. Familia atea.

Tabla 2. Valoración de enfermería.

<b>Diagnóstico (00251)</b> Control emocional inestable r/c estresores m/p expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante.	
<b>NOC</b>	(0300) Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD).
<b>NIC</b>	(1800) Ayuda con el autocuidado. - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
<b>NOC</b>	(1205) Autoestima.
<b>NIC</b>	(5400) Potenciación de la autoestima. - Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. - Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas. (5270) Apoyo emocional. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad. (5566) Educación parental: crianza familiar de los niños. - Diseñar un programa educativo que se apoye en los puntos fuertes de la familia. Implicar a los padres en el proceso. - Identificar e instruir a los progenitores sobre el uso de diversas estrategias para en el manejo de la conducta del niño. (4362) Modificación de la conducta. - Animar al paciente a que examine su propia conducta. - Coordinar un sistema de cupones o puntos de refuerzo en las conductas complejas o múltiples.
<b>NOC</b>	(1608) Control de síntomas.
<b>NIC</b>	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad. - Considerar responsable al paciente de su propia conducta. - Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño. Animar a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño. (180) Manejo de la energía. - Establecer actividades físicas.
<b>Diagnóstico (00146)</b> Ansiedad r/c estresores m/p inquietud, irritabilidad.	
<b>NOC</b>	(1402) Autocontrol de la ansiedad.
<b>NIC</b>	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo. - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. - Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. (4920) Escucha activa. - Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. (4400) Musicoterapia. - Determinar el interés del individuo por la música, así como sus preferencias musicales. - Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor). (4430) Terapia con juegos. - Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones. - Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo. - Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado. - Comunicar el objetivo de la sesión de juegos al niño y los progenitores. - Animar al niño a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones. - Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos. - Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo o los tratamientos no familiares, según corresponda. - Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos.

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería y planificación (continúa en pág. siguiente).

<b>NIC</b>	(4320) Terapia asistida con animales. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la aceptación de los animales por parte del paciente como agentes terapéuticos.</li> <li>- Facilitar al paciente el cuidado y contacto con los animales de la terapia (jugar, alimentar y cuidar).</li> <li>- Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.</li> </ul>
<b>Diagnóstico (00241)</b> Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c deterioro del funcionamiento social m/p agitación psicomotora.	
<b>NOC</b>	(0108) Desarrollo infantil: segunda infancia.
<b>NIC</b>	(10801) Practica hábitos higiénicos. (10802) Juega en grupos. (10803) Desarrolla amistades íntimas. (10805) Asume responsabilidades en determinadas tareas domésticas. (10806) Cumple los compromisos de las actividades académicas. (10809) Comprende el bien y el mal. (10812) Muestra creatividad. (10813) Comprende ideas cada vez más complejas.
<b>Diagnóstico dirigido a los padres (00164)</b> Disposición para mejorar el rol parenteral r/c estresores m/p el niño expresan deseo de mejorar el entorno del hogar.	
<b>NOC</b>	(2905) Desempeño del rol de padres: segunda infancia.
<b>NIC</b>	(4352) Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar un ambiente estructurado y físicamente seguro.</li> <li>- Desarrollar un plan de control de la conducta basado en la evidencia que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores.</li> <li>- Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo con ayudas visuales, si es preciso.</li> <li>- Alabar las conductas deseadas y los esfuerzos de autocontrol. Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas.</li> <li>- Descomponer las instrucciones de múltiples pasos en pasos simples. Permitir que el paciente lleve a cabo una instrucción antes de darle otra.</li> <li>- Proporcionar ayudas que aumenten la estructura ambiental, la concentración y la atención a las tareas (relojes, calendarios, señales e instrucciones escritas paso a paso).</li> <li>- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente.</li> <li>- Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio de tiempo estructurado (actividades físicas y no físicas) y tranquilo.</li> <li>- Informar sobre medicación al paciente y a sus allegados.</li> </ul> (7100) Estimulación de la integridad familiar. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar las relaciones familiares actuales.</li> <li>- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia.</li> <li>- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.</li> </ul> (7150) Terapia familiar. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los patrones de comunicación de la familia.</li> <li>- Identificar los puntos fuertes/recursos de la familia.</li> <li>- Identificar los papeles habituales dentro del sistema familiar.</li> <li>- Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas del desempeño de papeles.</li> <li>- Proporcionar educación e información.</li> <li>- Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.</li> </ul>

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería y planificación (viene de pág. anterior).



## Discusión

En el presente trabajo se ha expuesto el caso clínico de un menor con antecedentes de síndrome 47XXX y TDAH, quien, a pesar de sus antecedentes familiares de interés y sintomatología prodrómica, no fue identificado y abordado a tiempo, desarrollando un brote psicótico en el centro escolar. La inadecuada comunicación o coordinación del equipo docente con la familia supuso la ejecución de una adaptación curricular que excluyó al menor de su centro escolar ordinario y de su normosocialización<sup>20</sup>.

La valoración de enfermería realizada al menor y su familia ha permitido tener una visión holística del proceso de enfermedad y de la implicación de todos los agentes. Según nuestros hallazgos, no hubo una adecuada coordinación previa a la sintomatología psicótica entre el equipo asistencial, el equipo docente y la familia. Además, ningún profesional de enfermería fue alertado al alta de las necesidades de seguimiento del menor, produciéndose una brecha en la continuidad de cuidados.

La recuperación de la salud mental (clínica, funcional, y personal) es un proceso individual único en el que los/las profesionales pueden resolver, junto con el usuario/a, sus necesidades individuales basadas en la centralidad de la persona y en abordajes comunitarios<sup>21</sup>. No obstante, la escasez de servicios de salud mental integrados centrados en la persona, es decir, que ofrezcan los cuidados que se necesitan, cuando se necesitan, que sean accesibles, que logren los resultados de salud deseados y que lo consigan con una relación coste-efectividad razonable para la sociedad<sup>22</sup>, dificultó el diagnóstico precoz y el abordaje psicoterapéutico necesarios para el caso presentado.

A la escasez de servicios de salud mental integrados se le sumó la falta de una figura estratégica capaz de educar al menor y su familia en la gestión de su autocuidado y trabajar con las redes sociales, ya que ello requiere unos recursos humanos que la red asistencial de salud mental no tiene<sup>21</sup>. Por eso proponemos la figura de la enfermería escolar como puente entre los potenciales usuarios o usuarias de salud mental y la enfermera especialista de salud mental en el ámbito educativo. En línea con Corral Rodríguez<sup>23</sup>, dadas las competencias en promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la enfermera escolar, ella podría detectar precozmente las alteraciones mentales bási-

cas, derivar rápidamente, así como implementar y monitorizar aquellas intervenciones psicoeducativas diseñadas por o con la enfermera especialista en salud mental que se debieran realizar en el entorno educativo<sup>24,25</sup>.

A pesar de que en la última década ha aumentado el acceso al tratamiento en entornos comunitarios, el estigma aún es una barrera importante para la búsqueda de ayuda entre los jóvenes<sup>26</sup>, que influye negativamente en el desarrollo de su autonomía e identidad personal. Por el contrario, las relaciones positivas con los compañeros promueven la autoestima, la adaptación y la resiliencia<sup>27</sup>. Es por eso que es necesario aumentar el nivel de conocimientos y actitudes positivas hacia las personas que padecen trastorno mental grave mediante campañas de sensibilización entre la comunidad escolar<sup>28</sup>, que deberían ser lideradas prioritariamente por los servicios de salud mental comunitaria. Sin embargo, que las realice la enfermera escolar favorecería que la intervención educativa se realizara en el entorno natural de la población diana, situando al entorno educativo como un asociado de la red asistencial para trabajar de manera interdisciplinaria incluyendo la experiencia de la persona usuaria<sup>29</sup>. Paralelamente, se podrán realizar intervenciones psicoeducativas entre los familiares y resto de padres sobre el manejo conductual del menor, ya que ellos son quienes viven el día a día con su hijo/a, aprendiendo a aceptar y tolerar de forma positiva la situación, pues de lo contrario se pueden generar consecuencias negativas para todos los miembros de la familia<sup>30</sup>. Respecto a las intervenciones educativas con los docentes, podrían proponerse sesiones dirigidas a la reducción de actitudes negativas hacia los niños y niñas que padecen TDAH y otros problemas neuropsiquiátricos, así como entrenamiento sobre signos de alarma, favoreciendo así la detección y la atención temprana, aumentando las posibilidades de éxito del tratamiento y reduciendo la aparición de comorbilidades<sup>31,32</sup>. La inclusión sistemática en los centros escolares ordinarios debería implantarse para prevenir desenlaces como el descrito. Todo ello favorecería una adecuada gestión del caso y la continuidad de cuidados necesarias para mantener la integración social, en este caso, mediante la escolarización ordinaria (frente al de educación especial) con un plan de cuidados individualizado<sup>33,34</sup>.

## Conclusión

Para una adecuada recuperación de la salud mental (clínica, funcional, y personal) de los usuarios y usuarias de salud mental infantojuvenil es necesario planificar planes de cuidados desde la comunidad y la centralidad de la persona. Ello requiere una coordinación interdisciplinaria e interprofesional que garantice la continuidad de cuidados antes-durante y tras el alta hospitalaria.

El plan de cuidados presentado hubiera podido vertebrar las intervenciones de enfermería necesarias para mantener al menor en su entorno educativo ordinario, en coordinación con las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas propuestas por el resto del equipo asistencial multidisciplinar. Dada la escasez de recursos y las posibilidades de la red asistencial de salud mental, la enfermera escolar se presenta como el posible nexo entre el equipo asistencial, el equipo docente, el menor y su familia. La enfermera escolar a lo largo del proceso favorecería la identificación y derivación temprana a la enfermera de salud mental infantojuvenil y la monitorización del plan de cuidados diseñado por la enfermera especialista en el entorno natural del menor, favoreciendo su inclusión social.

## Referencias bibliográficas

- Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Rodríguez-Gázquez MDLÁ. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2015;44(2):115–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.002>
- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Current Overview. *Dtsch Arzteblatt Online* [Internet]. 2017 Mar 3;114(9):149–58. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Martinago F, Lavagnino NJ, Folguera G, Caponi S. Risk factors and genetic bases: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Salud Colect*. 2019;15(1).
- Ripoll-Salceda JC, Bonilla L. Atención escolar al trastorno por déficit de atención/hiperactividad en las comunidades españolas. *Rev Neurol*. 2018;66(4):104–12.
- World Health Organization [Internet]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision. 2018. Geneva: WHO.
- Soutullo Esperón C. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and drug therapy. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2003;120(6):222–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12605813>
- López-Villalobos JA, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera MT, López-Sánchez MV, Rodríguez-Moliner L, et al. Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment. *An Pediatr* [Internet]. 2019;90(5):272–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>
- Balbuena Rivera F. La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicol Educ* [Internet]. 2016;22(2):81–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Rimal HS, Pokharel A. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among school children and associated co-morbidities - a hospital based descriptive study. *Kathmandu Univ Med J*. 2016;14(55):226–30.
- Senra Iñiguez de Onzoño H., Diaz Sanz M., Barrio I., Gonzalez Montes N., Landabaso Vázquez M.A. tDAH + tus dificultades de ¿diagnóstico diferencial?. *Revista de Patología Dual* , 2016; 3(3), 14-26.
- Zuluaga-Valencia, J. B., & Fandiño-Tabares, D. C. Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Rev Fac Med*, 2017;65(1):61-66.
- Contreras de la Fuente, H., & Castillo Arcos, L. D. C. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cul Cuid*, 2016; 20(44): 15-24. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
- Olabuena, Ruiz José Ignacio. Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Ed: Bilbao. España. 1999. P- 327.
- Martínez Martínez G, Noreña AL, Martínez Sanz JM, Moncada RO. Revisión metodológica para escribir y publicar casos clínicos: Aplicaciones en el ámbito de la nutrición. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):1894–908.
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol*, 2014; 67(1): 46-51
- Vallejo RG. Actuación de la enfermera de atención primaria en la detección precoz del trastorno por déficit de atención / hiperactividad ( TDAH ). *Reduca* [Internet]. 2012;4(2):547–65. Available from: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1024/1032>
- Medina-Andrade, A., Villanueva-Mendoza, C., Arenas, S., & Cortés-González, V. Cataract in a patient with 47,XYY sex chromosome aneuploidy. *Archivos de La Sociedad Espanola de Oftalmologia*. 2018; 93(6): 303–306. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2017.11.007>
- NNNConsult. (Internet). Recuperado el 1 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>.
- Favela Ocaño MA, Lima Peralta MR, Solís Medina R, López JA, García Valdez MG, Montoya Barnez MC, et al. Guía de valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de salud de M. Gordon para usuario pediátrico. 2010;16. Available from: <http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2015/02/GUIA-DE-VALORACION-DE-ENFERMERIA-DEL-USUARIO-PEDIATRICO.pdf>
- Chico Rosa, P.S. TDAH en la escuela: El control de la infancia (dissertation). Universidad de La Laguna. Facultad de Educación, 2019.
- Juliá-Sanchis R, Aguilera-Serrano C, Megías-Lizancos F, Martínez-Riera JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020 [Evolution and status of the community model of mental health care. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit*. 2020;34 Suppl 1:81-86. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2020.06.014. Epub 2020 Aug 31. PMID: 32883518; PMCID: PMC7457906.
- Catalá-López FHB. El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes: epidemiología. *Ann Pharmacother*. 2018;35(9):2.
- Corral Rodríguez, O. La enfermera escolar: rol, funciones y efectividad como promotora de salud (dissertation). Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería, 2016
- Vigier Castrillo, C. M. Rol de enfermería en la atención de la población infantil diagnosticada de TDAH (dissertation). Universidad Pública de Navarra. Facultad de Enfermería, 2018.

25. Posada Abadia, C.I. & Ramírez Cardesin, M. Sobre diagnóstico del TDAH: Propuesta Enfermera (dissertation). Universidad Autónoma de Madrid. Máster Universitario en Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables, 2016.
26. Gaiha, S. M., Taylor Salisbury, T., Koschorke, M., Raman, U., & Petticrew, M. (2020). Stigma associated with mental health problems among young people in India: a systematic review of magnitude, manifestations and recommendations. *BMC psychiatry*, 20(1), 538. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02937-x>
27. Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry research*. 243. 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
28. Rodríguez Miguel M, Juliá-Sanchis R, Pérez Esquerdo Á, Pérez Esquerdo V, Pastor-Bernabeu MV. Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. Una aproximación cualitativa. *Rev Española Enfermería Salud Ment*. 2018;(6):5–11.
29. Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*. 2019;19:174.
30. Piedrahita S. LE, Henao Cardona A, Burgos PA. Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Glob*. 2011;10(23):140–6.
31. López-López, A., López-Lafuente, A., Eirís-Puñal, J., Mulas, F., Cardo, E., & Trabajo, G. De. Educación Primaria Sobre El Trastorno Por Déficit De Atención / Hiperactividad. *Rev Neurol*. 2018; 66(Supl 1):121–126.
32. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Minist Sanidad, Serv Soc e Igualdad Inst Aragon Ciencias la Salud. 2017;0(0):1–251.
33. National Association of School Nurses. Definition of School Nursing. Silver Spring, MD: National Association of School Nurses. (Accesi 12 Mar 2014). Disponible en [www.nasn.org/Default.aspx?tabid=57](http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=57).
34. Yasin, H. M., Isla Pera, M., López Matheu, C., & Juvé Udina, E. El papel de los enfermeros escolares. *ROL. Revista Española de Enfermería*, 2017; 40(2):22-29.



# Unconditional acceptance in the nurse-patient therapeutic relationship as a whole: An exploratory qualitative study in the context of mental health services

La aceptación incondicional en la relación terapéutica enfermera-paciente en su conjunto: un estudio cualitativo exploratorio en el contexto de los servicios de salud mental

Andrea Aznar-Huerta<sup>1</sup>, Gemma Cardó-Vila<sup>2</sup>, Teresa Vives-Abril<sup>3</sup>,  
María Rosario Valera-Fernández<sup>4</sup>, Juan M. Leyva-Moral<sup>5</sup>, Antonio R. Moreno-Poyato<sup>6</sup>

1. Hermanas Hospitalarias, Hospital Mare de Deu de la Mercè, Barcelona (Spain).

2. Institut Neuropsiquiatria i Adiccions. Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona (Spain).

3. Escola Superior Infermeria del Mar (ESIMar), attached to the Universitat Pompeu Fabra, Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona (Spain).

4. Institut Neuropsiquiatria i Adiccions. Consorci Mar Parc de Salut. Barcelona (Spain) orcid.org/0000-0002-9898-6685

5. Department of Nursing. Faculty of Medicine. Universitat Autònoma de Barcelona (Spain). Centre for Health Sciences Research, Universidad María Auxiliadora (Lima, Peru). Evidence-Based Health Care South America: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group (Lima, Peru). orcid.org/0000-0003-4241-4992

6. Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat (Spain). orcid.org/0000-0002-5700-4315

Contacto: Juan M. Leyva-Moral, [juanmanuel.leyva@uab.cat](mailto:juanmanuel.leyva@uab.cat)

Fecha de recepción: 13 de abril 2021 / Fecha de aceptación: 4 de mayo 2021

## Abstract

**Background:** In order to establish a therapeutic relationship of quality, patient acceptance is fundamental. However, from an empirical point of view, acceptance has been poorly studied in the context of mental health nursing.

**Aim:** To explore the meaning and importance that people with mental health problems and mental health nurses assign to the concept of acceptance in the context of the nurse-patient therapeutic relationship.

**Design:** A qualitative study with an exploratory approach.

**Methods:** People with different mental health problems and nurses from different care settings working in mental health services participated in the study. Focus groups were used for data collection and the data were analyzed inductively using content analysis. This study complied with the COREQ research guidelines.

**Results:** For the participants, acceptance as part of the therapeutic relationship is focused on the assistance that nurses can and should provide to patients so that they can feel understood and thus be able to work on the discomfort produced by the mental health problem. This was explained through three common themes for nurses and patients: i) acceptance as a means to feel like a person, ii) the nurse's competencies for relating with and accepting others, and iii) the binomial acceptance-therapeutic bond. In order to facilitate the acceptance of others, a process of adaptation is required that occurs simultaneously with the construction of the bond between both parties during the orientation phase of the therapeutic relationship.

**Conclusions:** Acceptance of the other enables nurses and patients to feel and connect with oneself, facilitating patients in their recovery process and protecting nurses from professional burnout.

**Relevance to clinical practice:** These results can contribute towards the improvement of person-centered care in mental health nursing; individualized care must place the person and their experiences at the center of care.

**Keywords:** nurse-patient relationship, patient-centered care, mental health nursing, nursing care, qualitative approaches.

## Resumen

**Antecedentes:** Para establecer una relación terapéutica de calidad, la aceptación del paciente es fundamental. Sin embargo, desde un punto de vista empírico, la aceptación ha sido poco estudiada en el contexto de la enfermería de salud mental.

**Objetivo:** Explorar el significado y la importancia que las personas con problemas de salud mental y las enfermeras de salud mental asignan al concepto de aceptación en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente.

**Diseño:** Estudio cualitativo con enfoque exploratorio.

**Métodos:** Participaron en el estudio personas con diferentes problemas de salud mental y enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales que trabajan en servicios de salud mental. Se utilizó el grupo focal para la recogida de datos y éstos se analizaron de forma inductiva mediante el análisis de contenido. Este estudio cumplió con las directrices de investigación del COREQ.

**Resultados:** Para los participantes, la aceptación como parte de la relación terapéutica se centra en la ayuda que las enfermeras pueden y deben prestar a los pacientes para que se sientan comprendidos y así poder trabajar el malestar producido por el problema de salud mental. Esto se explicó a través de tres temas comunes para las enfermeras y los pacientes: i) la aceptación como medio para sentirse persona, ii) las competencias de la enfermera para relacionarse y aceptar a los demás, y iii) el binomio aceptación-vínculo terapéutico. Para facilitar la aceptación de los demás, es necesario un proceso de adaptación que se produce simultáneamente a la construcción del vínculo entre ambas partes durante la fase de orientación de la relación terapéutica.

**Conclusiones:** La aceptación del otro permite a las enfermeras y a los pacientes sentir y conectar con uno mismo, facilitando a los pacientes su proceso de recuperación y protegiendo a las enfermeras del desgaste profesional.

**Relevancia para la práctica clínica:** Estos resultados pueden contribuir a la mejora de los cuidados centrados en la persona en la enfermería de salud mental; los cuidados individualizados deben situar a la persona y sus experiencias en el centro de la atención.

**Palabras clave:** relación enfermera-paciente, cuidados centrados en la persona, enfermería de salud mental, aproximación cualitativa.

## Introducción

The nurse-patient therapeutic relationship (TR) has an outstanding relevance in the area of mental health, enabling nurses to improve the results of the interventions they carry out thanks to the relationship they establish with their patients<sup>1</sup>. Moreover, effective TR facilitates the shared decision-making process<sup>2</sup> in the context of a person-centered model of care<sup>3</sup>. One of the most important elements for establishing a high-quality TR is patient acceptance, without judging or criticizing the person's experience or behavior<sup>4</sup>. However, from an empirical point of view, acceptance has been poorly studied in the context of mental health nursing. In this sense, this article presents results on the meaning and importance that people with mental health problems (PMHP) and nurses give to the concept of acceptance in the context of the process of the nurse-patient TR.

### Background

A historical tour through the main humanistic theorists such as Rogers<sup>4</sup> or Peplau<sup>5,6</sup> shows that the current conceptualization of TR does not differ greatly from the definition provided in the empirical literature by nurses and patients themselves, who understand the TR as that interpersonal interaction that takes place between nurse and patient, in which the nurse intends to help and the patient expects to be helped in relation to his or her current health situation<sup>7</sup>. The therapeutic interpersonal relationship as described by Peplau<sup>5,6</sup> is

based on three phases: orientation, working and completion. During the orientation phase, the nurse helps the patient to recognize, understand and assess the person's problem and situation, for which it is essential to establish a solid bond of trust. Subsequently, the working phase represents most of the time the nurse spends with the patient, in which the nurse facilitates the exploration of feelings to help the patient cope with the illness and be able to move on to the last phase, the resolution phase, which marks the satisfaction of old needs and the emergence of new needs that must be met<sup>5,6</sup>.

In order to establish an adequate TR, the professional needs include elements such as empathic attitude, authenticity and, finally, unconditional acceptance<sup>4</sup>. Specifically, unconditional acceptance, according to Rogers<sup>4</sup>, is defined as the complete acceptance of the individual throughout his or her experiences and behavior, without any critical appraisal or self-critical tendency. When mental health nurses are able to integrate this capacity, this leads to visualizing the patient's empowerment role by always believing in their possibilities for change without making any personal judgments<sup>8</sup>.

In particular, PMHP value a humanistic model of care, wanting to be treated with kindness, and appreciating the professional's availability and sense of humor<sup>7</sup>. Therefore, they hope that the nurse can see beyond their illness, connecting with them as people<sup>9</sup>. However, on many occasions PMHP do not feel lis-



tened to and feel that they have very few opportunities to work jointly with professionals<sup>10</sup>. In addition, in recent years there has been a strong influence of the biomedical model on mental health care, which has affected the humanization of care and the Tr<sup>11</sup>.

Previous evidence showed that an adequate TR is associated with better health outcomes for PMHP helping to maintain the focus on recovery and reducing the stress experienced by the practitioner<sup>12,13</sup>. Along these lines, current international mental health policy guidelines focus on the paradigm of autonomy and the recovery model that recognizes the importance of person-centered care<sup>14</sup>. The main elements of the recovery model include increased service user involvement, a view of the person beyond his or her illness, and facilitation of treatment choice<sup>15,16</sup>.

Therefore, it seems clear that, if person-centered care based on shared decision-making is to be provided, it is necessary to deepen the knowledge and understanding of experiential processes on the health of people with a mental health problem. In this sense, exploring the meaning of the process of accepting and feeling accepted in the context of the TR will allow us to understand the importance and meaning attributed to this competence that is so necessary in the TR, but so scarcely studied from the point of view of both PMHP and mental health nurses. If care is to be provided on the basis of agreement and shared decision-making, delving into the meaning of a phenomenon from the perspective of the parties involved in the process, determining what their expectations and needs are, will help professionals to reformulate strategies and prioritize health care, bearing in mind the current situation of our mental health services.

The aim of this study was to explore the meaning of the concept of acceptance in the framework of the TR from the common perspective of nurses and people with mental health problems.

## Method

### *Design and participants*

A qualitative study was conducted based on an exploratory approach, as part of a larger study focused on the understanding and theoretical explanation of unconditional acceptance within the framework of the nurse-patient TR. This first exploratory approach is particularly useful for studying poorly understood phenom-

ena. Rather than simply observing and describing the phenomenon under study, it allows us to delve into the deeper nature of the phenomenon, how it occurs, and other related factors; in other words, exploratory qualitative studies shed light on the various ways in which a phenomenon manifests itself and the underlying processes<sup>17</sup>.

In order to respond to the proposed objective, nurses and people with PMHP linked to the public mental health network in Barcelona (Spain) were purposively selected. The participant selection strategy focused on recruiting key informants representing the different profiles of the study population. The participants selected were personally invited by members of the research team and all agreed to participate. Mental health nurses and non-mental health nurses were included in both the hospital and community settings. In the case of PMHP, we attempted to include people over 18 years of age with different diagnoses and linked to different health care resources. There was no professional link between the nurses and the individuals with mental health problems. Two members of the research team personally informed the participants about the objective of the study and those who voluntarily agreed to participate and signed the informed consent form were included in the study. The study received approval from the ethics committee of the Parc de Salut Mar de Barcelona (2019/8523/I).

### *Data collection*

Data were collected through a focus group conducted in May 2019. The participants met in a hospital room in their reference area, outside of the care units. The room provided privacy and security to allow the session to be conducted without interruption. The session lasted 1 hour and 45 minutes and was audio-recorded. For the session, a script was prepared to be developed by the group based on a single initial question: "What is the meaning of accepting and feeling accepted in the context of the relationship between nurses and people with mental health problems?". This script was elaborated using consensus techniques<sup>18</sup> after several discussion sessions among the research team.

The group was attended by two members of the research team. One researcher, with previous experience in group techniques, moderated the group as a facilitator-provocateur, carrying out an initial provocation with the approach outlined above in order to incite the discussion and a continuous provocation to encour-



age the group to continue participating. A second member of the research team acted as observer, recording the events, dynamics, roles, etc., that were taking place<sup>19</sup>.

### *Data analysis*

The content analysis approach was used in this study. This approach is suitable for the analysis and categorization of qualitative data according to empirical or theoretical criteria<sup>20</sup>. Audio recordings were made using a digital recorder. The data were transcribed verbatim. After the participants verified the authenticity of the transcripts, the text was broken down into descriptive codes assigned on the basis of their purely semantic content. In a second stage, these codes were grouped into more analytical subcategories, whereby the initial codes were grouped according to the meaning of the linguistic units and their combinations. In this manner, a third hierarchical stage was reached, in which, considering the semantic analysis of the previous subcategories, they were categorized inductively. This analysis was then triangulated with another researcher to ensure the rigor of the results obtained. Throughout the analytical process, the research team adopted a reflexive and analytical awareness of the experiences identified, the reasoning applied and the overall impact of the team throughout the research process, identifying their background and onto-epistemological positions that could influence the analysis<sup>21</sup>. The analysis process was assisted by QRS NVivo version 12 software.

### **Results**

A total of eight people participated in the study, five women (62.5%) and three men. The sample consisted of four PMHP and four mental health nurses. The PMHP had a mean age of 46 years, with a range of 42 to 56 years. They stated that they had depressive, affective and psychotic disorders, with a mean experience with the mental disorder of 18 years (range 25-12). The mean age of the nurses was 49 years, with a range of 38-60 years. Their mean experience in mental health was 16 years (range 8-28), and at the time of the study, they were practicing in family and community care, inpatient and day hospital settings.

According to the participants, acceptance as part of the therapeutic relationship is aimed at the help that nurses can and should provide to patients so that they can feel understood and thus be able to work through

the discomfort produced by the mental health problem. This was explained through three common themes for nurses and patients: i) feeling like a person thanks to acceptance, ii) the nurse's competencies to accept the other, and iii) the binomial acceptance-therapeutic bond.

### *Feeling like a person thanks to acceptance*

This theme refers to the meaning that both PMHP and nurses identified in the relational process that took place between them. For all of them, when the established relationship was therapeutic, it enabled them to feel and connect with themselves, making them feel more like a person. In this sense, the PMHP stated that in most situations they consider that the nurses establish a helping relationship in which they feel accepted and recognized; emphasizing the close bond, the feeling of being understood and that the nurse shows interest in them. However, they also revealed that they sometimes felt devalued, stigmatized and infantilized.

*"...to receive a calm welcome and to be asked how can I help you?" (P2, female user.)*

*"To be asked how you are...I hope to feel understood." (P1, female user.)*

*"We hope to be understood here and to be asked about our needs." (P4, male user.)*

Regarding how they want to relate and feel during the relational process with the nurse, the PMHP highlighted the need for the professionals to show interest in them, to welcome them, to accompany them and to recognize them as individuals.

*"To be recognized as a person, I am more than just an illness." (P4, male user.)*

*"They (the nurses) talk to you like you don't understand things....I am sick, I am not stupid. I am a person with responsibilities, with capabilities and with difficulties." (P2, female user.)*

Similarly, the nurses emphasized that in order to establish the TR they must be close, accepting and recognize the other as a person with decision-making capacity. The nurses pointed out that in order to develop an adequate TR, their personal maturity was essential, since they considered that professionalism is linked to the person. In this sense, they verbalized that

when they are able to develop a professional praxis congruent with their personal values, this is reflected in the recognition of the patients, and it is a feeling of gratification that helps them not to wear themselves out professionally.

*“...one must be close and accepting of the other.” (P1, female user.)*

*“...to recognize him/her as a person with decision-making capacity, respecting individual idiosyncrasy.” (P2, female user.)*

*“...the person must be recognized as he/she is, explicitly in all the person’s dimensions...Personal maturity is important since one is both a professional and a person...a good TR leads to not becoming professionally worn out.” (P3, female nurse.)*

#### *The nurse’s competences to relate to and accept others*

This theme refers to the competencies that both PMHP and nurses recognized as necessary in the establishment of the TR and which they considered to facilitate the acceptance of the other. They all pointed out that empathy and accompaniment are interventions used by nurses to favor the relationship. In this sense, both nurses and PMHP stated that the nurse accompanies through their daily relationship, advises and counsels, helping in situations of crisis and facilitating support thanks to their availability.

*“...allows it to flow, adapts to each individual and helps to identify problems.” (P4, male user.)*

*“...assist in decision making by emphasizing that it is the patient who is going to decide.” (P3, female nurse.)*

*“...that alerts me to mood swings and to understand what is happening to me...” (P1, female user.)*

Along these lines, the participants pointed out that, among their competencies, the nurse uses nonverbal language as a way of showing acceptance, non-stigmatization and a lack of prejudice towards them. However, they agreed that sometimes this can lead to difficulties in the relationship and that nonverbal language can even become destructive or offensive.

*“...a smile or a friendly glance.” (P2, female user.)*

*“...a wink or, on the contrary, a bad look and physical distancing.” (P4, male user.)*

Concretely, PMHP pointed out that they need to be provided with more positive reinforcement, to believe in their possibilities and to express interest. In turn, the nurses emphasized that it was necessary to contextualize the relationship, paying attention to their attitude and openness towards listening and helping, and paying special attention to the use of nonverbal language.

*“Ask me how I’m doing today...help me recognize improvement.” (P2, female user.)*

*“The willingness to listen and help, to treat others as one would like to be treated.” (P1, female user.)*

#### *The therapeutic bond-acceptance binomial*

This theme refers to the emphasis that both PMHP and nurses assigned to the fact that in order to create a therapeutic bond, acceptance is fundamental, and this requires time and predisposition on behalf of the people involved, requiring willingness and availability to build such a bond.

In this regard, certain factors were identified as conducive to bonding by the participants. In the first place, they pointed out the importance of the process of adaptation in the relationship. For them, this was an individual process in which judgment of others had to be somehow overcome, because it is necessary to accept individuals as they are. According to both the PMHP and the nurses demand this recognition, claiming the specific particularities of each individual. In this sense, the PMHP related that the consequences of not being accepted and not being able to establish a good bond or detecting difficulties in this process generated greater frustration and discomfort, which could further worsen their condition.

*“...resetting things, removing labels...the process of starting from a blank page [avoiding judgment.]” (P1, female user.)*

*“...the individual process of each person and the individual process involved in the relationship itself.” (P3, female nurse.)*

*“...the patient knows more than we do about what’s wrong with him.” (P5, male nurse.)*

*“It generates lower self-esteem, more discomfort, more anxiety, either greater anxiety or it triggers the appearance of anxiety...it causes doubts, it can worsen your condition, create negative reactions, it makes you feel downcast.” (P2, female user.)*

Similarly, the participants considered the availability and willingness of both nurses and patients as a basic supporting element in the context of the acceptance-bonding binomial. The PMHP emphasized that the availability of the nurses should be reflected by the time they spend with them, as well as in the way in which they dedicate time to their patients. Likewise, the nurses also considered the importance of the patients' willingness to meet. Both nurses and PMHP agreed that the other party has to be available and they recognized the need for their own availability. PMHP recognized that sometimes they did not feel well enough to demonstrate “openness” and that, on these occasions, the nurse could help to build a better bond by having a better understanding of their close environment (family, home, friends, etc.) and a more comprehensive knowledge of the patient beyond their health problem.

*“...willingness to help and willingness to listen.” (P2, female user.)*

*“Both parties must be willing to make this a smooth process.” (P2, female user.)*

*“Not only the nurse, we also have to be available to the relationship and there are times, due to the disease itself, when it is not easy.” (P4, male user.)*

*“The [patient's] need to have quality relationships with the people in our environment.” (P3, female nurse.)*

*“For (the nurse) to have a broad knowledge of his or her environment and knowledge of the person in all their dimensions.” (P1, female user.)*

In contrast, both nurses and PMHP identified a series of factors that they considered did not favor the process of acceptance and bonding as showing prejudice, devaluing and infantilizing the person. However, their perception of not being understood and judged by others and their own self-perception of low self-esteem and fear of emotional overflow were limiting factors for acceptance and bonding. In any case, both nurses and PMHP emphasized that the prejudices shown

(sometimes unconscious) and detected through non-verbal language hindered this acceptance-bonding binomial.

*“They don't even understand me at home...not even some of the nurses.” (P1, female user.)*

*“Low self-esteem.” (P2, female user.)*

*“Feeling judged.” (P4, male user.)*

*“Judged by everyone else.” (P2, female user.)*

*“You're nervous, we can get overwhelmed.” (P4, male user.)*

Another difficulty reported was the distance established by the nurse, sometimes shown by physical barriers between them. The PMHP related this distancing from the nurse to factors inherent to the reality of care, such as lack of time and personal wear and tear. However, this was also related to the professionalism of the nurses, such as lack of involvement or showing that they know more than the other person. Nevertheless, PMHP recognized that at times distancing was necessary for an appropriate therapeutic approach. Meanwhile, the nurses also verbalized and emphasized that belittling the person was an obstacle to establishing a bond with PMHP. They considered that when they focused on the symptoms, they were limiting the relationship to finding a problem, or a label, and focusing all attention solely on this, supporting a reductionist view of the individual by focusing exclusively on the problem.

*“They focus on the symptom, they focus on the deficit.” (P1, female user.)*

*“They direct their attention on what is supposed to be the most striking.” (P3, female nurse.)*

*“No acceptance, no relationship, no mutual acceptance.” (P2, female user.)*

*“Marking a distance...not putting themselves in the other's place.” (P3, female nurse.)*

*“The I know and you don't.” (P1, female user.)*

*“Physical contact is being lost...thinking that we know more than the patient.” (P4, female user.)*

*“The lack of involvement is noticeable, it causes doubts.” (P1, female user.)*

*“He comes to complete his hours, he is only there to get paid.” (P3, female nurse.)*

The findings of this study highlight that PMHP and nurses believe that person-centered care is necessary to facilitate the process of acceptance of the other in mental health care. A nurse-patient relationship that facilitates information, knowledge and decision making, and is based on respect for the other and recognition of his or her uniqueness<sup>35</sup>.

### Limitations

Some limitations of this study should be considered. First, only one focus group was conducted, and although there is no consensus in the evidence as to the appropriate number of focus groups to be conducted, it is recommended that more than one session should be conducted<sup>36</sup>. However, this practice has been successfully implemented by other researchers<sup>37-39</sup> and, given the novelty of the topic, the scarcity of evidence on the subject, and the methodological robustness of the whole process, it was considered appropriate to carry out this first analytical exercise. A second limitation is related to the participants, since both the patients and the nurses who participated were motivated by the topic. However, it should be noted that all were selected as key informants and represented profiles that were identified prior to their recruitment. Finally, another limitation of this study is related to not having reached data saturation. However, given the exploratory approach of the study, this was not considered necessary.

### Conclusions

Within the framework of the nurse-patient relationship, in order to facilitate acceptance of the other, a process of adaptation is required that occurs simultaneously with the construction of the patient-nurse bond during the orientation phase of the TR. This requires time and, above all, a willingness and interest in recognizing each person and their capacities, as well as their uniqueness, from a comprehensive view of the whole person. Acceptance of the other allows nurses and patients to feel and connect with each other, facilitating the patients' recovery process and protecting the nurses from professional burnout.

### Relevance for clinical practice

Exploring the process of acceptance from the joint perspective of PMHP and mental health nurses has provided initial insights that have confirmed the similarities between the perceptions of both parties. These results can contribute to the improvement of person-centered care in mental health nursing; individualized care always places the person and their experiences at the core of care in which the unconditional nature of TR requires feeling, acceptance, relationship and bonding. Furthermore, the results provide insight to future research on the phenomenon of unconditional acceptance and its meaning in the framework of the TR and, in general, regarding the health outcomes of PMHP.

### Acknowledgements

We wish to thank all the study participants and the College of Nurses of Barcelona for the financial support provided (PR-339/2019), together with the Valldecilla Institute for Health Research.

### References

1. McAndrew S, Chambers M, Nolan F, Thomas B, Watts P. Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 Jun 17;23(3):212–20.
2. Felton A, Repper J, Avis M. Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1137–48.
3. Hamovitch EK, Choy-Brown M, Stanhope V. Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Ment Health J* [Internet]. 2018;54(7):951–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
4. Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona (On becoming a person)*. 17th ed. Barcelona: Paidós; 1972.
5. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Houndmills: Macmillan; 1988.
6. Forchuk C. A comparison of the works of Peplau and Orlando. *Arch Psychiatr Nurs*. 1991 Feb;5(1):38–45.
7. Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec;30(6):782–7.
8. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşilar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Karaağaç E. Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabil Nurs*. 2015 Nov;40(6):341–8.
9. Hawamdeh S, Fakhry R. Therapeutic relationships from the psychiatric nurses' perspectives: An interpretative phenomenological study. *Perspect Psychiatr Care*. 2014 Sep 26;50(3):178–85.
10. Pazargadi M, Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Alijani Renani H, Molazem Z. The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse-



- Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 Jul;36(7):551–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26309175>
11. Roviralta-Vilella M, Moreno-Poyato AR, Rodríguez-Nogueira Ó, Duran-Jordà X, Roldán-Merino JF. Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Dec 14;28(6):1338–46.
  12. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(4):e94207. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3981763>
  13. Molin J, Lindgren B, Graneheim UH, Ringnér A. Time Together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 Dec 25;27(6):1698–708.
  14. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. World Health Organization; 2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>
  15. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, Kennedy C. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2015;22(3):171–82. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpm.12202>
  16. Smith GP, Williams TM. From providing a service to being of service: Advances in person-centred care in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(5):292–7.
  17. Polit DF, Beck CT. *Investigación en enfermería : fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. 9th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
  18. Bobrovitz N, Parrilla JS, Santana M, Straus SE, Stelfox HT. A qualitative analysis of a consensus process to develop quality indicators of injury care. *Implement Sci*. 2013 Dec 18;8(1):45.
  19. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
  20. Krippendorff K. *Content Analysis An Introduction to Its Methodology*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.; 2018.
  21. Råheim M, Magnussen LH, Sekse RJT, Lunde Å, Jacobsen T, Blystad A. Researcher–researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2016 Jan 14;11(1):30996.
  22. Eldal K, Natvik E, Veseth M, Davidson L, Skjølberg Å, Gytri D, et al. Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues Ment Health Nurs*. 2019;40(2):88–96.
  23. Huang C, Plummer V, Lam L, Cross W. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;27(2):103–27.
  24. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Context - Enferm*. 2007 Mar;16(1):129–35.
  25. Khan S, Jung F, Kirubarajan A, Karim K, Scheer A, Simpson J. A Systematic Review of Interventions to Improve Humanism in Surgical Practice. *J Surg Educ*. 2020 Aug;
  26. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol*. 2016;7(MAY):1–11.
  27. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life*. 2019;12(1):21–9.
  28. Hiçdurmaz D, Üzar-Özçetin YS. "Now I keep my feet on the ground. Earlier, I was arrogant and felt too big for my boots." Perspectives of people with cancer and oncology nurses on the psychological empowerment process. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Dec;49:101862.
  29. Harris B, Panozzo G. Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Oct 29;28(5):1220–7.
  30. Cutler NA, Sim J, Halcomb E, Moxham L, Stephens M. Nurses' influence on consumers' experience of safety in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2020 Sep 21;(August):jocn.15480. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15480>
  31. Staniszewska S, Mockford C, Chadburn G, Fenton SJ, Bhui K, Larkin M, et al. Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019;214(6):329–38.
  32. Beyene LS, Severinsson E, Hansen BS, Rørtveit K. Being in a space of sharing decision-making for dignified mental care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019 Nov 23;26(9–10):368–76.
  33. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 1997;10(4):162–7.
  34. Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):782–7.
  35. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(3):1–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>
  36. Guest G, Namey E, McKenna K. How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field methods*. 2017 Feb 24;29(1):3–22.
  37. Meltzer KJ, Mahesar S, Pollio DE, North CS. The red purse and human remains: personal and professional experiences of 9/11 mental health workers. *Soc Work Ment Health*. 2020 Nov 1;18(6):651–69.
  38. Costa BM, Hayley A, Miller P. Young adolescents' perceptions, patterns, and contexts of energy drink use. A focus group study. *Appetite*. 2014 Sep;80:183–9.
  39. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Chic Ill)*. 2010 Mar 1;60(2):121–6.



# Relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería de atención primaria en León, Nicaragua

Relationship between family situation and workload of primary care nurses in León, Nicaragua

**Lic. Lester Fidel García Guzmán. Msc., Lic. Dulce María Oviedo Martínez. Msc. Katherin Yanina Carrión Silva., Katherine Massiel Reyes Rostran.**

Docente, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAN León. Comité de Investigación y Desarrollo en Enfermería. Máster en Salud Mental y Adicciones.

Licenciada en enfermería con mención materno infantil. Escuela de enfermería. Facultad de Ciencias Médicas UNAN León.

Contacto: Lic. Lester Fidel García Guzmán., lester.garcia@cm.unanleon.edu.ni

Fecha de recepción: 20 de agosto 2020 / Fecha de aceptación: 5 de abril 2021

## Resumen

**Introducción:** La enfermería es una profesión que contribuye a preservar la vida y la salud, siendo la característica singular de la práctica de enfermería el cuidado de las personas que interactúan con su entorno. Sin embargo, se nos olvida que el personal de salud, al finalizar su jornada laboral, pertenece a un ámbito familiar. El personal de la salud es el más afectado por el mantenimiento de una doble carga que supone la familia y el trabajo. Estudios previos demuestran la asociación de disfunciones familiares relacionadas con factores personales del personal de enfermería (género, horas de descanso, ocio) a causa del trabajo. El objetivo de nuestro estudio fue describir la relación entre la situación familiar y la carga laboral del personal de enfermería de atención primaria en Sutiaba, León.

**Métodos:** Estudio cualitativo a través de la teoría fundamentada. Se realizaron tres entrevistas en profundidad a informantes claves y un grupo focal de 10 integrantes.

**Resultados:** El conflicto trabajo-familia generó deterioro del ámbito familiar motivado por el poco tiempo compartido, la insatisfacción familiar, el cansancio posturnos y la prioridad del trabajo ante la familia.

**Discusión:** La afectación del ámbito familiar que produce la carga laboral se refleja por: conflicto trabajo-familia, agotamiento excesivo, resignación de las afectaciones laborales, desencadenando una insatisfacción personal.

*Palabras clave:* ámbito familiar, percepción, enfermería, carga laboral.

## Abstract

**Introduction:** Nursing is a profession that contributes to the preservation of life and health, being, the singular characteristic of nursing practice, the care of people interacting with their environment. However, we forget that health personnel, at the end of their working day, belong to a family environment. Health care workers are the most affected by maintaining a double burden of family and work. Previous studies have shown the association of family dysfunctions related to personal factors of nursing staff (gender, hours of rest, leisure) due to work. The main objective was to describe the relationship between the family situation and the workload of primary care nurses in Sutiaba, León.

**Methods:** A qualitative study using grounded theory. Three in-depth interviews were conducted with key informants and a focus group of 10 members.

**Results:** Work-family conflict generated deterioration of the family environment motivated by little shared time, family dissatisfaction, post-shift fatigue and the priority of work over family.

**Discussion:** The affectation of the family environment caused by the workload is reflected by work-family conflict, excessive exhaustion, the resignation of work affectations, triggering personal dissatisfaction.

*Keywords:* family environment, perception, nursing, workload.



## Introducción

La profesión de enfermería es potencialmente estresante en su cotidianidad, debido a la interacción con la enfermedad, el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, la muerte, así como el mantenimiento de los estándares de calidad del cuidado, los horarios de rotación laboral y las relaciones con los compañeros y compañeras<sup>1,2</sup>. Dadas estas condiciones laborales, en ocasiones, se produce una transferencia emocional que pone en riesgo la calidad de vida de los profesionales a medio y largo plazo por el desarrollo de fatiga física y/o mental<sup>3</sup>. Las condiciones laborales del personal de enfermería pueden provocar el deterioro de su salud física y psíquica (estrés), insatisfacción, bajo rendimiento laboral, y desequilibrio tanto en el ámbito laboral como familiar<sup>2</sup>. Entre los factores individuales, familiares y laborales relacionados con ello destacan el sexo, la edad, las horas de descanso y recreación, la presencia de conflictos intrafamiliares que generan disfunción en el núcleo, y el nivel de compromiso con el trabajo<sup>4</sup>.

Es importante tener en cuenta las diferencias entre los principales conceptos relacionados con esta investigación. Se entiende por carga física el conjunto de requerimientos físicos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada, que demanda muchos esfuerzos físicos; y por carga mental al nivel de actividades mentales necesario para el desarrollo del trabajo<sup>5</sup>. Por último, la carga laboral es definida como la suma de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador lo largo de su jornada laboral por lo que surge su clasificación por tipo de trabajo a realizar<sup>5</sup>.

No obstante, la sobrecarga laboral es la responsabilidad donde en términos físicos y mentales se genera un estresor significativo, que puede estar asociado a exceso de tareas, deterioro psicológico, demandas excesivas de habilidades, destrezas y conocimientos que pueden incrementar los niveles de agotamiento emocional y físico<sup>6</sup>. La sobrecarga de trabajo de los profesionales de enfermería ha sido identificada como un serio problema de estrés de los trabajadores, caracterizada por jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas, etc. Es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud<sup>7</sup>. La sobrecarga laboral con jornadas de trabajo extensas, es decir, superiores a 9 horas en los

servicios clínicos, con dedicación exclusiva a la atención de pacientes y sin posibilidad de espacios de esparcimiento, son sin duda considerados como factores predisponentes al síndrome de *burnout*. Y si a lo anterior se le agrega la carga afectiva a la que el profesional de enfermería está expuesto durante la jornada de trabajo, la exposición a agentes químicos y la constante incorporación de nuevas tecnologías, conocimientos y responsabilidades, se traduce en un ambiente hostil precursor de un sinnúmero de afectaciones psicosociales<sup>8</sup>.

Las consecuencias sociales de la sobre carga laboral y el *burnout* se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de *burnout* tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales<sup>4,9</sup>.

El aumento de la demanda de diversos servicios en las instituciones de salud, así como la incorporación creciente de tecnología compleja y costosa, ha creado sistemas de trabajo que requieren actividad laboral continua durante las veinticuatro horas del día. Las enfermeras, como grupo ocupacional, asignadas a los diferentes turnos con una jornada laboral de ocho horas, experimentan desajustes entre las demandas de actividad y los ritmos biológicos internos que regulan el ciclo vigilia-sueño, con consecuencias directas sobre su vida diaria.

Se observa un gran número de enfermeras con diferentes problemas en sus relaciones sociales, personales y laborales; ampliando la mirada se conoce que la mayoría de este personal trabaja en el turno noche. La situación que plantea la doble jornada de trabajo suele ocasionar en las enfermeras agotamiento, debido al esfuerzo, y sobrecarga para cumplir con la preservación, continuidad y crecimiento de la familia.

Al concluir la jornada laboral, se llega a la realidad de que la enfermera pertenece a una estructura familiar y debe responder a las exigencias que esto conlleva. El personal de enfermería femenino es el más afectado, quizás por el mantenimiento de esa doble carga laboral y familiar, ya que se dedican a las labores de la casa y cuidados de los hijos. Además, al aumentar la edad y los años de ejercicio profesional, también aumenta el

cansancio laboral. Las enfermeras se sienten culpables por la ausencia en el hogar y por no acompañar el crecimiento de los hijos y la rutina familiar. La actividad laboral interfiere directamente en su vida, en función del exceso de trabajo causado por largas jornadas que las obligan a permanecer lejos de la convivencia familiar y culminando por descuidar el autocuidado y la propia sexualidad, olvidándose hasta de ser mujer<sup>10</sup>. Debido a la importancia que tiene la familia para una persona cuando enfrenta un estresor externo, tiende a exacerbar las tensiones previas y genera un desequilibrio laboral acumulando más tensiones y estresores<sup>11,12</sup>.

Las dificultades que nacen en el ámbito familiar limitan la vida de la pareja, el papel de madre; aparecen problemas de coordinación y organización, en tanto a horarios de alimentación, silencio durante el día para el descanso, existe una menor oportunidad de vida social al disminuir la posibilidad de participar en actividades con amigos o familiares<sup>13</sup>.

En el año 2016 se condujo un estudio con las enfermeras del Centro de salud Félix Pedro Picado, ubicado en el centro urbano del municipio de León y con afluencia de pacientes de la zona rural del suroeste de la municipalidad. La investigación tuvo como propósito evaluar la relación entre la carga laboral y estrés, encontrando que una parte significativa de la población se encontraba con niveles de estrés severo y moderado. Las variables de carga laboral que presentaron relaciones con el estrés severo fueron la edad, funciones laborales en correspondencia a su formación académica, horas extras, tiempo designado para almorzar corto, sentimiento de fatiga y cansancio, el clima organizacional y las relaciones laborales<sup>14</sup>.

Dado que el gremio de Enfermería del Ministerio de Salud de Nicaragua, juega un papel importante en el abordaje sociosanitario a la población y ejerce su influencia directa en la calidad de la atención que se otorgará a los usuarios, la carga laboral de los profesionales de enfermería nicaragüense debería ser estudiada con mayor profundidad, tanto su caracterización dentro de un perfil laboral como las repercusiones en la salud integral del personal de enfermería que esta situación motiva (relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería), recordando que estas personas no solo son trabajadoras, sino que pertenecen a un núcleo familiar al cual deberían de integrarse plenamente.

Por ello el objetivo principal de este estudio fue describir la relación entre la situación familiar y la carga laboral del personal de enfermería de un centro de salud en Sutiaba, León. Como objetivos secundarios se estableció determinar la percepción de la carga laboral del personal de enfermería y explorar la situación familiar del personal de enfermería del puesto de salud en estudio.

## Métodos

### *Diseño*

Esta investigación es de tipo cualitativo bajo la perspectiva fenomenológica. En esta investigación se priorizó la obtención de declaraciones u observaciones de situaciones cotidianas del ámbito familiar del personal de enfermería con el propósito de exponer las posibles relaciones con la percepción de la carga laboral. Se realizó una contextualización del fenómeno y la percepción de las vivencias y reflexiones de los participantes presentado los datos de forma estructurada y teóricamente fundamentados.

### *Población y muestra*

El estudio se realizó en el centro de salud cabecera Félix Pedro Picado, ubicado en el municipio de León, en el barrio de Sutiaba, que cuenta con un total de 26 enfermeras laborando. Este centro de salud cuenta con servicios de atención primaria, que abarca principalmente promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que se divide en educación en salud y atención en los programas prioritarios, regidos por el personal de enfermería: control prenatal, planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino, atención al parto bajo riesgo, puerperio, inmunización, atención integral al niño, vigilancia del crecimiento y desarrollo, micronutrientes, inmunización y terapia de rehidratación oral, atendiendo diariamente a una población diana de 50-100 personas, en su mayoría niños.

La unidad de análisis fue el personal de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado, contando con la participación de 13 enfermeras: 3 enfermeras con funciones gerenciales y 10 cumplían funciones de asistencia directa al paciente. Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron los siguientes: enfermeras laboralmente activas, edad mayor de 20 años, de ambos sexos, se tomaron en cuenta auxiliares de enfermería, enfermeras técnicas y con grado de licenciatura.

### *Procedimiento*

El estudio se desarrolló entre los meses de julio a septiembre 2019.

Se realizó la invitación a la entrevista explicándoles los objetivos del estudio. Se les entregó el consentimiento informado.

Los investigadores prepararon una entrevista semi-estructurada en base a los objetivos planteados con el fin de mantener la línea de la información buscada.

### *Recolección de datos*

En primer lugar, se realizaron 3 entrevistas en profundidad a informantes clave: la jefa de enfermería, la enfermera responsable de docencia de la unidad de salud y la enfermera responsable del área de mayor demanda y administración de los servicios de enfermería.

Seguidamente, se realizó un grupo focal de 10 enfermeras asistenciales para validar la información proporcionada, obteniendo datos de dos fuentes.

Se recogieron datos sociodemográficos y laborales como la edad, el sexo (masculino/femenino) el estado civil (casada, soltera, otros), número de hijos, lugar de procedencia, nivel académico (auxiliar, técnico, licenciatura).

Además, se incluyeron seis preguntas:

1. ¿Podría hablar un poco sobre su día laboral? (Hora de entrada y salida, funciones laborales, responsabilidades a cargo, distribución del tiempo, tareas extras, horas extras, relaciones con sus compañeros, clima organizacional).
2. ¿Cómo se siente al terminar su jornada laboral cada día?
3. ¿Podría hablar un poco acerca de lo que hace después de un largo día de trabajo?
4. ¿De qué manera considera usted que le dedica el tiempo necesario a su familia?
5. ¿Ha dejado de participar en sus actividades familiares debido a su trabajo? ¿Qué actividades han sido? ¿Podría hablar un poco de cómo le hace sentir esta situación?
6. ¿Qué influencia ejerce la percepción de la carga laboral en el desarrollo de su ámbito familiar?

### *Análisis de datos*

Para el procesamiento de los datos se realizó una triangulación de los resultados con el objetivo de obtener una mayor amplitud y profundidad de datos (entrevista profundidad/grupo focal/marco teórico.). El análisis desarrollado se basó en la teoría fundamentada que permitió contextualizar y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas; a través de procedimientos metodológicos característicos, se construyó una teoría que permitió explorar situaciones desconocidas, hasta la saturación de la información<sup>15</sup>.

Se utilizó el programa computarizado de open CODE para codificar los datos generados a partir de la información recogida. Para el análisis de la información se exploraron los datos, se desarrolló una estructura organizándolos en códigos, categorías y supracategorías se describió las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; descubriendo los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema, comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, reconstruir hechos e historias, vincular los resultados con el conocimiento disponible.

### *Consideraciones éticas*

Consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y autonomía.

### **Resultados y discusión**

Como muestra la tabla 1, la muestra fue de 13 participantes, siendo en su totalidad de sexo femenino. El rango de edad predominante fue el de 31 a 40 años (n=4), la mayoría fue de procedencia urbana (n=9) y solteras (n=7). Tan solo 3 entrevistadas no tenían hijas. En cuanto a la formación académica, 6 de ellas eran licenciadas en enfermería, seguido de 4 auxiliares de enfermería.

Las relaciones entre el trabajo y la familia articulan el día a día de las trabajadoras, siendo uno de los riesgos psicosociales que más atención está recibiendo en los últimos años el conflicto trabajo-familia. Las demandas familiares también pueden obstaculizar el desempeño de las tareas laborales; esto se vio reflejado al indagar acerca de lo que hacen después de un largo día de trabajo en las siguientes expresiones<sup>13</sup>:

*“Después del trabajo, llego a limpiar, cocinar, a lavar trastes...; es una carga de que llego preocupada porque tengo marido y hay que darle de comer y tengo un hijo. Me vengo acostando a las 11 de la noche y me levanto a las 5:30 a. m.”.*

*“Yo, como llego tarde dependiendo del turno que esté, casi no me comunico con mi familia, solo en la cena conversamos; luego de esto voy a dormir”.*

Las relaciones familiares de las enfermeras se ven afectada por exceso de trabajo, ya que el personal de salud no tiene tiempo establecido de 8 horas<sup>16</sup>, situación que es confirmada por las participantes del estudio, quienes refieren que su trabajo les demanda casi todo el tiempo en un día, ameritan realizar horas extras, lo cual genera excesivo cansancio:

*“Todos los días tengo que despertarme a las 4:00 a. m., entro a trabajar a las 5: 45 a. m. porque a las seis en punto pasa el bus para la comarca donde trabaja, y ya regreso a las 5:30 a casa, siempre estoy cansada”.*

*“Mi hora de entrada es a las 7:00 a. m., mi hora de salida no es exacta, lo ideal son 8 horas, pero por mi tipo de trabajo hago horas extras”.*

En los factores relativos de distribución del tiempo de trabajo (cargas de trabajo) están las jornadas de trabajo extensas que reflejan implicaciones sociales, como el ir a turnos, fijo o nocturno, puede alterar la vida privada del trabajador; algunos turnos de trabajo dificultan la realización de actividades extralaborales y de relación social<sup>17</sup>. Esto lo reflejaron en cuanto la distribución del tiempo manifestando:

*“La verdad, hasta nos hace falta tiempo, ya que en ocasiones estamos solo una por sector”.*

*“Siempre me hace falta más tiempo porque todavía quedan cosas pendientes por hacer; el trabajo no termina solo cuando se va el paciente, sino que continúa”.*

El trabajador está sometido constantemente a estímulos externos para llegar a la productividad fijada o incluso mejorarla; esto impone el ritmo de trabajo<sup>17</sup>, teniendo que acomodar la respuesta del individuo a este ritmo, situación que se evidencia con las expresiones:

*“Aunque no haya paciente, siempre hay trabajo administrativo que se tienen que sacar para fin de mes”.*

*“Nos distribuyen muy bien el trabajo, todo es en equipo, pero para lograr las metas individuales establecidas es difícil cumplirlas al final de mes, eso me frustra y me hace sentir incapaz en mi trabajo”.*

Del mismo modo, cuando se trata de realizar horas extras por una sobrecarga laboral, trabajos pendientes a entregar de forma inmediata, mala organización del tiempo..., se pierde el control y el ánimo se frustra, manifestando así estrés laboral<sup>12</sup>, así como la cantidad de turnos realizados. Reafirmando esta teoría en los siguientes discursos:

*“A veces logro distribuir el tiempo para las tareas extras depende como estemos, pues solo es estresante cuando tenemos turno que entramos a las 7 y salimos a las 3 del día siguiente”.*

*“Cuando me asignan turnos extra, me siento estresada, agotada, cansada, por el desvelo”.*

*“A veces me llevo trabajo a casa porque no lo he terminado”.*

En cuanto a la estabilidad en el entorno familiar y social, se ven afectadas las relaciones conyugales; cuando trabajan los dos miembros de la pareja, los problemas son más frecuentes: distintos horarios laborales, tareas domésticas, cuidado de los hijos, administración de la economía doméstica, etc.<sup>8</sup>. Esto se refleja en el estudio en las siguientes expresiones:

*“Pues como casi no me mantengo, casi no me veo con mi esposo, porque, cuando yo estoy aquí, él está trabajando; solo llega ya a dormir y lo veo como dos horas”.*

Las jornadas de trabajo pueden convertirse en un elemento que propicia desgaste y sufrimiento al personal. Cuando el contexto organizacional causa desgaste, el cuerpo busca desarrollar mecanismos de defensa para intentar disminuirlo; es cuando el trabajo puede volverse estresante, por lo que al terminar la jornada laboral cada día se ven las manifestaciones de estrés<sup>17</sup>.

*“Cansada, agotada, porque es duro estar haciendo todo: atender, despachar, estar de pie...; ni para comer me da tiempo”.*

*“Cansada porque el área donde estoy, ya que solo yo soy para todo”.*

El conflicto trabajo-familia ha sido considerado en sí mismo como una fuente de estrés que tiene una serie de consecuencias a nivel organizacional y familiar. Recordando que el personal de enfermería, una vez terminada sus jornadas laborales, continúa con las labores del hogar, y, al tener labores domésticas que realizar, su hora de descanso viene a ser mínimo<sup>18</sup>. Esto lo encontramos en el estudio en las siguientes expresiones:

*“Llego muy estresada a la casa; a veces llego y le digo a mi familia que no me hablen. Me duele la cabeza, me duele la espalda y tal vez más para los fines de mes por los informes: a veces me llevo trabajo a casa porque no los he terminado”.*

*“A mi casa llego muerta, pero me doy un momento de relajación frente al televisor; depende de la hora de llegada, porque si llego de noche, solo voy a acostarme”.*

*“Después del trabajo, me vuelvo loca: debo recoger a mi niño en la guardería, me dirijo a casa a realizar los quehaceres, velar por la atención de mi hijo...”.*

*“Por lo general, duro entre una u hora y media para llegar a mi casa, y prácticamente cuando llego a casa ya no quiero hacer nada ni ver a nadie por lo cansado del viaje”.*

El desarrollo de las actividades normales de la vida en la familia se ve afectado por los diferentes horarios de los integrantes del núcleo familiar, sin mencionar que todos los eventos familiares y sociales se realizan en horas de la noche o durante los fines de semana y es estos momentos cuando los trabajadores de enfermería se encuentran de turno o recuperando el sueño perdido<sup>19</sup>, esta teoría es confirmada en este estudio con expresiones como:

*“He dejado de hacer cosas en familia, me siento sola. He dejado de asistir a las actividades de mi niño por venir al trabajo y eso no me hace sentir bien”.*

*“Me siento mala madre, pues le dedico poco tiempo a la familia y a mi esposo”.*

*“Hemos ajustado los horarios familiares a mi trabajo: si hay algún evento en la casa, lo celebramos en la noche y venimos a trabajar normal”.*

*“Bueno, en algunos momentos, si lo que se tiene que hacer es entender que el trabajo es primero, la familia pasa a un segundo plano; ellos deben comprenderme”.*

*“Casi nunca puedo compartir con mi familia, pero uno ya está psicológicamente preparado para esas cosas, porque desde que escogemos esta carrera sabemos lo que nos espera, no tenemos días libres ni días festivos”.*

*“En las fiestas familiares, a veces estoy de turno y no puedo participar, y si ya lo hacen después de mi trabajo, llego cansada y ahí me estoy durmiendo”.*

En la relación con los hijos, al terminar la jornada laboral y llegar cansados, no se dedica el tiempo suficiente a hablar, jugar y escuchar los problemas que pueden afectar a nuestros hijos; esto trae como consecuencia que la relación se enfríe, disminuyendo el diálogo de los hijos con los padres<sup>13</sup>. Esto se manifiesta en el estudio en las siguientes expresiones de acuerdo al tiempo que se le dedica a su familia e hijos:

*“Se busca el tiempo. Quizás no en un 100 %, pero se busca para no estar lejos de la familia”.*

*“Tiempo es el que hace falta”.*

*“No les he dedicado tiempo necesario ni cuando estaban pequeños y tampoco ahora”.*

*“Pues yo aprovecho más en la cena a platicar, que estamos juntos, aunque este cabeceando”.*

Como podemos apreciar, el personal de enfermería no cuenta con el tiempo necesario a como las demandas familiares lo exigen, y tratan de buscar el tiempo necesario, viéndose afectada así la relación y haciéndose notoria la ausencia de estos dentro de la estructura familiar.

A continuación, se presenta o representa la relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería del centro de salud en atención primaria en Sutiaba, León (figura 1).



## Conclusiones

El personal de enfermería del puesto de salud Félix Pedro Picado participante en el estudio fue de 13 individuos, en su totalidad de sexo femenino; el grupo etario que predominó fue de los 31 a 40 años; la mayoría es de procedencia urbana; 7 de las investigadas son solteras; 10 enfermeras tienen hijos, predominaron las que tiene 2 hijos; en cuanto a la formación académica, 6 de estas son licenciadas en enfermería, seguido de 4 auxiliares de enfermería.

En cuanto al ámbito familiar, se encontró que este está caracterizado por las demandas familiares; estas se manifiestan por la escasa convivencia entre los miembros de la familia, pero se manifiesta una comunicación familiar efectiva y esta se presenta principalmente en las emergencias familiares.

De acuerdo con el deterioro del ámbito familiar, se vio reflejado por el poco tiempo con la familia, insatisfacción familiar, los desvelos posturnos..., que generan conflictos trabajo-familia; además, su prioridad ante la familia es el trabajo.

En cuanto a la percepción de carga laboral, se encontró situaciones positivas, entre estas, la distribución del tiempo, planificación estratégica, trabajos en equipo..., pero algunas veces es no organizada, ya que depende de la variabilidad de la situación o asignación laboral.

En la percepción de las labores extraordinarias, estas se desarrollan porque existe la falta de recursos humanos, generando la falta de tiempo que les obliga a realizar horas extras entre sus funciones y suplir el trabajo de los que no asisten.

Las participantes manifiestan las afectaciones de los problemas familiares, además reflejan agotamiento y cansancio; aunque se sienten satisfechos con su profesión, estas reflejan que trabajan excesivamente, generando así conflictos en la familia y una disminución a la productividad.

De manera general, la afectación entre el ámbito familiar y la percepción que produce la carga laboral se refleja por conflicto trabajo-familia, agotamiento y cansancio excesivo, resignación de las afectaciones laborales..., desencadenando una insatisfacción personal.

## Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en esta investigación, se considera necesario las siguientes recomendaciones:

Ajefatura de enfermería;

- Implementar un cronograma de actividades diarias para el personal del puesto, ya que esto facilitará las labores y disminuirá la carga laboral del personal.
- Reorganizar y distribuir de manera equitativa las labores del personal para generar espacios de acercamiento del trabajador con la familia.
- Establecer talleres educativos sobre estrategias que ayuden al personal a sobrellevar esta problemática.
- Establecer un espacio para dar prioridad a la salud mental de los trabajadores.

Al personal de enfermería;

- Establecer un cronograma de actividades diarias con planificación semanal.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Fomentar un tiempo específico a su familia que evite ser afectado por sus labores.
- Mejorar la comunicación efectiva entre familia.
- Compensar calidad de tiempo entre calidad de tiempo con la familia.

## Bibliografía

1. Jiménez Figueroa, Andrés, & Moyano Díaz, Emilio. (2008). FACTORES LABORALES DE EQUILIBRIO ENTRE TRABAJO Y FAMILIA: MEDIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. *Universum (Talca)*, 23(1), [Internet]. 2012 Mar [citado 2021 Ene 11]; 15( 1 ): 116-133. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762008000100007>
2. Velázquez Cedeño Jose Carlos, Cao Eldis Román. Influencia del estrés laboral en el ambiente familiar del personal de enfermería Mikarimin. *Revista Científica Multidisciplinaria*. e-ISSN 2528-7842 [Internet]. [citado 11 de enero de 2021]. 122-124 Disponible en: <http://45.238.216.13/ojs/index.php/mikarimin/article/view/1716/948>
3. Sánchez González, Álvarez Nido, Borda Lorenzo (2003). Calidad de Vida de los -trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid.
4. Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Oct [citado 2021 Ene 11]; ( 17 ). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es).



5. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. VA [Internet]. 15 de septiembre de 2010 [citado 11 de enero de 2021];(112):42-0. Disponible en: <http://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/192>
6. De Arco Canoles O del C. Sobrecarga laboral en profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos en instituciones hospitalarias de Cartagena de Indias. [Internet]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería; 2013 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/77272353.pdf>
7. Canales-Vergara M., Valenzuela-Suazo S., Paravic-Klijin T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2016 Sep [citado 2021 Enero 11]; 13(3): 178-186. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000300178&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300178&lng=es). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.004>.
8. Barrios Araya Silvia, Arechabala Mantuliz M<sup>a</sup> Cecilia, Valenzuela Parada Victoria. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2012 Mar [citado 2021 Ene 11]; 15(1): 46-55. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842012000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-2884201200010000>.
9. Campillo Manzano Patricia, Quiles Calatayud Mario, Pedraz Marcos Azucena. Burnout y carga familiar en enfermeras de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Proyecto de Investigación. Trabajo de Fin de Grado. Universidad Autónoma de Madrid. 2015. [citado 2021 Ene 11] 44 Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/672247/campillo\\_manzano\\_patriciatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/672247/campillo_manzano_patriciatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Spindola Thelma, Da Silva Santos Rosângela. Trabalho versus vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2004 Dic [citado 2021 Ene 11]; 10(2): 43-52. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532004000200006&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000200006>
11. Otálora Montenegro, Guillermo, La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuadernos de Administración* [Internet]. 2007;20(34) [citado 2021 Ene 11]:139-160. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503407>
12. Magela, Moraes, Martins & Cunha, 2009. Fatiga laboral en el personal de enfermería del Hospital Base Valdivia y factores asociados. Universidad Austral De Chile Facultad De Medicina Escuela De Enfermería. Valdivia Chile 2012 [Tesis de grado de Licenciado en enfermería] [citado 2021 Ene 11]:48. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmb142f/doc/fmb142f.pdf>
13. Amarillis Saldaña, Batista Yarineth, Marin Kathia. La profesión de enfermería y su relación en la desintegración familiar [Internet] [Posgrado de atención primaria en salud.]. [Panamá]: Universidad de Panamá, Facultad de enfermería; 2014 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos101/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar/profesion-enfermeria-y-su-relacion-desintegracion-familiar.shtml>
14. García Guzman Lester Fidel, Carrión Silva Katherin Yanina. Carga laboral en relación al nivel de estrés del personal de Enfermería del centro de salud "Félix Pedro Picado", León III trimestre 2016. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* | número 6 | sep-dic 2018 | DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.6.06> [citado 2021 Ene 11]:48. Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/44/38>
15. Murillo Javier, De la Torre Gema. Teoría fundamentada. Síntesis de su aplicación [Internet]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2014 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Teoriafundamentada.-Una-sintesis.-pdf.pdf>
16. Cargua Quishpe July Roxana, Bastidas Ortiz Zoila Beatriz. Efectos del estrés laboral en los profesionales de enfermería en el Hospital General Francisco de Orellana. Año 2013-2014 [Internet] [Tesis de Grado]. [Puyo-Ecuador]: Universidad Nacional de Loja, Carrera de Enfermería; 2015 [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/9198/1/July%20Roxana%20Cargua%20Quishpe.pdf>
17. La alimentación en el trabajo: una revolución nutricional en el menú [Internet]. [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS\\_081446/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081446/lang-es/index.htm)
18. Brito Quintana, Pedro E (2000) Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Publica*;8(1/2) -jul.-ago. 2000. Retrieved from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700008&lng=pt&nrm=iso)
19. Maya S Luz Elena. Estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida [Internet]. *Funlibre*. 2001 [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
20. Otálora Montenegro G. La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuad Adm.* [Internet]. 11 de diciembre de 2007 [citado 11 de enero de 2021];20(34). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos\\_admon/article/view/4048](https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuadernos_admon/article/view/4048)
21. Espinoza Pérez Karen Danixsa, Flores Conde Erika del Carmen, García Porra María Cleofe, Delgado Rocha Wilber Antonio. Ambiente laboral de Enfermería- Enfermedades más comunes relacionadas con el estrés laboral del personal de Enfermería Hospital Primario Francisco Matamoros. San Francisco Libre. II Semestre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Departamento de Enfermería [Tesis de grado de Licenciatura en enfermería] [citado 11 de enero de 2021];30. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/2281/1/40144.pdf>

VARIABLE		n	%
Sexo	Femenino	13	100
Edad	20-30	3	23
	31-40	4	31
	41-50	3	23
	51-60	3	23
Procedencia	Rural	4	30
	Urbana	9	70
Estado civil	Casada	6	47
	Soltera	7	53
Número de Hijos	Ninguno	3	23
	1	3	23
	2	5	38
	3	2	16
Nivel académico	Auxiliar	4	30
	Técnico Superior	3	23
	Licenciatura	6	47
	Total	13	100

Tabla 1. Datos sociodemográficos del personal de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado.

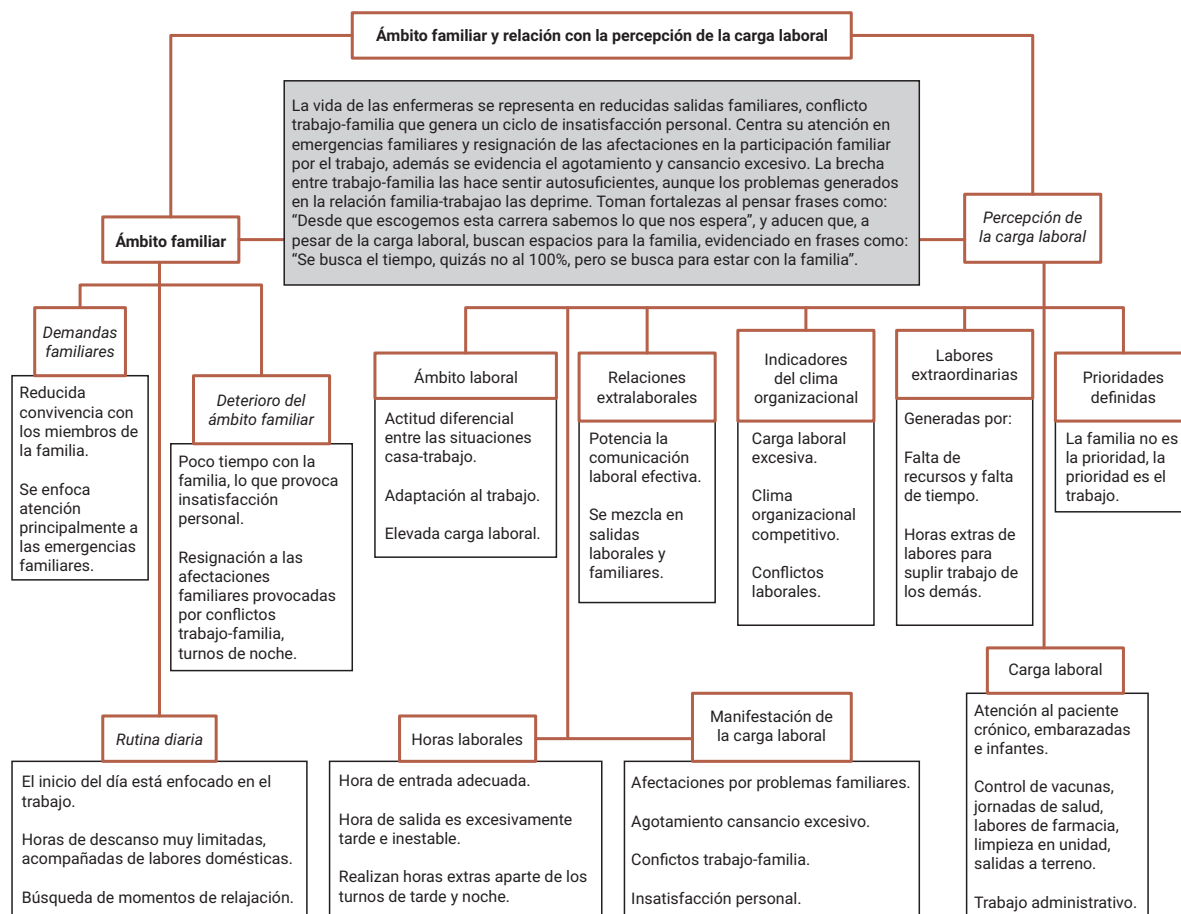


Figura 1: Relación entre situación familiar y carga laboral del personal de enfermería del centro de salud en atención primaria en Sutiaba, León.



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

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

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

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

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

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



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL