Conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes

Chinea González, Mª del Carmen

Enfermera Especialista en Salud Mental. Máster en Bioética.
Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario de Canarias.
Canarias, España.

Resumen: Antecedentes: La drogodependencia se puede asociar a aspectos como los efectos propios del consumo y la drogadicción, aspectos sanitarios (comorbilidad física y psiquiátrica), aspectos jurídicos y sociales.

Objetivo: Conocer las herramientas que utilizan las enfermeras para afrontar posibles conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes.

Metodología: Se conformaron dos grupos de enfermeras: uno en atención especializada (7 enfermeras), en concreto en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria; y otro en atención primaria (12 enfermeras). Se realizaron sesiones en las que las enfermeras expresaron sus experiencias, ideas, sentimientos y estrategias ante la relación-cuidado de pacientes drogodependientes.

Resultados: Existen aspectos importantes para las enfermeras que influyen en la aparición de conflictos éticos en la atención de drogodependencias como son la comunicación entre el Equipo; deliberación y consenso en la toma de decisiones; la formación especializada y experiencia del personal; descripción de "paciente difícil"; conceptos en la relación clínica de asertividad, receptividad, empatía, interrelación; aparición de sentimientos de impotencia y conflicto de valores; y desconocimiento de la red especializada de atención a las drogodependencias.

Chinea González, Mª del Carmen. *Conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes.* ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2012; 6(1): 61-70

Recibido: 17/mar/2012
Aceptado: 30/mar/2012

* Correspondencia: mchineag@gmail.com

Conclusiones: La formación en aspectos éticos relacionados con la atención a drogodependientes facilita la interrelación y la consecución de los objetivos terapéuticos, haciendo que las enfermeras y equipos sanitarios desarrollen herramientas de abordaje adecuado para situaciones que se presenten ante este tipo de pacientes.

Palabras clave: Enfermeras, Conflictos Éticos, Drogodependencias

Abstract: Background: Drug dependence can be associated with aspects such as effects from drug consumption and addiction, health issues (physical and psychiatric comorbidity), legal and social aspects.

Objective: To know the tools used by nurses to deal with ethical conflicts arising from drug dependant patients´ care.

Methods: Two groups of nurses were divided: a specialist care one (7 nurses), particularly in a Hospital Detoxification Unit, and other of primary care (12 nurses). Sessions were held in which nurses expressed their experiences, ideas, feelings and strategies related to the relationship - care of drug addict patients.

Results: There are important issues for nurses that influence the appearance of ethical conflicts in dealing with drug addictions such as: communication between the team, deliberation and consensus decision making, specialized training and personnel experience, description of "difficult patient"; concepts in the clinical relationship of assertiveness, responsiveness, empathy, interrelationship, development of feelings of helplessness and values conflict, and lack of specialized network of care for drug addiction.

Conclusions: Training in ethical issues related to drug abuse treatment facilitates interaction and achievement of therapeutic goals, making the nurses and medical teams develop appropriate approach tools for situations that arise in this type of patients.

Key words: Nursing Staff, Ethical Conflicts, Abuse Subtances

Introducción

La Organización Mundial de la Salud definió las drogas como "toda sustancia que, incorporada al organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste", y centrándonos en el mundo de las drogodependencias, son compuestos que actúan en el sistema nervioso central (SNC) y tienen efecto psicoactivo. El efecto buscado es diverso (excitación, depresión, alucinaciones visuales o auditivas, efectos emocionales,...), y depende de las expectativas que se espere (diversión, como afrontar los problemas, soportar el estrés, calmar síndrome de abstinencia y el deseo, etc...). La droga de abuso causa alteraciones en el estado de ánimo, en las percepciones y en diferentes funciones cerebrales. De igual manera existen también muchas formas de consumir estas sustancias, formas de las que dependerán los efectos y consecuencias posteriores al consumo, cuyo control será de vital importancia para reducir sus riesgos. Tienen que ver con:

- La cantidad de sustancia consumida
- La pureza de la dosis
- La frecuencia de consumo
- La vía de consumo: oral, fumada o inhalada, esnifada o inyectada
- La duración del consumo a lo largo del tiempo
- Las situaciones de consumo: entorno y lugar de consumo, consumo en situaciones de especial riesgo (conducción, en tareas que requieren especial concentración o destreza, enfermedades, embarazo, mezcla

de sustancias o mezcla con medicamentos...) o en situaciones en las que el consumidor, cada vez, le atribuye a las sustancias más significados o funciones en su vida.

En el caso de los Consumos compulsivos o drogodependencias, el individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que ello le puede ocasionar. Algunos indicadores de esta forma de consumo son:

- Utilización de la sustancia en mayor cantidad o por un periodo de tiempo más largo de lo que el consumidor pretendía.
- Toma de conciencia sobre la dificultad para controlar el uso de la droga.
- Empleo de la gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y el consumo de la misma.
- Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto desempeña determinadas obligaciones.
- Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas.
- Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de los problemas que le está causando.
- Tolerancia frecuente.
- Con asiduidad se recurre a la sustancia para aliviar el malestar provocado por su falta.

Así pues, a la drogodependencia podemos asociar todos estos aspectos: efectos propios del consumo y la drogadicción, aspectos sanitarios (comorbilidad física y psiquiátrica), aspectos jurídicos y penales y aspectos sociales [1,2].

Por otro lado, algunas intervenciones en salud mental y en concreto, en las drogodependencias, expresan prejuicios o refuerzan creencias y mitos, recubriéndose de connotaciones emocionales o valorativas, con estigmatizaciones, discriminaciones, segregación o limitaciones sociales. Estos aspectos relacionados con las drogodependencias, aparecen en cualquier recurso sanitario donde un drogodependiente o terapéutico multi e interdisciplinar, la que ha de valorar, diagnosticar y desarrollar el plan de cuidados idóneo para el paciente.

El objetivo de este trabajo es conocer las herramientas o estrategias que utilizan las enfermeras para afrontar posibles conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes.

Marco conceptual

Enfermería y Salud Mental

"El enfermero/a es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero, que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna"[3].

Posteriormente en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias[4] se definen las funciones de la enfermería en cuanto a que "Debe de dar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud del paciente, acorde con el estado de los conocimientos

científicos y con los niveles de calidad y seguridad exigibles en cada momento". Generalmente las intervenciones enfermeras[5] asociadas a las drogodependencias están relacionadas con acciones del campo de la seguridad (cuidados que apoyan la protección contra peligros y control de riesgos, educación), conductual (cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida) y sociales (familia y comunidad), y en nuestro sistema sanitario, se han enmarcado junto con una atención de salud mental.

Las enfermeras y en concreto, las enfermeras de salud mental, tienen que desempeñar un importante papel profundizando en el estudio de los aspectos psicosociales de los cuidados[6], y donde la interacción enfermera y paciente es muy importante para conseguir los objetivos terapéuticos. Según H. Peplau[7,8,] "la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en el seno de las comunidades". Se basa en la enfermería psicodinámica que ella misma define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades y aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Enfermería y Bioética

La bioética persigue la humanización de la asistencia sanitaria incidiendo en el papel protagonista del paciente y en su derecho a intervenir en todas aquellas decisiones que le afecten. Nos recuerda que el enfermo es una persona que, además de su problema físico, tiene aspectos psicológicos, morales, sociales y afectivos que deben ser contemplados en su atención y también en la toma de decisiones según las prioridades del interesado. Un problema grave de salud marca un antes y un después en la biografía de cualquier persona y quién mejor que ella podrá saber lo que quiere priorizar o preservar por encima de todo.

Los deberes del paciente podrían resumirse en tres: colaboración responsable en todo lo relativo a su salud, respeto hacia los demás y hacia las normas de la institución, y exigencia de que sus derechos se cumplan. El profesional basa muchas de sus actuaciones en la información que le da el enfermo, y por ello, ésta debe ser fiable y completa[9]. La labor del cuidado tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, desde el momento en que los cuidados se prestan cuando existe una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta la independencia en la atención a uno mismo. Ese cuidado que se otorga gratuitamente ante la vulnerabilidad del otro, pretendiendo su bien, es un modo de comunicación entre seres que reconocen en el otro como suyo, como alguien que merece vivir. En el caso de la enfermería, esa atención y ese reconocimiento se constituyen en un deber moral, derivado de su constitución como labor profesional.

El modo que tiene el ser humano de padecer la enfermedad es específicamente propio, pues aunque siempre sea dañina y dolorosa es posible dotarla de sentido, pudiendo decirse que la existencia de este sentimiento de solidaridad con los otros seres humanos es la base de los comportamientos morales. Ahora bien, la ayuda debe ser siempre respetuosa con la autonomía del paciente, esto es, no puede ser a pesar del otro, ya que está condicionada por las propias expectativas y valores del enfermo[10].

Conjuntamente los colectivos de enfermeras especialistas de salud mental también recogen su inquietud sobre aquellos aspectos éticos de la práctica asistencial "conscientes de que el estigma, la discriminación y las violaciones de derechos humanos son los principales obstáculos para la atención a la personas con trastornos mentales y contribuyen al

sufrimiento humano; y reconociendo el efecto de detección/intervención temprana de las enfermeras y las matronas al trabajar con / y dar apoyo a los individuos y las familias en la prevención, promoción y control de la mala salud mental"[11]

Enfermería e Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa[12,13] proporciona un saber sobre las perspectivas y conductas de las personas permitiendo una mayor comprensión sobre ellas; su contribución a la práctica enfermera es desde cuatro frentes:

1. Contextualiza el trabajo profesional clínico de enfermería: hace accesible las experiencias de los pacientes, describen situaciones e interrelaciones entre las personas; esta información posibilita intervenciones enfermeras sensibles y aceptables para los pacientes y sus familiares. Conocer como los pacientes construyen su mundo en el hospital o como viven su enfermedad no sólo humaniza a los profesionales más sino que les hace más eficaces.

2. Revela aspectos no visibles del cuidado, poco reconocido y con escaso prestigio social (dando a conocer aportaciones en conceptos como "trabajo sentimental" (Strauss et al, en 1985), "trabajo de esperanza" (Pararkyla, en 1991) y "quehacer emocional" (Smith en 1992).

3. Muestra las organizaciones/Instituciones: los estudios cualitativos nos informan de cómo hacemos las cosas colectivamente, de la naturaleza de las instituciones y su organización. Revelan los supuestos, ideologías, culturas que operan en la atención a la salud, algunos son estudios críticos que muestran las deficiencias abriendo así posibilidades de mejora.

4. Desarrolla teoría, permite el desarrollo de modelos y teorías de enfermería cercanas a la realidad, como por ejemplo[14,15] la Teoría del Interaccionismo Simbólico (H Blumer), cuya fuente central del dato lo construyen las interacciones humanas, y las perspectivas de los participantes, su habilidad para captar el papel de los demás (empatía), como los individuos definen la situación determinando la naturaleza y el significado de sus actos y de la situación misma, son centrales en la formulación de esta teoría; y el Paradigma Hermenéutico, como investigación centrada en el entendimiento e interpretación desde una perspectiva holística, buscando el reconocimiento de la subjetividad, uniendo ciencia y experiencia personal.

Los estudios cualitativos harán visibles procesos y vivencias que proporcionarán herramientas para actuar de manera más eficaz y humana en el mundo.

Metodología

Se solicitó a las Direcciones de Enfermería del Hospital Universitario de Canarias (HUC) y Gerencia de Atención Primaria (AP), su colaboración para realizar entrevistas con enfermeras que quisieran aportar/colaborar en el estudio. La respuesta ha sido desigual: en el HUC, se conformó un grupo de siete enfermeras pertenecientes a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, aunque en el mismo se encontraban dos enfermeras que han tenido experiencia en otras unidades de hospitalización, además de tres entrevistas personales; y en AP, se conformó un grupo de doce enfermeras, de distintos centros (Añaza, principalmente; Adeje, El Fraile, Finca España), donde se encuentra también una especialista en salud mental, una matrona y un auxiliar de enfermería, además de una entrevista con una enfermera del Centro de Cabo Blanco, por teléfono.

La metodología empleada consistió en realizar una sesión/reunión de ambos equipos, con la presentación del estudio, recordando el carácter voluntario, y las garantías de confidencialidad y uso de sus intervenciones para el objetivo del

estudio, y tras hacer una breve introducción sobre aspectos de la bioética (enfoque principialista), "las enfermeras informantes" comentaban y expresaban sus ideas, sentimientos y estrategias respecto a la pregunta planteada. Se dio las opciones a las enfermeras de presentar sus ideas/inquietudes en entrevista personal y/o grupal, por teléfono o por mail. Además se plantearon otros aspectos que más adelante detallaré en el apartado de resultados.

Resultados

Durante la sesión con el equipo de la Unidad de Desintoxicación (UDH) se determinaron algunos aspectos sobre los cuidados a este tipo de paciente: importante el tener en cuenta este recurso, sus objetivos y cómo son derivados estos pacientes, que comentaré en un apartado específico; asunción por parte de todo el equipo, de las diferentes tipologías de pacientes drogodependientes asociados a consumo, situaciones personales, familiares, sociales, penales, tipo de droga, etc; comprensión del drogodependiente desde el punto de vista de patología dual psiquiátrica (salud mental) y también orgánica (trastornos físicos); carácter voluntario y requerimiento del consentimiento informado del paciente para "contrato terapéutico", analíticas, información. La actitud del equipo tanto médico como de enfermería es la de información/ educación, en las medidas de prevención, disminución de riesgos y cuidados, así como que el paciente tome conciencia de la importancia de los controles y seguimiento de su proceso, evitando reinfecciones que agravarían su estado así como contagios a terceros. Esta estrategia con el paciente tiene como fin la adhesión del paciente al tratamiento y además a la red asistencial. En este aspecto se coincide con Pérez y col (2008)[16], en la importancia de la confidencialidad y la relación clínica con los pacientes a la hora del afrontamiento de la enfermedad, evitando estigmas y estereotipos y discriminación.

Los estereotipos son estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce. Son una manera de categorizar información sobre grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colectivas sobre grupos de personas. Los estereotipos exageran y distorsionan parcialmente, pero no inventan sin más todos estos aspectos, por lo que se utilizan para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo. Son eficaces en el sentido de que generan rápidamente impresiones de las personas que pertenecen a un grupo estereotipado y expectativas hacia ellas. Los prejuicios, por otra parte, refrendan estos estereotipos negativos y tienen reacciones emocionales negativas como consecuencia. El prejuicio lleva como reacción conductual la discriminación, y produce ira y negación de ayuda por temor. El miedo lleva a un componente de evitación. La estigmatización afecta a los cuidados psicosociales[17].

Todos los participantes coinciden en que los tiempos y sobre todo el motivo de ingreso es muy diferente de esta unidad a otras, ya que en las demás se centra en el proceso físico, y por la propia dinámica existen problemas que ni se abordan (psicosociales, relaciones, sexualidad, afrontamiento). La relación clínica en estas unidades está condicionada por el comportamiento del paciente (distorsiona o no la dinámica de la unidad) y experiencia de la unidad en este tipo de pacientes (medicina interna, infecciones, urgencias).

Existen dos aspectos importantes para las enfermeras:

- La comunicación entre el Equipo, y la existencia/exigencia por parte de todos de comentar, deliberar y consensuar intervenciones individualizadas y toma de decisiones en equipo, lo que confiere una unificación de criterios hacia el paciente,

ayudando a eliminar posible estrés, solucionando conflictos o tensiones en el equipo.

- La formación (enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras con formación específica en drogodependencias) y experiencia del personal en todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los drogodependientes, que hace que se predisponga una actitud de escucha, respeto, cercanía y confianza (conceptos de empatía y asertividad).

Se plantean algunos rasgos de las enfermeras, que coinciden con la bibliografía[18] como respeto y consideración, atención terapéutica, compromiso, confianza, compasión y solidaridad, honestidad para no encubrir errores, conciencia de vulnerabilidad del ser humano. Respecto al concepto de asertividad, Rumbo y col (2009)[19], en un estudio sobre asertividad ante situaciones conflictivas, llega a las conclusiones: la experiencia laboral, la edad y el sexo son rasgos sociolaborales que predisponen a ser más asertivos. En el contexto de la atención sanitaria, son los profesionales que están en contacto directo con el usuario los que con frecuencia sufren la agresividad (física y psíquica) del paciente o sus allegados; agresividad que puede deberse a múltiples razones: esperas, desinformación, incomprensión, cambios de entorno, enfermedad, ansiedad, etc..., que pudieran favorecer la frustración de unas expectativas que como usuarios no ven satisfechas y que interfieren en el curso normal del trabajo de la institución sanitaria. El resultado es una situación conflictiva entre paciente-profesional en la que, dicha frustración conduce a una conducta agresiva hacia el profesional (gestos, amenazas) o comportamientos igualmente agresivos, aunque no violentos, pero en los que, la hostilidad se manifiesta (en forma de sarcasmo, ironía, ridiculización, actitud antisocial, etc...) hacia el profesional sanitario. Estas situaciones conflictivas ponen, continuamente, a prueba la ética profesional, la comprensión y la paciencia de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias, cometiéndose a menudo, el error de replicar a la agresividad con más agresividad o bien mostrando pasividad, lo que se manifestaría también en comentarios irónicos, menosprecio, vulgarización de actitudes o evitación de cualquier tipo de contacto y/o comunicación con el paciente en conflicto. Además de convertirse en una fuente de ansiedad y estrés.

La escala de valoración de asertividad se corresponde con una variabilidad de conducta ético asertiva entre abstenerse (conducta inhibida) o colaborar (conducta asertiva), en dependencia al tipo de conflicto. Las enfermeras son capaces de expresar opiniones y sentimientos (receptividad y empatía), y otras veces tendrán más dificultades para asumir plenamente las consecuencias (responsabilidad) que puedan derivarse de una postura de oposición inhibitoria o neutra (evitación de afrontamiento).

Así proponen que se tomen medidas para una adecuada formación en habilidades sociales, lo que evitaría dejar a la intuición de los profesionales la resolución de conflictos interpersonales derivados del proceso de cuidar.

De forma paralela con este trabajo, aparecen los términos de "paciente difícil"[20] , que se define como pacientes que son capaces de causar displacer en los profesionales, con pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc...

Existen distintos tipos o grupos de "pacientes difíciles": Pasivo dependiente; emotivo seductor; "masoquista"; somatizador; exigente agresivo (grandes demandantes; utilizan la agresividad, la culpabilización, la intimidad o la devaluación profesional; esgrimen sus derechos; su actitud representa un

mecanismo de defensa ante un mundo hostil); incumplidor negador.

En la sesión con el Equipo de Atención Primaria (AP), no se plantearon conflictos éticos con respecto a los pacientes drogodependientes, aunque se abordaron cuestiones relacionadas con el "paciente difícil", y un enfermero expone el abordaje del (...) *drogodependiente "no controlado ni estabilizado", al cual tenemos que atender a menudo, sobre todo en demandas inmediatas, urgentes, a deshora, etc. Este tipo de paciente no es infrecuente que esté relacionado con delincuencia, problemática familiar y social grave, que presente actitud demandante, manipuladora, egoísta y/o mentirosa, en general son pacientes en un estado tal que desde el punto de vista enfermero se pueden valorar como negativos para su entorno (familia, sociedad, sistema,...) inestables, no constructivos en ningún aspecto y en definitiva generadores de problemas* (...).

Todos las enfermeras hacen referencia a sentimientos de impotencia y frustración, falta de interés y sensación de "*no poder hacer nada*", vislumbrándose así un conflicto con los valores que la enfermería debe ejercer. Otra enfermera de otro Centro de Salud apunta que ante estas situaciones (...) *la enfermera tiene actitud defensiva, de protección, derivando el paciente a otro profesional ante la exigencia o "amenazas solapadas" o no atender a las normas* (...).

Un aspecto importante que las enfermeras apuntaron es el desconocimiento con respecto a los recursos especializados en el abordaje a las drogodependencias, cuyo contacto y coordinación podría repercutir positivamente en el seguimiento y adhesión al sistema sanitario de estos pacientes, a la vez de unificar actuaciones y estrategias. También se consideró importante la comunicación en el equipo multi e interdisciplinar (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, auxiliares, psicólogos), además de otros equipos de otros recursos involucrados en el proceso global del paciente, y la importancia de la formación (sesiones de cuidados enfermeros y otros temas de interés) e investigación como elementos imprescindibles para la mejora continua y para proporcionar evidencia de los hallazgos enfermeros que repercutan en la práctica asistencial.

En ninguno de los grupos de "enfermeras informantes" se planteó la necesidad de consulta a Comités de Ética Asistencial, sin embargo en la bibliografía[21] sí se valora como importante la participación de los Comités de Ética en la resolución de dudas y conflictos, tras presentación de casos por parte de los equipos terapéuticos (respeto a la intimidad, respeto a la autodeterminación y los consentimientos informados, en pacientes psiquiátricos), además de establecer que para tomar las decisiones adecuadas[22].

Conclusiones

La formación en aspectos éticos relacionados con la atención a drogodependientes puede facilitar la relación terapéutica de las enfermeras y del equipo sanitario, y para la consecución de los objetivos terapéuticos, haciendo que las enfermeras y los equipos desarrollen herramientas de abordaje adecuado a situaciones que se presenten ante este tipo de pacientes.

Agradecimientos

Mi gratitud para las enfermeras y enfermeros que participaron en el presente estudio, por su tiempo, esfuerzo y colaboración sin lo cual no se hubiera podido realizar.

Referencias Bibliográficas

1. Seminario Interdisciplinar de Expertos sobre: Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución. Instituto de Bioética-Fundación de Ciencias de la Salud-Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 1999. Disponible en http://www.fad.es/sala_lectura/etica_programas_sustitución.pdf
2. Megías E. La visión de la FAD. Problemas de drogas aquí y ahora. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2009. Disponible en http://fad.es/sala_lectura/VisionFAD_resumen.pdf
3. BOE/Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, disponible en la dirección http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf.
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2003/21340
5. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Ed Mosby-Elsevier.2005
6. Megías-Lizancos F, Serrano MD, y col.: ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. Ed DAE 2008.
7. Wesley RL. Teorías y Modelos de Enfermería (2ª edición). Ed. McGraw-Hill Interamericana. 1997
8. Werner A, Rouslin S: TEORÍA INTERPERSONAL EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA. TRABAJOS SELECCIONADOS DE HILDEGARD E. PEPLAU. Ed Masson 1996.
9. Iraburu M. Una reflexión sobre la relación clínica actual. Ética de los cuidados. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6736.php Consultado el 26 de octubre de 2009.
10. Lydia Feito. Cita incluida en Capítulo II: Principales Teorías en el ámbito de la Bioética. Enfermería y Paciente. Cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario. Sánchez-Caro J, Abellán F. Biblioteca de Derecho y Ciencias de la Vida. Ed Comares, SL. Granada 2007
11. DECLARACIÓN: La salud mental, enfermería y matronas. Foro Europeo de las Asociaciones Nacionales de Enfermería y Matronas y la Organización Mundial de la Salud. Disponible en la página oficial del Consejo Oficial de Enfermería: http://www.cge.enfermundi.com
12. De la Cuesta Benjumea C. Investigación cualitativa y enfermería de salud mental. Rev Presencia 2007 jul-dic; 3(6). Disponible en http://www.indexf/presencia/n6/81articulo.php [ISSN: 1885-0219] Consultado el 9 de noviembre de 2009.
13. De la Cuesta C: ¿POR DÓNDE EMPEZAR?: LA PREGUNTA EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Enfermería Clínica 2008; 18 (4): 205-210.
14. De la Cuesta C: CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LA PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. Enfermería Clínica, vol 18, nº4: 166-170.
15. Salido MP, Gálvez A. Ética y Enfermería. El estado de la cuestión en términos de producción científica. Ética de los cuidados. 2008 enejun; 1(1). Disponible en http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et1102.php

Consultado el 26 de octubre de 2009.

16. Pérez P, Gómez MS, Pinto

Vivencias sentidas hoy por personas que viven con VIH/SIDA. Ética de los cuidados. 2008 jul-dic;1(2). Disponible en http://www.index-f.com7eticuidado/n2/et6857.php Consultado el 26 de octubre de 2009.

17. Pacheco G, Cibanal ML. Estigmatización del paciente mental: ¿es posible una mirada enfermera? Rev Presencia 2008 jul-dic, 4(8). Disponible en http://www.index-f.com/presencia/n8/p0144.php Consultado el 9 de noviembre de 2009.

18. Martínez AA, Vázquez M. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. Etica de los cuidados. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php Consultado el 26 de octubre de 2009.

19. Rumbo JM, Arantón L, Carballal MC. Ética asertiva y conflictos relacionales derivados del proceso de cuidar. Etica del cuidado. 2008 ene-jun;1(1). Disponible en http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6761.php Consultado el 26 de octubre de 2009.

20. Agreda J, Yanguas E. El Paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. Rev Anales del Sistema Sanitario de Navarra; vol 24, suplemento 2. Disponible en http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html

21. Latvala E, Janhonen S, Moring J, Ethical Dilemmas in a Psychiatric Nursing Study. Nursing Ethics 1998, 5(1). Finlandia

22. Hernando P, Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. An. Sist, Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 91-99.