

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 6 SEP-DIC 2018

EDITORIAL

Tiempos de cambio para las enfermeras de salud mental en España

Montserrat García Sastre

ARTÍCULOS ORIGINALES

**Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería.
Una aproximación cualitativa**

Myriam Rodríguez Miguel, Rocio Juliá-Sanchis, Ángela Pérez Esquerdo,
Verónica Pérez Esquerdo, Marcelino Pastor-Bernabeu

**Variables ligadas al tabaquismo en una muestra de estudiantes de
Ciencias de la Salud de la UDC.**

Manuela Blanco Presas

**Propuesta de cuidados de enfermería en la adaptación de autoconcepto
de adultos mayores con diabetes tipo 2**

Isaí Arturo Medina Fernández, Perla Noemi Polanco Tinal,
María Ascención Tello García, Sandra Cecilia Esparza González

**Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental,
face à doença psiquiátrica**

Paula Campos, José Carlos Carvalho, Júlia Martinho

Carga laboral y nivel de estrés del personal de enfermería en León, Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán, Katherin Yanina Carrión Silva

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Editor Jefe

Francisco-Javier Castro-Molina, Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, adscrita a la Universidad de La Laguna (Tenerife). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

Editor

Juan Roldán-Merino, Campus Docent Sant Joan de Déu. Fundació Privada, España.

Editor Asociado

Javier Sánchez-Alfonso, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), España.

CONSEJO EDITORIAL

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

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.*

Pablo Alonso Villar, *Servizo Galego de Saúde. Vigo, España.*

David Ballester Ferrando, *Universitat de Girona, España.*

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

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

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

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

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá, España.*

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

Denisse Gastaldo, *Assistant Professor of University of Toronto, Canadá.*

Genoveva Granados Gámez, *Universidad de Almería, España.*

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

Evelyn Huizing, *Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, España.*

Marixa Lareina Zerain, *Servicio Vasco de Salud. Vitoria, España.*

Mar Lleixa Fortuño, *Institut Català de la Salut / URV. Tortosa, España.*

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

Francisco Megías-Lizancos, *Universidad de Alcalá, España.*

María Paz Mompert García, *Programa modular, Gestión de Servicios de Enfermería. Universidad Nacional de Educación a Distancia-UNED. Madrid, España.*

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

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

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

Carlos Sequeira, *Prof. Coordinador - Escola Superior de Enfermagem do Porto. 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)

Marta Gil Riera, *Asistente de Editor*

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: revespenfsaludmental@uah.es

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. José Antonio Ponce Hernández

VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Aitziber Ubis González

Dña. Ana Isabel Castaño Villarroel

Dña. Lidia Martínez López

© AEESME, 2018

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

2 Tiempos de cambio para las enfermeras de salud mental en España

Times of Change for Mental Health Nurses in Spain

Montserrat García Sastre

ARTÍCULOS ORIGINALES

5 Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. Una aproximación cualitativa

An Experience in Mental Health Volunteering among Nursing Students. A qualitative approach

Myriam Rodríguez Miguel, Rocio Juliá-Sanchis, Ángela Pérez Esquerdo, Verónica Pérez Esquerdo, Marcelino Pastor-Bernabeu

12 Variables ligadas al tabaquismo en una muestra de estudiantes de Ciencias de la Salud de la UDC

Variables Linked to Smoking in a Sample of Students of Health Sciences of the UDC

Manuela Blanco Presas

27 Propuesta de cuidados de enfermería en la adaptación de autoconcepto de adultos mayores con diabetes tipo 2

A Proposal for Nursing Care in Self-concept Adaptation in Older Adults with Type 2 Diabetes

Isaí Arturo Medina Fernández, Perla Noemi Polanco Tinal, María Ascención Tello García, Sandra Cecilia Esparza González

33 Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica

Creencias, opiniones y actitudes de los enfermeros de salud mental frente a la enfermedad psiquiátrica

Beliefs, Opinions and Attitudes of Mental Health Nurses Towards Psychiatric Disease

Paula Campos, José Carlos Carvalho, Júlia Martinho

42 Carga laboral y nivel de estrés del personal de enfermería en León, Nicaragua

Workload and Stress Level of Nursing Staff in León, Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán, Katherin Yanina Carrión Silva

Tiempos de cambio para las enfermeras de salud mental en España

Times of Change for Mental Health Nurses in Spain

Montserrat García Sastre

Universidad de Alcalá, Departamento de Enfermería. Alcalá de Henares, España.

Contacto: mmontserrat.garcia@uah.es

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2018 / Fecha de aceptación: 19 de diciembre de 2018

EDITORIAL

Hace unos meses, concretamente el 18 de mayo de 2019, se reunieron en el salón de actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Madrid, un número significativo de enfermeras de salud mental con motivo de celebrar la 2ª Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental y la 6ª Sesión del Seminario Permanente de Jóvenes Investigadores en Cuidados de Salud Mental organizada por la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

El acto, de reconocido interés científico y profesional, fue especialmente entrañable y productivo para las enfermeras de salud mental reunidas: referentes de considerable prestigio social, jóvenes promesas y residentes en formación. Como no podía ser de otro modo, el acto transcurrió en un clima de diálogo y consenso disciplinar que propició una considerable producción de ideas y reflexiones con miras de cambio y mejora.

Tanto el grupo de Pensadores como el vivero de Jóvenes Investigadores debatieron sobre la situación actual de la Enfermería de Salud Mental en materia de formación, investigación y desarrollo profesional durante una larga jornada de trabajo.

Se inició el debate a partir de una exposición de los antecedentes históricos y del marco conceptual de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental, reseñándose los hitos más relevantes, desde la regulación de la especialidad en la década de los años 70, el cambio del 98 en el marco de la formación especializada mediante el sistema de residencia de un año de duración y el actual sistema de formación de dos años aprobado en el año 2011.

La Especialidad no solo ha evolucionado a partir de estos hitos, sino que viene siendo influenciada, en lo positivo y en lo negativo, por la evolución de la propia disciplina y de las propias enfermeras, el sistema sociosanitario, los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos, la crisis económica, las actuales políticas de salud y los avances científico-tecnológicos...

De entre todo ello, destacar el empoderamiento demostrado y la proactividad de las personas con sufrimiento psíquico, demostrando una participación y un dinamismo imprescindible en pro de la recuperación y los derechos humanos.

Vienen aconteciendo avances y retrocesos, depositando una sensación agridulce generalizada en las enfermeras especialistas de salud mental. Son tiempos de esperanza e ilusión, pero simultáneamente también de mucha frustración e incertidumbre.

Las enfermeras de salud mental de la AEESME no nos conformamos y, por tanto, queremos gestionar un futuro diferente. No se avecinan, lo son ya, tiempos de cambio para las enfermeras de salud mental en España. Cambios por y para promover la salud mental de la población desde un cuidado integral, cambios por y para las personas y familias que necesitan cuidados para recuperar su salud y restablecer la salud y el funcionamiento familiar. Cambios orientados a la comunidad, pues solo desde ahí se construye la verdadera salud pública. Cambios para ellas, con ellas.

Inevitablemente, los cambios transitan a partir de la formación, en este caso de las enfermeras de salud mental y la transformación del sistema. En el contexto de la formación y el desarrollo actual de la especialización, se han sucedido cambios profundos. Un cambio determinante ha sido el cambio de denominación, pasando a llamarse Enfermería de Salud Mental versus Enfermería Psiquiátrica... Este cambio nominativo implica no solo traspasar el modelo tradicional biomédico, sino ampliar la orientación de los cuidados hacia la salud positiva, concretamente la promoción de la salud y la prevención de problemas.

Otro cambio importante fue la modificación del programa formativo, la redefinición de competencias y, por ende, la ampliación de la duración de la formación a dos años, incrementándose las oportunidades de formación y la integración de aprendizajes de manera más reflexiva, sosegada.

En estos últimos años parecería que nos encontramos en una situación más favorable, pero la pregunta es... ¿Se está consiguiendo de la manera prevista y extensivamente por igual en todo el territorio español? Las voces enfermeras, allí en el salón de actos del Ministerio, prácticamente al unísono coincidieron en que no...

Existen debilidades y amenazas importantes. ¿Somos las enfermeras lo suficientemente conscientes de las necesidades de salud de las personas y atendemos las demandas de cuidado? ¿Estamos lo suficientemente cualificadas tanto desde el marco conceptual como técnico de los cuidados? ¿Existe verdaderamente compromiso por parte de la profesión para la mejora continua? ¿El sistema permite que las enfermeras desarrollen todo su potencial? ¿Las propias enfermeras estamos realmente comprometidas?

Ante preguntas trascendentes, se necesitan respuestas desde el rigor, desde la disciplina y la especialidad fundamentadas en procesos de razonamiento crítico serios y responsables... Y de esto, esta jornada, gracias a la colaboración de todo el aforo, se impregnó.

Las enfermeras de salud mental avanzamos, pero despacio, parecería incluso que con cierto retraso... Vamos al ritmo que a la Especialidad se le permite avanzar.

En el marco de nuestra asociación, la AEESME, seguimos pensando, imaginando y construyendo un futuro que garantice mayor calidad... Mayor calidad de vida para las personas/familias, la sociedad en general y para las enfermeras de salud mental en particular, mayor calidad asistencial y docente.

Es necesario gestionar el cambio, y este pasa por potenciar la investigación, la innovación y la gestión a partir de un paradigma sólido que permita cuidar desde la esencia del cuidado respetuoso, desde las 5 C del cuidado descritas por Roach: Compasión, Competencia, Compromiso, Comunicación y Confianza. Las enfermeras hemos de ser sensibles, hemos de demostrar competencia, constancia, cuidar la relación terapéutica... hemos de ser confiables y hemos de confiar en nosotras mismas.

Pensadores y Jóvenes Investigadores coinciden en las siguientes premisas para el cambio que han de marcar la agenda de nuestra Especialidad:

- Las enfermeras hemos de establecer un compromiso de cuidados integrales y eficientes para fortalecer la capacidad de autocuidado de las personas, desde la perspectiva de la recuperación y en el medio comunitario. Reorientar el sistema de atención sociosanitaria, traspasar el modelo biomédico tradicional a un modelo salutogénico fundamentado en la Promoción de la Salud.
- Las enfermeras asumiremos el liderazgo que nos corresponde en todos los ámbitos de nuestra profesión, incluida la gestión, traspasando las limitaciones del sistema, demostrando nuestra competencia y cualificación en beneficio de la salud de las personas. Lo que A. Rigol manifestó como: “Las enfermeras tenemos mucho poder, se hace camino andando, hemos de ser capaces de cambiar las instituciones, hay que empoderar a las personas, empoderarnos a nosotros mismos”.

- La formación en la especialidad ha de cumplir unos mínimos estándares y criterios de calidad adaptándose al devenir de los tiempos y las necesidades de las personas. La evaluación y auditoría del proceso formativo y la estructura organizativa, véase la unidad docente, ha de realizarse en pro de la mejora de la calidad docente y el desarrollo de la Especialidad. Existe acuerdo en afirmar que la implementación del programa formativo en las diferentes unidades docentes es desigual, incluso vulnerando en ocasiones los derechos formativos de los residentes, se orienta más hacia la enfermedad que hacia la promoción y no siempre garantiza la participación activa de los residentes en su propio proceso. Además, se observan diferencias notables respecto a la docencia y formación continuada (incluidas sesiones clínicas y oportunidades de asistencia a actos científicos), cultura de investigación, protocolo de supervisión y evaluación con criterios diferentes respecto a la realización de proyectos o estudios de investigación, individuales o en grupo.
- Parece también conveniente clarificar de manera efectiva el rol del residente, la enfermera en formación especializada debe tener garantizada una supervisión y tutoría continuada, priorizándose la adquisición de competencias en materia de investigación. El residente ha de recibir una formación específica enfermera e interdisciplinar, asumiendo su rol activo en este proceso formativo, así como tiene que ver garantizados derechos laborales.
- El reconocimiento de la coordinación docente y la acción tutorial de las enfermeras que posibilitan la formación en las más de ochenta unidades docentes de todo el territorio español también es una necesidad para garantizar la calidad del proceso. La formación continuada de estos profesionales es imprescindible, debiéndose incidir igualmente en la competencia investigadora.
- El actual programa de formación de la Especialidad aprobado en el año 2011 debiera revisarse con carácter periódico. Parece que es momento de comenzar e incluso reflexionar sobre si procede la ampliación del periodo de formación. Evidentemente, para concluir, se considera que es imprescindible, y por imprescindible inaplazable, el reconocimiento de la creación de la categoría profesional y la catalogación de puestos de trabajo en todo el territorio español. La atención en todos los dispositivos especializados en salud mental, independientemente de su titularidad (pública o privada) debe ser prestada por especialistas.

De todo ello, con calma y rigor, las enfermeras pensaron y dialogaron en esta 2ª Conferencia Estatal de Enfermería de Salud Mental para cambiar el presente hacia un futuro de salud mental en positivo.

Experiencia de voluntariado de salud mental en estudiantes de enfermería. Una aproximación cualitativa

An Experience in Mental Health Volunteering among Nursing Students. A qualitative approach

Myriam Rodríguez Miguel¹, Rocio Juliá-Sanchis², Ángela Pérez Esquerdo³,
Verónica Pérez Esquerdo¹, Marcelino Pastor-Bernabeu²

¹Estudiante de Grado de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. Alicante, España.

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

³Hospital Universitario San Juan. Alicante, España.

Contacto: myriam-altea@hotmail.com

Fecha de recepción: 22 de junio de 2018 / Fecha de aceptación: 09 de octubre de 2018

Resumen

Introducción: El estigma y los prejuicios hacia la salud mental existen tanto entre la población general como entre los profesionales de la salud. La participación de estudiantes en diferentes actividades en el ámbito clínico de la salud mental puede llegar a modificar las actitudes y reducir el estigma asociado a la enfermedad.

Objetivo: Conocer la experiencia de estudiantes de Enfermería tras participar en un voluntariado de salud mental y conocer el cambio de actitudes desencadenado de dicha experiencia.

Métodos: Este estudio utilizó un diseño cualitativo descriptivo que incluyó entrevistas individualizadas a nueve estudiantes de enfermería de cuarto grado de la Universidad de Alicante que participaron en un voluntariado de salud mental realizado en el Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

Resultados: A través del análisis de las entrevistas se generaron seis temas. El tema "Experiencias previas" describe las vivencias que las participantes habían tenido con relación a la salud mental. El tema "Sentimientos" recoge todos los sentimientos experimentados por las participantes tanto antes como después del voluntariado. El tema "Aprendizaje" abarca todo aquello que las participantes creen que han obtenido de su paso por el voluntariado. El tema "Valor del voluntariado" engloba todos aquellos aspectos que determinaron la importancia que las entrevistadas dieron a su participación en el voluntariado. El tema "Enfermería de salud mental" contempla la opinión sobre algunos de las participantes sobre cómo trabajan las enfermeras en la unidad de hospitalización. El último tema, "Describiendo experiencias", recoge las experiencias y las anécdotas que los estudiantes vivieron durante el voluntariado.

Conclusiones: Los estudiantes obtienen beneficios de la participación en voluntariados de salud mental. No solo se describen las positivas experiencias, sino que también se pone de manifiesto un cambio de actitud entre las participantes, desmontando los prejuicios y las ideas preconcebidas con las que contaban antes de su participación.

Palabras clave: estudiantes, enfermería, salud mental, voluntariado.

Abstract

Introduction: The stigma and prejudices towards mental health exist both among the general population and among health professionals. The participation of students in different activities in the clinical field of mental health can change attitudes and reduce the stigma associated with the disease.

Aim: To know the experience of nursing students in a mental health volunteer and to know the change of attitudes unchained from this experience.

Methods: This study used a qualitative descriptive design that includes individualized interviews to nine fourth-degree nursing students of the University of Alicante who participate in a mental health volunteer that takes place in the University Hospital of San Juan (Alicante).

Findings: Six themes were generated through the analysis of the interviews. The theme "Previous Experiences" describes the experiences that participants have had in relation to mental health. The "Sentiments" theme collects all the feelings experienced by the participants before and after volunteering. The "Learning" theme covers everything attendees believe they have achieved through volunteering. The theme "Volunteering value" encompasses all those aspects that determined the importance that the interviewees gave to their participation in the voluntary work. The

subject "Mental Health Nursing" contemplates the opinion on some of the participants about how nurses work in the hospitalization unit. The last topic, "Describing Experiences," collects the experiences and anecdotes that the students lived during volunteering.

Conclusions: The students obtained benefits from participation in mental health volunteering. Not only are described the positive experiences, but also is described a change among the participant's attitude, moving away the prejudices and the preconceived ideas that they had before their participation.

Keywords: mental health, students, nursing, volunteering.

Introducción

Los trastornos mentales tienen un gran impacto en la población europea, siendo el estigma una de las principales causas de dicho impacto¹.

La estigmatización es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios, lo que supone consecuencias discriminatorias hacia las personas con algún trastorno mental². Estas creencias negativas no existen únicamente en la población general, sino que también los profesionales y los estudiantes de Enfermería participan en este proceso de estigmatización³. La falta de conocimientos sobre las enfermedades mentales y la salud mental en general, unido a las falsas creencias existentes entre la población general, conlleva la discriminación⁴.

La existencia de estigma entre los profesionales de la salud y los estudiantes puede influir de manera significativa en la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, facilitando el desarrollo de cuadros depresivos, mayor ansiedad, aislamiento social y disminución de la autoestima, lo que supone una afectación negativa a las tasas de recuperación^{4,5}.

Varios estudios sugieren que hay un cambio significativo de actitudes hacia la enfermedad mental y la enfermería psiquiátrica por parte de los estudiantes de Enfermería tras realizar sus prácticas clínicas en salud mental, partiendo generalmente de actitudes negativas que se transforman en positivas tras la realización de las prácticas³. Del mismo modo, según en un estudio realizado en Corea del Sur⁶, los estudiantes de Enfermería tuvieron una impresión negativa de la psiquiatría antes de llevar a cabo las prácticas hospitalarias. Los programas de actividades, programas de rehabilitación y programas terapéuticos realizados en el ámbito de psiquiatría ayudaron a eliminar los prejuicios existentes en los estudiantes, cambiando completamente su actitud con respecto a la salud mental. Por tanto, la participación de los estudiantes de Enfermería en pro-

gramas y actividades en el ámbito clínico, más allá de las prácticas realizadas de manera obligatoria a lo largo de su formación, reduce el estigma asociado a la enfermedad. Asimismo, la adquisición de experiencia y conocimientos produce grandes modificaciones, no solo en la postura de los estudiantes hacia la enfermedad, sino también hacia el campo de la salud mental, sintiéndose más preparados para trabajar en este ámbito en su futuro profesional^{7,8}. De esta manera, además, se consigue reducir el temor y la ansiedad sufridos por los estudiantes antes de la realización de las prácticas clínicas, asociados al desconocimiento y la falta de habilidades de comunicación con personas con algún trastorno mental⁹.

El objetivo de este trabajo fue conocer la experiencia de estudiantes de Enfermería tras formar parte de un voluntariado de salud mental en una unidad de agudos, y conocer el cambio de actitudes desencadenado de dicha experiencia.

Métodos

En este estudio de método cualitativo, se utilizó un muestreo de conveniencia. Se solicitó la participación en una iniciativa de voluntariado de salud mental que se realizaba en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Universitario de San Juan – Alicante, a 199 estudiantes de cuarto curso del Grado de Enfermería. De estos, 40 (20%) aceptaron participar. El tamaño de muestra se determinó cuando se alcanzó un punto de saturación de los datos adquiridos, 9 participantes. Las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas, transcritas textualmente y analizadas por tres investigadores, lo que produjo un análisis de datos triangulados.

Todas las participantes fueron informadas por el investigador principal sobre el objetivo del estudio, los métodos utilizados y su forma de participación. Antes de ser entrevistadas, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las participantes. Las características definitorias de la muestra se representan en la Tabla 1.

Identificación	Edad	Género	Contacto previo	Tipo de actividad	Nº de sesiones en las que participó
E1	21	Mujer	Sí	Juegos de mesa	2 veces
E2	21	Mujer	No	Juegos; manualidades	2 veces
E3	21	Mujer	Sí	Manualidades	1 vez
E4	23	Mujer	No	Juegos; manualidades	2 veces
E5	31	Mujer	Sí	Juegos	3 veces
E6	21	Mujer	Sí	Actividades en huerto	3 veces
E7	22	Mujer	Sí	Juegos	4 veces
E8	21	Mujer	No	Lectura; juegos	2 veces
E9	27	Mujer	Sí	Manualidades	3 veces
Media	23,1	-	-	-	2,4

Tabla 1. Características de la población.

Procedimiento

Los estudiantes de pregrado fueron informados durante las clases de teoría sobre la intervención propuesta, lo que implicó su apoyo y colaboración en los talleres de arteterapia en la UHP. Los posibles participantes se presentan voluntariamente al profesorado responsable que los invitó a asistir a una reunión en la que se les informó ampliamente.

Los estudiantes de enfermería se registraron como voluntarios oficiales del servicio de voluntariado "Humanización" del hospital donde se llevó a cabo la actividad. Recibieron una tarjeta de identificación y recibieron información sobre las reglas del servicio voluntario. Desde octubre de 2017 hasta marzo de 2018, mensualmente, los voluntarios participaron en sesiones de terapia artística y realizaron talleres previamente preparados bajo la supervisión del profesorado y los profesionales de la unidad.

Recopilación de datos

Los datos relevantes se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en febrero de 2018. Los campos que se pretendían captar se encontraban insertados en la formulación de diez preguntas abiertas, generadas a partir de la revisión bibliográfica y la formulación del objetivo, con la finalidad de que las participantes expresaran sus opiniones y vivencias acerca del tema principal. El esquema de entrevista se presenta a continuación:

- ¿Habías tenido trato previo con personas con algún problema de salud mental?
- ¿Cuántas veces has ido al voluntariado?
- ¿Qué tipo de actividades preparasteis?
- ¿Era la primera vez que visitabas una unidad de agudos?
- ¿Qué te pareció?
- ¿Qué sentimientos experimentaste?
- ¿Crees que trabajar en salud mental, es más peligroso que trabajar en otra unidad?
- ¿Crees que este voluntariado ha ayudado a los pacientes?
- ¿Cómo crees que ha cambiado, a través de tu paso por el voluntariado, tu visión sobre la salud mental y sobre los pacientes?
- ¿Cómo valorarías la experiencia de este voluntariado?

Una vez que las participantes fueron seleccionadas, un miembro del equipo de investigación las contactó por el WhatsApp del grupo de estudiantes. Establecido el contacto, se explicaron las características del estudio y se las invitó a participar. Las entrevistas se realizaron en aulas propias de la Universidad de Alicante, donde se logró un nivel apropiado de privacidad y confidencialidad. El momento de la cita se ajustó a las preferencias de las participantes. Las entrevistas duraron aproximadamente 20 minutos.

Análisis de los datos

Los investigadores garantizaron la coherencia y precisión de los datos con respecto a la realización de entrevistas. Las entrevistas se grabaron con un dispositivo de grabación digital, se transcribieron textualmente, y posteriormente se presentaron a las participantes para corroborar la precisión de la transcripción. Las transcripciones fueron codificadas asignándoles la letra “E” y un número según el orden cronológico en el que se realizaron (E1, E2, E3..., E9). Los datos se procesaron mediante un enfoque de análisis de contenido cualitativo¹⁰. Las entrevistas fueron analizadas por los autores a través de la triangulación de datos, aplicando un sistema de codificación abierto e inductivo que consistía en la asignación de códigos emergentes a cada párrafo o frase, que resumía su significado. Estos códigos se clasificaron en grupos de acuerdo con la similitud. Posteriormente a la identificación de patrones en las transcripciones de las entrevistas, las clasificaciones se dividieron en temas y subtemas. Una vez identificadas,

analizadas y contrastadas las posibles diferencias con respecto a la bibliografía y/o marcos conceptuales disponibles, el contenido fue luego examinado y se llegó a un consenso sobre los datos más relevantes que conformaban cada tema y subtema. La confiabilidad de los datos cualitativos se logró a través del proceso sistemático de recopilación y análisis de datos¹¹.

Resultados

Las 9 personas entrevistadas tenían, en promedio, 23.1 años de edad (DE = 3,9), siendo es su totalidad mujeres. El 60 % afirmó haber tenido experiencia previa con personas con algún problema de salud mental antes de contribuir a este estudio como voluntarias, en su mayor parte como miembros de la familia (70.0 %), seguido por amigos y pacientes.

A través del análisis de las entrevistas, se generaron tres temas y once subtemas (ver Tabla 2).

Temas	Subtemas
Experiencias previas	- Familiares - Pacientes - Sin experiencia - Miedo
Sentimientos y actitudes iniciales	- Sorpresa/ desconcierto - Actitudes negativas - Aprendizaje
Valor del voluntariado	- Cambio de actitudes en las participantes - Experiencia personal - Aportaciones a los pacientes - Esto no son prácticas

Tabla 2. Relación de temas y subtemas identificados.

Tema 1. Experiencias previas.

Se incluyeron los siguientes subtemas: “Familiares”, “Pacientes” y “Sin experiencia”. La experiencia previa al voluntariado puede determinar las expectativas y/o percepciones de los estudiantes sobre los pacientes y las unidades de salud mental, por lo que se analizaron las vivencias que los encuestados habían tenido en relación a este tema.

Cuatro de las participantes tenían familiares cercanos con algún trastorno mental: “Mi padre tiene depresión desde hace muchos años” (E7), o: “Mi tía tiene trastorno bipolar” (E6). Otra estudiante explicaba: “Tengo a mi tía en casa, tiene discapacidad intelectual, y también tengo un primo con Síndrome de Down [...] Es que en mi familia hay bastantes cosas” (E1). En el caso de otro participante, la relación familiar era más lejana: “El hermano de mi cuñado tiene un diagnóstico y alguna persona más de mi familia” (E5).

Sin embargo, para una entrevistada (E3), el contacto se basó en su experiencia durante las prácticas clínicas obligatorias del Grado de Enfermería, tanto en el contexto comunitario: “Estando de prácticas por la noche, hubo una urgencia: ir a casa de una chica con un brote psicótico, que ya sufría esquizofrenia”, como en el contexto hospitalario: “Cuando estuve en Medicina Interna de prácticas, mi tutora la llamaron para pinchar una medicación. Entonces, fui con ella, pero solo miré, no interactué con nadie ni nada”.

Las entrevistadas coincidieron en remarcar que esa experiencia vital hizo que no tuvieran tanto temor de las personas que conocerían en la UHP.

Sin embargo, para los que: “Antes de asistir a este voluntariado, no había tenido ningún contacto” (E2), no disfrutaron de esa ventaja.

Tema 2. Sentimientos y actitudes iniciales.

Este tema recoge las actitudes y los sentimientos experimentados por los estudiantes antes y durante el voluntariado. Se identificaron principalmente tres: “Miedo”, “desconcierto/sorpresa” y “prejuicios”.

Algunos de las entrevistadas experimentaron miedo relacionado con el desconocimiento y la falta de experiencia como así lo expresó esta alumna (E7): “Al principio un poco de miedo porque se acercaban y no sabía cómo ponerme o qué decir”.

Sin embargo, la mayoría de las participantes resaltaron que sintieron miedo al ver por primera vez los sistemas de seguridad de la planta de hospitalización y su estructura, como así lo relataron dos participantes: “El primer contacto, cuando llegas a la planta y ves toda esa seguridad, lo de ir cerrando las puertas [...] A nosotros nos impresionó, a mí me asustó un poco por el hecho ese, de por qué tienen que cerrar todo tanto” (E1); y continua diciendo otra: “Cuando entras te da un poco de miedo porque ves un cartel que pone: ‘Cierren bien la puerta por su seguridad’”. Así mismo, una tercera estudiante experimentó una sensación similar: “Cuando vi la puerta, de verdad que sentí un poco de miedo, porque encima había dos pacientes paseando por los pasillos y era como un poco de respeto, ¿no?” (E4).

No obstante, para otras dos estudiantes no fue miedo, sino desconcierto y/o sorpresa los sentimientos que afloraron al conocer por primera vez al ver la infraestructura de la unidad.

Por ejemplo, E2 explicó: “Al entrar en la planta, era un servicio cerrado con dos puertas en el que para acceder tenías que o usar tu tarjeta o llamar al timbre [...] lo vi todo como muy protegido [...] Y como tampoco he estado allí de prácticas, tampoco sabía bien cómo se organizan o el porqué de todo eso”; y otra compañera dijo: “Un poco raro porque casi todas las puertas estaban cerradas y no es como en otras unidades que están las familias y los enfermos” (E5).

Las ideas preconcebidas negativas estuvieron presentes en la mayoría de las participantes antes de su paso por el voluntariado, incluso en aquellas participantes que tenían experiencias previas: “Hay algunas que se les nota la enfermedad, pero hay otras que no...” (E3), o: “Nos lo imaginábamos peor” (E6). Y otra estudiante explicaba: “Entró un hombre y se sentó y después entró otro. Propusieron jugar al ajedrez entre ellos y nosotras estábamos mirando y de repente, pues el señor que entró más tarde se puso a hablarle con una entonación más alta y nos miramos diciendo: ‘Uy, ¿qué va a pasar?’ [...] en ese momento se levantó, tiró la silla y las fichas y yo pensé: ‘A ver si se le va un poco la pinza y nos hace algo...’. Pero no, después se fue, se calmó y cuando vino súper bien, estuvo jugando al parchís y todo y bien, pero al principio... fatal” (E4).

Tema 3: Valor del voluntariado.

En este tema se englobaron todos aquellos aspectos que determinaron la importancia que las entrevistadas dieron a su participación en el voluntariado. A partir de este tema se desarrollaron los subtemas: “Aprendizaje”, “Cambio de actitudes en las participantes”, “Experiencia personal”, “Aportaciones a los pacientes” y “Esto no son prácticas”.

Las participantes refirieron haber aprendido tras su paso por el voluntariado. El hecho de haber podido reforzar los conocimientos teóricos sobre salud mental y aplicarlos, facilitó su integración: “Al salir hablábamos de las personas que habíamos conocido e intentábamos ver si con lo que habíamos dado en clase de teoría nos cuadraba su comportamiento” (E6). “Comentábamos un poco lo que habíamos visto ese día [...] síntomas que habíamos visto en clase y eso” (E5).

Por otro lado, la inmersión en una unidad hospitalaria y su relación cercana sin bata con personas ingresadas en la unidad, le ayudó a desarrollar habilidades de comunicación y actitudes empáticas: “Cada día me sentía más segura” (E7), “Los pacientes entraban,

salían [...] no sabíamos que decirles para que se uniesen al taller [...] luego ya mejor” (E8), “Creo que me ayudará en mis prácticas [...] me ayudará a que me implique más con los pacientes” (E4).

El aprendizaje y su inmersión en el funcionamiento del voluntariado de la unidad les permitió interactuar en mayor medida con las personas ingresadas y modificar sus ideas estigmatizantes por actitudes más positivas. Por ejemplo, una entrevistada dijo: “Sentí un poco de miedo [...] pero la segunda vez superbien, iba contenta y sin nervios de saber lo que me iba a encontrar [...] Creo que mi opinión ha cambiado para bien” (E4). “Te llevas muy buena experiencia, realmente ves que son personas [...] que no hay nada malo en estar allí” (E1), “Las personas con enfermedad mental se merecen respeto como todos” (E8). “Después de haber hecho el voluntariado creo que es trabajar como en una unidad normal y corriente” (E4). Incluso: “Siento que podría trabajar allí” (E6).

Del mismo modo, algún mito, como el de la agresividad asociada a las personas con enfermedad mental también fue desmontado: “Creo que puede haber gente agresiva en cualquier otra planta [...] Esa idea que tienes con prejuicios se ha ido modificando y ya tienes tu idea personal [...] que ha cambiado” (E2). “Al estar más en contacto ves que no pasa nada. Me di cuenta de que las personas ingresadas reaccionan como cualquier otra. Las sesiones que hemos ido haciendo también me han ayudado” (E6).

Las entrevistadas percibieron que su colaboración en la UHP había ayudado, de un modo u otro, de forma positiva a los pacientes. Remarcaron el entretenimiento y la oportunidad de conversar y expresar emociones que se ofreció a los pacientes ingresados en la unidad: “A mí me gusta mucho ayudar y creo que los pacientes se entretuvieron [...] y que luego lo agradecieron que hubiéramos ido” (E5). Porque según otra entrevistada (E7): “Estaban allí encerrados, aburridos, y cuando llegábamos a lo mejor bajábamos al patio a jugar a fútbolín o al *ping-pong* y veías cómo sonreían”. Para otra estudiante (E8), el poder: “Llamarlos por su nombre, hacerles sentir ellos mismos, salir a pasear por fuera del hospital a tomar el aire [...] a mí me dio la sensación de que estaban a gusto con nosotras, que confiaban en nosotras, que se reían y nos contaban cosas [...] El primer día cuando llegamos participamos en una actividad de grupo que estaba haciendo el psicólogo y el enfermero que se llamaba ‘Buenos días’, y bueno, nos presentamos y básicamente escuchamos

[...] pero cuando acabaron les daban como un desayuno, entonces ahí empezamos a hablar de manera muy normal, como en una cafetería”.

Todas las estudiantes de enfermería valoraron la experiencia como positiva, considerando que les había aportado conocimientos que en sus prácticas obligatorias no hubieran o habían podido alcanzar, como por ejemplo la comunicación con los pacientes. Una alumna dijo: “En las prácticas tienes que fijarte en otras cosas [...] solo ponía inyectables, no hice ninguna terapia de grupo, ni hablaba con los pacientes más allá de lo justo para la consulta” (E8).

“En las prácticas clínicas al tener el tiempo más limitado observas el ambiente y el funcionamiento de la unidad, mientras que, en el voluntariado, pude bajar con ellos al patio y tuve más contacto con ellos” (E9).

Discusión

Este estudio describe las principales experiencias de las estudiantes de enfermería voluntarias en una unidad de hospitalización psiquiátrica.

Actualmente es tendencia en la literatura sobre educación de enfermería evaluar cómo diferentes intervenciones educativas ayudan a moldear las características estigmatizantes en los estudiantes, centrándose en el alumno y maximizando su periodo teórico como el de prácticas clínicas^{12,13}. Sin embargo, con esta propuesta buscamos una estrategia extracurricular. Nuestra programa de voluntariado se basó en las recomendaciones de Corrigan *et al.*¹⁴, quienes señalaron tres aspectos a tener en cuenta para cambiar las actitudes hacia aquellos que experimentan problemas de salud mental: la educación teórica, el contacto y la objeción.

La mayoría de los estudiantes de enfermería, debido a su escasa experiencia vital, poseen limitada experiencia personal con personas que padecen algún trastorno mental grave al iniciar su formación teórico-práctica. Con el propósito de favorecer espacios de encuentro, de promover el papel de los usuarios en la educación y disminuir el estigma hacia las personas con enfermedad mental, se ofertó esta estrategia educativa en línea con los beneficios reportados en la revisión de Brenda Happell¹⁵.

Esta tendencia a la reducción de actitudes negativas de nuestro estudio, plantea preguntas sobre las expe-

riencias educativas del alumnado y exige una investigación exhaustiva de los factores que contribuyen a esa direccionalidad y sobre las diferentes estrategias de entrenamiento, para identificarlas y plasmarlas en el programa curricular del Grado de enfermería mediante un diseño cualitativo más amplio.

Limitaciones

Las limitaciones del presente estudio están relacionadas con el tamaño reducido de la muestra representado por una única cohorte de una única facultad. Futuras investigaciones deben esforzarse por reclutar a un mayor número de estudiantes de más de una institución, así como aclarar si la participación fue determinada por alguna motivación personal o actitudes más positivas debido a la existencia de características personales pertenecientes a estudiantes de enfermería, o debido a su línea de base circunstancias tales como bienestar emocional o físico, niveles de confianza, ansiedad o empatía.

Conclusiones

La participación en estrategias educativas como voluntariado en la Unidad de Pacientes Intensivos de Salud Mental, complementaria a programas de pregrado y prácticas clínicas, permite a los estudiantes de Enfermería desarrollar actitudes más diversificadas y positivas hacia las enfermedades mentales y las personas con problemas de salud mental.

El voluntariado como estrategia educativa tuvo una influencia positiva en las actitudes de los estudiantes de enfermería como resultado del contacto directo con personas con trastornos mentales agudos. Se necesita el apoyo de maestros y enfermeras de salud mental que actúen como mentores en la unidad, para acompañarlos y guiarlos en situaciones que generan inseguridad.

Bibliografía

- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M.. Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 2016;16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>
- Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 2017;12(39), 15–25. Retrieved from: <http://limite.uta.cl/index.php/limite/article/viewFile/167/203>
- Chadwick, L., & Porter, J. An Evaluation of the Effect of a Mental Health Clinical Placement on the Mental Health Attitudes of Student Nurses. *Nursing and Health*, 2014;2(3), 57–64. <https://doi.org/10.13189/nh.2014.020301>
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*. 2012;35(3), 215–223.
- Schafer, T., Wood, S., & Williams, R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. *Nurse Educ Today*, 2011;31(4), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>
- Song, E. The Nursing Students' Experience of Psychiatric Practice in South Korea. *Arch Psychiatr Nurs*, 2015; 29 (5), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.005>
- Happell, B. The importance of clinical experience for mental health nursing - Part 1: Undergraduate nursing students' attitudes, preparedness and satisfaction. *Int J Ment Health Nurs*. 2008a; 17(5), 326–332. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00555.x>
- Happell, B. The importance of clinical experience for mental health nursing - Part 2: Relationships between undergraduate nursing students' attitudes, preparedness, and satisfaction. *Int J Ment Health Nurs*, 2008b; 17(5), 333–340. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00556.x>
- Patterson, C., Moxham, L., Brighton, R., Taylor, E., Sumskis, S., Perlman, D., Hadfield, L. Nursing students' reflections on the learning experience of a unique mental health clinical placement. *Nurse Educ Today*, 2016; 46, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.029>
- Abela, J. A. Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002; 1–34. <https://doi.org/10.2307/334486>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (n.d.). *Competing Paradigms in Qualitative Research*.
- Henderson, S., Happell, B. & Martin, T. So what is so good about clinical experience: A mental health nursing perspective? *Nurse Educ Pract*, 2007; 7, 164–172
- Hunter, L., Weber, T., Shattel, M. & Harris, B. Nursing student's attitudes about psychiatric mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*, 2015; 36,29–34
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. & Penn, D. Familiarity with and social distance from people with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001;27, 219–226
- Happell, B., Platania-Phung, C., Byrne, L., Wynaden, D., Marti, G. & Harri, S. Consumer participation in nurse education: A national survey of Australian universities. *Int J Ment Health Nurs*, 2015;24, 95–103. doi:10.1111/inm.12111



VARIABLES LIGADAS AL TABAQUISMO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UDC

Variables Linked to Smoking in a Sample of Students of Health Sciences of the UDC

Manuela Blanco Presas

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Universitario A Coruña. A Coruña, España.

Escuela Universitaria Enfermería A Coruña. A Coruña, España.

Contacto: manuela.blanco.presas@sergas.es

Fecha de recepción: 22 de junio de 2018 / Fecha de aceptación: 19 de octubre de 2018

Resumen

Introducción: El tabaquismo constituye un problema de salud pública sobre el que es necesario actuar para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas al mismo, siendo necesaria la toma de conciencia de los profesionales de salud, los cuales constituyen modelos sociales, con una gran capacidad de influencia en materia preventiva, por lo cual sería deseable erradicar dicha dependencia en los mismos. La estrategia de búsqueda bibliográfica se dirigió a encontrar artículos relevantes en los buscadores: Pubmed, biblioteca Cochrane, Fisterra.com)

No existen estudios previos en muestras de estudiantes de Ciencias de la salud en la Universidad de A Coruña.

Metodología: Estudio descriptivo observacional de prevalencia en una muestra de 82 estudiantes de 1º de Enfermería de A Coruña y de 3º de Podología de Ferrol pertenecientes al curso 2009.

Resultados: Existe un predominio de mujeres fumadoras, como corresponde al género predominante en el alumnado de los centros académicos estudiados. La prevalencia del tabaquismo es del 37.8%. La mayoría (79.3%) fuma menos de diez cigarrillos al día.

Palabras clave: tabaquismo, deshabituación tabáquica, cooximetría.

Abstract

Introduction: Smoking is a public health problem on which it is necessary to act to reduce the morbidity and mortality associated with it, being necessary the awareness of health professionals, who are social models, with a great capacity for influence in preventive matter, for which it would be desirable to eradicate this habit in them.

The bibliographic search strategy was directed to find relevant articles in the search engines: Pubmed, Cochrane library, Fisterra.com

There are no previous studies in samples of students of Health Sciences at the University of A Coruña.

Methodology: Observational descriptive study of prevalence in a sample of 82 students of 1st Nursing of A Coruña and 3rd Podology of Ferrol belonging to the 2009 course.

Results: There is a predominance of smoking women, as corresponds to the predominant gender in the students of the academic centers studied. The prevalence of smoking is 37.8%. The majority (79.3%) smoke less than ten cigarettes a day.

Keywords: smoking, smoking cessation, co-oximetry.

Introducción

El tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública, que provoca altas tasas de morbilidad y supone en los países desarrollados la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura¹.

Los profesionales de la salud conforman el colectivo social con mayor influencia en la deshabituación tabáquica², a pesar de lo cual todavía existe una alta prevalencia de fumadores en profesionales de la salud, lo cual justifica este estudio debido a las implicaciones que se puedan derivar de la información obtenida^{3,4}.

Además de realizar un esfuerzo por conocer datos sobre la prevalencia de tabaquismo en este colectivo de estudiantes de la Universidad de A Coruña (UDC), es oportuno concretar las variables que influyen en la dependencia y la motivación para dejar de fumar, así como los motivos por los que se fuma^{5,6}.

Se ha demostrado la gran utilidad del consejo breve para deshabituación tabáquica realizado por profesionales de la salud⁷⁻¹¹.

Metodología

El ámbito de dicho estudio fue la Escuela de Enfermería y Podología de la Universidad de A Coruña (España). La población de estudio fueron estudiantes de 1º de Enfermería de A Coruña y de 3º de Podología de Ferrol durante el curso 2009. El tipo de estudio fue observacional de prevalencia, con los siguientes criterios de inclusión:

- Participación voluntaria.
- Ser estudiante durante el período de estudio de 1º de Enfermería en la Escuela Universitaria de A Coruña.
- Ser estudiante de 3º de Podología de la UDC durante el período de estudio.

Como criterios de exclusión se utilizaron:

- No desear participar en el estudio.
- No ser estudiante durante el período de estudio de 1º de Enfermería en la Escuela Universitaria de A Coruña.
- No ser estudiante de 3º de Podología de la UDC durante el período de estudio.

Se tuvieron en cuenta las consideraciones ético-legales referidas a:

- Consentimiento informado del alumno.
- Autorización de los responsables académicos de cada centro.
- Garantía de confidencialidad según la ley de protección de datos de carácter personal.
- Autorización del comité ético de investigación clínica de Galicia.

En cuanto al tamaño muestral, señalar que el tamaño actual de 82 alumnos nos permite estimar las características generales de la muestra estudiada en relación a la prevalencia del tabaquismo y hallazgos de cooximetría con una seguridad del 95 % ($\alpha = 0.05$) y una preci-

sión de ± 11 %.

El número de fumadores en este estudio es de 31. Dicho tamaño muestral en relación a los cuestionarios utilizados en este subgrupo nos permite estimar los parámetros de interés con una seguridad del 95 % ($\alpha = 0.05$) y una precisión de ± 18 %.

Con respecto a las mediciones realizadas, de cada alumno participante se estudiaron las siguientes variables:

Variables de identificación:

Edad, sexo, curso, facultad...

Variables de consumo de tabaco:

Hábito tabáquico, edad de inicio del consumo, edad de cese del consumo, número de cigarrillos actuales (0-10 y 11 a 20).

Variables de exposición al tabaco medidas por cooximetría:

Cooximetría (p.p.m., carboxiHB, fcoHB). Permite conocer la cantidad de Monóxido de Carbono (CO) en aire espirado y su equivalencia en Carboxihemoglobina (COHb). Sólo valora consumos recientes (24-48 horas). Las cifras de CO se sitúan generalmente en:

- por debajo de 5 partes por millón (p.p.m.) en personas no fumadoras;
- entre 5-10 p.p.m. en fumadores ocasionales;
- entre 5-10 p.p.m. en fumadores ocasionales o fumadores que realizan inhalaciones muy superficiales;
- por encima de 10 p.p.m. en fumadores diarios.

Cuestionarios utilizados:

a) Test de Richmond: mide la motivación para dejar de fumar. Consta de cuatro preguntas y cada ítem varía en una escala de Likert de 0 a 3, excepto el primero, en el que se puede obtener 0 o 1 punto. Se puede obtener una puntuación máxima de diez puntos, que nos permite clasificar la motivación para dejar de fumar en débil, de 0 a 5 puntos, media, de 6 a 8 puntos, o fuerte, si se obtienen 9 o más puntos.

b) Test de Fagerström: cuantifica la dependencia a la nicotina, tiene 6 preguntas y su puntuación oscila entre 0 y 10, reflejando el valor 10 la mayor dependencia.

c) Test de Russell: evalúa los diferentes motivos por los que se fuma: imagen psicológica, actividad bocamano, indulgencia, sedación, automatismo, adicción, dependencia global, estimulación. Consta de 24 ítems en una escala de Likert, con las categorías: 0, no le sucede en absoluto; 1, le sucede un poco; 2, le sucede bastante; 3, le sucede mucho. La mayor puntuación expresa más motivos para seguir fumando. La máxima puntuación es de 72 puntos, y la mínima de 0. Cada motivo alcanza como máximo una puntuación de 9 puntos, siendo considerado relevante si posee una puntuación mayor de 6 puntos.

d) Test de Baer & Lichtenstein: analiza el grado de resistencia para no fumar ante determinadas situaciones. Presenta 14 ítems en una escala de Likert, que va de 0 (no fumaría) a 10 (sí fumaría). La máxima puntuación es de 140 puntos y la mínima de 0.

La mayor puntuación expresa menor resistencia que opondría cada alumno al deseo de fumar en determinadas situaciones.

e) Test de Glover-Nilsson: analiza el grado de dependencia psicológica, social y gestual que una persona posee frente al tabaco. Consta de 11 ítems y tiene una puntuación entre 0 y 44. De nuevo, una mayor puntuación refleja una mayor dependencia al tabaco. Cada ítem consta de cuatro posibles respuestas que puntúan desde 0 al 4; nunca (0), raramente, a veces, muy a menudo, siempre (4). Este cuestionario clasifica la dependencia psicológica, según la puntuación obtenida, en leve (< 12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (> 33). De nuevo, como en los test anteriores, la mayor puntuación supone una mayor dependencia al tabaco.

Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación típica. Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje. La comparación de medias se realizó con la T de Student o con el test de Mann-Whitney según procediese, tras comprobación de la normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. La comparación múltiple se realizó con el estadístico de Kruskal-Wallis. La correlación entre diferentes variables cuantitativas se realizó por medio del coeficiente de correlación de Pearson cuando las variables seguían una distribución normal y el coeficiente de Spearman en el caso de las que no seguían una distribución normal.

Resultados

Las características de la muestra estudiada se muestran en la tabla 1.

Predominan las mujeres fumadoras como corresponde a los centros académicos estudiados. La prevalencia del tabaquismo es del 37.8%. La mayoría (79.3%) fuma menos de diez cigarrillos al día.

Los hallazgos de la cooximetría realizada se muestran en la tabla 2 y figuras 1-3.

La media de los valores de las mediciones de la cooximetría según el hábito tabáquico declarado se muestran en la tabla 3, objetivándose valores más elevados en fumadores actuales, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Resultados de los cuestionarios

Cuestionario de Richmond.

Los resultados de dicho cuestionario y la puntuación global se muestran en la tabla 4 y figura 4.

Objetivándose que al 86.2% les gustaría dejar de fumar si lo pudieran hacer fácilmente, aunque el 62.1% no están dispuestos a dejar de fumar en las próximas dos semanas.

En nuestro estudio (gráfica 4), la media es de 4.52 ± 2.52 . En dicho histograma se objetivan 2 grupos de alumnos: los más motivados y los menos motivados, estando la mediana en 4.

Aunque los hombres están más motivados para dejar de fumar que las mujeres, la diferencia no es estadísticamente significativa (5.3 ± 3.1 vs. 4.3 ± 2.4). Igualmente sucede en la comparación de centros; los alumnos de podología están más motivados a dejar de fumar que los alumnos de enfermería aunque la diferencia tampoco es significativa (5.1 ± 2.2 vs. 3.9 ± 2.8).

Existe una correlación muy débil entre la edad de inicio y la motivación para dejar de fumar, que no es estadísticamente significativa ($r=0.19$; $p=0.37$). La correlación entre la edad actual y la motivación para dejar de fumar es incluso aún más débil que con la edad de inicio y tampoco es significativa ($r=0.089$; $p=0.65$).

Los valores de la cooximetría tampoco se relacionan con la motivación para dejar de fumar, siendo los valores de los coeficientes de correlación próximos a cero (ppp, $r = 0.09$; carboxiHb = 0.07) (tabla 9).

Cuestionario de Fagerström.

Este cuestionario cuantifica la dependencia a la nicotina^{12,13}. Los resultados se muestran en la tabla 5 y figura 5.

La mayoría de los alumnos fumadores (86.2%) consume diez o menos cigarrillos al día, y también la mayoría de los fumadores (75.9%) fuma el primer cigarrillo a los 5 minutos o menos de despertarse. El 79.3% tiene dificultades para abstenerse de fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo, y el cigarrillo que más se necesita a lo largo del día es el primero de la mañana (89.7%).

La media del cuestionario de Fagerström está en 1.17 ± 1.87 con un rango que oscila entre 0 y 8 (Figura 5).

Aunque los hombres tienen una puntuación de dependencia a la nicotina discretamente mayor que las mujeres, la diferencia no es significativa (1.33 ± 1.7 vs. 1.13 ± 1.9) ($p = 0.73$). A su vez objetivamos que los alumnos de podología tienen mayor dependencia que los alumnos de enfermería, no siendo significativa la diferencia (1.4 ± 2.32 vs. 0.93 ± 1.26) ($p = 0.98$).

Existe una débil correlación positiva entre la puntuación del test de Fagerström y la edad de inicio ($r = 0.14$) y la edad actual ($r = 0.064$), que no es estadísticamente significativa.

El test de Fagerström se correlaciona con los valores de la cooximetría¹⁴ siendo el coeficiente de correlación de Spearman más elevado para la CarboxiHB (0.33) estando dicha correlación en el límite de ser significativa (0.09). A mayor dependencia mayor valor de CarboxiHB¹⁵⁻¹⁶ (tabla 9).

Cuestionario de Russell.

Este cuestionario analiza los diferentes motivos por los que se fuma¹⁷.

Los resultados (tabla 6) muestran una media de 17.6 ± 10.7 , con un rango que oscila entre 0 y 50 y una mediana de 19 puntos.

El ítem que tiene la puntuación más elevada (41,4%) (le sucede mucho) es el de “Fumo más cuando estoy preocupado por algo”; le sigue, con el 24.1%, “Me gusta fumar, sobre todo cuando descanso tranquilamente”, y en tercer lugar (20.7%) “Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar”.

Se objetiva que no existe una diferencia significativa ($p = 0.97$) en cuanto al centro de estudio; la puntuación media de los estudiantes de enfermería es de 17.5 ± 9.93 y los de podología tienen una puntuación media de 17.67 ± 11.79 , de lo que se deduce que los futuros podólogos y enfermeros tienen los mismos motivos para fumar.

En cuanto al género, se observa que existe una diferencia significativa ($p = 0.01$) entre ser mujer o hombre (20.09 ± 10.29 vs. 8 ± 6.4). Es decir, las mujeres encuentran más motivos por los que seguir fumando.

Existe una correlación débil entre la edad ($r = -0.41$; $p = 0.03$) y los diferentes motivos por los que se fuma. Se observa que a mayor puntuación en el test de Russell, menor edad del alumno¹⁸⁻¹⁹, lo que se traduce en que cuanto menor es la edad, existen más motivos para fumar (figura 7). En Galicia fuman a diario un 19.3% de la población mayor de 16 años; otro 2.1% lo hacen de forma ocasional.

La correlación entre la edad de inicio y los motivos por los que se fuma es muy débil y no es estadísticamente significativa ($r = -0.129$; $p = 0.54$).

Los valores de la cooximetría tampoco se relacionan con los motivos por los que se fuma, aunque con la carboxiHb existe una correlación muy débil que está a punto de ser significativa ($r = 0.324$; $p = 0.093$) (tabla 9).

Cuestionario de Baer & Lichtenstein.

Este cuestionario analiza el grado de resistencia para no fumar ante determinadas situaciones (tabla 7).

La media de dicho cuestionario es de 63.38 ± 27.33 con un rango que oscila entre 0 y 104 y una mediana de 69 puntos.

La mayoría de los alumnos (75.9%) no fumarían en las siguientes situaciones: “Si quisiera sentirme más atractivo”, “Si quisiera sentirme más maduro y sofisticado”, “Si pensara que fumar es parte de mi auto-

imagen”, todas ellas claramente relacionadas con la autoimagen²⁰; le siguen con un porcentaje bastante elevado los ítems “Si pensara que esto me ayudaría a mantener mi peso” y “Si quisiera evitar comer algo dulce”, en los cuales la mayoría de los alumnos, 51.7% y 44.8% respectivamente, también puntúan cero.

En contraposición, el ítem en el que gran parte de los alumnos (34.5%) no se resistiría a fumar (puntúan 10) es “Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica”, lo que nos remite a la alianza alcohol como facilitador del consumo de tabaco^{21,22}.

De los 29 encuestados (23 son mujeres y 6 son hombres), se observa que las mujeres tienen de media una mayor puntuación que los hombres (69.91 ± 5.23 vs. 38.33 ± 21.53 ($p=0.009$); es decir, las mujeres ofrecen de media una menor resistencia a fumar. Sin embargo, no se observa una diferencia significativa ($p=0.97$) entre el grado de resistencia a no fumar entre futuros enfermeros y podólogos; la puntuación media es de 63.57 ± 28.43 y de 63.2 ± 27.26 puntos respectivamente.

En este caso, no se objetiva ninguna correlación entre la edad actual del alumno, la edad de inicio ni con los diferentes valores de la cooximetría (tabla 9).

Cuestionario de Glover-Nilsson.

El test de Glover-Nilsson analiza el grado de dependencia psicológica, social y gestual que una persona posee frente al tabaco (tabla 11). Las puntuaciones obtenidas oscilan entre 0 y 32 puntos, alcanzándose la media en los 11.14 ± 7.42 puntos. Se observa que el 62.1% de los alumnos tiene una adicción leve al tabaco, el 31% tienen una adicción moderada y el resto (6.9%) de los alumnos tienen una adicción fuerte, no observándose ningún caso de adicción muy fuerte.

La mayoría de los alumnos (82.8%) nunca coloca cigarrillos en los labios sin encender u otros objetos similares para evitar fumar. En contraposición, el 62% de los encuestados reconoce que muy a menudo o siempre algunos lugares o circunstancias les incitan a fumar.

Podemos afirmar que existe una diferencia significativa ($p=0.04$) entre la dependencia gestual psicológica y social de las mujeres y los hombres (12.57 ± 7.4 ; 5.67 ± 4.72), indicando una dependencia leve en hom-

bres, moderada en mujeres. Observamos mayor dependencia al tabaco en alumnos de enfermería con respecto a los de podología (12.5 ± 7.1 vs. 9.87 ± 7.74); la diferencia en este caso tampoco es estadísticamente significativa $p=0.35$.

Existe una correlación muy débil entre la edad de inicio y la dependencia gestual, psicológica y social al tabaco, que no es estadísticamente significativa ($r=-0.14$; $p=0.52$). Sin embargo, existe una correlación significativa entre la edad actual y la dependencia estudiada ($r=-0.39$; $p=0.04$).

Los valores de la cooximetría tampoco se relacionan significativamente con la motivación para dejar de fumar, siendo los valores de los coeficientes de correlación próximos a cero en el caso de fcoHB ($r=0.02$) y un poco mayores en el caso de p.p.m. y carboxiHB ($r=0.19$; $r=0.22$, respectivamente).

A continuación se analizará la relación existente entre los diferentes test utilizados²³⁻²⁵. Se objetiva (tablas 8 y 10) que existe una correlación significativa, aunque débil, entre el cuestionario de Russell y el de Richmond ($r=-0.42$; $p=0.03$), lo que supone que, a mayor puntuación en el cuestionario de Russell, menor puntuación en el test de Richmond. Es decir, cuantos más motivos se tengan para fumar, menos motivos se tendrán para dejar de fumar.

También se observa una correlación significativa entre el cuestionario de Richmond y el de Baer & Lichtenstein ($r=-0.59$; $p=0.001$); esto se traduce en que una menor resistencia a no fumar en determinadas situaciones supone menor motivación para dejar de fumar.

De la misma manera existe una correlación entre el cuestionario de Russell y el de Baer & Lichtenstein ($r=0.79$; $p=0.00$), de lo que se deduce que cuanto más motivos por los que se fuma, menor será la resistencia a no fumar.

Se objetiva una correlación negativa y significativa entre los cuestionarios de Glover-Nilsson y Richmond, ($r=-0.45$; $p=0.01$); esto supone que una mayor dependencia psicológica, social y gestual implica una menor motivación para dejar de fumar.

Igualmente existe una fuerte correlación entre el cuestionario de Glover-Nilsson y Russell ($r=0.85$; $p=0.00$), lo que se traduce en que a mayor dependen-

cia psicológica, social y gestual, existen más motivos por los que fumar.

Finalmente, existe una correlación significativa entre el cuestionario de Glover-Nilsson y el de Baer & Lichtenstein ($r=0.72$; $p=0.00$); esto indica que a mayor dependencia social, psicológica y gestual, menor resistencia a no fumar ante determinadas situaciones.

El cuestionario de Fagerström es el único que no correlaciona con ningún otro de los cuestionarios utilizados en este estudio (tabla 8).

Discusión

A pesar de las recomendaciones de la OMS en materia de deshabituación tabáquica, muchos profesionales de la salud siguen manteniendo su consumo^{1,4,5-7}, y aun reconociéndolo como un problema de salud pública de primera magnitud¹¹, su consumo no está erradicado entre dichos profesionales^{5,15,27}.

Parece oportuno concienciar a los estudiantes de Ciencias de la Salud a desarrollar conductas saludables coherentes con el modelo social que están destinados a desarrollar^{2,15}. En España la prevalencia del tabaquismo es del 31 % en la población adulta, y aunque se observa una disminución en la prevalencia^{21,23,27}, a lo cual han contribuido fundamentalmente las medidas legislativas reguladoras del consumo de tabaco en lugares públicos²⁸⁻³⁵, es necesario promover investigaciones dirigidas a conocer el estado actual del tema y a continuar instaurando medidas que posibiliten su erradicación.

Conclusiones

Este estudio muestra que las mujeres presentan tasas de prevalencia mayores que los hombres, con un consumo medio de 1-10 cigarrillos al día entre los fumadores/as participantes en el estudio (79.3 %) y con una motivación escasa para dejar de fumar (37.9 % muestran baja motivación) y una dependencia moderada, que correlaciona con los valores obtenidos en las coximetrías y se representa discretamente mayor en hombres, aunque la diferencia no resulta significativa con respecto a las mujeres,

Los futuros podólogos/as y enfermeros/as tienen los mismos motivos para fumar, aunque se observan diferencias significativas entre mujeres y hombres; es

decir, las mujeres encuentran más motivos por los que seguir fumando. Se observan más motivos para fumar cuanto menor es la edad. El motivo “Fumo más cuando estoy preocupado por algo” es el que obtiene mayor puntuación.

En cuanto a la dependencia psicológica, social y gestual, se observa dependencia moderada en mujeres y leve en hombres (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa), siendo menor en el alumnado de Podología que en el de Enfermería.

Aplicabilidad

Un hallazgo interesante es que los datos obtenidos en el test de Fageström son los únicos que no correlacionan con los obtenidos en el resto de los cuestionarios utilizados en dicho estudio, lo que sugiere que la dependencia a la nicotina no parece ser la causa del mantenimiento del hábito tabáquico y sugiere como más potente la dependencia psicológica, social y gestual.

Bibliografía

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe. WHO. Regional Office for Europe. Denmark, 2001.
2. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Espasa universitaria. Madrid, 1984.
3. Pérez Trulle A, Herrero I, Clemente ML, Escosa L. Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿a quién, cuándo y cómo realizar la deshabituación tabáquica? Arch. Bronconeumología 2004; 40 (supl. 3): 63-73.
4. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía de atención al tabaquismo en atención primaria. 2008.
5. Gil López E, Robledo de Dios T, Rubio Colavida JM, Bris Coello MR, Espiga López I, Sáiz Martínez-Acitores I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. Prev Tab 2000; 2 (1): 22-31
6. Gutierrez García JJ, Velasco Soria A, Lozano Polo A, Usera Clavero ML. Estudio sobre tabaquismo en profesionales sanitarios de atención primaria de salud de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social, 2011. Serie Informes: 60.
7. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328 (7455): 1519.
8. Jiménez Ruiz, Barrueco Ferero; Solano Reina; Torrecilla García; Domínguez Grandal; Díaz-Maroto; Alonso Moreno; De la Cruz Amoros y Abengozar Muela. Recomendaciones en el Abordaje diagnóstico y terapéutica del tabaquismo. Documento de Consenso. Arch. Bronconeumología 2003; 39 (1): 35-41.
9. Jiménez Ruiz; Camarelles Guillen; Granda Orive; Díaz -Maroto Muñoz. Protocolo de intervención en fumadores. Edita EMISA; 2002.
10. Chamorro García, L. Guía clínica sobre la dependencia a nicotina: SEMERGEN 2002; 28 (9): 484-8.

11. Hernández García I, Sáenz González MC, González Celador R. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales Sis. San Navarra* 2010; 33 (1): 23-33.
12. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco with reference to individualization of treatment. *Addictive behavior* 1978; 3: 235-241.
13. Corbalán Carrillo G, Sierra Manzano JM, Marión Navasa G, Carré Catasús M. Consumo de tabaco y dependencia de la nicotina. *Rev. Rol de Enfermería* nº 224, abril 1997; 224: 14-16
14. Barrueco M, Aldo-Mateo Torriachi, Hernández Redero J, Sánchez Barba M, Torrecilla M, Alaejos I, et al. Fageström tolerance questionnaire & heavy smoking index. ¿Cuál de los dos test es suficiente para determinar la dependencia en la clínica diaria? *Prev Tab* 2013; 15 (1): 13-20.
15. Martín, V, Fernández, D, Ordoñez, C, Molina, A, Fernández, M. E, y de Luis, J. M. (2008). Valoración con tres métodos diferentes la prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de primer curso de ciencias de la salud de la universidad de León en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 221-229.
16. Guía para abordar el tabaquismo en grupo; manual de sesiones: plan de atención al tabaquismo en Galicia [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Servicio Galego de Saúde; 2008.
17. Treating tobacco use and dependence: 2008 update [Internet]. Clinical Practice Guideline. [Washington DC]: Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008 May.
18. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; 2: 231 - 5.
19. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra: OMS; 2003.
20. Ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE [Internet] 2005 Dic 27; (nº 309).
21. Alberdi-Erice MJ, Huizi-Egilegor X, Barandiarán-Lasa M, Zupiria-Gorostidi X, Uranga-Iturrioz MJ. Evolución de los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*. 2007; 17(2): 63-70.
22. INE base [Internet]: Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2014. Población de 16 y más años por edad, sexo y consumo de tabaco [tabla]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/p02/a2003/&file=pcaxis>.
23. Míguez MC, Becoña E. Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista española de drogodependencias*. 2006; 31(1): 46-56. Disponible en: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1_4.pdf
24. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. AETS, Madrid, Septiembre 2003.
25. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
26. Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco. Informe 1993-1998. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2000. Serie II: Sección Tabaco. Informe 2.
27. O consumo de tabaco nos profesionais sanitarios de Galicia, ano 2006. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia (BEG)*, 2006; 39.
28. Catalina Romero C, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la Ley 42/2010. *Revista española de salud pública*. 2012; 86(2): 177-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n2/06_original5.pdf
29. Catalina Romero C, Gelpi Médez JA, Cortés Arcas MV, Martín Barallat J. Evolución en España del consumo de tabaco en población trabajadora desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 223-227. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recurso_s_propios/resp/revista_cdrom/vol84/vol84_2/RS842C_223.pdf
30. Gallego Alonso-Colmenero MM, De Miguel Díez J, Ávilas Lvarez F, Pérez De Oteyza C. Tobacco consumption in hospitalized patients before and after the anti-tobacco law (28/2005). [Consumo de tabaco en pacientes hospitalizados antes y después de la Ley antitabaco (28/2005)]. *Rev. Clin. Esp*. 2010; 210(5): 216-220
31. González-Torrente S, Bannasar-Veny M, Pericás-Beltrán J, Pedro-Gómez JE, Aguiló-Pons A, Lluç Bauzá-Amengual M. Hábito tabáquico entre los estudiantes de enfermería y fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears: opinión ante la regulación del consumo en lugares públicos. *Enfermería clínica*. 2008; 18(5): 245-252.
32. Lushchenkova O, Fernández E, López MJ, Fu M, Martínez-Sánchez JM, Nebot M, et al. Secondhand smoke exposure in Spanish adult non-smokers following the introduction of an anti-smoking law. [Exposición al humo ambiental de tabaco en población adulta no fumadora en España tras la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo]. *Rev. Esp. Cardiol*. 2008; 61(7): 687-694
33. Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F, Fernández E, Nebot M. Impact of the 28/2005 Spanish smoking law on second-hand smoke exposure in Barcelona. [Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona]. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25(6): 495-500
34. Martín V, Fernández D, Ordóñez C, Molina AJ, Fernández E, Luis JM de. Valoración con tres métodos diferentes de la prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de primer curso de ciencias de la salud de la Universidad de León en 2006. *Revista española de salud pública*. 2008; 82(2): 221-229. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/899>
35. Míguez Varela MC, Becoña Iglesias E. El consumo de tabaco en estudiantes de psicología a lo largo de 10 años. *Psicothema*. 2009; 21(4): 573-578
Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3673.pdf>
36. Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2010. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf
37. Romero CC, Gutierrez JCS, Aguado LQ, Arcas MVC, Blazquez JAP, Mendez JAG, et al. Prevalence of tobacco consumption among working population after the law 42/2010, Spain. [Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la ley 42/2010]. *Rev. Esp. Salud Pública* 2012; 86(2): 177-188
38. Sánchez Beiza L, Martín-Carrillo Domínguez P, Gil Serrano MP. Detección y características del consumo de drogas legales en jóvenes de 15 a 25 años. *Aten Primaria* 1993; 11: 350-352
39. Ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003. BOE [Internet] 2005 Feb 10 (Nº 35).
40. Ley 42/2010, de 30 de Diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE [Internet] 2010 Dic 31 (Nº 318).
41. O tabaquismo entre os profesionais sanitarios de Galicia. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia (BEG)*. 2001; (4).

Anexo: Tablas

Variables	n	%	95 % I.C.	Media ± DT
Edad	81			21.8 ± 5.0
Sexo				
Mujer	69	84.1 %		
Hombre	13	15.9 %		
Centro académico				
Enfermería (1er. curso)	50	61.0 %		
Podología (3er. curso)	32	39.0 %		
Hábito tabáquico				
No fumador	46	56.1 %		
Fumador actual	31	37.8 %		
Exfumador	5	6.1 %		
Cigarillos/día (fumadores)				
1-10	23	79.3 %		
11-20	6	20.7 %		

Tabla 1. Características de la muestra estudiada según diferentes variables

Variable	n	Media ± DT	Mediana	Mínimo	Máximo
p.p.m.	78	3.08 ± 4.31	2	0	24
Fco hb	78	1.49 ± 0.46	1.46	0	2.38
Carboxi Hb	78	1.14 ± 0.71	1	0	4.5

Tabla 2. Hallazgos de la Cooximetría en la totalidad de la muestra estudiada

	Nunca Fumador (n=44) Media ± DT	Ex Fumador (n=4) Media ± DT	Fumador (n=30) Media ± DT	P
p.p.m.	1.44 ± 0.86	1.45 ± 0.64	5.71 ± 6.04	0.000
Fco hb	1.32 ± 0.42	1.46 ± 0.0	1.73 ± 0.43	0.000
Carboxi Hb	0.85 ± 0.30	0.95 ± 0.10	1.59 ± 0.94	0.000

Tabla 3. Hallazgos de la Cooximetría según el hábito tabáquico declarado

Cuestionario Richmond	n	%
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?		
No	4	0.138
Sí	25	0.862
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?		
Ninguno	3	0.103
Algo	12	0.414
Bastante	9	0.31
Mucho	5	0.172
3. ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?		
Definitivamente no	18	0.621
Quizá	5	0.172
Sí	5	0.172
Definitivamente sí	1	0.034
4. ¿Cuál es la probabilidad de que usted sea un no fumador dentro de los próximos 6 meses?		
Muy baja	4	0.138
Baja	11	0.379
Alta	10	0.345
Muy alta	4	0.138
Categorías de Richmond		
Débil (de 0 a 5)	18	62.1
Moderada (de 6 a 8)	9	31.0
Fuerte	2	6.9

Tabla 4. Descripción de los fumadores según su motivación para dejar de fumar del cuestionario de Richmond

	B	Error	Coefficiente estandarizado (β)	p
Género	1.23	1.24	0.21	0.33
Edad	-0.15	0.13	-0.025	0.91
CarboxiHB	0.34	0.54	0.14	0.53

R² = 0.064

Tabla 5. Modelo de regresión lineal múltiple para predecir puntuación de Richmond ajustando por diferentes covariables

Questionario Fagerström	n	%
1. ¿Cuántos cigarros fuma al día?		
10 o menos	25	0,862
11 a 20	4	0,138
21 a 30	0	-
31 o más	0	-
2. ¿En cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarro del día?		
En 5 minutos o menos	22	0,759
Entre 6-30 minutos	2	0,069
Entre 30-60 minutos	3	0,103
Después de 60 minutos	2	0,069
3. Después de fumar el primer cigarro del día, ¿fuma rápidamente algunos más?		
Sí	25	0,862
No	4	0,138
4. ¿Tiene dificultades para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?		
Sí	23	0,793
No	6	0,207
5. ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama?		
Sí	26	0,897
No	3	0,103
6. De todos los cigarros que fuma a lo largo del día, ¿cual es el que más necesita?		
El primero de la mañana	26	0,897
Cualquiera otro	3	0,103

Categorías de Fagerström

No dependencia a la nicotina (0 puntos)

Dependencia a la nicotina (1 o más puntos)

Tabla 6. Descripción de los fumadores según su dependencia a la nicotina (Test de Fagerström)

	B	Error	p	O.R.	95 % I.C.	
Sexo (Hombre vs. Mujer)	0.23	1.01	0.82	1.26	0.17	9.1
CarboxiHB	1.05	0.63	0.09	2.87	0.84	9.77

Tabla 7. Modelo de regresión logística para predecir dependencia a la nicotina ajustando por sexo y niveles de carboxiHB

Pregunta	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)
1. Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento	8 (27,6 %)	15 (51,7 %)	3 (10,3 %)	3 (10,3 %)
2. Enciendo un cigarro sin darme cuenta de que tengo otro encendido en el cenicero	29 (100 %)	53		
3. Me gusta fumar, sobre todo cuando descanso tranquilamente	9 (31 %)	4 (13,8 %)	9 (31 %)	7 (24,1 %)
4. Obtengo un gran placer de fumar, sea cuando sea	10 (34,5 %)	11 (37,9 %)	6 (20,7 %)	2 (6,9 %)
5. Tener un cigarro entre los dedos es parte del placer de fumar	12 (41,4 %)	9 (31 %)	6 (20,7 %)	2 (6,9 %)
6. Pienso que mejora mi aspecto con un cigarro en las manos	28 (96,6 %)	1 (3,4 %)		
7. Fumo más cuando estoy preocupado por algo	5 (17,2 %)	4 (13,8 %)	8 (27,6 %)	12 (41,4 %)
8. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo	17 (58,6 %)	8 (27,6 %)	2 (6,9 %)	2 (6,9 %)
9. Fumo automáticamente a pesar de estar atento	16 (55,2 %)	11 (37,9 %)	2 (6,9 %)	
10. Fumo para tener algo que hacer con las manos	16 (55,2 %)	9 (31 %)	2 (6,9 %)	2 (6,9 %)
11. Cuando me quedo sin cigarrillos me resulta casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos	13 (44,8 %)	13 (44,8 %)	2 (6,9 %)	1 (3,4 %)
12. Cuando me siento infeliz fumo más	8 (27,6 %)	11 (37,9 %)	7 (24,1 %)	3 (10,3 %)
13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy cansado	24 (82,8 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	
14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar	25 (86,2 %)	4 (13,8 %)		
15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarro	28 (96,6 %)	1 (3,4 %)		
16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar	10 (34,5 %)	9 (31 %)	8 (27,6 %)	2 (6,9 %)
17. Fumar me ayuda a pensar y concentrarme	19 (65,5 %)	7 (24,1 %)	1 (3,4 %)	2 (6,9 %)
18. Tengo muchas ganas de fumar cuando ya llevo un rato sin fumar	7 (24,1 %)	14 (48,3 %)	6 (20,7 %)	2 (6,9 %)
19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo	27 (93,1 %)	1 (3,4 %)	1 (3,4 %)	
20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello	18 (62,1 %)	10 (34,5 %)	1 (3,4 %)	
21. Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar	8 (27,6 %)	7 (24,1 %)	8 (27,6 %)	6 (20,7 %)
22. Fumo para tener algo que llevarme a la boca	40 (69 %)	5 (17,2 %)	4 (13,8 %)	
23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo	26 (89,7 %)	2 (6,9 %)	1 (3,4 %)	
24. Cuando estoy enfadado enciendo un cigarro	4 (13,8 %)	6 (20,7 %)	10 (34,5 %)	9 (31 %)

0: No le ocurre en absoluto; 1: Le sucede un poco; 2: Le sucede bastante; 3: Le sucede mucho

Tabla 8. Descripción de los fumadores según los motivos por los que se fuma. Cuestionario de Russell

Ítems	Escala										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Si me sintiera ansioso	0.103	0.069		0.069	0.034	0.069	0.034	0.069	0.103	0.172	27.6 %
2. Si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar un cigarrillo	0.138		0.034	0.069	0.034	0.138	0.034	0.241	0.069	0.207	0.034
3. Si termino una comida o un tentempié	0.138		0.034	0.034	0.172	0.034	0.034		0.069	0.207	27.6 %
4. Si me sintiera nervioso	0.103	0.103		0.034	0.034	0.069	0.034	0.034	0.103	0.207	27.6 %
5. Si quisiera sentirme más atractivo	0.759	0.069	0.034		0.034	0.034		0.034			0.034
6. Si quisiera relajarme	0.172		0.034	0.034	0.103	0.138	0.172	0.207	0.138		
7. Si pensara que fumar es parte de mi auto-imagen	0.759	0.069	0.034	0.034	0.034				0.034		0.034
8. Si me sintiera tenso	0.103	0.069	0.034	0.034	0.034	0.069	0.069	0.034	27.6 %	0.138	0.138
9. Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica	0.103	0.034		0.034	0.034	0.069		0.034	0.138	0.207	0.345
10. Si viera a otros fumando	0.207					0.138	0.034	0.207	0.172	0.172	0.069
11. Si alguien me ofreciera un cigarrillo	0.138	0.069			0.034	0.172	0.138	0.034	27.6 %	0.103	0.034
12. Si quisiera evitar comer algo dulce	0.448	0.034	0.034	0.103	0.069	0.103	0.034	0.069	0.069		0.034
13. Si quisiera sentirme más maduro y sofisticado	0.759	0.069	0.103					0.034			0.034
14. Si pensara que esto me ayudaría a mantener mi peso	0.517	0.069	0.069	0.034		0.172			0.069		0.069

0 mínimo, 10 máximo

Tabla 9. Resultados del cuestionario de Baer & Lichtenstein

	B	Error	Coefficiente estandarizado (β)	p
Género	-33.35	10.76	-0.55	0.005
Edad	-0.69	1.15	-0.11	0.55
CarboxiHB	4.74	4.66	0.18	0.32

Tabla 10. Modelo de regresión lineal múltiple de la puntuación de Baer & Lichtenstein ajustando por género, edad y valores de carboxiHb

Cuestionario Glover-Nilsson	n	%
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí		
0: Nada	6	0,207
1: Algo	12	0,414
2: Moderadamente	9	0,31
3: Mucho	1	0,034
4: Muchísimo	1	0,034
2. Juego y manipulo el cigarro como parte del ritual del hábito de fumar		
0: Nada	15	0,517
1: Algo	10	0,345
2: Moderadamente	2	0,069
3: Mucho	1	0,034
4: Muchísimo	1	0,034
3. Suelo ponerme algo en la boca para evitar fumar		
0: Nada	22	0,759
1: Algo	6	0,207
2: Moderadamente	1	0,034
3: Mucho		
4: Muchísimo		
4. Cuando no tengo tabaco me resulta muy difícil concentrarme y realizar cualquier tarea		
0: Nada	14	0,483
1: Algo	10	0,345
2: Moderadamente	4	0,138
3: Mucho	1	0,034
4: Muchísimo		

Tabla 11. Cuestionario de Glover-Nilsson

Cuestionario Glover Nilsson	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	6 (20,7 %)	12 (41,4 %) (9 (31 %)	1 (3,4 %)	1 (3,4 %)
2. Juego y manipulo el cigarro como parte del ritual del hábito de fumar	15 (51,7 %)	10 (34,5 %)	2 (6,9 %)	1 (3,4 %)	1 (3,4 %)
3. Suelo ponerme algo en la boca para evitar fumar	22 (75,9 %)	6 (20,7 %)	1 (3,4 %)		
4. Cuando no tengo tabaco, me resulta muy difícil concentrarme y realizar cualquier tarea	14 (48,3 %)	10 (34,5 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	
5. Cuando me encuentro en algún lugar donde está prohibido fumar, juego con un cigarro o con el paquete de tabaco	24 (82,8 %)	1 (3,4 %)	4 (13,8 %)		
6. Me recompensó con un cigarro tras finalizar una tarea	6 (20,7 %)	5 (17,2 %)	10 (34,5 %)	6 (20,7 %)	2 (6,9 %)
7. Algunos lugares o circunstancias me incitan a fumar (sofá preferido, habitación, coche, bebida...)	1 (3,4 %)	5 (17,2 %)	5 (17,2 %)	7 (24,1 %)	11 (37,9 %)
8. A menudo me coloco en los labios un cigarro sin encender u otros objetos (palillos, bolígrafos) y los chupo para aliviar el estrés, ansiedad, frustración...	23 (79,3 %)	2 (6,9 %)	4 (13,8 %)		
9. Me encuentro habitualmente encendiendo un cigarro por rutina sin desearlo realmente	14 (48,3 %)	10 (34,5 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	
10. Parte de mi placer de fumar proviene del ritual que supone encender un cigarrillo	17 (58,6 %)	7 (24,1 %)	4 (13,8 %)	1 (3,4 %)	
11. Cuando estoy solo en un restaurante, parada de autobús, reunión, fiesta..., me siento más seguro con un cigarro en las manos	10 (34,5 %)	3 (10,3 %)	8 (27,6 %)	5 (17,2 %)	3 (10,3 %)

Puntuación total Glover Nilsson

Tabla 12. Puntuaciones del cuestionario de Glover-Nilsson

Cuestionarios	Cuestionario de Richmond	Cuestionario de Fageström	Cuestionario de Russell	Cuestionario de Glover-Nilsson
	r; (p); n	r; (p); n	r; (p); n	r; (p); n
Richmond		-0.19; (0.33); 29	-0.42; (0.03)*; 29	
Fageström			0.5; (0.06); 29	
Baer & Lichtenstein	-0.59; (0.01)**; 29	0.24; (0.21); 29	0.79; (0.00)**; 29	0.72; (0.00); 29
Glover-Nilsson	-0.45; (0.01)*; 29	0.43; (0.21)*; 29	0.85; (0.00)**; 29	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01(bilateral)

Tabla 13. Correlación entre los diferentes test utilizados

Cuestionarios	Sexo (media ± sd)	Centros (media ± sd)				
	Mujeres	Hombres	p	Enfermería	Podología	p
Richmond	4.3 ± 2.4	5.3 ± 3.1	0.38	3.9 ± 2.8	5.1 ± 2.2	0.23
Fageström	1.13 ± 1.9	1.33 ± 1.7	0.82	0.93 ± 1.26	1.4 ± 2.32	0.51
Russell	20.09 ± 10.29	8 ± 6.4	0.01	17.5 ± 9.93	17.67 ± 11.79	0.97
Baer & Lichtenstein	69.91 ± 5.23	38.33 ± 21.53	0.009	63.57 ± 28.43	63.2 ± 27.26	0.97
Glover-Nilsson	12.57 ± 7.4	5.67 ± 4.72	0.04	12.5 ± 7.1	9.87 ± 7.74	0.35

Tabla 14. Media de la puntuación de los diferentes cuestionarios según las variables sexo y centro de estudio

Cuestionarios	Cooximetría				
	Edad de inicio	Edad Actual	p.p.m	CarboxiHB	FcoHB
	r; (p); n	r; (p); n	r; (p); n	r; (p); n	r; (p); n
Richmond	0.13; (0.54); 25	0.24; (0.23); 28	0.08; (0.67); 28	0.03; (0.88); 28	-0.2; (0.32); 28
Fageström	0.14; (0.52); 25	0.06; (0.75); 28	0.30; (0.11); 29	0.33; (0.09); 28	-0.03; (0.89); 28
Russell	-0.13; (0.54); 25	-0.41; (0.03); 28	0.31; (0.11); 28	0.32; (0.09); 28	0.06; (0.76); 28
Baer & Lichtenstein	0.08; (0.69); 25	-0.24; (0.22); 28	0.15; (0.46); 28	0.16; (0.41); 28	0.19; (0.34); 28
Glover-Nilsson	-0.14; (0.52); 25	-0.39; (0.04); 28	0.19; (0.33); 28	0.22; (0.27); 28	0.02; (0.92); 28

Tabla 15. Correlación de diferentes covariables con los cuestionarios utilizados



Propuesta de cuidados de enfermería en la adaptación de autoconcepto de adultos mayores con diabetes tipo 2

A Proposal for Nursing Care in Self-concept Adaptation in Older Adults with Type 2 Diabetes

Isaí Arturo Medina Fernández¹, Perla Noemi Polanco Tinal¹, María Ascención Tello García¹, Sandra Cecilia Esparza González²

¹Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo, Universidad Autónoma de Coahuila. Coahuila, México.

²Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila. Coahuila, México.

Contacto: isaimedinafernandez@hotmail.com

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2018 / Fecha de aceptación: 02 de julio de 2018

Resumen

Introducción: La salud del adulto mayor está constituida por aspectos psicosociales, impactando en la apropiación del autoconcepto. El envejecimiento de la población y las modificaciones de la esfera psicológica dificulta la adaptación a la enfermedad, ocasionando alteraciones que impactan en la vida de la persona con diabetes tipo 2.

Desarrollo: El modo de autoconcepto es uno de los conceptos que explica Callista Roy en el modelo de adaptación, centrándose en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. Se planteó una propuesta de cuidados de enfermería mediante la identificación de problemáticas en diversos estudios y a partir del ser adulto mayor con diabetes, basado en la teoría antes mencionada para integrar los planes de cuidado en relación con las taxonomías y que sirvan como bases para realizar intervenciones que mejoren la adaptación psicológica.

Conclusión: La propuesta fundamenta los conceptos teóricos de enfermería, plantea condiciones para el mejoramiento en la adaptación del modo de autoconcepto a través del profesional de enfermería en el primer nivel.

Palabras clave: teoría de enfermería, adaptación psicológica, diabetes mellitus tipo 2.

Abstract

Introduction: The health of older adults is formed by psychosocial aspects that impact on the appropriation of the self-concept. The aging of the population and the modification of the psychological sphere makes difficult the adaptation to the disease making disturbances that impact in the life of folder adults with type 2 diabetes.

Development: The self-concept mode is one of the concepts that explain Callista Roy in the adaptation model, that talks about the psychological and spiritual of the human system. It posed a proposal of nursing care through the identification of problematics in different studies and from to be an older adult with diabetes based in the theory before mentioned for integrate the plans of care in relation with the taxonomy and serve as a base for make intervention that improve psychological adaptation.

Conclusion: the proposal bases the theory concepts of nursing, make conditions for the improve of the self-concept model adaptation through the nursing professional in the first level.

Keywords: nursing theory, psychological adaptation, type 2 diabetes mellitus.

Introducción

La salud del adulto mayor está constituida por aspectos psicosociales que pueden cambiar o modificarse en la etapa de la vejez; en este sentido el cuidado a un adulto mayor debe englobarse de manera holística, enfocado específicamente en las esferas que influyen en el estado de salud¹. Así mismo la salud es un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades².

No obstante, el envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que se está produciendo a un ritmo más rápido en los países de ingresos bajos y medianos. Lo anterior se ve reflejado en las estadísticas mundiales realizadas por la OMS en el 2015, las cuales

señalan que un 12% de la población supera la edad de los 60 años³. Por otra parte, una patología asociada frecuentemente en esta etapa de la vida es la diabetes tipo 2, la cual ha alcanzado proporciones epidémicas, teniendo aproximadamente 422 millones de adultos en todo el mundo que tenían diabetes en 2014, por lo que constituye uno de los principales problemas de salud pública, dado que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, así como a su elevada morbilidad y mortalidad^{4,5}.

Por otra parte, una de las teorías de enfermería que expone la adaptación del individuo a la enfermedad es el modelo de adaptación de Callista Roy, la cual define a la persona como un sistema adaptativo y a la adaptación como un proceso vital que ocurre como resultado en constante interacción. Según Roy, la adaptación es un proceso por el cual los pensamientos y sentimientos eligen la conciencia consciente para crear una integridad humana individual⁶.

Al hablar de adaptación, -nos referimos al proceso y un resultado que marca la pauta para una transformación, ajuste, conformación o equilibrio. En el caso de una enfermedad crónica, se origina a partir de que la persona es diagnosticada y tiene que afrontar las alteraciones que se presentan en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, en búsqueda de la modificación de las condiciones en que interactúa con el medioambiente⁷.

Aunado a ello Roy propone cuatro formas de comportamiento a los que denomina “modos adaptativos” y la constituyen el modo fisiológico, modo de interdependencia, modo de función del rol y modo de autoconcepto. El modo de autoconcepto se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano; ahora bien, el término autoconcepto se refiere a la información que tenemos sobre nosotros mismos, la forma en la que nos percibimos y describimos^{8,9}.

Así mismo, la diabetes genera caos en la cotidianidad; sin embargo, una situación que aparece con frecuencia es el cambio en el autoconcepto que viven las personas en procesos crónicos, esto porque forma parte de la esfera psicológica; estos aspectos deben ser considerados en la práctica clínica y comunitaria diaria, por lo que debe convertirse en aspectos tan relevantes como el tratamiento farmacológico¹⁰. Tal efecto indica que el autoconcepto juega una posición determinante en el complejo proceso del desarrollo psicosocial

de los individuos, donde se enmarca la relevancia del mismo para llegar a comprender sus propias conductas en diferentes contextos¹¹.

Dicha adaptación de las personas con alguna enfermedad crónica se vuelve un proceso complejo que implica un balance entre las demandas de la situación y la habilidad del individuo para responder a dichas demandas, dado que tiene un efecto en el ámbito familiar, social, psicológico y físico¹². En relación con lo anteriormente planteado es necesario que los profesionales de enfermería deban centrar su accionar sobre una base científica de conocimientos aplicada a las personas que le permitan alcanzar el bienestar, sobre todo con un enfoque holístico¹³.

Objetivo general

Elaborar una propuesta de cuidados de enfermería según la taxonomía NANDA, NIC, NOC para la adaptación de autoconcepto en adultos mayores con enfermedades diabetes tipo 2.

Desarrollo

Antecedentes de problemática del modo de autoconcepto en el adulto mayor con diabetes tipo 2

Los modos de adaptación se ven influidos entre sí, por lo que cuando existen alteraciones metabólicas, cambia el modo de verse a sí mismos¹⁴. En este sentido, el adulto mayor con diabetes se vuelve un grupo más vulnerable en la modificación de autoconcepto, en relación a la enfermedad, pérdida social, deterioro del aspecto físico y con ello un descenso en la valoración de su autoimagen¹⁵.

Diversos estudios plantean las modificaciones del autoconcepto en este grupo; esto es porque el vivir con una enfermedad crónica supone siempre un cambio importante en la vida de un sujeto, que debe poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos para afrontar la nueva situación y el duelo que supone la pérdida de la salud¹⁶.

Uno de los estudios fue realizado México; se encontraron los tres niveles de adaptación, la cual el 6.80 % fue alto, un 75 % se ubica como adecuado y solo el 14.24% se detecta en un nivel bajo de autoconcepto¹⁴. Así mismo en Nicaragua se enfocaron en el modo de autoconcepto, el cual determinó que el nivel de adaptación compensatorio se manifestó en los pacientes con

una glucemia alterada; así mismo las personas que presentaron un nivel integrado fueron hombres, adultos mayores, jubilados y personas casadas¹⁶.

Por otra parte, en el estudio realizado en Perú, el nivel de adaptación de los pacientes con diabetes del Hospital de Ate Vitarte fue bajo en un 62 % (25) y alto en un 15 % (6)¹⁷. Así mismo, en el estudio realizado en Mérida, Yucatán, se identificó que el 53.3 % y el 20 % de los pacientes en descontrol presentaron nivel compensatorio y comprometido respectivamente, comparándolo con el controlado, el cual el 90 % tuvo nivel compensatorio y el 10 % integrado; así mismo se halló que existe asociación de antecedentes familiares de diabetes y asistir a un grupo de ayuda mutua con el nivel de adaptación¹.

Por otra parte, en Nicaragua, el estudio realizado en un hospital indicó que el nivel adaptativo integrado es mayor en el sexo masculino, en los pacientes menores de 60 años, amas de casa, en los casados y solteros y los procedentes del área rural¹⁸. Lo anterior se puede confirmar con el estudio realizado por Lazcano y Salazar en México; ellos hablaron sobre las complicaciones que influyen en la adaptación psicosocial, con 74 % de la variación explicada y ocupación, estado marital y escolaridad influyen en la adaptación psicosocial con 53 %¹⁹. Sin embargo, en Perú los resultados fueron diferentes, debido a que manifestaron tener un buen concepto de sí mismos, y esto se ve reflejado con la opinión positiva que tienen sobre su imagen personal a pesar de haber transcurrido cambios en ellos, como su peso, carácter, alimentación o el consumo de tratamiento farmacológico²⁰.

En relación a la problemática anteriormente descrita, el rol de enfermería en el autoconcepto de adultos mayores con diabetes es fortalecer la integración de la persona con el ambiente; es por ello que se deben valorar los comportamientos y sus factores que influyen en sus habilidades de adaptación; de esta manera los cuidados de enfermería promueven las habilidades adaptativas²¹. No obstante, se considera que el individuo que tiene un concepto positivo de sí mismo posee una mayor habilidad para desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y hacer frente a los cambios y alteraciones que se presenten, adaptándose a estos procesos de forma sana²².

Por tal motivo es necesario la intervención de enfermería como parte del equipo multidisciplinario en las personas que viven con diabetes tipo 2, por lo que el

cuidado debe incorporar aspectos psicosociales que en muchas ocasiones no son considerados en el plan de cuidados, y el realizarlo permitirá ayudar a la persona en su adaptación a la enfermedad, de este modo impactando la esfera psicológica del adulto mayor con diabetes.

Para ello, las intervenciones deben ir con base a los componentes del modo de autoconcepto, constituyéndola por el yo físico, el cual se manifiesta por las sensaciones corporales y la propia imagen. El segundo componente es el yo personal cuyos subcomponentes son la autoconsistencia, el yo ideal y el yo moral, ético y espiritual. Lo anterior es con el fin de alcanzar la necesidad básica de la integridad de la identidad⁸.

Propuesta de abordaje de enfermería en los componentes de la adaptación de autoconcepto

La diabetes es una enfermedad que plantea grandes desafíos al paciente y también a los profesionales de la salud, por ende, es una enfermedad compleja, desde el punto de vista de los cambios que impone en la vida de las personas afectadas y de aquellos que los rodean¹⁶. Es por ello que en el siguiente apartado se plasma la propuesta de intervención de cuidados de enfermería en los componentes del modo de autoconcepto.

Yo físico

Como primer subcomponente se encuentra la imagen del cuerpo, la cual es cómo uno se ve a sí mismo físicamente y la vista del yo, su apariencia personal, responderá a la cuestión ¿cómo se ve el adulto mayor con diabetes a sí mismo físicamente y desde el punto de vista de su apariencia personal?^{23,24}. La pregunta anterior puede responderse con la autopercepción por la presencia de sintomatologías, por ejemplo, como la disminución de masa muscular, presencia de acantosis nigricans, disminución del peso corporal, y características físicas del adulto mayor, como presencia de canas, piel arrugada, deterioros dentarios, así como limitación en la funcionalidad, entre otras.

El segundo subcomponente se encuentra la Sensación del cuerpo; se refiere al cómo se siente la persona y experimenta el yo como un ser físico; entonces es el ¿Cómo se siente y experimenta el ser adulto mayor con diabetes en el ser físico?^{23,24}. Para el adulto mayor puede estar influido por la experiencia del ser un enfermo crónico, así como por la presencia del dolor por neuropatías, de igual manera puede estar relaciona-

do con las condiciones relacionadas con la manifestación de la enfermedad en su vida cotidiana y las implicaciones de la misma, marcada por las restricciones y limitaciones²⁵.

En relación con lo anterior, este grupo tienen una subvaloración individual como persona misma cons-

ciente de la búsqueda de su bienestar o como debe sentirse, es decir, tienen subvalorada la autoestima, lo que juega un papel fundamental en el sistema de generar tensión, que limita alcanzar un sistema de adaptación integrada para la enfermedad¹⁶. A lo planteado anteriormente se propone en la tabla 1 un plan de cuidados basado en las taxonomías.

Subcomponente	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
Imagen corporal	00153 Baja autoestima situacional r/c	1200 Imagen corporal	Mejora de la imagen corporal 5220
Sensación corporal	Alteración de la imagen corporal	o	Potenciación de la autoestima 5400
	Enfermedad física	1205 Autoestima	Reestructuración cognitiva 4700 Mejorar el afrontamiento 5230

Fuente: Elaborada por autores según lenguaje estandarizado NANDA, NIC y NOC

Tabla 1. Propuesta plan de cuidado enfermero al AM con DT2 en el Yo físico

Yo personal

Este componente del modo de autoconcepto es la apreciación del individuo de las propias características del yo interno, lo que el individuo sabe que es; va implícita la autoestima, expectativas, valores, e incluso el yo consiente, yo ideal, y el yo moral-ético-espiritual²³.

Autoestima

A este concepto nos referimos a la percepción del individuo del valor que se tiene a sí mismo, es un aspecto penetrante del yo personal²³. Una de las consecuencias de la diabetes, en ocasiones, es una baja autoestima, debido a que no se acepta a sí mismo y puede tener mayor dificultad para enfrentarse a los problemas relacionados con la salud, a diferencia de alguien con una autoestima positiva; es por ello que experimentar sentimientos de tristeza, vulnerabilidad o desánimo, sin embargo, esto podrá superarse si el individuo posee una buena autoestima.

Autoconsistencia

Este subcomponente es la parte de la persona que se esfuerza por mantener una misma organización consistente y evitar el desequilibrio²³. Lo anterior hace referencia a las conductas que el individuo realiza para mantener cierto equilibrio u homeostasis en las diferentes esferas del ser. Dicho lo anterior, las personas que viven con diabetes conocen y realizan ciertas actividades para mantener un equilibrio, como tratamiento farmacológico prescrito, dieta saludable y baja en azúcar, ejercicio físico o cambios en el estilo de vida, entre otros.

También incluye conductas para mantener una estabilidad emocional y psicológica, como la creación de redes de apoyo con la familia, amigos, servicios de salud, grupos de ayuda y más. A pesar de ello, las personas olvidan u omiten estas acciones que ayudan a mantener la armonía del ser, siendo necesaria para mejorar el bienestar y habilidad para afrontar mejor los cambios físicos y psicológicos asociados con la enfermedad.

Yo ideal

Al hablar del yo ideal, se refiere al aspecto del componente personal que relaciona lo que a la persona le gustaría ser o sería capaz de hacer²³. En relación al concepto anterior, el yo ideal o auto ideal tiene que ver con las aspiraciones del adulto mayor que van encaminadas a sentirse satisfechos con la vida, siendo un componente importante para alcanzar dicha satisfacción es el estado de salud, debido a que la diabetes y sus complicaciones es una barrera para el alcance de esta meta.

Tal efecto, el adulto mayor tiende a ser más estable y cauteloso, por lo que podrá realizar con éxito una determinada actividad para el logro de sus objetivos. Otro componente importante es la interacción con otras personas, un individuo que cuenta con apoyo de

sus semejantes en diferentes situaciones tiende a ser una persona más feliz y satisfecha con la vida.

Yo moral-ético-espiritual

Este subcomponente incluye un sistema de creencias y valores, quién es uno respecto al universo 23. Pero ¿Cómo se observa lo anterior en el adulto mayor con Dt2?, la respuesta es mediante una amplia estructura de creencias y valores, independientemente de la corriente ideológica en la que se crea que le permita establecer entre el deber ser y el quien soy, de igual manera influye en la creencia de un ser supremo como un aspecto fundamental en la vida de muchas personas mayores y que puede contribuir de forma decisiva en su estado de salud.

Subcomponente	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
Autoconsciencia	00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c • Actitud negativa hacia la atención sanitaria 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud r/c • Estrategias de afrontamiento ineficaces	1603 Conducta de búsqueda de la salud 3102 Autocontrol: enfermedad crónica	Ayuda en la modificación de sí mismo 4470 Manejo de la conducta 4350 Modificación de la conducta 4360 5390 potenciación de la autoconsciencia
Yo ideal	00242 Deterioro de la toma de decisiones independientes r/c • Disminución en la comprensión de todas las opciones de cuidados sanitarios disponibles • Experiencia limitada en la toma de decisiones	0906 Toma de decisiones	Elogio 4364 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria 5326
Yo moral-ético-espiritual	00175 Sufrimiento moral r/c • Información disponible contradictoria, para tomar la decisión ética/moral 00251 Control emocional inestable r/c • Conocimiento insuficiente sobre la enfermedad 00066 Sufrimiento espiritual r/c • Enfermedad • Acontecimiento vital inesperado	1215 Conciencia de uno mismo 1204 Equilibrio emocional 1201 Esperanza Salud espiritual 2001	Clarificación de valores 5480 Apoyo emocional 5270 Control del estado de ánimo 5330 4370 entrenamiento para controlar impulsos Apoyo espiritual 5420 Facilitar el crecimiento espiritual 5426

Tabla 2. Propuesta plan de cuidado enfermero al AM con DT2 en el Yo personal

Conclusión

Utilizar un modelo de enfermería en la práctica permite guiar de manera ordenada y sistematizada el trabajo del personal de enfermería por intermedio del proceso de atención, además define claramente el rol que se cumple basado en fundamentos propios de la disciplina²⁶. Es por ello que la realización de una propuesta de enfermería basada en este modelo permitirá mejorar el modo del autoconcepto de adultos mayor con diabetes tipo 2.

En relación con lo anterior se fundamenta que, si la persona presenta un autoconcepto positivo, significa que está en mejores condiciones para desarrollar y mantener relaciones interpersonales, permite el afrontamiento y estabilidad de los demás modos de adaptación²⁷. Por otra parte, el aplicar un cuidado de enfermería en el autoconcepto, significa intervenir en situaciones que en ocasiones son invisibles para el personal de salud, de manera que al visibilizar el problema se podrán realizar intervenciones que mejoren una autovaloración y amor propio del adulto mayor.

Así mismo, es necesario realizar la aplicación de esta propuesta para determinar el efecto en la persona, debido a que el objetivo era entregar un marco referencial al profesional de enfermería en el primer nivel de atención; de igual manera es necesario abordar los otros modos de adaptación en el adulto mayor, ya que la modificación de uno altera los demás; así mismo es necesario considerar los diversos estímulos que pueden afectar de manera individualizada.

Referencias

- Medina I. Adaptación de autoconcepto en personas con diabetes tipo 2 de una zona suburbana. [tesis de licenciatura] Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán; 2017.
- Organización Mundial de la Salud. [Internet] Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2006 [citado el 12 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Ediciones de la OMS. 2012.
- Isla P. Diabetes mellitus: la pandemia del siglo XXI. *Rev científica enfermería*. 2012;5:1–13.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la diabetes [Internet]. Resumen de orientación. 2016. [citado el 15 de marzo 2013]. Disponible en: <http://www.idf.org/node/26452?language=es>
- Bonfil E, Leixa M, Sáez F, Romaguera S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm*. 2010;19(49–70).
- Castro-Espinoza JM, Gallegos-Cabrales EC, Frederickson K. Análisis evolutivo del concepto adaptación a la diabetes tipo 2. *Aquichan*. 2015;15(1):52–9.
- Roy C. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicaciones y dificultades. *Cult los Cuid*. 2000;IV(7/8):139–59.
- Almazán N, Benhumea A, Ruiz C, Villa D. El autoconcepto del adulto mayor ante la presencia de enfermedad crónica. Una influencia social desde la teoría de las atribuciones. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2011;14(4):121–35.
- Mesa L, Carrillo A, Moreno F. La cronicidad y sus matices : estudio documental. *Investig en enfermería Imagen y Desarrollo*. 2013;15(2):95–114.
- Portilla L. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes con y sin adherencia al tratamiento. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2011.
- García A. Adaptación familiar y social del paciente diabético. [tesis de licenciatura] Quetzaltenango: Universidad Rafael Lanvidar. 2012.
- Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica*. 2011;32(1):37–42.
- Díaz A, Betaconurt C, Cheverría S, Rodríguez E, González C. Diabetes Mellitus : un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. *Rev Iberoam Prod Académica y Gestión Educ*. 2014;1:1–28.
- Contreras A. Modelo multiprofesional para fortalecer el autoconcepto en adultos mayores [Internet]. 2005. [citado el día 16 de marzo de 2017] disponible en: http://www.uco.mx/interpretos/pdfs/909_inpret1009.pdf
- Campos J, Yadielkis K, Báez A. Autoestima y Auto concepto de Pacientes Adultos que Padecen Diabetes Mellitus que acuden a consulta externa del Hospital Regional Escuela La Asunción. Juigalpa Chontales. Septiembre 2015–junio de 2016. [Tesis de licenciatura]. Juigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.
- Ayala G. Programa de adaptación del adulto mayor con diabetes mellitus tipo2, aplicando la teoría de Callista Roy en el Hospital de Ate Vitarte- 2014. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2017.
- Correa J. Autoconcepto de la diabetes mellitus en pacientes que asisten a la clínica de atención integral en el centro de salud Jorge Sinfороso Bravo. Municipio de Grana, Silais Granada. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010.
- Lazcano M, Salazar B. Adaptación en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2 , según Modelo de Roy. *Aquichan*. 2009;9(3):236–45.
- Nieto C, Prada Á. Proceso de adaptación de los adultos maduros con diabetes mellitus tipo II atendidos en el H.N.A.A Chiclayo- 2011. [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio De Mongrovejo; 2012.
- Moreno M, Alvarado A. adaptación y cuidado en el anciano sano en Adaptación y cuidado en el ser humano, una visión de enfermería. Bogotá: Universidad de la Sabana; 2007. p. 247–63.
- Restrepo L, Quintero M. Propuesta para la valoración del autoconcepto. *Av enfermería*. 1997;1(2):76–81.
- Vivero M, Díaz R. Instrumento Viveros 03 para Medir el Autoconcepto de Personas con Enfermedades Crónicas. *Desarro Cientif Enferm*. 2004;12(4):113–7.
- Ruíz N. El modo de autoconcepto en el adulto mayor: un estudio fenomenológico. Universidad Autónoma de Querétaro; [Tesis de licenciatura] Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro 2013.
- Baggio S, Sales C, Marcon S, Santos A. Percepción de la gente con diabetes sobre la enfermedad y las razones de Re hospitalización: estudio descriptivo. *Online Brazilian J Nurs*. 2013;12(2):501–10.
- Riffo Luengo S, Salazar Molina A. Aplicación del proceso de enfermería según el Modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. *Enfermería Glob* 2008;14(Dm):1–13.
- Samadi N, Safavi M, Mahmoodi M. Impact of Quality of Life Education on Self-Concept among Type 2 Diabetes Patients. *J Diabetes Metab*. 2011;2(5):1–5.



Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica

Creencias, opiniones y actitudes de los enfermeros de salud mental frente a la enfermedad psiquiátrica
Beliefs, Opinions and Attitudes of Mental Health Nurses Towards Psychiatric Disease

Paula Campos¹, José Carlos Carvalho², Júlia Martinho²

¹UCC Castelo da Maia, ACES Maia/Valongo. Maia, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal/Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS). Porto, Portugal.

Contacto: zecarlos@esenf.pt

Fecha de recepción: 22 de octubre de 2018 / Fecha de aceptación: 22 de noviembre de 2018

Resumo

A ação do estigma sobre as pessoas com patologia psiquiátrica tem como consequência a discriminação nos cuidados e na vida quotidiana, priva-os do exercício de direitos como a autonomia e a da liberdade e exclui-os de toda e qualquer participação no projeto de vida.

Investigação com um desenho quantitativo, descritivo e correlacional, tendo como objetivos, analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução/aumento do estigma na doença mental e descrever e comparar as opiniões e atitudes dos profissionais em função das características sociodemográficas. Utilizados como instrumentos de avaliação: questionário sociodemográfico, a Escala de Opiniões acerca da Doença Mental, o Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM) e Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4). Amostra de 93 enfermeiros que desempenham funções área da saúde mental em vários serviços da região norte de Portugal.

Os resultados demonstram, que existe pouca influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental, assim como a opinião e as crenças parecem ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma.

Os enfermeiros não são agentes estigmatizantes; a formação específica funciona como elemento protetor contra o estigma. Parece existir uma relação entre a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental e com a presença de estigma. Seria importante, trabalhar a cidadania, a inclusão e a patologia psiquiátrica, à semelhança dos programas implementados nas escolas junto dos mais jovens.

Palavras-chave: doença mental, enfermeiros, crenças, opiniões, atitudes, estigma.

Resumen

La acción del estigma sobre las personas con patología psiquiátrica tiene como consecuencia la discriminación en los cuidados y en la vida cotidiana, los priva del ejercicio de derechos como la autonomía y la libertad y los excluye de toda participación en el proyecto de vida.

Investigación con un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional, teniendo como objetivos, analizar de qué forma las creencias, opiniones y actitudes de los enfermeros de salud mental contribuyen a la reducción/aumento del estigma en la enfermedad mental y describir y comparar las opiniones y actitudes de los profesionales en función de las características sociodemográficas.

Se utilizaron como instrumentos de evaluación: cuestionario sociodemográfico, la Escala de opiniones sobre la enfermedad mental, el inventario de creencias sobre la enfermedad mental (ICEM) y la escala de las actitudes de los médicos (MICA-4). Muestra de 93 enfermeras que realizan las funciones de campo de la salud mental en diversos servicios en la región norte de Portugal.

Palabras clave: enfermedad mental, enfermeras, creencias, opiniones, actitudes, estigma.

Abstract

The action of stigma on people with psychiatric disorders results in discrimination in care and daily life, deprives them of the exercise of rights such as autonomy and freedom, and excludes them from any participation in the project of life.

Research with a quantitative, descriptive and correlational design, aiming to analyze how the beliefs, opinions and attitudes of mental health nurses contribute to the reduction / increase of stigma in mental illness and to describe and compare the opinions and attitudes of professionals according to sociodemographic characteristics.

Used as evaluation instruments: sociodemographic questionnaire, Mental Illness Opinions Scale, Mental Illusions Belief Inventory (MIBI) and Clinical Attitudes Scale (MICA-4). Sample of 93 nurses who perform mental health area functions in several services in the northern region of Portugal.

The results show that there is little influence of demographic, personal and academic data on professionals' beliefs, opinions and attitudes towards mental illness, just as opinion and beliefs seem to have a direct relationship with attitudes and the presence of stigma.

Nurses are not stigmatizing agents; specific training works as a protective element against stigma. There seems to be a relationship between opinion and beliefs of respondents about mental illness and the presence of stigma. It would be important to work on citizenship, inclusion and psychiatric pathology, much like the programs implemented in schools with the younger ones.

Keywords: mental illness, nurses, beliefs, opinions, attitudes, stigma.

Introdução

Este estudo surgiu no âmbito do Mestrado em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria e é parte integrante do projeto “Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde – REFAMIS” que é um dos projetos da unidade pedagógica Enfermagem, Disciplina e Profissão da ESEP e tem como objetivo estudar as “opiniões - crenças” de estudantes universitários, profissionais de saúde, pacientes, famílias e público em geral sobre doenças alvo de estigma, a fim de aumentar os níveis de conhecimento e literacia em saúde, reduzindo as atitudes e as repercussões negativas e consequentemente promover comportamentos mais inclusivos que respondam às necessidades específicas destas populações.

No exercício da minha atividade como enfermeira, deparo-me muitas vezes, com a dificuldade dos doentes mentais em assumirem a sua patologia, contrariamente a doentes portadores de outro tipo de patologias. Esta necessidade de ocultarem ou mesmo não assumirem, prende-se com o receio de serem rotulados, de serem discriminados. Consequentemente, estas defesas perante a patologia e perante a opinião dos demais, atrasa a procura de ajuda, prejudicando significativamente a atividade terapêutica, a recuperação e em alguns casos a reinserção social.

Ao realizar-se uma pesquisa sobre o tema, deparamo-nos com alguns estudos a comprovar a existência de estigma relacionado com a doença mental, nos quais os profissionais de saúde são implicados, o que causa alguma preocupação, pelo carácter educativo e forma-

tivo destes profissionais nos cuidados. Assim, senti ser pertinente, estudar a população de enfermeiros que exercem funções em serviços de psiquiatria. Perceber de que forma as suas crenças, opiniões e atitudes face à doença mental, contribuem ou não para o aumento do estigma para com os doentes psiquiátricos.

Para melhor compreensão foi necessário neste estudo definir conceitos que suportam a temática do estigma, como é o caso de: Saúde e Saúde Mental; Doença e Doença Mental; Crença, Opinião e Atitude; Estigma; Preconceito e Discriminação

Neste artigo selecionamos três conceitos, que são os que os instrumentos de colheita de dados por nos escolhidos, avaliam.

O termo Crença (derivado do latim “*credere*” que em português significa “crer”), sinónimo de convicção, designa uma disposição para admitir ou aceitar algo, para aderir a uma opinião, ou a uma ideologia. O preconceito, a ingenuidade, a opinião e até mesmo o saber e a fé são diferentes formas de crença.¹

A opinião provem do latim “*opinio*”, significa uma ideia confusa acerca da realidade e que se opõe ao conhecimento. No sentido corrente, opinião é um ponto de vista pessoal a respeito de algo, que consideramos verdadeiro precisamente porque é nosso. A opinião é um enunciado que se pretende seja verdadeiro. As opiniões são emitidas de forma espontânea e direta, não necessitando de definições, explicações, justificações e argumentações.²

Um dos conceitos mais importante da psicologia social tem sido o de Atitude. As atitudes, são “as convicções e sentimentos que predisõem as nossas reações a objetos, pessoas e acontecimentos” se acreditarmos que alguém “é má pessoa e tem mau carácter”, podemos sentir aversão por ela e agir com hostilidade.³ Para o mesmo autor, as atitudes refletem o modo como pensamos e nos sentimos em relação às pessoas, objetos e questões do meio em que nos inserimos.⁴

As atitudes e comportamentos das pessoas em relação a determinados assuntos, como são exemplo: a religião e minorias raciais, revelaram que é comum pensar de forma diferente da que agimos. Essa aparente discrepância surpreendeu os psicólogos sociais, a maioria dos quais partilhava a convicção de que existia uma relação estreita entre o pensamento e a ação, carácter e a conduta, as palavras particulares e os efeitos públicos. As pressões sociais podem encobrir a ligação latente entre as nossas atitudes e as respetivas ações, afetando o que dizemos ou fazemos. Quando conscientes de que as nossas atitudes e ações não coincidem, o indivíduo experimenta o sentimento de tensão interior, o qual os psicólogos denominam de dissonância cognitiva.

Problematização do estigma na doença mental

Contextualizado a problemática do estigma em saúde mental, este representa geralmente uma perceção negativa da pessoa com patologia psiquiátrica, presumindo-se que são diferentes dos demais, o que implica uma desvalorização e discriminação do seu papel na sociedade. O não reconhecimento dos sintomas e doença, mais o medo da rotulagem, inibe o processo de aceitação do seu estado de doença, bem como a participação esclarecida nos cuidados.⁵⁻⁷

Metodologia

Quanto à metodologia, e após termos delimitado o problema, procedemos à pesquisa bibliográfica que nos permitiu traçar os objetivos deste estudo e a escolha do desenho de investigação. Assim, a investigação que nos propomos, obedece a um desenho característico descritivo correlacional, uma vez que pretendemos descrever o universo de uma determinada população ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis, ou seja, descrever as opiniões e atitudes que os enfermeiros apresentam face à doença mental e psiquiátrica e relacioná-las com um conjunto de características socio-demográficas e de contexto.

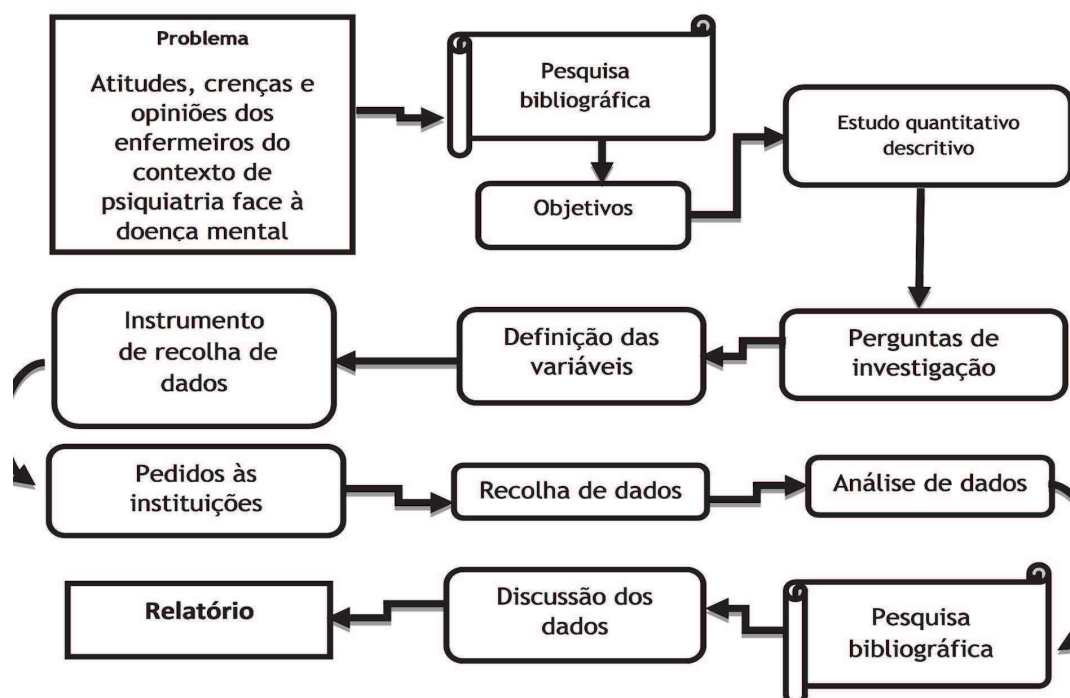


Figura 1. Fluxograma da investigação

É um estudo transversal porque iremos avaliar a frequência de um determinado fenómeno numa determinada população, mais especificamente, a frequência de atitudes estigmatizantes na população de enfermeiros de saúde mental. Optamos por um estudo quantitativo, porque esta investigação apresenta como objetivos, a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis.

Esclarecidas as questões de investigação, definimos as variáveis em estudo e quais os instrumentos que melhor de adequavam à sua avaliação. Posteriormente, selecionamos a nossa amostra e solicitamos autorizações aos Conselhos de administração e Comissões de Ética. Após as autorizações de CES, procedemos a distribuição dos questionários, pelos serviços e posteriormente a sua recolha. Os dados foram analisados e novamente se procedeu à pesquisa bibliográfica, no sentido de encontrar estudos cujos resultados pudessem ser comparados com os obtidos no nosso estudo.

Objetivos

Assim, o objetivo do nosso estudo surge com a necessidade de entender e analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental.

População e amostra

Da população de 307 enfermeiros, foi possível contar com a participação de 93 enfermeiros com os questionários preenchidos na totalidade,

Como critérios de inclusão no estudo definimos: Enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento de psiquiatria em instituições hospitalares na região norte; aceitar participar no estudo conhecendo os objetivos e finalidade do mesmo. Como critérios de exclusão consideramos: A recusa na participação no estudo e o preenchimento incompleto ou incorreto dos questionários.

Instrumentos de colheita de dados

A caracterização sociodemográfica, foi obtida através de um questionário com 14 questões de resposta fechada e aberta, relativas às características pessoais e profissionais dos enfermeiros sendo que uma das perguntas procura saber se os enfermeiros têm famili-

ares ou amigos com patologia psiquiátrica.

Para se perceber quais as opiniões face à doença mental, foi utilizada a versão portuguesa de Oliveira (2005) da Escala de Opiniões acerca da Doença Mental, é uma escala tipo *Likert*, composta por 51 itens, cujas respostas variam entre o 1 (concordo completamente) e o 6 (discordo completamente). Organizada e subdividida em 5 fatores que correspondem a 5 atitudes:

- Autoritarismo (onde se pretende avaliar a opinião do inquirido, sobre se o sujeito com patologia psiquiátrica pertence a uma “classe de pessoas com valor inferior”);
- Benevolência (pretende avaliar se o paternalismo do inquirido em relação ao indivíduo com patologia psiquiátrica, esta presente nas suas respostas);
- Ideologia da Higiene Mental (pretende-se perceber se o inquirido tem uma perceção do doente mental como sendo uma “pessoa normal”);
- Restrição Social (perceber se o inquirido vê no doente mental, perigosidade para a sociedade);
- Etiologia Interpessoal (perceber a opinião do inquirido quanto à crença de que a doença mental é resultante das más experiências interpessoais vividas na infância).

Para a análise das crenças sobre a doença mental, utilizamos o Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM), validado para a população portuguesa por Loureiro (2009). É uma escala tipo *Likert*, composta por 47 itens, distribuídos pelos seguintes fatores: traumas emocionais e profissionais; traumas à nascença; doença e comportamentos de risco; causas associadas ao envelhecimento e deterioração. O formato da resposta varia entre 1 (discordo completamente) e 6 (concordo totalmente).

Foi igualmente utilizado uma Escala das Atitudes dos Clínicos (profissionais de saúde) (MICA-4), diz respeito às afirmações sobre as atitudes dos participantes face à doença mental e à psiquiatria, a qual é constituída por 16 itens.⁸

É também uma escala de tipo *Likert*, com respostas que vão desde o 1 (concordo plenamente) ao 6 (discordo totalmente).⁹

A cotação é realizada pela soma dos valores correspondentes a cada resposta, formulados em sentido inverso, o que significa que são cotados de forma

invertida, ou seja, em que o valor 6 corresponde ao discordo totalmente e o valor 1 ao concordo totalmente, sendo que resultados mais baixos representam percepções menos estigmatizantes face à psiquiatria e à doença mental, com uma amplitude de [16/96]. Este instrumento foi alvo de tradução, adaptação e validação para a população portuguesa no âmbito do projeto “*Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde*”.

Considerações éticas

Foram respeitados os princípios éticos, a participação no estudo foi voluntária, tendo por base um consentimento informado e presumido, anexado ao pedido de colaboração dos participantes; ficaram asseguradas a confidencialidade e anonimato pela codificação dos questionários (não sendo passível de identificar instituição, serviço e/ou participante), bem como a possibilidade de desistência ou não colaboração no projeto. Não houve qualquer tipo de financiamento, tendo os custos financeiros inerentes à realização do estudo sido financiados pelo investigador.

Resultados

No que diz respeito à caracterização estatística da amostra, e como já foi referido anteriormente, a amostra do presente estudo ficou constituída por 93 profissionais de saúde que desempenham funções na área da saúde mental. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, sendo que em média a amostra apresenta 39 anos de idade ($m=38,8$; $dp=10,26$). A percentagem mais expressiva de elementos pertence ao sexo feminino (mais propriamente 66,7%, $n=62$).

A amostra é composta maioritariamente por elementos casados (59,85, $n=55$) e que trabalha na área do internamento (92,9%; $n=79$).

Inventário de Crenças sobre a doença mental (ICDM), composto por seis dimensões.

Manifestam uma crença moderada baixa da incurabilidade e incapacidade crónica dos doentes para assumirem responsabilidades laborais e familiares. Na dimensão da “doença como causa de estigma e discriminação” (8 itens) os profissionais alcançaram valores entre 8 e 31 pontos, o que nos permite afirmar que os inquiridos apresentam uma baixa crença pessoal de que a doença mental pode criar estigma e discriminação nos círculos íntimos dos doentes. Os participantes tendem a discordar que a existência de doença mental cause embaraço ou vergonha, ou que os doentes devem ter receio de assumir o problema.

Na “perigosidade” os enfermeiros não vêem os doentes mentais como pessoas perigosas e com comportamentos imprevisíveis não acreditam que a doença mental leve à criminalidade ou que os portadores de doença mental sejam indivíduos sem competências sociais.

Na “condição médica”, os participantes acreditam fortemente que a doença mental é uma condição clínica e, como outras doenças, precisam de tratamento medicamentoso na “responsabilidade individual”, os enfermeiros não acreditam que cada indivíduo é responsável pela sua saúde mental ou que existe falta de cuidado das pessoas que sofrem desta tipologia de doença.

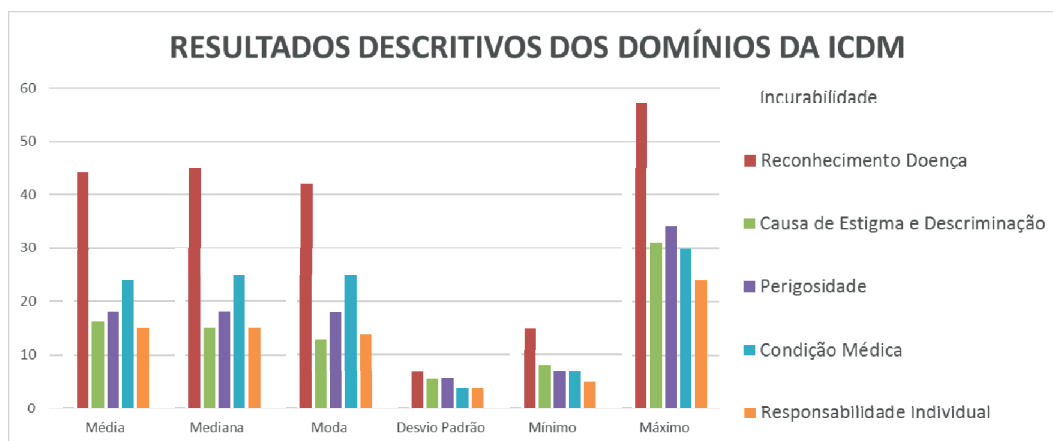


Gráfico 1 - Resultados Descritivos dos Domínios do ICDM

Na dimensão “reconhecimento da doença” os inquiridos apresentam uma crença moderada alta não estigmatizante da doença mental e parece existir uma aceitação da doença e acreditação do tratamento e reabilitação dos doentes mentais desde que do início o tratamento seja adequado e atempado.

Transparece a ideia de que os inquiridos não manifestam crenças claramente negativas sobre a doença mental, tendo consciência de que a presença de uma doença mental não está relacionada com a sorte do indivíduo, mas que o tratamento passa essencialmente pelo cumprimento da terapêutica.

Escala sobre as opiniões sobre a doença mental (EODM)

Passando para os resultados da escala sobre as opiniões, o primeiro domínio, designado por Autoritarismo, os inquiridos obtiveram um score moderado acreditando que o doente mental tende a necessitar de intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, pois tendem a apresentar um funcionamento algo estereotipado.

Na “benevolência” a média sugere que os participantes apresentam moderadamente uma atitude “simpática” para com o doente mental, porém um pouco paternalista e protetora. Apesar de encorajarem o tratamento, apresentam simultaneamente algum receio perante o doente, fundamentado na vulnerabilidade que reconhecem nestes doentes.

Quanto à “ideologia da doença mental”, o que indica que os enfermeiros apresentam uma opinião moderada e neutra sobre a doença mental.

Existe resistência ao estigma tradicional e confiança na intervenção dos profissionais de saúde, mas ainda assim, o doente mental não é visto como uma pessoa completamente normal.

Relativamente à “restrição social” os inquiridos tendem a acreditar que as estruturas e contextos de tratamento devem apresentar alguma rigidez e restrição para o doente), apesar de não os considerarem mais perigosos que as pessoas em geral e de não se justificar o isolamento social e familiar.

Na dimensão da “etiologia interpessoal”, a média indica que existe a tendência para os inquiridos não considerem a doença mental como resultado direto das escolhas individuais feitas ao longo da vida ou das circunstâncias da infância, embora a escolha e manutenção do tratamento dependa primordialmente do doente.

Apesar das opiniões não serem claramente negativas, estes resultados demonstram que os inquiridos acreditam que deve existir alguma imposição dos profissionais ao longo do tratamento, e que o doente é o principal responsável pelo seu tratamento e estado de saúde, mas que não deve estar restringido socialmente.

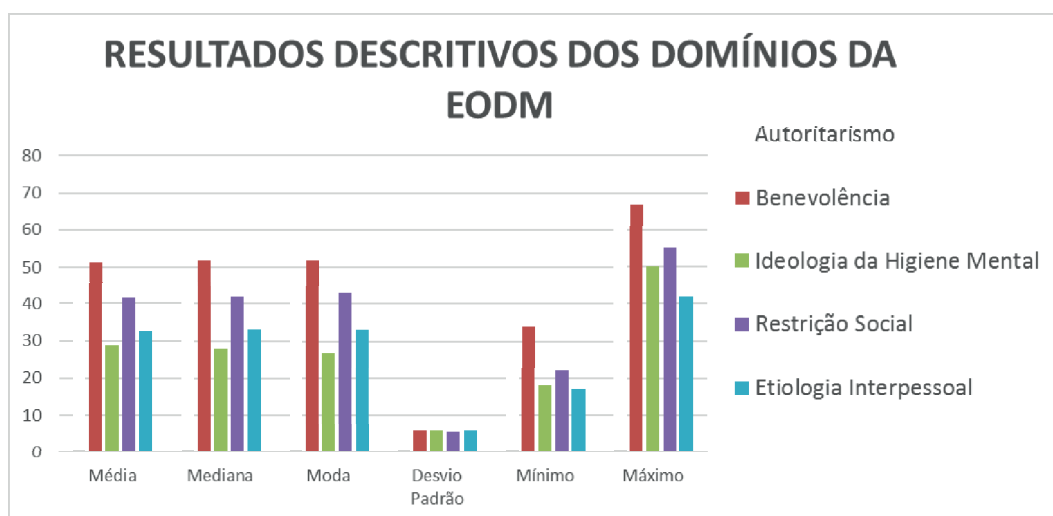


Gráfico 2 - Resultados Descritivos dos Domínios do ICDM

Escala das Atitudes dos Clínicos (profissionais de saúde) (MICA-4)

No que se refere ao MICA-4, é importante relembrar que a pontuação mínima é de 16 e a máxima é de 96, sendo que resultados mais baixos representam percepções menos estigmatizantes face à psiquiatria e à doença mental.

Os participantes do estudo alcançaram de 17 a 59 pontos, e a média está aproxima dos 32 valores que demonstra que o score é relativamente baixo dentro do intervalo possível de obter, reforçando a ideia que os profissionais não apresentam uma atitude crítica relativamente à doença mental, logo a presença de estigma é relativamente baixa.



Gráfico 3 - Resultados Descritivos do MICA-4

Discussão

Numa análise mais cuidada, selecionamos estudos realizados por outros autores neste âmbito, embora com populações diferentes, e nos quais foram utilizados os mesmos instrumentos de colheita de dados: Escala de Opiniões acerca da Doença Mental (EODM); Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM; Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4), e tentamos perceber, se os resultados obtidos no nosso estudo e com a nossa população se afastam ou se aproximam dos resultados obtidos por esses estudos de outros autores

Analisando o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM) e numa comparação com resultados obtidos em outros estudos nomeadamente: com alunos de enfermagem (Gil, 2010); e com a população em geral (Loureiro 2008), os domínios do “reconhecimento da doença e crença da doença” como condição médica, foram as áreas, à semelhança dos resultados obtidos no nosso estudo, em que mais se evidenciou uma maior consciencialização por parte dos inquiridos, de que as perturbações psiquiátricas são de fato de “ordem médica” e que um diagnóstico precoce e tratamento atempado contribuem para uma melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes e famílias (Loureiro,2008; Gil, 2010). Em contrapartida a crença de que a doença seja causa para estigma e discriminação, é o domínio que apresenta valores mais baixos.

A crença na “incurabilidade” e na “perigosidade” apresentam valores medianamente elevados.¹⁰

Os resultados obtidos no nosso estudo, nestas dimensões, os enfermeiros manifestam baixa crença pessoal de que a doença mental por si só poderá causar estigma e discriminação; não vêm os doentes mentais como pessoas perigosas e com comportamentos imprevisíveis; nem consideram que cada individuo seja responsável pela sua saúde mental acreditam fortemente que a doença mental é uma condição clínica, como o são outras patologias e que precisam de tratamento medicamentoso e psicoterapêutico

Na Escala de Atitudes sobre a doença Mental (EADM), que avalia as atitudes face à doença mental, refere resultados muito semelhantes aos do nosso estudo, em que apresenta médias mais reduzidas nos domínios do “autoritarismo”, “restrição social”.

Sobre a ideologia da higiene mental, a população estudada por Loureiro, atribui como causas mais prováveis para o aparecimento da patologia psiquiátrica, “traumas emocionais e profissionais” além da deterioração física e envelhecimento. Segundo os autores, estes resultados manifestam alterações positivas na percepção que as pessoas têm sobre a doença mental.

Segundo o estudo de Gil¹¹, as dimensões “benevolência” e “ideologia da higiene mental”, apresentam

médias mais altas, o que segundo esta autora poderá indicar maiores” níveis de tolerância e sensibilidade sociais” em relação a esta temática, associando os valores obtidos das atitudes mais positivas, perante os doentes mentais, à “relação de confiança na eficácia das intervenções dos profissionais especializados em saúde mental”.

No que se referem às dimensões do “autoritarismo” e “restrição social”, os inquiridos do nosso estudo, tendem a crer que o doente mental necessita de alguma intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, por apresentarem um funcionamento algo estereotipado e acreditam que as estruturas e contextos de tratamento devem apresentar alguma rigidez e restrição para com o doente,

Comparando os resultados obtidos com os do estudo em que a população eram estudantes de enfermagem¹¹ e contrariamente aos nossos resultados, verificamos que estas duas dimensões, são as que apresentam por parte dos inquiridos atitudes mais negativas, situação que a autora justifica, como estando associada à ausência de prática clínica por parte destes estudantes.

Relativamente ao MICA-4, os valores apresentados no nosso estudo, foram maioritariamente baixos o que nos permite afirmar que estes profissionais não apresentam atitudes críticas e negativas relativamente aos doentes mentais, sendo a presença de estigma relativamente baixo,

Com este instrumento, na avaliação das atitudes, não se verificaram diferenças estatísticas mediante o sexo, confirmando que esta variável não apresenta grande influência.

Comparamos os nossos resultados, com um estudo realizado por Queiroz, com alunos de medicina, em 2013, onde este instrumento foi aplicado, e onde não se encontraram igualmente diferenças significativas quanto ao género, idade ou características sociodemográficas dos participantes no que se refere à presença de estigma.¹²

Salienta-se, no entanto, que a variável formação, apresenta diferenças, sendo que os alunos dos últimos anos do curso de medicina, apresentam mais atitudes estigmatizantes referentes à especialidade. Contrariamente aos resultados do nosso estudo que nos leva a concluir que os profissionais que mais formações

procuram, são os que têm menos atitudes estigmatizantes.

Limitações do estudo

Quanto às limitações do estudo, as não respostas foram muitas, tendo sido manifestado com alguma frequência por parte destes profissionais, o argumento dos instrumentos de investigação serem extensos e morosos; exigirem uma maior concentração e foco na escolha das respostas; além disso algumas questões em diferentes questionários, pareciam-lhes semelhantes.

Outra das razões que me verbalizaram, foi o fato de “*estarem saturados de preencherem questionários*” para os diferentes estudos, em diferentes temáticas, ou seja os pedidos de colaboração constantes para participação nos estudos de investigação de cariz académico, desmotivava-os.

O tempo estipulado para a realização do estudo, com todas as suas etapas, foi para nós, outra das limitações. Conseguir uma adesão fortemente significativa na colaboração do estudo por parte dos enfermeiros de saúde mental, ter respostas favoráveis das comissões de ética em tempo útil, e cumprir as restantes etapas, dentro dos prazos estipulados pela ESEP, não nos foi possível, obrigando-nos a solicitar adiamento da entrega da tese.

A demora por parte das Comissões de Ética das instituições em questão, em permitirem a realização do estudo, foi outra das limitações, atrasando a entrega dos questionários.

A pouca adesão por parte dos profissionais ao preenchimento dos questionários, condicionou a nossa amostra disponível e válida.

Conclusão

Em termos de conclusão, os resultados dos instrumentos utilizados, demonstram que existe pouca influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental, no entanto, parece existir uma relação entre os três instrumentos, ou seja, a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental parece ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma.

Concluimos igualmente que a formação específica contribui como elemento protetor na redução das atitudes estigmatizantes,

Nos resultados da variável ter um familiar, ou amigo com patologia psiquiátrica, verificamos que não influenciam significativamente os resultados em nenhum dos instrumentos. No entanto os resultados diferem quando analisamos a variável: ter um colega com patologia psiquiátrica, sendo os valores de presença de estigma, ligeiramente mais elevados. Sendo assim, e atendendo as nossas questões de partida, obtivemos as seguintes respostas:

Com os resultados obtidos no nosso estudo, permittem-nos concluir que os enfermeiros não são agentes estigmatizantes, que a formação específica funciona com elementos protetor contra o estigma e que as nossas atitudes estão intimamente relacionadas com as nossas crenças.

Contribuições para a enfermagem

Considerando que as nossas opiniões, crenças e atitudes, condicionam os nossos comportamentos, e sendo estas, maioritariamente alicerçadas no desenvolvimento da nossa personalidade, seria importante, de uma forma adequada, “levar a doença mental”, às faixas etárias mais jovens. Trabalhar a cidadania, a inclusão, a patologia psiquiatria, à semelhança de outros programas implementados nas escolas, sobre outras patologias, julgamos ser um bom princípio.

Pensamos que, se “incluirmos a doença mental” nas faixas etárias mais jovens, existe uma grande probabilidade de termos cidadãos melhor informados, mais inclusivos, e consequentemente, profissionais seja na área da saúde, seja em outras áreas, menos estigmatizantes. Pelo que verificamos anteriormente, a formação específica em Saúde Mental, funciona com fator protetor contra atitudes estigmatizante, pelo que é nossa sugestão, que cada instituição, investisse mais tempo e recursos, no debate aberto e construtivo entre profissionais sobre esta temática: Estigma.

Às instituições de ensino em saúde, sugere-se igualmente, a inclusão da temática estigma nos seus planos curriculares, seja estigma em doença mental, seja em outras áreas. Por si só, a palavra estigma já comporta uma conotação negativa, uma subjetividade quase sempre depreciativa. Faz sentido, que os futuros profissionais de saúde, sintam abertura e transparência

para falarem e explorarem as suas emoções, crenças e consequentemente as suas atitudes, sem se sentirem constrangidos pelo simples fato de pensarem de forma diferente, ou mesmo por insegurança nos seus conhecimentos teóricos/práticos.

Referências bibliográficas

1. KRÜGER, Helmuth. Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas*, 2004, 1: 23-40.
2. CAMPOS, Paula Manuela. *Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*. Master's Thesis, 2017.
3. VALA, Jorge. *Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano*. *Psicologia social*, 2000, 7: 457-502.
4. NEIVA, ER; MAURO, TG (2011). *Atitudes e mudança de atitudes*. In Torres & Neiva (Orgs.), *Psicologia social: Principais temas e vertentes*, 2011, 171-20
5. FIRMIN, Ruth L., et al. Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2016, 175.1-3: 118-128.
6. MEHTA, Nisha, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2015, 207.5: 377-384.
7. GUIMARÃES, Cármen. *Crenças dos profissionais de saúde acerca de determinantes de comportamentos de saúde: construção de um instrumento de avaliação*. 2012. PhD Thesis.
8. KASSAM, A., et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010, 122.2: 153-161.
9. GABBIDON, Jheanell, et al. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale—Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry research*, 2013, 206.1: 81-87.
10. DE JESUS LOUREIRO, Luís Manuel; AMARAL DIAS, Carlos Augusto; OLIVEIRA ARAGÃO, Rui. *Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais Contributos para o estudo das representações sociais da loucura*. *Referência-Revista de Enfermagem*, 2008, 2.8.
11. GIL, Isabel Maria de Assunção. *Crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. 2010. Master's Thesis.
12. QUEIROZ, Maria Inês Marques Araújo Carregal. *Perceção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género*. 2013. PhD Thesis.



Carga laboral y nivel de estrés del personal de enfermería en León, Nicaragua

Workload and Stress Level of Nursing Staff in León, Nicaragua

Lester Fidel García Guzmán¹, Katherin Yanina Carrión Silva²

¹Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAN León, Nicaragua.

²Estudiante de Licenciatura en Enfermería Mención materno infantil. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas UNAN León, Nicaragua.
Contacto: lester.garcia@cm.unanleon.edu.ni

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2018 / Fecha de aceptación: 09 de noviembre de 2018

Resumen

Enfermería es una de las labores más humanitarias, pero también es considerada una de las de mayor riesgo de padecer estrés por la asignación que esta profesión demanda; por esto se consideró importante iniciar una investigación teniendo como objetivo determinar la carga laboral en relación al nivel de estrés del personal de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado, León, III trimestre 2016.

El estudio fue descriptivo de corte transversal, se utilizó la recolección y el análisis a través de preguntas con respuestas cerradas; se desarrolló en el centro de salud cabecera Félix Pedro Picado, ubicado en el municipio de León, barrio Sutiaba, analizando al personal de enfermería activos del centro, totalizando 26 personas en estudio, pretendiendo determinar la relación entre la carga laboral y nivel de estrés. Como instrumento se implementó la escala de estrés percibido (pss14); el análisis fue mediante el paquete estadístico SPSS v20 aplicando estadística descriptiva.

En los hallazgos se obtuvo que la mayoría de la población está en edades de 20-30 años, son técnicos superior de enfermería, con 1-10 años de labor, presenta sobre carga laboral que desencadena estrés moderado, el cual afecta a la población en sus labores encontrando factores relacionados entre sí como la edad, horas extras, falta de organización, falta de compañerismo.

Palabras clave: carga laboral, enfermería, estrés.

Abstract

Nursing is one of the most humanitarian tasks but it is also considered one of the most risky to suffer stress due to the allocation that this profession demands, for this reason it was considered important to start an investigation with the objective of determining the workload in relation to the level of stress of the nursing staff of the health center Felix Pedro Picado, León, III quarter 2016.

The study was descriptive of cross section, the collection and analysis was used through questions with closed answers, it was developed in the health center Félix Pedro Picado, located in the municipality of León, suburb Sutiaba, analyzing the nursing staff assets of the center, totaling 26 people under study, trying to determine the relationship between workload and stress level. As an instrument the scale of perceived stress was implemented (pss14); the analysis was through the statistical package SPSS v20 applying descriptive statistics.

The findings showed that the majority of the population is between 20 and 30 years old, they are senior nursing technicians, with 1-10 years of work, they present workload that triggers moderate stress, which affects the population in their work finding related factors such as age, overtime, lack of organization, lack of companionship.

Keywords: workload, nursing, stress.

Introducción

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde la perspectiva humana, ética, interpersonal y terapéutica. La característica singular de la práctica de enfermería

es el cuidado de las personas (individuo, familia, comunidad, grupo y sociedad) que interactúan con su entorno, por lo que se ve comprometida en todos los ámbitos con la población, generando así una carga laboral para el personal.

La carga laboral es el conjunto de requerimientos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral desencadenando niveles de estrés. El estrés es una de las manifestaciones más características de la vida moderna y una de las causas principales de agotamiento del organismo.

Las condiciones laborales actuales involucran modelos de producción y prestación de servicios con características de trabajo aceleradas e intensificadas. Los modelos determinan el aumento de la productividad, mediante la combinación del ritmo de trabajo, de la carga de responsabilidad y de la reducción de los intervalos de descanso en la jornada de trabajo.

En este sentido, la jornada de trabajo constituye una dimensión importante en la calidad de empleo, influyendo en la seguridad y salud del trabajador, en los aspectos personales y familiares, y también en la organización laboral dentro de la institución.

Enfermeros estresados están más susceptibles a la ocurrencia de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y pueden además desarrollar sus actividades de forma ineficiente, resultando ciertamente en consecuencias negativas al individuo y/o a la población asistida.

Se añade a esta problemática la cuestión de la alta carga horaria que los trabajadores del área de la salud, incluso los de enfermería, suelen llevar a cabo, haciéndoles trabajar de forma excesiva. El exceso de trabajo parece favorecer enfermedades mentales y/o físicas en trabajadores del área de la salud, además de facilitar la ocurrencia de absentismos, accidentes de trabajo, agotamiento, sobrecarga laboral y ausencia de ocio.

Enfermeros, a fin de superar las adversidades de su trabajo, buscan motivación, como el dinero y el conocimiento, para seguir una doble jornada laboral, desafiando los factores extrínsecos e intrínsecos que surgen constantemente.

En el área de la salud, el desempeño de los profesionales es acompañado por la expectativa de altos niveles de competencia y de responsabilidad en su trabajo pero la sobrecarga de responsabilidades con llevan a no realizar un trabajo satisfactorio frustrando así a todo el personal de la salud y afectando a la población en general a la que le sirven.

Objetivo

Determinar la carga laboral en relación al nivel de estrés del personal de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado, en León, durante el III trimestre, 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar demográficamente la población en estudio.
- Describir la carga laboral del personal de enfermería.
- Identificar el nivel de estrés del personal de enfermería.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: El estudio es descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El estudio fue el centro de salud cabecera Félix Pedro Picado, ubicado en el municipio de León, barrio Sutiaba. Este centro de salud cuenta con servicios de atención primaria, que abarca principalmente promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la que se divide en educación en salud y atención en los programas prioritarios, que son: control prenatal, planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino, atención al parto bajo riesgo, puerperio, inmunización, atención integral al niño, vigilancia crecimiento y desarrollo, micronutrientes, inmunización y terapia de rehidratación oral. Cuenta con enfermeras asistenciales que laboran las 24 horas.

Periodo de estudio: III Trimestre 2016

Unidad de análisis: Personal de enfermería activos en la unidad de salud, que laboran en los diferentes puestos que conforma el personal del centro de salud de Sutiaba y brindan atención las 24 horas al día, siendo los turnos de trabajo de las enfermeras rotativos en los siguientes horarios: 7:30 a. m. – 2:00 p. m., 2:00 p. m. – 9:00 p. m., y 9:00 p. m. – 7:00 a. m.

Población de estudio: Esta investigación fue de 35 enfermeras que laboran en la unidad de salud en estudio.

Criterio de inclusión

- Personal de enfermería activa del centro de salud Félix Pedro Picado.
- Edades: 20-50 años.
- Ambos sexos.
- Que este actualmente como personal activo en la unidad de salud.
- Personal de diferentes áreas de atención.

Fuente de información: Primaria, entrevistas; secundaria, control de asistencia del personal, rol de turno dirección de la unidad de salud y jefatura de enfermería.

Variables de estudio: nivel de estrés, carga laboral.

Instrumento de recolección de datos: Escala de estrés percibido (pss14), la cual ha sido validada internacionalmente y su última aplicación fue por el centro de investigaciones en demografía y salud CIDS en el año 2015. Esta escala está diseñada para medir el grado de estrés psicológico en la población; la sumatoria produce la puntuación total de la escala, nos brinda valores con un rango entre 0 y 56 puntos: cuanto más alta la puntuación, mayor grado de estrés.

El instrumento sobre datos sociodemográficos y carga laboral fue diseñado por los autores, está compuesto por preguntas cerradas.

Procedimiento de recolección de datos: Solicitud de autorización institucional para la realización de entrevistas al personal de enfermería, procediendo a visitar la unidad de salud para desarrollar la entrevista en horas laborales, para contar con la participación de todo el personal activo del puesto de salud.

Se realizó entrega y firma del consentimiento informado a los participantes del estudio; a los individuos que aceptaron formar parte de la investigación se les entregó el formulario para ser llenado por ellos mismos.

Procesamiento y Análisis de la información: La información se analizó a través del paquete estadístico SPSS v20, aplicando estadística descriptiva, potenciando el uso de las frecuencias absolutas y relativas y presentando los resultados a través de gráficas y tablas para mejorar la comprensión por parte del auditorio.

Aspectos éticos: Consentimiento informado, anonimato, confidencialidad y autonomía.

Resultados

En este estudio se contó con un total de 26 individuos, que representan al 100 % de la población, encontrando los siguientes resultados: con respecto a la edad, el 35 % de los participantes se encuentra entre las edades de 20-30 años, seguido de un 31 % en edades de 31-40, un 15 % con las edades de 41-50, y un 19 % con las edades de 51-60 años; en estado civil, el 42 % son casadas; según su procedencia, 5 (19 %) son del área rural, 21 (81 %) son del área urbana. Según el número de hijos, el 46 % tienen entre 1-3 hijos; según el título, el 27 % son auxiliares de enfermería, un 38 % son técnicos superiores de enfermería, y un 35 % son licenciadas en enfermería.

Con respecto a los años de labor del personal de enfermería en el centro de salud, encontramos los siguientes datos: el 38 % tienen de 2-10 años de labor, un 27 % 11-20 años de labor, y el 27 % 21-30 años de labor. El 35 % de las enfermeras trabajan más de 40 horas semanales; un 73 %, entran a sus labores a las 7 a. m., y un 69 % culminan su jornada laboral a las 5 p. m. Se encontró que el 77 % de las enfermeras realizan horas extras; al consultar si son reconocidas las horas extras en términos salariales, el 88 % respondieron que no.

El 38 % de la población de estudio frecuentemente se siente cansada o fatigada; el 50 % consideran el clima organizacional como inadecuado. Al consultar sobre el reconocimiento de los logros laborales obtenidos, un 69 % respondieron que no son reconocidos; el 42 % de las enfermeras refirió que se presenta favoritismo en las asignaciones de labores del personal.

En el cruce de variables se encontró que el 36.6 % de las enfermeras que realizan horas extras presentan estrés moderado y un 26.9 % presentan estrés severo.

Respecto al clima organizacional del personal de enfermería, se obtuvo que, de los que lo consideran "Inadecuado", un 23.1 % presentan estrés moderado y un 15.4 % presentan estrés severo.

Discusiones

Al realizar la contingencia entre edad y nivel de estrés, se obtuvo que el nivel de estrés severo aumenta su prevalencia en la población de mayores edades (51-60), lo que se reafirma con lo propuesto por María José Vidal García en su curso de seguridad y salud en el

Variable	Indicador	N°	%
Atención directa al usuario	Nunca	1	4
	Muy poco frecuente	11	42
	Frecuente	14	54
Atención y administración de farmacia	Nunca	8	31
	Muy poco frecuente	8	31
	Frecuente	10	38
Visita domiciliar a pacientes	Nunca	3	12
	Muy poco frecuente	8	31
	Frecuente	15	58
Educación continua	Nunca	6	23
	Muy poco frecuente	12	46
	Frecuente	8	31
Trabajos administrativos	Nunca	1	4
	Muy poco frecuente	7	27
	Frecuente	18	69
	Total	26	100

Tabla 1. Frecuencia de las actividades realizadas por el personal de enfermería del puesto de salud Félix Pedro Picado

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje válido
Sin estrés	6	23
Estrés moderado	10	38
Estrés severo	10	38
Total	26	100

Tabla 2. Nivel de estrés del personal de enfermería del puesto de salud Félix Pedro Picado

trabajo, que la población que labore en edades que sobrepasen los 60 años presentarán mayor dificultad al grado de movilización, el esfuerzo que debe realizar para llevar a cabo la tarea determinada, la concentración..., y esto desencadenará una frustración, fatiga y aumentará el nivel de estrés.

En cuanto las funciones laborales de acuerdo a su formación académica, se encontró que los que poseen título auxiliar o técnico superior consideran que sus funciones laborales no corresponden a su formación académica. Este fenómeno es común, de acuerdo a lo observado en otros estudios, donde para estimular a los buenos profesionales el empleador les aumenta su responsabilidad laboral, no son capaces de afrontarla y se estresan.

En los años de labor en el puesto de salud, predominó desde 2 a 10 años laborales, por lo cual consideramos que es una población laboralmente activa en todas sus capacidades profesionales, retomando esto en base a lo propuesto por Vidal García, para quien la población joven en edades aptas para laborar no presentarán complicación alguna, pues presentan todas las condiciones físicas que se requieren.

En cuanto a las horas laborales por semana, se obtuvo que el 35 % de la población trabaja más de 40 horas semanales, el 16 % de la población realiza 1-2 turnos por semana; respecto a la hora de entrada, varía de 7 a. m., 11 a. m. y 9 p. m., y la hora de salida mayormente predominó de 3-5 p. m.

Esto concuerda con datos expuesto por la Organización Panamericana de la Salud en cuanto a la profesión, que la jornada laboral de enfermería más difundida es de 8 horas diarias y 45 semanales; además, las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios y carga psicológica por el manejo de situaciones críticas.

De acuerdo a los resultados del tiempo para almorzar y la hora designada, se obtuvo que el 65% de la población tiene tiempo para almorzar y un 77% tiene 30 minutos designado para su almuerzo, lo que beneficia a los trabajadores, según lo que plantea la Organización Internacional del Trabajo, que la alimentación es fundamental para todo trabajador; esto fortalece su cuerpo y es provechoso, aparte beneficia a los trabajadores siendo más productivos. Al realizar la contingencia con el nivel de estrés, se obtuvo que la población que le asigna media hora para almorzar, el 30.8% manifiestan estrés moderado y un 30.8% estrés severo.

Se evidenció que un 62% de la población dispuso que las relaciones entre sus compañeros de labores son competitivas, por lo que Vidal García plantea que como consecuencia de esta mala relación entre el grupo de trabajo va a verse perjudicado el rendimiento laboral.

En cuanto a la existencia de un programa para tratar el estrés, se obtuvo que el 81% de la población manifestó que no existe ningún programa, lo que manifiesta Carolina Pinna, que toda empresa debe tener un área para tratar a su personal, no pasar por alto cada uno de los problemas, ya que esto disminuye la productividad, aumenta el absentismo, aumenta las quejas de clientes, etc.

Al analizar el nivel de estrés de la población en estudio, se obtuvo que la mayoría de la población se encuentran con: sin estrés 23.1%, estrés moderado 38.5% y estrés severo 38.5%. Según Ignacio de la Fuente plantea que estos dos últimos niveles de estrés representan una emoción conflictiva en un entrapamiento físico o psíquico (estrés incorrecto o malo), conocido como distrés.

De igual manera, las que realizan horas extras presentan un 34.6% de estrés moderado. Vidal García plantea que realizar horas extras por una sobrecarga laboral, trabajos pendientes a entregar de forma inme-

diata, mala organización del tiempo..., se pierde el control y el ánimo se frustra, manifestando así estrés laboral.

Al realizar la contingencia en si presentan cansancio o fatiga en sus labores con el nivel de estrés, se encontró que el 23.1% de la población que frecuentemente se fatiga o cansa presenta estrés moderado, y el 23.1% de la población que muy poco frecuentemente se fatiga presenta estrés severo. El Dr. Camín expresa que el estado de fatiga conlleva a un sentimiento de fracaso, con falta de interés hacia las personas que tenemos a nuestro cuidado o falta de interés hacia la tarea que tenemos asignada.

Conclusiones

El personal de enfermería del puesto de salud Félix Pedro Picado se caracteriza por ser una población en donde predomina el sexo femenino; el grupo etario predomina la población de 20-30 años, la mayor parte de las mujeres son solteras, provienen del área urbana, la mayoría no tienen hijos y predominan más las técnico superior de enfermería.

Dentro de la carga laboral, se encontró como dato relevante que la mayoría de la población en estudio inician sus labores a las 7:00 a. m., no tiene horas de salida fija, la mayoría manifiesta salir más tarde de su hora normal, realiza horas extras sin ser reconocidas, la mayor parte son multifuncionales, realizan sus labores rotatoriamente, manifiestan fatiga o cansancio poco frecuente en sus jornadas laborales.

El clima organizativo es inadecuado, se presenta favoritismo a la hora de asignación de labores y no son reconocidos sus logros obtenidos; la mayoría consideran que la relación con sus compañeros es competitiva, por lo que no hay un trabajo en equipo formidable que trabajen en conjunto por un mismo objetivo; también se encontró que no se cuenta con algún programa de prevención y tratamiento del estrés.

Al identificar el nivel de estrés mediante la escala de estrés percibido (pss14), se obtuvo que una parte significativa de la población se encuentra con niveles de estrés severo y moderado, en cambio una minoría de la población se encuentra sin estrés.

Las variables de carga laboral que presentaron relaciones con el estrés severo fueron las siguientes: la edad, funciones laborales en correspondencia a su

formación académica, horas extras, tiempo designado para almorzar corto, sentimiento de fatiga y cansancio, clima organizacional y las relaciones laborales.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se considera necesario las siguientes recomendaciones.

A jefatura de enfermería:

- Incluir indicadores del estrés y carga laboral en la vigilancia de la salud de los trabajadores a través de una evaluación periódica de los mismos para prevenir esta problemática.
- Adecuar los cronogramas de trabajo para distribuir la carga equitativa en el personal y dejar espacios necesarios para concluir tareas pendientes o responder a asignaciones nuevas de forma imprevista.
- Adecuar horarios que repercutan lo mínimo en las labores externas al trabajo. Los horarios rotatorios es conveniente que se puedan predecir con tiempo suficiente y que sean estables.
- Implementar programas dirigidos al personal de enfermería con la finalidad de disminuir los factores de carga laboral y minimizar así los factores de riesgo del estrés.

Para el personal de enfermería:

- Practicar actividades de recreación en su tiempo fuera de la unidad de salud, puesto que estar ocupado en algo que nos entretiene nos hace olvidar los problemas. El ocio nos ayuda a eliminar el estrés acumulado. Buscar nuevos *hobbies* que permitan desconectar con el trabajo.
- Afianzar la confianza y el trabajo en equipo, trabajar todos juntos con el mismo objetivo de brindar una atención integral.
- Establecer un sistema de triaje en las labores y realizarlas iniciando por las de mayor prioridad y finalizar con las menos prioritarias. Saber qué trabajo tiene prioridad. Si no lo sabemos, nos arriesgamos a realizar varios a la vez y que salgan mal.

A futuros investigadores:

- A retomar la investigación de manera productiva para enriquecer esta problemática que actualmente afecta al personal de enfermería. Realizar investigaciones con mayor nivel de análisis en esta proble-

mática y establecer los factores de riesgo del desarrollo de estrés en esta población para implementar programas preventivos adecuados.

Bibliografía

1. T. Xavier Estresse: causas e consequências. Rev Perfil Online. [Internet]; 2010. [acceso 20 jul 2010].
2. França Ferrari R. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. Acta Paul Enferm. 2012.
3. Lic. Hernández Mendoza Helena. "Estrategias de Afrontamiento ante el estrés laboral en Enfermería" .Revista de enfermería; 15(3):161-166.México 2007.
4. Nursing Workload and Patient Care consejo internacional de enfermeros Última actualización el Lunes 05 de Noviembre de 2012 15:05
5. Grupo del banco mundial 2016, Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria.
6. La Federación Canadiense de Enfermeras 2010 - 2012 CFNU.
7. Lange I. et al (2000). La práctica de enfermería en América Latina. Documento preparado para la reunión Internacional de la Fundación W. K. Kellogg y OPS "Impacto de Enfermería en Salud de América Latina y el Caribe". Universidad Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte.
8. Wright M. G. Garzón N (2006). Análisis crítico holístico de los programas de posgrado en enfermería en América Latina. En: Enfermería en las Américas. OPS Publicación científica 571; Washington.
9. Malagris LEN, Fiorito ACC. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. Estud. psicol. (Campinas), dez. 2006; 23(4): 391-39
10. Aguirre-gas H. (1990) Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. En: Salud Pública de México; 32 (2):170-180. México.2013.
11. Morales J. M. (2004) Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados, España.
12. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
13. La enfermería más allá de los años 2000 informe de un grupo de estudio de la OMS ginebra organización mundial de la salud 2007 series de informes técnicos n842
14. Deyall, T. (2003) Hasta la vista paraíso. En: Revista Perspectivas de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud. 8(2), Washington.
15. Organización Panamericana de la Salud (2004). Áreas críticas y prioridades en el desarrollo de enfermería en las Américas. Informe de avance de investigación. Washington. (Sin publicar).
16. Síntesis de las características de las reformas y sus efectos en el personal Dussault y Rigoli (2002).
17. DCOMM ALIMENTACION EN EL TRABAJO ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (O.I.T) 1 DE DICIEMBRE 2005.
18. Dr.Enrique Camin Amadon MAZ departamento de prevención "el estrés y riesgo para la salud" año 2012.
19. maría José Vidal García curso de seguridad y salud en el trabajo en la universidad de valencia publicado 5 de marzo 2015.
20. Organización Panamericana de la Salud (2004). Informe del III Simposio Internacional de Políticas y Regulación de Recursos Humanos de Enfermería. Panamá. (Sin publicar)
21. 20- Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe de la I Jornada Internacional de Investigación en Recursos Humanos de Enfermería. México. (Sin publicar)
22. Organización Panamericana de la Salud (2002). Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad y la calidad en los servicios de salud. Plan de mediano plazo 2002-2005. Washington.

23. Guevara, E.B. y Mendias, E. (2001) "La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países". Programa de Recursos Humanos (HSR), Serie 27 OPS/OMS, Washington.
24. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. "Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento". Rev Calidad Asistencial 2002.
25. "Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés; S.E.A.S" (sede Web). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. (Acceso en Septiembre 2011).
26. GIL MONTE R. y Peiró J.M. Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de quemarse. 2ª Edición España.
27. Arriagada, J et al (2000). Recurso de Enfermería: Contribución al proceso de desarrollo. W.K Kellogg/Real; Bogotá.
28. Ríos-Risque M.I.; Godoy-Fernández C "Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias". Enferm. Clin. 2008; 18 (3): 134-41.
29. SELIGMAN ,Labrador F. El Estrés y Nuevas Técnicas de Control. España: Ed. Ternas de Control. 2008}
30. Javier Miravalles Gabinete Psicológico - San Juan de la Cruz 11, 2 Izq, Zaragoza www.javiermiravalles.es
31. Escuela de las necesidades (Virginia Henderson); Escuela de la interacción (Hildegard Peplau); Escuela de los cuidados humanizados (Jean Watson); Escuela de los efectos deseables (Calixto Roy), Enfoques de las relaciones salud – sociedad para el trabajo en salud pública y enfermería comunitaria.
32. MARCELO GARCIA, JUAN ARAGON Y MARCELA ROCERO art.14 título enfermería nosocomial en el hospital miliar ecuador. Pg.34 año 2009.
33. carolina pinna A., Giovanna Riffo carga laboral en enfermería publicada octubre 2013



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