

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 11 AGOSTO 2020

EDITORIAL

Nursing Now AEESME

Dr. Francisco Megías-Lizancos

MISCELÁNEA

De la asistencia a la investigación: la experiencia de un equipo de enfermería en una línea de 30 años

Dr. Rafael Sales i Orts

Estrés laboral en enfermería: un reto a combatir

Dra. Joana Fornés-Vives

La senda del camino (en la asistencia en salud mental también se hace camino al andar)

Antonio Porras Cabrera

El cuidado de lo emocional: una asignatura pendiente

Dra. Begoña Carbelo Baquero

Nursing Now y el compromiso de las enfermeras

Dr. Ángel Luis Asenjo Esteve

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

Javier Sánchez Alfonso, Enfermero especialista en Salud Mental. Instituto Psiquiátrico SSM José Germain. Leganés (Madrid), España.

Editora

Vanesa Sánchez Martínez, Profesora Doctora. Enfermera especialista en Salud Mental. Universidad de Valencia. España.

Editor Asociado

Carlos Aguilera Serrano, Doctor enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Motril (Granada), España.

COMITE EDITORIAL

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

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

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

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

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

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

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

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

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*
Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*
Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*
Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*
Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Rocío Juliá Sanchís, *Universitat d'Alacant. España.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

Tesorero

D. Rubén Chacón Cabanillas

Vocales

Dña. Victoria Borrego Espárrago

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Isabel Jordán Martínez

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. Esther Vivancos González

© AEESME, 2020

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 Nursing Now AEESME**
Dr. Francisco Megías-Lizancos

MISCELÁNEA

- 4 De la asistencia a la investigación: la experiencia de un equipo de enfermería en una línea de 30 años**
From assisting to research: the experience of a nursing team over a 30-year period
Dr. Rafael Sales i Orts
- 8 Estrés laboral en enfermería: un reto a combatir**
Occupational stress in nursing: a challenge we must meet
Dra. Joana Fornés-Vives
- 11 La senda del camino (en la asistencia en salud mental también se hace camino al andar)**
The path of the road (in mental health care, the path is also made by walking)
Antonio Porrás Cabrera
- 15 El cuidado de lo emocional: una asignatura pendiente**
Emotional care: a remaining challenge
Dra. Begoña Carbelo Baquero
- 18 Nursing Now y el compromiso de las enfermeras**
Nursing Now and the commitment of nurses
Dr. Ángel Luis Asenjo Esteve

Nursing Now AEESME

Dr. Francisco Megías-Lizancos

Presidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).

Contacto: aeesme.aeesme@gmail.com

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2020 / Fecha de aceptación: 16 de marzo de 2020

EDITORIAL

La campaña mundial Nursing Now, de tres años de duración (2018-2020), se basa en las aportaciones del informe Triple Impacto. Este informe concluye que el empoderamiento de las enfermeras llevaría a conseguir más igualdad de género, así como conseguir economías más fuertes, lo que redundaría de manera contundente en mejorar la salud y bienestar de la población a escala mundial.

Nursing Now surge con el objetivo de que las enfermeras sean la clave de la solución a los retos de salud en la actualidad, siempre que se implementen, se valoren y se les posibilite el estar en los lugares oportunos de toma de decisiones en salud. Por ello, se plantean cinco grandes objetivos:

1. Invertir más en la mejora de la educación, el desarrollo profesional, los estándares de calidad, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras.
2. Aumentar, mejorar y difundir la efectividad del trabajo enfermero, dando a conocer los avances más innovadores.
3. Conseguir mayor influencia de las enfermeras y matronas en las políticas a nivel de los Estados y a nivel mundial, garantizando su involucración en la toma de decisiones.
4. Tener más enfermeras en posiciones de liderazgo, lo que asegurará más oportunidades de desarrollo en todos los niveles.
5. Aportar más evidencia a los responsables de las decisiones políticas para que identifiquen dónde las enfermeras pueden tener mayor impacto, reconociendo el alcance de su potencial y abordando los obstáculos que lo impiden.

No hace mucho, Nursing Now y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) estaban viviendo el cumplimiento de uno de sus objetivos estratégicos. Durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2019 en Ginebra, se acordó por unanimidad declarar 2020 como el Año Internacional de la Enfermeras y las Matronas.

Fue el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien defendió personalmente la proclamación de este año mundial enfermero destacando la labor que hacen las enfermeras a través de su trabajo en el ámbito asistencial, en la investigación, en la gestión, la docencia y muy especialmente con actividades de información sanitaria, prevención de la enfermedad y promoción de la salud y educación para la salud.

El CIE y la campaña Nursing Now consideraban que esta declaración para 2020 permitiría revelar los beneficios de tener personal de enfermería con la formación y los recursos adecuados en todos los países del mundo.

De esta manera, por primera vez, todos los países se unieron para rendir homenaje a la fundamental aportación a la salud de las personas que llevan a cabo diariamente los profesionales de enfermería, quienes querían que 2020 fuera un año colmado de acciones para dar visibilidad y acercar a la población en general la importantísima labor que realizan.

Dentro de este contexto, el Consejo General de Enfermería (CGE) de España, como representante de nuestro país en el CIE, impulsó la constitución del grupo Nursing Now España, integrado por 23 personas: el presidente del CGE y representantes del Ministerio de Sanidad, las tres organizaciones nacionales de pacientes, la Conferencia Nacional

de Decanos de Enfermería, la Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería, los medios de comunicación y 15 asociaciones y sociedades científicas de enfermería, entre las que se encuentra la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), representada por su presidente.

Este grupo se formó en mayo del pasado año, y desde entonces eran ya muchas las acciones llevadas a cabo en aras de avanzar en la salud y potenciar el papel de las enfermeras y la excelencia en la formación de los nuevos profesionales.

Sin embargo, y dado el contexto de la crisis del COVID-19, todo este plan de acción se ha visto truncado ante la necesidad de centrar todos los esfuerzos en la lucha contra la pandemia, paralizándose así todas las celebraciones de este año mundial. No obstante, estos nuevos retos a los que se están enfrentando las enfermeras en la actualidad están abriendo nuevas oportunidades, pues suponen una contribución al empoderamiento de las mismas, dando gran visibilidad a una profesión que se está esforzando día tras día, dejándose la piel y el alma para sacar al mundo de la mayor crisis sanitaria a la que nos hemos enfrentado en los últimos tiempos. Es de justicia que las enfermeras logren la visibilidad que se merecen.

Y es por este motivo que la OMS, a petición del CIE, ha decidido prorrogar este Año Internacional de la Enfermera y la Matrona hasta julio de 2021. Esta decisión supone así una oportunidad para continuar concienciando a la sociedad de la importante labor de la enfermera y de la necesidad de aprovechar al máximo el potencial enfermero, dando a esta profesión su merecido reconocimiento.

En todo este contexto, la AEESME, entre otras actividades, ya ha firmado acuerdos de colaboración con los Colegios Oficiales de Enfermería de Granada, Cádiz y Navarra. Además, en su próximo XXXVII Congreso Nacional y 3ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental, que este año se celebrará de manera virtual, tiene reservado a este cometido un espacio privilegiado, al que asistirán presidentes de las diferentes Sociedades Científicas Estatales y en el que la Dra. Adelaida Zabalegui Yarnoz, representante de la Enfermería Europea en la Junta Directiva de Nursing Now, expondrá los retos y oportunidades del movimiento.

Además, y en consonancia con los objetivos perseguidos por Nursing Now, la AEESME ha presentado su “Decálogo #NursingNowAEESME para alentar el desarrollo de todo el potencial de la enfermería de salud mental española a través del arte y ciencia de los cuidados”, que pueden ver en páginas posteriores.

Asimismo, y dentro de esta línea de acción, la AEESME ha decidido dar paso a esta publicación de su Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME), que versa exclusivamente sobre este movimiento, y en la que participan profesionales enfermeros de reconocido prestigio.

Aprovechamos desde aquí para dirigirnos a nuestros lectores y animarles a que participen activamente en este movimiento. La AEESME siempre estará abierta para colaborar en los distintos proyectos que los profesionales de enfermería propongan, así como a sugerencias sobre acciones que se quieran poner en marcha.

No queremos terminar sin hacer llegar a todas las enfermeras y enfermeros nuestro infinito agradecimiento por la gran labor que están desarrollando cada día. Reconocemos y queremos resaltar su valentía y sacrificio; su bondad y empatía; su capacidad para adaptarse a la adversidad y superar obstáculos; sus extraordinarios esfuerzos por alcanzar el bien común; su disposición y saber hacer; en definitiva, queremos agradecer y resaltar su PRESENCIA. Y apostamos por que este período 2020-2021 que se ha designado como Año Internacional de la Enfermera y la Matrona sirva para crear la confianza necesaria con la población y conjuntamente llegar a las más altas cotas de calidad de vida para todos.



De la asistencia a la investigación: la experiencia de un equipo de enfermería en una línea de 30 años

From assisting to research: the experience of a nursing team over a 30-year period

Dr. Rafael Sales i Orts

Contacto: rafael.sales@uv.es

Fecha de recepción: 17 de febrero de 2020 / Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2020

Introducción

La evolución de los cuidados de enfermería en el campo de la psiquiatría en las últimas cinco décadas ha ido pareja con la evolución de la propia concepción de la salud mental y su forma de abordaje.

En la década de los 70 y de la mano del modelo sociológico, empieza a considerarse que la forma clásica de tratamiento en el manicomio, lejos de beneficiar al paciente, lo perjudicaba. La aparición de problemas como la ruptura de lazos familiares debido a los grandes periodos de separación familiar, la aparición de conductas desajustadas, la homogeneización de síntomas o la pérdida de habilidades sociales dificultaban la posterior reinserción social.

Una de las alternativas que surgió en este periodo fue la sustitución de los antiguos centros por nuevos hospitales psiquiátricos, con la aplicación de una terapéutica más activa y adecuada. Al poco tiempo de este cambio, también se mostró que el criterio asistencial continuaba siendo hospitalocentrista, y que los mismos problemas que se habían dado en los antiguos manicomios, aunque en menor medida y con una cara más amable, continuaban repitiéndose.

El fracaso en el tratamiento psiquiátrico en España se puso de manifiesto en el informe que realizó la Comisión Ministerial creada en el año 1985 para el análisis de la situación en que se encontraba la psiquiatría. En el artículo 20 de la Ley General de Sanidad, de 1986, destacaba la necesidad de aplicar una asistencia de tipo comunitario siguiendo el modelo que venía aplicándose en algunos países como el Reino Unido o Canadá y que se mostraban más eficaces (Thorncroft y Szmukler, 2001). Dicho modelo seguía los principios básicos de la sanidad pública comunitaria y que se podían sintetizar en los siguientes puntos:

- Continuidad: el tratamiento tenía una característica longitudinal y transversal, con lo que la persona era tratada en el proceso evolutivo de su enfermedad y de los problemas sanitarios que pudieran aparecer.
- Accesibilidad: al crear los dispositivos sanitarios en cada área de salud, se encontraban más próximos a la persona, con lo que facilitaba la adhesión a los mismos.
- Equidad: por primera vez los problemas de salud mental se encontraban en igualdad de la asistencia respecto a otras patologías, lo cual quedó demostrado por la creación de salas de psiquiatría en todos los hospitales generales.
- Normalización: al perder el carácter de caridad que tenía la asistencia psiquiátrica hasta la fecha y ser considerada como otra patología más con diferentes síntomas, disminuyó el estigma que había tenido hasta la fecha.
- Participación: por primera vez se incluía a la familia dentro del proceso salud-enfermedad-salud, con lo que facilitaba la relación familiar, evitando que se rompieran los lazos de relación.
- Efectividad: el proceso podía ser evaluado según los resultados.

Esta nueva visión de la enfermedad mental y su tratamiento, a causa de la falta de recursos y estructuras necesarias, entre otros, dio como resultado algunos problemas importantes, como el aumento de recaídas y reingresos en lo que se llamó la “puerta giratoria”, el abandono de algunas personas en la calle, o la escasa adhesión al tratamiento (Gómez-Beneyto *et al.*, 2002).

Esta situación obligó a los y las profesionales de la psiquiatría a buscar alternativas asistenciales complementarias que solventaran el problema, con los escasos recursos existentes, con el fin de poder aplicar el nuevo modelo y que este fuera efectivo evitando o disminuyendo las numerosas recaídas que se producían.

En este contexto, las enfermeras tuvimos que adaptarnos a esta forma asistencial, y muchas veces más con imaginación que con conocimientos, fuimos desarrollando planes de intervenciones frente a los problemas que se planteaban, hasta llegar a la actualidad, donde nos hemos convertido en una pieza clave del equipo terapéutico. El problema que se planteaba en ese momento era que la función asistencial enfermera quedaba disuelta entre las de otros profesionales que configuraban el equipo, de forma que no destacaba la importancia de su función profesional en el cuidado de los pacientes.

Varios factores contribuyeron al desarrollo de la enfermería psiquiátrica. Por una parte, la entrada en la universidad, con la que dejamos de ser meros técnicos, para pasar a ser profesionales con capacidad de decisión e intervención en la asistencia. Por otra, el reconocimiento de la capacidad investigadora de la enfermería, que supuso que por primera vez se nos concedieran becas del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISSS) a las enfermeras.

A este proceso de la entrada en la Universidad más el reconocimiento de la capacidad investigadora se unió un aumento del interés por conocer las propuestas que la enfermería de otros países con mayor experiencia que el nuestro, como Inglaterra, Canadá o Estados Unidos, estaba llevando a cabo y ponerlas en práctica. Una de estas propuestas fue la creación por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), en EE. UU., de un listado de problemas que se presentaban en las personas sobre los que las enfermeras teníamos conocimiento y capacidad para solucionar. A este listado de problemas se les denominó “diagnósticos enfermeros” (Kim y Moritz, 1982; Gordon, 1982). La corrección o modificación de dichos diagnósticos fue realizándose en cada Conferencia bienal de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA.

En el año 1986, el equipo de enfermería de la sala de psiquiatría de corta estancia del Hospital Clínic Universitari de Valencia y la Escuela Universitaria de Enfermería de Valencia, tomando como base los diagnósticos resultantes de la quinta Conferencia (Kim, McFarland y McLane, 1984), introdujimos dicho lenguaje en la asistencia y lo llevamos al campo de la investigación enfermera gracias a una de las primeras becas del FISS que se concedía a un enfermero como investigador principal (beca FISs 86/0696).

Los objetivos de dicha beca se centraron en la detección de los diagnósticos de enfermería que presentaban las personas ingresadas en una sala de psiquiatría y la evolución durante la estancia hospitalaria. Para ello, elaboramos un protocolo de recogida de datos que incluía la valoración de la gravedad de los mismos al ingreso por medio de una escala Likert. La valoración volvía a realizarse al alta hospitalaria, permitiendo calcular el incremento (mejoría) o reducción (empeoramiento) de las puntuaciones.

Las pautas de proyecto fueron las siguientes:

1. Codificación de las etiquetas diagnósticas del listado propuesto por la NANDA en la 5ª Conferencia y revisada por diversos autores. También se tuvo en cuenta la adaptación a la salud mental realizada por Townsend (1985).
2. Elaboración de un protocolo de recogida de datos: diagnósticos agrupados por patrones funcionales de salud (Gordon, 1982) y la evaluación de su gravedad al ingreso y alta, puntuando de 0 a 3 en una escala Likert.
3. Introducción en una base de datos.
4. Análisis de los resultados por medio de los “Scores ingreso-alta” considerando esta diferencia como mejoría o empeoramiento de los problemas detectados al ingreso.
5. La recogida de datos se realizaba a pacientes diagnosticados de trastornos del afecto y esquizofrenia que ingresaban de forma correlativa en la unidad de corta estancia.

El número de personas ingresadas estudiadas fue 152, se recogieron 1106 problemas y los *scores* en el total de los pacientes pasaron de un sumatorio de 2189 puntos, con una media por paciente al ingreso de $14,40 \pm 5,01$ a $6,86 \pm 5,55$ en el momento del alta hospitalaria.

Las conclusiones más destacadas de la beca se podrían sintetizar en la importancia de desarrollar un lenguaje enfermero que defina la actividad profesional en el área de cuidados.

El resultado de la beca se presentó en diversos congresos de enfermería, en varias publicaciones y en un libro que fue pionero en España con la utilización de los diagnósticos enfermeros aplicados a psiquiatría (Sales *et al.*, 1990, Sales *et al.*, 1991)

Siguiendo esta línea de investigación y aprovechando el desarrollo de la codificación de los diagnósticos y la aparición de las clasificaciones de intervenciones y de resultados enfermeros, conocidas por los acrónimos NIC (McCloskey y Bulechek, 2000) y NOC (Johnson, Maas y Moorhead, 2000), solicitamos una nueva beca para activar en la sala de psiquiatría tanto los diagnósticos como las intervenciones que realizábamos las enfermeras en la resolución de problemas y los objetivos que se alcanzaban en tanto duraba la estancia hospitalaria.

A nuestro equipo de investigación se le concedió una nueva beca de Instituto de la Salud Carlos III, siendo nuevamente un enfermero el investigador principal, Rafael Sales (ISCIII. 2005-ETS-P190091).

El proyecto contó con la colaboración de diversas instituciones, la Conselleria de Sanitat, con la coordinación de D. Aurelio Costa, director del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el Hospital Clínic Universitari de Valencia, la Facultad de Medicina de Valencia y la Escuela Universitaria de Enfermería de Valencia. El estudio se realizó en tres hospitales de tres Comunidades Autónomas: el Hospital Reina Sofía (Murcia), el hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Albacete) y el Hospital Clínic (Valencia). El estudio se diseñó tomando como patrón los resultados de mi tesis doctoral, que había sido dirigida por la catedrática de Personalidad de la Universitat de Valencia, Dra. Elena Ibáñez, y el catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla, el Dr. José Giner, y presentada en el Departamento de Medicina de la Universidad de Sevilla. Hay que destacar que fue la primera tesis que se defendía en España con un lenguaje exclusivamente enfermero (Sales, 2005).

El proyecto de investigación tenía por objeto detectar las intervenciones que realizábamos las enfermeras para la resolución de problemas y los resultados alcanzados, así como la posibilidad de generalizar los efectos, por lo que se realizó de forma simultánea en las tres salas de psiquiatría mencionadas:

Las pautas de proyecto fueron las siguientes:

1. Elaboración de un protocolo de recogida de datos y su evaluación al ingreso y al alta hospitalaria considerando:
 - Diagnósticos enfermeros agrupados por patrones funcionales de salud (Fornés y Carballal, 2001).

- Intervenciones realizadas.
 - Acciones para realizar las intervenciones.
 - Objetivos esperados.
2. Puntuación por medio de una escala de Likert de patrones funcionales, diagnósticos y resultados de enfermería.
 3. Intervenciones realizadas para la solución de problemas.
 4. Los datos sobre la transmisión de la información de las intervenciones realizadas en los diversos turnos se tomaban de tres formas: las que la enfermera transcribía en las hojas de observación, las que transmitía oralmente en el cambio de turno y las que tomaba el observador/a que recogía los datos que no quedaban transcritas ni se verbalizaban.

La muestra global fue de 301 pacientes, 171 hombres y 130 mujeres; el 67 % tenían diagnóstico de esquizofrenia. Los patrones que mostraban alterados con mayor frecuencia fue el patrón cognitivo conductual que se mostró alterado en el 97,63 % de los pacientes y el patrón percepción control de la salud en el 97,29 %. Los diagnósticos predominantes que alteraban el patrón fueron trastorno de los procesos del pensamiento, 92,88 %, y protección ineficaz, 76,95 %. Respecto a los resultados esperados, destacaron control del pensamiento, 92,54 %, y orientación cognitiva, en el 77,29 %. El informe final de la beca con los hallazgos y evidencias está publicado en la red (Sales, 2007).

A forma de conclusión de la línea de investigación que ha llevado nuestro equipo desde los años 70, puede sintetizarse en que la utilización de un lenguaje enfermero que defina los problemas y las intervenciones que realiza en su resolución visibiliza la importancia de la función enfermera tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario y define la profesión dentro del equipo terapéutico.

En los últimos años se está planteando un nuevo reto para la enfermería en la asistencia psiquiátrica comunitaria. En el año 2016 se reunió un grupo de expertos en salud mental de diferentes países, la European Community Mental Health Services Provider Network, EUCOMS (Keet, 2019), con el objetivo de identificar las necesidades de los y las usuarias en salud mental en la comunidad y analizar la mejor forma de asistencia en los diferentes contextos. La conclusión de dicho trabajo se podría sintetizar en: detección y abordaje de las necesidades, creación de redes de apoyo e involucrar a las personas usuarias en el proceso.

Este planteamiento exige que enfermería establezca líneas de investigación que refuercen su actividad en todos los ámbitos de la asistencia.

Referencias

- Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M.C. (2001). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gómez Beneyto, M y cols. (1986). *Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico Padre Jofre de Bétera (1874-1986)*. Madrid: Ed. J Espinosa, AEN.
- Gómez-Beneyto, M., Girón, M., Munarriz, M., Tabares R., Salazar J. (2002): *Evaluación de la estructura y el funcionamiento del Sistema de Salud Mental de la Comunidad Valenciana*. https://www.elsindic.com/documentos/199_Bibliografia.pdf
- Gordon M. (1982). *Nursing diagnosis: Process and application*. New York. McGraw-Hill.
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2000). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. Barcelona: Harcourt.
- Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L. et al. (2019) *Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care*. *BMC Psychiatry* 19, 174.
- Kim, M.J., Moritz, D.A. (1982). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the third and fourth national conferences*. New York: McGraw-Hill.
- Kim, M.J., McFarland, G.K., McLane, A.M. (1984). *Classification of Nursing Diagnoses: Proceeding of the Fifth National Conference*. St. Louis: Mosby.
- McCloskey, J., Bulechek, G. (2000). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Madrid: Harcourt.
- Romero, S. (2006). *Del manicomio a la rehabilitación*. Vol. VII <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/del-manicomio-a-la-rehabilitacion/0.1186/s12888-019-2162-z>
- Sales, R., Albertos, S., Leal, I., Santolaya, F., Molero P. (1990). *Diagnósticos de Enfermería: aplicación en Psiquiatría*. *Revista Rol de Enfermería*, 142:63-66.
- Sales, R., Albertos, S., Piqué, J., Merelles, A., Leal, I. (1991). *Diagnósticos de enfermería: aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un hospital general*. Valencia, España Nau Llibres.
- Sales, R. (1998). del FISss 86/0696: *Diagnósticos de enfermería: codificación, criterios y gradación*. *Evaluación de la estancia hospitalaria*.
- Sales, R. Tesis Doctoral (2005). *Análisis del proceso de cuidados de Enfermería en una sala de psiquiatría*. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/08/Tesis-Rafael-Sales.pdf>
- Sales, R. 2005. 20079 Beca del ISCIII 2005-ETS-P190091: *Evaluación del impacto de las intervenciones de la enfermería psiquiátrica sobre la mejoría de pacientes hospitalizados por reagudización, en tres regiones españolas. Análisis de la capacidad predictiva del estado al alta con modelos logísticos ajustados a NIC, NOC, NANDA*.
- Sales, R. (2007). *Informe final de resultados beca de ISCIII*. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2016/11/Rafael-Sales-informe-final-beca-Carlos-III.pdf>
- Thorncroft, G., Szukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Townsend, M.C. (1987). *Nursing Diagnoses in psychiatric Nursing*. Philadelphia: Ed. Davis.



Estrés laboral en enfermería: un reto a combatir

Occupational stress in nursing: a challenge we must meet

Dra. Joana Fornés-Vives

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, España.

Contacto: joana.fornes@uib.es

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2020 / Fecha de aceptación: 28 de febrero de 2020

Introducción

Según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de vida y Trabajo, más de un 20% de empleados reportan problemas de salud relacionados con su ocupación laboral¹. Aunque los factores desencadenantes pueden ser muy variados, son muchos los que sobrevienen por agotamiento físico y emocional tras un período continuado de estrés psicológico. El sector salud, y dentro de él los profesionales de enfermería, suelen estar ampliamente afectados por este problema². Se calcula que entre los tres y cinco años después de la graduación, una de cada cinco enfermeras sufrirá niveles elevados de estrés en el trabajo³, llegando a ser, en algunas ocasiones, motivo de abandono de la profesión.

A principios del siglo XX, Hans Selye conceptualizó el estrés como una respuesta a diferentes estímulos o estresores. Esta respuesta tiene lugar cuando se percibe un desajuste entre las demandas del ambiente y los recursos y/o capacidades que uno tiene para hacerles frente⁴. En la literatura sobre estrés ocupacional, es considerado estresor cualquier estímulo o situación capaz de generar malestar físico o emocional y puede ser categorizado en varios dominios: características intrínsecas del trabajo, roles organizacionales, relaciones laborales y factores relacionados con el clima, la estructura o la cultura organizacional⁵. En el contexto de las relaciones interpersonales, uno de los factores que más estrés y malestar suele generar es la falta de respeto y el desprestigio personal, característicos de un problema reportado en varios países y conocido como violencia u hostigamiento psicológico, *bullying* o *mobbing*⁶. Ejemplos de este tipo de violencia son el chismorreo, el aislamiento, el sabotaje, las desigualdades en la distribución del trabajo, etc. Esta hostilidad lateral genera situaciones que ponen a la víctima en una situación de aislamiento e indefensión. Además, promueven el incremento de absentismo, quejas de salud y lesiones, resultando en un incremento considerable del gasto sanitario⁷.

Se ha demostrado que en los casos de estrés crónico, el soporte social, especialmente de compañeros de trabajo, puede tener un efecto amortiguador de sus consecuencias sobre la salud⁸ y, en muchas ocasiones, constituye un aspecto clave para que el profesional continúe con su trabajo⁹. Contrariamente, bajos niveles de colaboración y soporte de los supervisores correlacionan positivamente con un aumento de estrés y problemas de salud⁷.

Existe amplia evidencia de que el estrés laboral puede desembocar en un síndrome de desgaste personal conocido como *burnout*. El término fue introducido por Freudenberger en 1974 para referirse al resultado de un estrés continuado, durante un largo período de tiempo, que genera agotamiento físico y emocional. En 1981, el concepto fue redefinido por Maslach y Jackson¹⁰ como un síndrome caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, siendo el agotamiento emocional la dimensión fundamental del síndrome, pues la despersonalización es considerada más como una estrategia de afrontamiento y la falta de realización personal como una consecuencia del agotamiento.

Aunque la relación entre estrés y variables sociodemográficas es controvertida, se ha demostrado que existe mayor predisposición al estrés laboral en el género femenino¹¹. Ser mujer y además joven parece ser un predictor de mayor estrés laboral¹². Igualmente, existen evidencias de la relación entre estrés y personalidad. La personalidad ha sido conceptualizada como un patrón de pensamientos y sentimientos, más o menos estables, que predispone a actuar de una manera determinada¹³. La teoría de la personalidad está ampliamente dominada por el modelo de los cinco grandes factores o rasgos, denominados: neuroticismo, extraversión, responsabilidad, apertura y amabilidad¹⁴. El rasgo neuroticismo (N), uno de los más estudiados en la relación estrés-personalidad, es considerado como la tendencia general a experimentar estados afectivos negativos, como miedo, tristeza, rabia o

impulsividad. Se ha demostrado que problemas de la vida diaria como el estrés laboral afectan de manera más intensa a personas con puntuación elevada en el rasgo de neuroticismo¹⁵.

En un intento por controlar y reducir el estrés, las personas, a través de un proceso dinámico y de cambio, utilizan diferentes estrategias de afrontamiento. El modelo interaccionista de estrés-afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman¹⁶ sostiene la existencia de una relación bidireccional entre los desencadenantes del estrés y la respuesta que da la persona. Estas respuestas, conocidas como estrategias de afrontamiento, se refieren a estrategias cognitivas o conductuales utilizadas para interpretar y cambiar las condiciones del ambiente (afrontamiento centrado en el problema) o, contrariamente, manejar las emociones negativas asociadas al estresor (afrontamiento centrado en la emoción). Ambas respuestas/estrategias pueden variar de una persona a otra a lo largo del trayecto vital, ya que están sujetas tanto a factores personales (edad, personalidad, experiencia, etc.) como contextuales (situación o contexto, cultura, etc.)¹⁷. Se ha demostrado que el afrontamiento centrado en la emoción es menos efectivo para reducir las demandas de estrés¹⁸, mientras que el afrontamiento centrado en el problema reporta menos problemas de salud y distrés¹⁹. Igualmente, hay evidencia de que las personas que tienen como rasgo de personalidad predominante la inestabilidad emocional (neuroticismo) suelen usar más estrategias inefectivas (principalmente centradas en la emoción, como, por ejemplo, ignorar el problema, distraerse, evitarlo) para afrontar situaciones de estrés. Mientras que las personas extrovertidas y responsables suelen utilizar un afrontamiento más activo y planificado²⁰ con estrategias más efectivas²¹. Igualmente, existen hallazgos de que la inestabilidad emocional (neuroticismo) predice a sobrecarga laboral y predice *burnout*²⁰.

Si bien es cierto que existe amplia evidencia de la relación estrés laboral y salud personal, la mayoría de estudios son transversales y se centran en estresores de tipo ambiental. Ello dificulta comprobar si aparecen cambios a través del tiempo y qué factores pueden estar relacionados. Sin embargo, los estudios longitudinales o de seguimiento de cohortes, aun teniendo limitaciones importantes como el coste y la pérdida de muestra en el seguimiento, permiten medir más variables y realizar determinaciones más precisas de incidencias, causalidad, efectos a largo plazo, etc. Por este motivo, nuestro equipo de investigación decidió realizar un

estudio longitudinal de seguimiento de una cohorte enfermera, desde que inició sus estudios profesionales hasta su inmersión laboral. El objetivo de dicho trabajo pretendía comprobar si el fenómeno del estrés estaba presente en este colectivo, si variaba a lo largo del tiempo, qué variables estaban relacionadas y cuáles podían ser predictoras del agotamiento emocional-*burnout*.

Desarrollo del estudio

El estudio de tres olas, se inició en 2007 y finalizó en 2013. En él participaron un total de 250 personas en la primera fase (inicio de los estudios), 200 en la segunda (final de los estudios) y 70 en la tercera (a los tres años de trabajo profesional). En la muestra inicial los participantes pertenecían a estudiantes de tres universidades españolas (Balears, Cantabria y Granada), los cuales fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio. Se realizaron tres medidas de seguimiento, la primera al iniciar los estudios, la segunda al finalizarlos y la tercera a los tres años de ejercicio como profesional de enfermería. Las variables controladas en las tres fases fueron: estrés, personalidad y estrategias de afrontamiento. Además, en la fase tres (a los tres años de inmersión laboral) se evaluaron el grado de estrés crónico-*burnout* y la percepción de hostigamiento psicológico.

Resultados

De los principales resultados^{6,22-24}, cabe destacar que el grado de estrés más alto se obtuvo al inicio de los estudios, posteriormente, fue descendiendo y manteniéndose a niveles promedio, comparados con la población general. No obstante, era significativamente mayor en las mujeres que en los hombres. El rasgo de personalidad predominante asociado al estrés fue la inestabilidad emocional (neuroticismo), también significativamente mayor en las mujeres. Este rasgo se mantuvo estable a lo largo del estudio.

Respecto a la forma de afrontar el estrés, aunque encontramos el uso de una combinación de estrategias, el afrontamiento centrado en la emoción fue el predominante. Este estilo de afrontamiento correlacionó positivamente con el rasgo de personalidad neuroticismo y ambos fueron predictores de *burnout* a los tres años de terminar la carrera de Enfermería. Cabe resaltar que al final de los estudios aparecieron algunos cambios de interés, tanto en la personalidad como en el estilo de afrontamiento al estrés de los participantes.

Concretamente, al finalizar la carrera se mostraron más extrovertidos y con un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Este cambio podría atribuirse no solo a la madurez personal, sino también al entrenamiento, durante su bagaje académico, en estrategias específicas dirigidas a manejar situaciones típicas de estrés. También pudimos observar que el uso de estrategias centradas en la emoción era mayor en las mujeres que en los hombres. Contrariamente, los hombres utilizaban más que las mujeres el consumo de alcohol y drogas (afrontamiento de escape-evitación) para afrontar el estrés.

En la tercera fase del estudio (tres años después de finalizar la carrera de Enfermería) llama la atención la presencia de elevado agotamiento emocional (*burnout*) en un 23 % de enfermeras. Igualmente, un 8,8 % se percibieron psicológicamente hostigadas en su lugar de trabajo, al menos una vez a la semana. Dicho hostigamiento procedía mayoritariamente de sus propios compañeros de trabajo. La percepción de hostigamiento unido a un rasgo de inestabilidad emocional predecía, a su vez, la aparición de agotamiento emocional (*burnout*).

Conclusión

La estrecha relación del estrés-*burnout* en el colectivo enfermero con el uso de estrategias no adaptativas y un perfil emocional inestable, sugiere la importancia de incrementar la formación específica, tanto en pregrado como en postgrado, con el fin de incrementar la estabilidad emocional y reducir la hiperreactividad frente a las demandas. Los programas podrían incluir técnicas proactivas de entrenamiento específico en autocontrol, regulación emocional y empatía. En este sentido, ejercicios de relajación muscular, conciencia plena, identificación de ideas irracionales y entrenamiento en solución de problemas, podrían constituir un buen set de técnicas saludables.

Referencias

1. Eurofound. Working conditions and workers' health. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. [Recuperado 2020 Feb 20]. Disponible en: <http://eurofound.link/ef18041>
2. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2010;57(1):22-31. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00765.x.
3. Rudman A, Gustavson JP. Early career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *IJNS* 2011;48:292-306. doi: 10.1016/j.nurstu.2010.07.012
4. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(3):571-579. doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571.
5. Cooper CL, Dewe P, O'Driscoll MP. Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. London, United Kingdom: Sage; 2001.
6. Fornés-Vives J, Frías-Navarro D, García-Banda G, Pascual-Soler M. The role of neuroticism in predicting psychological harassment in nursing: A longitudinal study. *IJERPH* 2019;16:889. doi: 10.3390/ijerph16050889
7. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: implications for nursing management. *Int J Health Policy Manag*. 2013;1(2):169-176. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.30>
8. Frese M. Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: a longitudinal study with objective measures. *J Occup Health Psychol*. 1999;4(3):179-192. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.4.3.179>
9. Van Dam K, Meewis M, Van der Heijden BI. Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):31-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x>
10. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113. doi: 10.1002/job.4020020205.
11. Shively M, Rutledge T, Rose BA, Graham P, Long R, Stucky E. et al. Real-time assessment of nurse work environment and stress. *JHQ* 2011;33(1):39-48. doi: 10.1111/j.1945-1474.2010.00093.x
12. Edwards D, Burnard PA. Systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *JAN* 2003;42(2):169-200. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02600.x
13. Ryckman RM. Theories of personality. 8th ed. Belmont, CA: Thomson; 2004.
14. McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. New York: Guilford; 1990.
15. Suls J, Martin R. The daily life of the garden-variety neurotic: reactivity, stressor exposure, mood spillover, and maladaptive coping. *J Pers*. 2005;73:1485-1510. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00356.x
16. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
17. DeLongis A, Holtzman S. Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *J Pers*. 2005;73(6):1633-1656. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x
18. Rowe M. Four-year longitudinal study of behavioral changes in coping with stress. *Am J Health Behav*. 2006;30(6):602-612. <https://doi.org/10.5993/ajhb.30.6.7>
19. Tully, A. Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2004;11(1):43-47. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00682.x
20. Hudek-Knežević J, Kalebić B, Krapić N. Personality organizational stress and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croat Med J*. 2011;52:538-549. 8. doi: 10.3325/cmj.2011.52.538
21. Knoll N, Rieckmann N, Schwarzer R. Coping as a mediator between personality and stress outcomes: a longitudinal study with cataract surgery patients. *Eur J Personality* 2005;19(3):229-247. doi: 10.1002/per.546.
22. Fornés-Vives J, García-Banda G, Frías-Navarro D, Hermoso-Rodríguez E, Santos-Abaunza P. Stress and neuroticism in Spanish nursing students: a two-wave longitudinal study. *RINAH* 2012;35:589-597. doi: 10.1002/nur.21506.
23. Fornés-Vives J, García-Banda G, Frías-Navarro D, Rosales-Viladrich G. Coping, stress, and personality in Spanish nursing students: a longitudinal study. *NET* 2016;36:318-323. doi: 10.1011/j.netd.2015.08.011
24. Fornés-Vives J, García-Banda G, Frías-Navarro D, Pascual-Soler M. Longitudinal study predicting burnout in Spanish nurses: the role of neuroticism and emotional coping. *PAID* 2019;138:286-291. doi: 10.1016/j.paid.2018.10.014.



La senda del camino (en la asistencia en salud mental también se hace camino al andar)

The path of the road (in mental health care, the path is also made by walking)

Antonio Porras Cabrera

Enfermero especialista en salud mental (jubilado).

Contacto: aporrascabrera@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 12 de marzo de 2020

Ahora, cuando deambulamos por el final de la segunda década del siglo XXI, cuando los viejos recuerdos afloran a caballo de la nostalgia y remembranzas del pasado, donde el ayer se diluye en las evocaciones de viejas ilusiones y de luchas, propias del empuje de una juventud pretenciosa, para cambiar el pasado y sembrar el futuro de justicia y libertad, de igualdad y equidad entre los seres humanos, donde el “loco” deje de ser loco para denunciar la locura colectiva de una generación que impuso sus ideas, principios y valores dictatoriales, por la fuerza de las armas y de credos anacrónicos a través de una guerra fratricida, para anatematizar lo divergente... Ahora, digo, inmerso en este cuerpo cargado de achaques y sufrimientos, gusta recordar, porque recordar es volver a vivir. La vida no es lo que uno quiere, sino lo que uno hace al enfrentarse con la realidad del día a día. Esto ha sido mi vida. Crear el pasado, viviendo el presente, sin poder controlar el futuro.

Sentado ante el crepitante hogar que ofrece su calor para paliar el gélido efecto de un invierno, donde la llama juega entre los leños dulcificando los efectos de este otoño vital al que nos aboca la jubilación, con la suave melodía de Sarah Brightman entonando “Winter in July” y un libro en la mano que eleva el espíritu a un cosmos insondable de pura fantasía, la mente se transporta más de cuatro décadas para depositarme en un tiempo apasionante, un pretérito en el que fuimos fraguando este hoy que nos ubica en otro mundo forjado por aquellos avatares.

¡Oh! ¿Lo has visto? Un relámpago de luz ha inundado la casa y, a lo lejos, se escucha el fragor del trueno de un rayo distante. Al instante surge el encanto y una nueva melodía repiquetea sobre los cristales, ¡está lloviendo...! Escucha el ritmo trepidante de ese chaparrón que ha surgido de repente y flagela la aspidistra

batida por el viento, mientras truena a lo lejos la tormenta. Sí, suena a aquel otoño de 1977. La mente queda abducida por elementos singulares que la despiertan a través de los sentidos. Olores, sonidos y el *flash* luminoso del furtivo relámpago evocan el ayer y, a caballo de este meteoro, me transporta a finales de los setenta.

Mariquilla, aquel encanto de locura, sencilla y amable, arrastra, diligente, su torpe pie, subiendo la rampa del patio para guarecerse del ataque indiscriminado de la lluvia, como respuesta a mi llamada.

—Mariquilla, ven, rápido, que te vas a empapar, sube a la sala. Ten cuidado no te resbales, vayas a caer y hacerte daño.

Entra en la sala dándome las gracias con su verbo escasamente inteligible.

—Cómo llueve, me he mojado —me dice.

—Ha sido poco, vete al lado de la estufa y caliéntate, vayas a resfriarte —le indico, y se dirige a la estufa frotándose las manos.

¡Qué tiempos aquellos! Fuerza, voluntad, empuje, dedicación vocacional e ideológica a un proyecto ilusionante: “Romper con el pasado para sembrar un futuro de libertad y justicia, donde la discriminación de la enfermedad mental se erradique”. Donde los muros del manicomio se diluyan como un azucarillo en el café, movido por el brío de las nuevas generaciones venidas a enterrar el pretérito con su proyecto del mañana, de su propio futuro... ¡AINS!

En esta tesitura andaba, meditando y reviviendo mi ayer, cuando mi nieta se acerca y me dice:

—¿En qué piensa, abuelo? Acabo de escucharte un buen suspiro.

—En nada, Carmen, estaba recordando viejos tiem-

pos, allá por 1977, cuando empecé a trabajar en el hospital psiquiátrico de Málaga. Era octubre y nos incorporamos tres nuevos enfermeros (en aquellos tiempos ATS): Maribel, Juan y yo. Cuando le dije a la familia y amigos donde iba a trabajar, todos coincidieron en advertirme: “¡Ten mucho cuidado con los locos, no les des la espalda!”. Luego, con el tiempo, me di cuenta de que los peligrosos locos estaban fuera —le comenté.

—Abuelo, ¡qué interesante! Cuéntame cosas de aquellos tiempos —me dijo.

“¡Ay! Pobre chica”, pensé, “¿cómo vislumbrará lo que le cuente, qué imágenes le pondrá a mi relato?, ¿podrá hacerse una idea justa de lo que eran aquellos tiempos, con lo que ha sido su infancia y viene siendo su juventud, con lo que ella vive en el presente?”. Y me lancé al ayer de mis recuerdos.

—Bien, te hablaré de ese ayer, inimaginable para ti, pero ya que te interesa la salud mental, es bueno conocer algunas cosas del pasado —le dije—; prepárate a escuchar un poco de aquella historia.

—Seguro que me encanta, abuelo —comentó.

—Empecemos, pues.

Los años setenta fueron cruciales para la evolución y el cambio en España y su integración en Europa, integración que se fue consolidando posteriormente, hasta llegar al hoy que tú vives. Existía un régimen político agonizante intentado perpetuar una ideología disonante con el contexto europeo, mientras la sociedad había tomado conciencia de la necesidad del cambio. En estas circunstancias, para tener una idea de la situación sanitaria y la realidad política del momento, hemos de hacer un ejercicio de imaginación, por parte de los que no lo habéis vivido, y de recuerdo, por parte de los que tuvimos la oportunidad de ser protagonistas.

Partimos de un posicionamiento político-administrativo surgido de una guerra civil, donde el ideario se basaba en los planteamientos obsoletos de los vencedores de la contienda, cargado de paranoias y prejuicios que no permitían asimilar el proceso evolutivo que estaba viviendo la sociedad española. La concepción social, política y religiosa de la España franquista entendía la asistencia sanitaria desde la inercia histórica, siendo las organizaciones religiosas un pilar importante de la misma. La injusticia social, que ha pululado a lo largo y lo ancho de nuestro devenir, se veía mitigada por las actuaciones de organizaciones y colectivos religiosos que asumían, en parte, el protagonismo de la asistencia sanitaria con un gran componen-

te caritativo, al amparo de sus convicciones y en una clara connivencia con la administración. Esta situación permitió que las propias organizaciones religiosas, implicadas en la asistencia, tomaran parte activa en el desarrollo de la reforma en mayor o menor medida. No obstante, la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP) había iniciado un proceso de reforma asistencial significativo, pero solo cubría la psiquiátrica ambulatoria, que era asumida por los neuropsiquiatras de cupo.

Desde el punto de vista de la asistencia sanitaria pública, podemos diferenciar tres organismos de actuación distintos: el Ministerio de Sanidad, la Seguridad Social y las corporaciones locales. Estas últimas se ocupaban de la beneficencia, un proceso asistencial cimentado en la caridad y el apoyo a las personas sin recursos económicos fraguado, inicialmente, en los siglos XV y XVI. El ministerio asumía, sobre todo, la prevención y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas mediante hospitales específicos asistidos por personal funcionario. La Seguridad Social, sostenida por el INP, cubría la medicina somática de los afiliados a la misma a través del Seguro Obligatorio Español (SOE). En resumen, la asistencia sanitaria no era un derecho, ni siquiera estaba organizada para garantizar una cobertura en un sentido amplio, por lo que las distintas administraciones debían asumir diferentes aspectos de la misma sin coordinación entre ellas.

Mientras tanto, ¿en qué situación se encontraba la asistencia psiquiátrica? Desde mi punto de vista, al no tratarse de manifestaciones somáticas, donde la sintomatología no se observaba como consecuencia de un problema orgánico reversible mediante la aplicación de un tratamiento médico, sino, más bien, como conductas inapropiadas y vergonzantes, amparadas por el concepto marginal del mito de la locura y la peligrosidad social sin visos de cura, se relega y segrega del resto de la asistencia, siendo su cenicienta. Se tapa y oculta el estigma social a través de los manicomios, usándose estos, en algunos casos, como lugar de reclusión para indeseables sociales y, ocasionalmente, para opositores políticos. Estos ciudadanos marginados y dejados de la mano de Dios no tienen derechos, están a disposición del psiquiatra y de su “santa voluntad”, puesto que la del paciente está anulada, incluso desde el punto de vista legal. Mientras tanto, la responsabilidad de la asistencia psiquiátrica recae en las diputaciones (recuérdese que eran las encargadas de la beneficencia), que cuentan con hospitales psiquiátricos para el ingreso y tratamiento de los pacientes. Los trata-

mientos son sumamente agresivos con el objetivo de reducir al paciente, aplacarlo y neutralizar la crisis de excitación, sus delirios y alucinaciones. La aparición de la clorpromazina y su uso como antipsicótico fue desechando y relegando viejas prácticas relacionadas con las inyecciones intramusculares de esencia de trementina para producir abscesos de fijación con cuadro febril intenso, choques cardiózólicos, inducción de comas insulínicos y el propio *electroshock*. Mientras la Seguridad Social, como ya hemos mencionado, cubre la asistencia ambulatoria de sus afiliados.

En estas circunstancias surgen diversos movimientos reivindicativos, que pretenden crear conciencia sobre la normalización y el entendimiento de la enfermedad mental como otra manifestación más del deterioro de salud de la persona. Tal vez el más impactante y beligerante sea la antipsiquiatría, desde el que la especialidad médica se veía como un agente de control social y un arma contra la libertad individual. Desde este componente sociopolítico se va sembrando una opinión crítica que sustenta un movimiento reformador del sistema asistencial, donde se implican la gran mayoría de los profesionales jóvenes del sistema. Es, pues, una demanda de justicia que tiene acogida en el mundo político de oposición al régimen dictatorial franquista.

Por tanto, el conflicto está servido y la citada demanda encuentra eco dentro de las reivindicaciones sociopolíticas del momento. La lucha por el cambio ha arrastrado a gran parte de la ciudadanía y la reforma empieza a encajar y tener cuerpo en esa dinámica, llevando a los profesionales concienciados a implicarse de forma desinteresada y altruista en la pugna y defensa de esta. En este sentido, Europa llama. Hemos de modernizar el país, cambiar las instituciones, beber de la fuente y la experiencia exterior, subir al caballo del progreso y acercarnos a las estructuras políticas y sociales del mundo que nos rodea y nos espera con los brazos abiertos en la CEE, bajo ciertas condiciones democráticas.

Pero si hay dos pilares de especial importancia en el progreso y bienestar de los pueblos, estos son la educación y la salud. El cambio político y social no será posible si no se reforman, prioritariamente, estos dos campos; cualquier grupo político que pretenda el progreso ha de asumir estos objetivos. Por tanto, se ha de desvestir a la psiquiatría del atuendo de cenicienta de la asistencia sanitaria y tirar los muros del manicomio que ocultan la vergüenza. Para ello, los profesionales

“van a muerte”. Se implican, dedican todo su tiempo, se reúnen, manifiestan y exigen los cambios para vehicular la reforma.

¡A la calle, que ya es hora! Esta voluntariedad se plasma en su compromiso activo, que les lleva a salir a la calle, a asociarse y manifestarse públicamente exhibiendo pancartas reivindicativas junto a los pacientes, codo con codo, proponiendo iniciativas, exigiendo a la Administración una mayor implicación. Profesionalmente se toman iniciativas que llevan a visitar familiares, establecer programas de integración familiar, recorrer pueblos visitando a las fuerzas vivas, alcaldes, concejales, médicos, enfermeros, asociaciones, incluso el cura, para crear el compromiso colectivo que les permita acercar la asistencia a los pacientes. Se crean consultas en los pueblos y se sectoriza el territorio, organizando equipos multidisciplinares con psiquiatras, enfermeros, auxiliares y trabajadores sociales, lo que permite ese acercamiento para trabajar con la familia y el entorno, para conseguir que los pacientes ingresados puedan reintegrarse a su núcleo familiar y establecer una nueva política asistencial que lleve la problemática de la salud mental a una situación de igualdad con el resto de patologías.

El hándicap de la institucionalización es una de las claves para demoler, en sentido real y figurado, el manicomio. Son muchos los pacientes que llevan años en la institución, que se han habituado a la vida de ingresado, que presentan serios problemas de adaptación a un medio externo y extraño, incluyendo el propio medio familiar que, en muchos casos, ha estado ausente durante años. Esto requiere planes específicos de actuación, sistemas de reinserción social, el desarrollo de programas de autocuidados, manejo del dinero, habilidades sociales y de relación, que les permitan desenvolverse con garantía en un medio, a veces, demasiado hostil. Se crean hábitats externos (pisos y casas) para facilitar la convivencia y la independencia bajo la tutela de auxiliares y enfermeros. De esta forma se inicia un proceso de aprendizaje que les lleve, con cierta garantía, a la referida reinserción social. Otra cuestión a considerar es la resistencia o impermeabilidad del colectivo social ante la reforma y la asimilación del enfermo, desvistiéndolo de la connotación de locura y sus prejuicios.

Por otro lado, la segregación de género se empieza a resolver mediante la creación de lugares de encuentro, a los que se les puede identificar como club social. En ellos encontramos los primeros, y ocasionalmente

conflictivos, contactos entre ambos sexos. Se ve hasta qué punto el enamoramiento vuelve a su vida, la ilusión frustrada y, posiblemente, soñada les da alas de felicidad y llega a emocionarnos a todos. Su reafirmación y autoestima empiezan a tener sentido. En ocasiones ese amor pasional se desborda y crea problemas que se han de reconducir hacia un buen término, desembocando, en algunos casos, en la creación de parejas o en algún embarazo no deseado.

La estrategia que garantice la viabilidad de la reinserción familiar y/o social pasa por un seguimiento *in situ*, con carácter permanente, hasta la consecución del objetivo. Para ello se establecen las llamadas “rutas terapéuticas”, consistentes en la identificación de los pacientes y lugares incluíbles en una ruta de consultas a domicilio o visitas a instituciones, que sean operativos en una jornada de trabajo. El equipo se reúne de forma habitual cada día y establece la ruta, determinando los responsables de la misma. Estos responsables identifican e instauran contratos tácitos de colaboración con los agentes formales, del entorno familiar, para implementar y hacer el seguimiento de los programas que se determinan en cada caso, realizando evaluaciones periódicas de la evolución del proceso, haciendo partícipe al resto del equipo mediante la información del mismo.

Por otro lado, la reforma se encuentra con la necesidad de establecer diferentes programas de trabajo en función del tipo de pacientes y los objetivos de rehabilitación que se persigan, pudiendo identificarse tres grandes grupos:

1. Pacientes susceptibles de reinserción en el seno familiar.
2. Pacientes con posibilidades de desarrollar su vida de forma independiente o tutelada.
3. Pacientes residuales e institucionalizados que requieren cuidados y permanencia en residencias asistidas o unidades de larga estancia.

Todo esto enmarcado en una política que lleve la asistencia directa a la población para yugular las crisis precozmente, dentro de una estrategia que incluya promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud mental.

—Querida, se nos ha pasado el tiempo volando —le digo, mirando el reloj—, ¿tú no habías quedado en salir esta tarde con ese chico guapo?

—Sí, abuelo. Llego justo a tiempo a la cita —me contestó.

—Bueno, otro día te sigo contando esas viejas historias que me hacen revivir el pasado. Pero antes de irte te diré que tu madre (entonces tenía tres años) no permitía que alguien le dijera que su padre trabajaba con los locos y respondía, como un resorte, inmediatamente: “No, mi papá trabaja con los enfermos mentales”... Entonces me di cuenta de que ganaríamos aquella guerra.

—Gracias, abuelo, eres un encanto. Hasta luego.

Me dio un beso con sabor a su infancia y me emocionó. Mi mente saltó del viejo manicomio a mi familia en aquellos años “locos” y la imagen de su madre (mi hija) diciendo: “Mi papá trabaja con los enfermos mentales” se clavó en mi recuerdo y me hizo brotar una sonrisa de felicidad, a la par que los ojos se me humedecían... Ya apuntaba como una excelente enfermera. Aticé el fuego, volví a coger el libro, y en ese momento entonó la Brightman una nueva canción, “It’s a Beautiful Day”. Dejé el libro y seguí leyendo, en armonía, el pasado en mi memoria... ¡Era un hermoso día!



El cuidado de lo emocional: una asignatura pendiente

Emotional care: a remaining challenge

Dra. Begoña Carbelo Baquero

Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija. Madrid, España.

Contacto: bcarbelo@nebrija.es

Fecha de recepción: 14 de julio de 2020 / Fecha de aceptación: 17 de julio de 2020

Introducción

La psicología, sumada a la biología y otras ciencias como la neuropsicoimmunología o epigenética, confirman los beneficios de las emociones positivas sobre las personas como son, la risa o el humor, y otras, como la gratitud, la esperanza y el optimismo. Las emociones circulan por nuestro sistema límbico y se reparten por todo el cuerpo en una comunicación global que incluye los sistemas endocrino, digestivo, cardiovascular o respiratorio generando una red de endorfinas. Lo más relevante de las emociones positivas es que repercuten en la evolución y la recuperación de los procesos de enfermedad, aumentan la motivación, potencian la confianza y la energía que se crea en el sistema cognitivo-emocional, y aumentan las capacidades para una mejor y más rápida adaptación¹.

Desde que, en 1996, la enfermera norteamericana Patty Wooten publicara *El humor: un antídoto frente al estrés*, los estudios sobre humor, risa y actitudes sonrientes para aceptar los fracasos y preocupaciones con una predisposición optimista han formado parte de la investigación en salud. La risa nos conecta a una parte primaria de nuestra esencia, la más sencilla o infantil, pero que es relevante porque facilita poner entre paréntesis los problemas².

Los profesionales de la salud en cualquier dispositivo de atención, principalmente los hospitales, al estar expuestos al dolor y desgaste de forma cotidiana debemos darnos cuenta de que hay recursos emocionales a nuestro alcance que pueden servirnos de ayuda. Un hospital es una empresa y como tal, un organismo vivo cuyo elemento principal para la consecución de su misión son los recursos humanos, los activos más valiosos, y por ello, su cuidado y bienestar son elementos clave para la rentabilidad y competitividad del sistema de salud³.

El humor como emoción positiva tiene una conceptualización amplia que va más allá de la risa, y engloba una actitud frente a la vida y los sucesos. Resulta necesario sonreír y reír también ante la desdicha y las adversidades ineludibles. La actitud con que nos enfrentamos a ellas, nuestro grado de darnos cuenta de que podemos elegir emociones más agradables y actitudes más flexibles, es una capacidad única de los seres humanos. Del humor se afirma que alivia la tensión y la inseguridad, equilibra el ánimo, nos permite pensar las circunstancias desafortunadas y es un regalo de nuestra naturaleza humana. El buen humor nos alegra la vida, y el sentir que somos capaces de ayudar a nuestros pacientes con una sonrisa, produce efectos beneficiosos sobre ellos, pero también sobre nosotros^{4,5}.

Las organizaciones humanas en general, y las sanitarias en particular, deben dar respuestas y atender las necesidades de los profesionales, porque las consecuencias repercuten directamente en las competencias profesionales, el rendimiento, el compromiso con el trabajo, la motivación, la ilusión e incluso la vulnerabilidad para enfermar. El Plan de Humanización⁶ de la asistencia sanitaria recoge algunos aspectos, dado que humanizar el entorno tiene que ver con el funcionamiento de estructuras y la mentalidad de las personas, los encargados del cuidado deben cuidarse y minimizar los niveles de estrés, producto de las demandas psicológicas y emocionales de su trabajo. Deshumanización, desmotivación y *burnout* están muy relacionados. La mejora de las condiciones de trabajo -y de la vida en general-, de las profesiones relacionadas con la salud han de estar en el punto de mira y ser objetivos prioritarios de los responsables de recursos humanos porque la mejora del ambiente en el trabajo repercute en la participación, el funcionamiento óptimo, la motivación y el *engagement*.

Anticiparse al estrés: educación y centrarse en las fortalezas

Se sabe que el estrés tiene muchas repercusiones en la salud, por ello, debe ser una meta de prevención en las empresas y organizaciones. Mejorar la salud mental permite desarrollar las funciones más comprometidas y felices con el trabajo. Muchas empresas determinan que las inversiones en educación psicosocial de sus trabajadores se traducen en rentabilidad y competitividad, se minimizan las crisis, y se avanza en progreso y crecimiento^{3,7}.

Desde la Psicología Positiva se vienen aconsejando pautas para desarrollar las consideradas fortalezas humanas, por ejemplo, resiliencia, optimismo y humor. Se piensa erróneamente que son competencias desde el punto de vista individual, pero la realidad es que representan comportamientos que se pueden practicar y aprender, y, por tanto, cualquier persona puede poner en marcha para afrontar las situaciones difíciles de la vida^{4,5}. Aunque no se ha investigado en profundidad al respecto, existen estudios que explican su influencia en las organizaciones, como el realizado por Van den Broeck *et al.*⁸ con trabajadores belgas, que encontraron que el humor como forma de afrontamiento correlaciona negativamente con el *burnout* y positivamente con el *engagement*.

También Baeza⁹, en su tesis doctoral del humor y *engagement* con trabajadores sociales de la Comunidad Valenciana, encontró que el humor predice significativamente el *engagement*. Los hallazgos de esta investigadora indican que el humor está en la base de la resiliencia y el optimismo de los trabajadores y señala que “reconocerlo, estudiarlo y potenciarlo, puede ser un factor propiciador de la salud psicosocial de los trabajadores y amortiguador del *burnout*”.

En la actualidad existen tímidas iniciativas para promover intervenciones que potencian el humor de afrontamiento de situaciones adversas, contribuyendo a prevenir el *burnout*, pero lo que es más importante es que fortalecen la salud mental de los trabajadores. Al reír y sonreír sentimos la felicidad más cerca, es un compromiso que crece desde uno mismo, se expande hacia el mundo que nos rodea y poco a poco impregna a las personas que interactúan con nosotros; descubrir quiénes somos a partir del conocimiento que proporciona el humor es un método poderoso a partir de jugar con los límites y desprenderse de la vergüenza, divertirse con cosas sencillas, descubrir cambios para afron-

tar las emociones desagradables y ver las cosas desde otras perspectivas¹⁰.

El papel de la conciencia y el auge de la meditación

Vamos a cerrar esta presentación llevando la reflexión a la conciencia, otro tema transversal con un relevante papel en nuestras vidas, y que explica el auge actual de la meditación. La conciencia y su estudio desde el Renacimiento han llevado al ser humano a un desarrollo espectacular del estudio de las leyes que rigen el universo. El conocimiento no tiene límites y nuestras capacidades tampoco parecen tenerlos. Pero nuestra inteligencia desbordante no ha sido capaz de evitar la profunda crisis en que nos encontramos. La humanidad está en una crisis personal y de relaciones, de pareja, de familia, de trabajo, de economía, de salud y medioambiental. Si no salimos de la soberbia y cerrazón mental, no seremos capaces de revisar el modelo en que nos encontramos y de cuestionarnos la existencia. La verdadera realidad es la conciencia universal, y, por ende, volver a pensar que todo está relacionado con todo y que todos somos parte de la misma realidad. La toma de conciencia debe sacudir los estereotipos mentales y prejuicios en que nos encontramos y desembarcarnos en una serie de indicaciones para desarrollar nuestro autoconocimiento y potencial, romper el miedo y buscar la comunidad de las conciencias desde la educación, solidaridad, equidad, empatía, moderación y consumo responsable¹¹.

Desde un punto de vista práctico, sabemos que nuestra transformación mental es un proceso lento, pero según avanzamos y vamos progresando, aliviarnos el sufrimiento. Cuando ejercitamos la meditación, somos capaces de detectar las emociones desagradables, calmarlas y neutralizarlas. El auge actual de las iniciativas que desarrollan este aspecto de la conciencia se explica porque con ejercicios sencillos, experimentamos que somos capaces de controlar los impulsos y actuaciones irreflexivas. Con el sencillísimo ejercicio de “parar e indagar” lo que siento, la base de la meditación, con solo detectar lo que me está pasando, la experiencia se suaviza, cambia y, en general, mejora. El primer ejercicio, y mi favorito para encontrar la serenidad, es respirar conscientemente. A partir de ahí, he investigado otros interesantes entrenamientos, todos favorables, pero este, el más sencillo en mi experiencia, permite abrir nuestro inconmensurable campo de la conciencia y aumentar el grado de atención y concentración reduciendo el estrés¹¹.

Como profesionales de la salud, debemos ser conscientes de nuestras actitudes y optar por aquellas que nos cuidan y elevan nuestra conciencia, nos ayudan a comprendernos mejor, ser más compasivos y empáticos con los demás y con la naturaleza, porque desembocan en la mejora de nuestro bienestar y del entorno, y también a sentirnos más humanos y felices.

Conclusiones

1. La fatiga y el estrés tienen repercusiones sobre la salud y deberían ser objetivos prioritarios en la gestión de recursos humanos en empresas y organizaciones.
2. Los empleados comprometidos y felices ofrecen rentabilidad y competitividad, progreso y crecimiento.
3. El humor es un factor propiciador de la salud psicosocial de los trabajadores, un amortiguador del *burnout* y potenciador del *engagement*.
4. Desarrollar nuestra conciencia aumenta el autococimiento, la concentración, la empatía y nos acerca a la felicidad.

Referencias

1. Peterson C, y Seligman M E. Character strengths and virtues: A handbook and classification. Oxford University Press, 2004.
2. Wooten P. You've got to be kidding! Humor skills for surviving managed care. *Dermatol Nurs*. 1997 9(6):423-9.
3. Salanova M, Llorens S, Acosta H & Torrente P. Positive Interventions in Positive Organizations. *Terapia Psicológica*. 2013; 31(1):101-113.
4. Carbelo B, Jáuregui E. Emociones Positivas: Humor Positivo. *Papeles del Psicólogo*. 2006; 27(1): 18-30.
5. Carbelo B. El humor en la relación con el paciente: Una guía para profesionales de la salud (2ª ed.). Barcelona: Elsevier, 2008.
6. CAM. Plan de Humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019 (Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid).
7. Tripiana J, Llorens S. Fostering engaged employees: the role of leadership and self-efficacy. *Anales de Psicología*. 2015; 31(2): 636-644.
8. Van den Broeck A, Vander Elst T, Dikkers J, De Lange A & De Witte H. This is Funny: On the Beneficial Role of Self-enhancing and Affiliative Humor in Job Design. *Psichothema*. 2012; 24: 87-93.
9. Baeza RN. Incidencia del humor en el burnout y engagement en profesionales de Trabajo Social desde la perspectiva de género y la crisis socioeconómica actual (2007-2014). Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, 2016.
10. Fry, W.F., Salameh, W.A. El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas Bilbao: Desclé de Brower, 2004.
11. Pacheco A, Carbelo B. El arte de concienciarte. Impulsa tu vida. Sevilla: Finiterraediciones, 2014.



Nursing Now y el compromiso de las enfermeras

Nursing Now and the commitment of nurses

Dr. Ángel Luis Asenjo Esteve

Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España.

Contacto: angel.asenjo@uah.es

Fecha de recepción: 15 de julio de 2020 / Fecha de aceptación: 17 de julio de 2020

Rebasada ya la mitad del Año de la Enfermería y la Matronería establecido por la OMS, podemos ya considerar a 2020 como *annus horribilis* para la enfermería. La pandemia por el COVID-19, que, si bien no es el objeto del presente artículo, ha colocado a las enfermeras en un destacado puesto social y ha hipotecado toda la celebración.

Sin embargo, y a la vista de la evolución de los diferentes grupos Nursing Now que se han establecido en España, podemos realizar algunas consideraciones en relación con lo que considero desvirtualización de los planteamientos iniciales. Ocurre siempre que, a medida que las actuaciones se institucionalizan, se produce una pérdida del impulso, la frescura y el cuestionamiento iniciales, siendo reducidos y limados por los intereses de un sistema que intenta perpetuarse y por la inercia de su funcionamiento. El desarrollo de la campaña Nursing Now, al menos en España, donde se reduce este apresurado análisis, a mi juicio, no ha escapado a esta realidad.

El contexto de Nursing Now

Convendría recordar que la campaña Nursing Now, que, como sabemos, es un programa del Fondo Burdett llevado a cabo por el Consejo Internacional de Enfermeras y la Organización Mundial de la Salud, debe enmarcarse en un escenario estratégico mucho mayor, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la agenda para el año 2030, que fue aprobada por la ONU en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible celebrada en septiembre de 2015.

La agenda 2030 no es fruto de una improvisación bienintencionada. Ya Butros-Ghali, Secretario General de Naciones Unidas, había impulsado en el año 2000 la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), al constatar la realidad de miles de millones de personas en el mundo sin acceso al agua potable o que pasaban hambre; los cientos de millones

de niños, y sobre todo de niñas, que no recibían ningún tipo de escolarización; la enorme mortalidad infantil por enfermedades tratables o de las mujeres durante el parto, así como las consecuencias de la pandemia del SIDA.

Pese a los buenos resultados obtenidos, especialmente en el terreno del hambre y en el combate de enfermedades como la malaria, las personas más vulnerables seguían sufriendo desamparo. En el mundo de 2015 se seguía hablando de desigualdad, degradación ambiental, guerras, indigencia, miseria, hambre, falta de acceso a servicio y recursos básicos, etc.

Esta agenda incluye 17 objetivos encaminados a transformar un mundo caracterizado por la desigualdad, la inequidad y la injusticia, y en el que la pobreza y las consecuencias del cambio climático se aventuran como las principales amenazas para el desarrollo armónico, y sostenible, de la humanidad. Son una oportunidad para mejorar la vida de todos, sin dejar a nadie atrás.

Es el actual sistema productivo, de distribución de la riqueza y de atención a la salud de los pueblos el que ha conducido a una situación tal. Y no se puede progresar en alcanzar los objetivos marcados sin realizar una transformación profunda de las estructuras económicas, políticas y sociales en las que las personas viven y trabajan, que se configuran como los factores sociales determinantes de la salud. En el terreno de la salud, lograr la cobertura universal es clave para establecer estrategias efectivas que mejoren la salud de las poblaciones.

Es en este escenario en el que se produce en 2016 el famoso informe de la Cámara de los Lores del Parlamento británico, conocido como Triple Impact, en el que resalta el papel de las enfermeras en las mejoras de la salud de las comunidades, la equidad de género y, por consiguiente, la economía mundial.

Las enfermeras son esenciales para garantizar el logro de estos objetivos, ya que responden a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos, y, a lo largo de todo su ciclo vital, configuran una red profesional que llega a todos los rincones del planeta; ejercen 20 millones de enfermeras en el mundo, y en muchas comunidades son el único recurso sanitario del que disponen, lo que las hace constituirse en líderes de las mismas y generadoras de políticas globales de salud, y porque en las últimas décadas han mejorado significativamente tanto sus planes formativos como sus niveles de investigación. Por todo ello, merece la pena invertir en la enfermería.

De todo esto se desprende que la dedicación del año 2020 a las enfermeras y matronas no constituye tanto un reconocimiento de la labor que ya realizan como un llamamiento a ocupar mayores niveles de responsabilidad en la salud de los pueblos y en la transformación de las condiciones de vida de estos; e implícitamente solicitan a todas las instituciones, organismos y profesionales enfermeros que adquieran un compromiso ineludible con ello.

Un compromiso que debe centrarse en el papel de la enfermera en la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y no solo, como luego veremos, en el tercero de ellos: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Es obvio que los actuales sistemas sanitarios basados en un modelo biomédico de la salud no solo no disminuyen, sino que incrementan la desigualdad, proporcionando más servicios a las personas y comunidades que más servicios reciben ya, a la par que adjudican a los “pacientes” un rol totalmente pasivo. Mejorar la salud de todos hace imprescindible invertir significativamente en la promoción de conceptos de salud positiva y hábitos saludables, prevenir y tratar la mortalidad infantil y materna, combatir las epidemias y sobre todo empoderar a las poblaciones, y especialmente a las mujeres como agentes activos, en el cuidado de la salud global y desarrollar la investigación enfermera en el ámbito de la salud comunitaria.

Entre los profesionales de la salud, la enfermera es la mejor situada (recordemos los argumentos del informe británico) para desarrollar esta función de educadora y motivadora en todos los ámbitos de la vida de la comunidad, y no solo en el directamente sanitario, integrándose en equipos multidisciplinarios y en intervenciones intersectoriales. Desarrollaría así el concepto de ciudadanía global, en el que la educación debe ser

un instrumento que capacite a las personas a desenvolverse en un medio político y social afectado por la interrelación de fenómenos con orígenes diversos y con explicaciones complejas.

Así, debe ser capaz de estimular la participación de las mujeres en la vida socio-económica de sus comunidades y su acceso a la microfinanciación de sus proyectos; ayudar a movilizar recursos para desarrollar políticas contra la pobreza; educar en una alimentación sana, nutritiva y suficiente, especialmente a personas en situación de pobreza y vulnerabilidad; reivindicar inversiones en infraestructuras sostenibles y ayudar en su planificación; desarrollar programas de salud escolar; promover la igualdad de género y los estilos de vida sostenibles; fomentar la responsabilidad compartida de los cuidados en el hogar y la familia o promover la salud sexual y reproductiva.

Si continuásemos enumerando los diecisiete objetivos de desarrollo sostenibles, vislumbraríamos a la enfermera competente para abanderar la reivindicación de servicios higiénicos adecuados y equitativos; educar a las comunidades en la reducción de la contaminación de las aguas y en la mejora de su gestión; asesorar a las personas y a los responsables políticos en la utilización de energías baratas, no contaminantes y sostenibles; mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios; colaborar en la prevención de la siniestralidad laboral; asesorar en la creación de infraestructuras fiables, sostenibles y de calidad, que fomenten el bienestar humano; potenciar la inclusión social y política de todas las personas, independientemente de su diversidad; asesorar en la mejora y la reconversión de comunidades y barrios marginales; colaborar en la planificación de urbanizaciones inclusivas y sostenibles que fomenten una gestión participativa; colaborar en la reducción del desperdicio de alimentos; promover la gestión ecológica de los desechos; mejorar la educación, la sensibilización y la respuesta para mitigar el cambio climático y reducir sus efectos, o combatir el maltrato, la explotación, la trata y toda forma de violencia y tortura.

Estos son tan solo algunos de los proyectos y actividades en las que debe involucrarse la enfermera si realmente quiere asumir un rol de liderazgo en las comunidades a las que sirve. Tradicionalmente, muchos de ellos, sanitarios y sociales, han sido rechazados por las propias enfermeras como lejanos a su ámbito de competencia. Hoy sabemos que todos ellos ejercen una influencia decisiva en el nivel de salud de

las poblaciones y que nada de ello les debe ser ajeno a las enfermeras, sean o no enfermeras comunitarias.

Es eso precisamente, la capacidad para asumir compromisos con la salud de las comunidades y liderar su transformación, lo que lleva a la comunidad internacional a solicitar inversiones en la mejora de la educación, el desarrollo profesional o las condiciones de empleo para las enfermeras o a reclamar puestos de liderazgo para ellas y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles. Son medidas para propiciar el cambio, no para sostener y salvaguardar el actual estado de cosas. Las enfermeras no son nada para los actuales sistemas sanitarios y sociales, y le va la vida como profesión, al igual que a las comunidades en las que se incluye, en su transformación. De hecho, entre los propósitos de la campaña Nursing Now figura “introducir nuevos modelos de atención que maximicen las contribuciones de las enfermeras para lograr la cobertura universal de salud”.

Desacuerdos con el desarrollo de Nursing Now en España

Algunas de estas ideas estaban presentes en la creación de grupos de base de Nursing Now a lo largo de toda la geografía nacional. Este estímulo transformador alumbraba las propuestas de grupos locales y de algunas comunidades autónomas que, no solo reivindicaban mejoras para la profesión, sino también reclamaban a los responsables institucionales nuevos campos para la práctica profesional. Era ciertamente un movimiento original, lozano y espontáneo, liderado por enfermeras socialmente comprometidas que renovaba el ambiente intelectual de la enfermería española.

Pero, sorpresivamente, esta corriente renovadora fue absolutamente ignorada cuando se formularon los objetivos de Nursing Now fruto de la negociación y el consenso entre el Consejo General de Enfermería, el Ministerio de Sanidad, las asociaciones científicas, los sindicatos, la Conferencia Nacional de Decanos y el Consejo de Estudiantes. La gran participación debe alegrarnos, pero son los objetivos de la campaña lo que, a mi juicio, deben mover a preocupación.

No hay en ellos nada nuevo, ninguna propuesta para mejorar la salud global. No hay cuestionamiento alguno del actual sistema sanitario, de sus resultados en salud y de su demostrada incapacidad para satisfacer las necesidades crecientes y cambiantes de cada vez mayores capas de la población. Es una sucesión de

reivindicaciones, en gran medida históricas (aumentar el número de enfermeras, catálogos de puestos de especialistas, recursos para la investigación, visibilización, planes contra agresiones o intrusismo), sin formulación de para qué se quiere. ¿Más enfermeras en todos los niveles asistenciales para seguir ofreciendo los mismos servicios? ¿Más puestos de trabajo para especialistas sin haber determinado las funciones de estos y haber evaluado sus resultados? ¿Mayor visibilización sin compromiso? ¿Protección contra los clientes? Si las consideramos de forma aislada, es imposible no estar de acuerdo con estas demandas, pero recordemos que la reivindicación, defensa e inversión en enfermería desde Nursing Now se asociaba a una decidida apuesta de la profesión por la transformación. Eso es lo que se echa en falta en el listado de objetivos de Nursing Now España y en el de las comunidades autónomas que le son espejo.

Ni una palabra sobre la crisis de la Atención Primaria de Salud que, a remolque de los desarrollos clínicos y organizativos hospitalarios, se aleja definitivamente de las actividades de promoción y prevención, para centrarse en la asistencia clínica individual, en el caso, paradigma del modelo biomédico dominante. No solo es que sean necesarias más enfermeras, sino que estas ya no dominan su trabajo, obligadas por normativas y protocolos que guardan escasa relación con los cuidados enfermeros.

Sabemos que la clave de la mejora de la salud no consiste en disponer de mayores y cada vez más especializados recursos sanitarios, sino en hacer participe a la comunidad de las decisiones en materia de salud, es decir empoderar a las personas, a las familias y a los grupos de esta, lo que va a exigir una labor ingente en la promoción de un concepto de salud positivo y en las labores formativas y de construcción de espacios de participación comunitaria.

Colegios, institutos, empresas, centros municipales o centros deportivos son otras tantas esferas en las que la actividad, principalmente formativa, de las enfermeras se vuelve relevante. Envejecimiento activo y saludable, ejercicios adaptados, alimentación equilibrada, salud mental positiva, mantenimiento y fortalecimiento de la memoria o prevención de la soledad no deseada serían algunas de las áreas prioritarias de intervención. Pero también son imprescindibles actividades asistenciales directas, como garantizar la asistencia a las personas que viven solas o proporcionar cuidados a las cuidadoras de personas dependientes.

A pesar de que se siguen referenciando experiencias en la literatura científica, especialmente donde funciona la gestión de casos desarrollada por enfermeras, la intervención enfermera en todas estas áreas desde la atención primaria se ha ido convirtiendo cada vez más en testimonial, abrumada por las actividades de diagnóstico y tratamiento diseñadas en gran medida para descongestionar los ineficientes centros hospitalarios. Los periódicos registran con demasiada asiduidad, y en el confinamiento por el COVID-19 se ha agudizado, noticias de personas mayores que vivían solas y cuyo cadáver ha sido encontrado por los bomberos. También con la pandemia hemos visto como grupos de vecinos se unían para atender y proporcionar ayuda a personas mayores que vivían en soledad o procurar alimentos a personas en situación de vulnerabilidad. En estas actuaciones de la sociedad civil, las enfermeras brillan por su ausencia. Tampoco se plantean y exigen alternativas a la desatención sanitaria de la población que vive en áreas cada vez más despobladas. Alternativas que precisarían modificar el modelo de atención e importantes inversiones en tecnologías sanitarias y de comunicación.

Si esto va a seguir siendo así, y no tiene visos sino de incrementarse, deberán establecerse nuevos cauces de atención ligados a las corporaciones locales, ayuntamientos y diputaciones que también tienen competencias en salud (principalmente en la promoción de esta y en la prevención de conductas de riesgo). Las enfermeras locales tendrían capacidad para coordinar los esfuerzos intersectoriales (incluida la atención primaria de salud), de desarrollar programas específicos de promoción de la salud en su localidad y de desarrollar una eficaz gestión de casos con las personas más vulnerables.

El sistema de atención a la dependencia es otra de las grandes asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario y en las que las enfermeras deberían ofrecer alternativas profesionales. Nos vanagloriamos de ser el país europeo con mayor esperanza de vida, atribuyendo el mérito principalmente al sistema sanitario, olvidando que nos encontramos a la cola europea en años vividos sin discapacidad. Esto puede significar que nuestros hospitales son grandes generadores de discapacidad y dependencia, cuya atención es transferida, posteriormente y de manera casi exclusiva, a las familias, cuya composición y funciones ha variado tanto que tiene grandes dificultades para el cuidado. Faltan hospitales de media y larga estancia, pero también somos deficitarios en atención domiciliaria. Es

imprescindible exigir que las personas abandonen los hospitales cuando puedan recibir los cuidados adecuados tras el alta hospitalaria (en otros centros, en su domicilio con el apoyo de cuidadores profesionales o de la atención primaria, etc.), lo que debe ser garantizado por las enfermeras a través del “alta enfermera”.

Especialmente deberíamos prestar atención a los modelos de cuidados de las personas mayores. Si queremos evitar al máximo la institucionalización de los mayores, es imprescindible dotar de recursos suficientes que les permitan mantenerse el mayor tiempo posible en sus domicilios. Esto implica evidentemente recursos, y no solo de enfermeras, pero se hace imprescindible establecer un sistema de conciliación de la vida laboral y familiar que permita el cuidado de los mayores sin traumas personales, económicos o laborales. De esta exigencia las enfermeras deberían ser abandonadas.

Ya conocíamos el drama de la asistencia sanitaria en la mayoría de las residencias de mayores y la pandemia por el COVID-19, y el enorme número de ancianos muertos en las mismas lo ha corroborado. Pero se sabían las deficiencias en la dotación de personal, que algunas personas eran contratadas como auxiliares y actuaban posteriormente como enfermeras o la ausencia de planes de cuidados específicos, lo que repercutía en una baja calidad de los cuidados. Hemos echado en falta pronunciamientos de las instituciones enfermeras (colegios profesionales, sindicatos y asociaciones científicas) sobre este tema y su voluntad de ofrecer y exigir alternativas. Alternativas exitosas que ya tenían en casa, como la gestión de casos en las residencias malagueñas. Algunos han estado más interesados en respaldar sucias guerras partidistas o en mostrarse alarmados porque... ¡¡abren las discotecas!!

Las enfermeras deben actuar también ante la crisis de ineficiencia de los hospitales. Crecimiento desbocado del gasto sanitario y organización que no da respuestas a las necesidades de las personas hospitalizadas y que dilapida los recursos, especialmente los enfermeros. La instauración de nuevos sistemas de organización por niveles de cuidados era uno de los objetivos que figuraba en muchos de los grupos primigenios de Nursing Now y que se ha ido diluyendo hasta su desaparición en otros niveles profesionales.

Se habla mucho del liderazgo de las enfermeras, pero nada del liderazgo en las enfermeras. Se apuesta por una socialización que impide el desarrollo profe-

sional y el crecimiento personal, dificulta la pretendida investigación en cuidados y la creación de nuevo conocimiento enfermero ligado a la evaluación de resultados y conduce a la hartura a muchas enfermeras, que no pueden vislumbrar en su profesión un futuro ilusionante. La burocratizada carrera profesional no añade alicientes al desempeño individual y colectivo. La pregunta sobre quién es el responsable de los cuidados recibiría como respuesta en la mayoría de los hospitales: “¡¡Fuenteovejuna!!”, lo que diluye la responsabilidad, pero también el protagonismo. Difícil es conseguir de la mayoría de nuestros profesionales un listado de enfermeras españolas destacadas. Se culpa a la invisibilidad social, pero la ausencia de jerarquización, de la que disponen todas las profesiones, no es menos responsable de ello.

Una década después de implantarse las nuevas especialidades vía EIR, nada sabemos sobre el beneficio aportado por estos a la salud de la población, ya que no existe ningún tipo de evaluación de resultados. Así, se presupone su bondad y se apuesta por su extensión, más por defender los derechos e intereses de los propios especialistas que han dedicado dos años a su formación por un salario muy inferior para no obtener el prometido rendimiento. Deberíamos conocer los cambios que la acción de los especialistas ha incorporado a la atención de salud para solicitar su generalización.

Cuestión no menos trascendente es que, por puro mimetismo con otras profesiones, desde el Real Decreto de Especialidades, la formación de especialistas se atribuye exclusivamente al sistema sanitario. Es, pues, el propio sistema quien forma a sus especialistas en los principios y valores del sistema; y hemos visto cómo el sistema anula la capacidad de las enfermeras, por lo que es difícil que los nuevos especialistas cuestionen el estado de cosas existentes. La Universidad, institución dedicada a la creación y transmisión del conocimiento, acusada de endogamia, quedó excluida de su participación en la formación de especialistas. Esta decisión, que empobrece el diseño formativo, sigue de nuevo los pasos de la formación de médicos especialistas y denota la oposición de los organismos colegiales con la academia, cuando deberían buscarse territorios de colaboración y entendimiento, especialmente en lo relacionado con la formación en investigación de los futuros especialistas y en la evaluación de resultados. Por otra parte, entre los objetivos de Nursing Now España sí se mencionan la creación de plazas de profesorado universitario vinculadas con la asistencia y la modificación de los criterios de acreditación del profesorado,

pieza clave para seguir manteniendo la autonomía en la formación de las futuras enfermeras.

Hasta aquí una relación de desacuerdos con los objetivos de la campaña Nursing Now España y la enumeración de algunas de las áreas de la práctica profesional que, sin duda, debería mejorarse en aras de establecer un mayor compromiso de las enfermeras con la población a la que sirven. Sin duda esta es la pieza angular de todo el edificio social, el compromiso de las enfermeras debe ser en primer lugar con la comunidad en la que desarrolla su actividad y, posteriormente y en la medida en que lo pongan en marcha, con el sistema sanitario y con sus propios profesionales. Este compromiso requiere preocuparse por escuchar e identificar sus necesidades, por diseñar servicios que las satisfagan y por evaluar sus resultados para lograr que sean cada vez más eficientes. A mi juicio, esto recogería fielmente el mensaje y el espíritu de la campaña Nursing Now.

Solo resta recordar el proverbio chino que reza: “Hay tres cosas que nunca vuelven atrás: la palabra pronunciada, la flecha lanzada y la oportunidad perdida”. Tal vez hayamos perdido otra oportunidad. Esperemos la siguiente.

Referencias

- Organización de las Naciones Unidas (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. ONU, Nueva York.
- Shamian J, Ellen ME, editors. The role of nurses and nurse leaders on realizing the clinical, social, and economic return on investment of nursing care. Healthcare Management Forum; 2016: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- All-Party Parliamentary Group (APPG) on Global Health. Triple Impact - how developing nursing will improve health, promote gender. Londres, 17 de octubre de 2016.
- Nursing Now. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? IntraHealth International, Nursing Now, Johnson & Johnson, 2020. Disponible en: <https://www.intrahealth.org/resources/investing-power-nurse-leadership-what-will-it-take>, consultado el 10 de julio 2020.
- Morales-Asencio JM, Cuevas-Fernández-Gallego M, Morilla-Herrera JC, et al. Characteristics of the provision of case management services in the community setting in Andalusia based on the RANGECOM registry. Características de la provisión del servicio de gestión de casos en el entorno comunitario en Andalucía a partir del registro RANGECOM. *Enferm Clin*. 2019;29(2):67-73. doi:10.1016/j.enfcli.2018.12.009
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multicentre study. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:193. Published 2008 Sep 23. doi:10.1186/1472-6963-8-193



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