



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.