

# REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 2 SEP 2017

## EDITORIAL

### **El método científico y las ciencias de la salud**

Francisco-Javier Castro-Molina

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### **La calidad de vida según la vivencia de los mayores dependientes y sus cuidadores**

Montserrat Puig-Llobet, Carmen Ferre-Grau, Nuria Rodríguez-Ávila,  
Teresa Lluch-Canut, Juan Roldan-Merino, Carmen Moreno-Arroyo

### **Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: la perspectiva de las enfermeras**

Alberto Granero-Lázaro, Josep M Blanch-Ribas, Juan Francisco Roldán-Merino,  
Anna Maria Escayola-Maranges

### **Rol de la enfermería de atención primaria en la planificación anticipada de las decisiones**

José Manuel Jiménez Rodríguez

## MISCELÁNEA

### **Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental**

Almudena Martínez de la Torre, Irene Aranda Muros,  
María Victoria Gómez Carracedo, Francisco Javier Durán Jiménez,  
Pedro González Aceituno

AEESME

ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Editor Jefe

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

### Editor

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

### Editor Asociado

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

## CONSEJO EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## OFICINA EDITORIAL

### ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

(AEESME)

**Marta Gil Riera**, *Asistente de Editor*

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 451, 28047 Madrid, España

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: revespenfsaludmental@uah.es

## JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

### Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

### Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

### Secretario

D. Carlos Aguilera Serrano

### Tesorero

D. José Antonio Ponce Hernández

## VOCALES

Dña. Laura Jardón Golmar

D. Manuel Castellanos Tejero

Dña. Aitziber Ubis González

Dña. Ana Isabel Castaño Villarroel

Dña. Lidia Martínez López

© AEESME, 2017

ISSN: 2530-6707



# ÍNDICE

---

## EDITORIAL

- 2 El método científico y las ciencias de la salud**  
Francisco-Javier Castro-Molina

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- 4 La calidad de vida según la vivencia de los mayores dependientes y sus cuidadores**  
*The quality of life according to the experience of dependent elderly and their caregivers*  
Montserrat Puig-Llobet, Carmen Ferre-Grau, Nuria Rodríguez-Ávila, Teresa Lluch-Canut, Juan Roldan-Merino, Carmen Moreno-Arroyo
- 11 Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: la perspectiva de las enfermeras**  
*Strategies to Improve Quality of Working Life: The Perspective of Nurses*  
Alberto Granero-Lázaro, Josep M Blanch-Ribas, Juan Francisco Roldán-Merino, Anna Maria Escayola-Maranges
- 19 Rol de la enfermería de atención primaria en la planificación anticipada de las decisiones**  
*Nursing Role of Primary Care in Advance Planning Decisions*  
José Manuel Jiménez Rodríguez

## MISCELÁNEA

- 28 Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental**  
*Film Creation and Audiovisual Aids Workshop for Mental Health Recovery*  
Almudena Martínez de la Torre, Irene Aranda Muros, María Victoria Gómez Carracedo, Francisco Javier Durán Jiménez, Pedro González Aceituno

# El método científico y las ciencias de la salud

**Francisco-Javier Castro-Molina**

Editor Jefe de la Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME). AEESME.

Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria (Universidad de La Laguna). Santa Cruz de Tenerife, España.

Contacto: Francisco-Javier Castro-Molina / javier.castro.96@ull.edu.es

Fecha de recepción: 28 de mayo de 2017 / Fecha de aceptación: 1 de julio de 2017

EDITORIAL

*Saber y ciencia* son palabras homólogas. Mientras el saber es visto como el conocimiento profundo de una ciencia o arte, la ciencia en sí es definida como un sistema coherente y racional de conocimiento que concluye en demostraciones empírico-lógicas valiéndose de un considerable abanico de premisas definitivas. Pero no todos los saberes pertenecen a la ciencia. El sentido común es aquel saber o creencia que está presente en el individuo y que es compartido por una comunidad que lo concibe como lógico y válido. Es decir, la capacidad natural de juzgar los acontecimientos acaecidos de forma razonable. Pero ¿qué tipo de saber es el que podemos considerar como científico? Debemos tener presente en todo momento que la ciencia es un conocimiento teórico demostrable a través de la práctica-técnica que requiere de una sistematización rigurosa y crítica.

Históricamente, la Revolución Científica vio la luz durante el Renacimiento, desde mediados del siglo XVI hasta finales de siglo XVII, estableciéndose así una línea divisoria entre las aportaciones dadas por la filosofía y la ciencia. Son las ciencias empíricas las que establecieron rasgos específicos y autónomos en su organización, lo que fue el germen del método científico. Este método de investigación usado principalmente para la producción de conocimiento de las ciencias fue diseñado por primera vez por Francis Bacon (1561-1626). Para él, el conocimiento del mundo, libre de todo prejuicio y de las falsas ideas, debía nacer en la observación, ayudándose de la experiencia para “leer la naturaleza”. Galileo Galilei (1564-1642), a diferencia de Bacon, empleó dos caminos descoordinados hasta entonces, la vía teórica y la experimental, donde las herramientas fundamentales fueron las matemáticas y no solo la deducción racional (método hipotético-deductivo). Pero es con Isaac Newton (1642-1727) con quien culmina la obra. Parte de una interpretación mecanicista del mundo, apoyándose también en las matemáticas y la experiencia. Mediante el estudio de las leyes, logró así abandonar la hipótesis metafísico-teológica que procuraba dar una interpretación lógica del universo, lo que definió *a posteriori* la ciencia moderna.

Varios siglos más tarde, el filósofo Bertrand Russell (1872-1970), en su obra titulada *La perspectiva científica*, publicada en 1969, definió el método científico como la observación de aquellos hechos que permiten al observante descubrir las leyes comunes o generales que los gobiernan. Añade además que “para llegar a establecer una ley científica existen tres etapas principales: la primera consiste en observar los hechos significativos; la segunda en sentar hipótesis que, si son verdaderas, expliquen aquellos hechos; la tercera en deducir de estas hipótesis consecuencias que pueden ser puestas a prueba por la observación”. Añade además que “si las consecuencias son verificadas, se acepta provisionalmente la hipótesis como verdadera, aunque requerirá ordinariamente modificación posterior, como resultado del descubrimiento de hechos ulteriores”. Por otro lado, la enfermera Francisca Hernández de Canales (†1989), en la segunda edición de su obra póstuma titulada *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*, lo define como “el procedimiento que se aplica al ciclo completo de la investigación en la búsqueda de soluciones a cada problema del conocimiento, siendo un proceso que exige sistematización del pensamiento buscando una manera ordenada de desarrollar el pensamiento reflexivo y la investigación”.

¿Y qué sucede con las ciencias de la salud? ¿Existe un método científico en este campo que permita desarrollar un proceso de investigación coherente? Cuando el filósofo Mario Bunge (1919) hace alusión al método científico en las ciencias de la salud (*La investigación científica, su estrategia y la filosofía*, 1969), diferencia “entre el método general de la ciencia y los métodos especiales de las ciencias particulares”, aclarando que lo “primero es que el método científico constituye un modo de tratar problemas intelectuales, no cosas ni instrumentos consecuentemente, pudiendo utilizarse en todos los campos del conocimiento; y segundo, que la naturaleza del objeto en estudio dicta

los posibles métodos especiales del tema o campo de la investigación correspondiente, el objeto o sistema de problemas y la técnica, yendo ambas de la mano". Cuando acercamos el método científico a la clínica, encontramos que existe un estudio de los individuos enfermos, y no en sí de la propia enfermedad. Este estudio es el que se materializa en generalidades de carácter teórico, conocimientos que se aglutinan en áreas como la clínica, la patología o la semiología. Y son las particularidades de los individuos las que obligan a un estudio nominativo, surgiendo así un método científico aplicado o, lo que es lo mismo, el método clínico.

Al centrar nuestra mirada en la enfermería, descubrimos que esta disciplina no es ajena a todo esto. Existe en ella un método científico definido por una serie de pasos correlativos e interconectados que buscan el equilibrio del individuo sano con el medio en el que está inserto; en cambio, en el sujeto enfermo busca el regreso a la armonía física, psíquica, social y espiritual. Según la enfermera Patricia Iyer (1947), el *proceso de atención de enfermería*, PAE, es el método científico de los "cuidadores profesionales". Está compuesto por una serie de etapas claramente definidas, ordenadas y jerarquizadas, que delimita a cinco: valoración, diagnóstico, planificación, realización (ejecución) y evaluación. El PAE emplea técnicas y procedimientos propios que buscan ejecutar razonamientos para dar solución a los problemas de salud que presenta el individuo, la familia y la comunidad, basándose en los principios del método universal materialista dialéctico del conocimiento.

Como diría Shulman en 1986: "El conocimiento no crece de forma natural e inexorable. Crece por las investigaciones de los estudiosos (empíricos, teóricos, prácticos) y es por tanto una función de los tipos de preguntas formuladas, problemas planteados y cuestiones estructuradas por aquellos que investigan".



# La calidad de vida según la vivencia de los mayores dependientes y sus cuidadores

The quality of life according to the experience of dependent elderly and their caregivers

Montserrat Puig-Llobet<sup>1</sup>, Carmen Ferre-Grau<sup>2</sup>, Nuria Rodríguez-Ávila<sup>3</sup>,  
Teresa Lluch-Canut<sup>4</sup>, Juan Roldan-Merino<sup>5</sup>, Carmen Moreno-Arroyo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermería. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona, España.

<sup>3</sup>Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

<sup>4</sup>Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

<sup>5</sup>Campus Docent Sant Joan de Déu. Escuela Universitaria Enfermería de San Joan de Déu. Barcelona, España.

<sup>6</sup>Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

Contacto: Montserrat Puig-Llobet / monpuiglob@ub.edu

Fecha de recepción: 17 de mayo de 2017 / Fecha de aceptación: 9 de agosto de 2017

## Resumen

**Introducción:** La calidad de vida es difícil de definir y operativizar al ser un concepto muy amplio, complejo y pluridimensional. El objetivo fue comparar las definiciones, las percepciones y las dimensiones relacionadas con la calidad de vida proporcionadas por las personas mayores dependientes y cuidadores.

**Metodología:** de tipo cualitativo a partir del estudio de caso. Las dimensiones estudiadas estaban relacionadas con la calidad de vida y aspectos sociodemográficos, de salud, dependencia y laborales según la población de estudio. La muestra final fue de 26 personas mayores, 22 cuidadores informales y 11 enfermeras del Servicio de Atención Domiciliaria del Centro de Atención Primaria de Vilafranca del Penedès.

**Resultados:** se encontraron elementos comunes en las definiciones, la percepción y elementos determinantes de la CV con algunos factores distintos según la población de estudio.

**Palabras clave:** calidad de vida, personas mayores dependientes, cuidadores informales.

## Abstract

**Introduction:** Quality of life is difficult to define and operationalize being a very broad, complex and multidimensional concept. The aim was to compare the definitions, perceptions and dimensions related to the quality of life by the dependent elderly and caregivers.

**Methodology:** qualitative case study type. The dimensions studied were related to quality of life and socio-demographic, health, and labor dependence according to the study population. The final sample was 26 elderly, 22 informal caregivers and 11 nurses Home Care Service Center Primary Care Vilafranca.

**Results:** Common elements in definitions, perception and determinants of Quality of life with some factors other according to the study population.

**Keywords:** quality of life, elderly dependents, informal caregivers.

## Introducción

La calidad de vida es difícil de definir y operativizar al ser un concepto muy amplio, complejo y pluridimensional, aplicado a muchos ámbitos de la vida cotidiana y muchas veces utilizado de forma imprecisa o equivocada. Existen distintos modelos que intentan relacionar los elementos implicados en la calidad de vida. Destaca el modelo de World Health Organisation Qua-

lity of Life (WHOQOL-100), que consta de seis áreas de valoración de calidad de vida (CV): la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales. Su objetivo es que pueda utilizarse en distintas culturas, en diferentes problemas de salud y en situaciones especiales como por ejemplo, ser cuidador o ser una persona mayor dependiente<sup>1,2</sup>. Cabe destacar algunos modelos anglosajones que son construidos a partir

de las informaciones de las personas mayores sobre los aspectos que consideran importantes en su calidad de vida. Dichos modelos, ponen en evidencia que los mayores comparten elementos comunes en la forma de entender y percibir la calidad de vida<sup>2</sup>.

Otro estudio realizado en cinco países europeos: Alemania, Italia, Países Bajos, Suecia y Reino Unido, establece unas áreas útiles en la valoración de la calidad de vida de los mayores: definición y valoración de la calidad de vida, entorno (barrio, vivienda, transporte y nuevas tecnologías), salud física y psíquica, apoyo familiar y social, empleo y ingresos, desigualdades, participación e integración social, papel de los servicios, satisfacción con la vida y bienestar subjetivo<sup>3</sup>.

Por último destacamos el modelo multidimensional de Fernández-Ballesteros (1992), que explica la calidad de vida de la persona mayor, a partir de dos clasificaciones interrelacionadas, distinguiendo las dimensiones personales de las dimensiones socioambientales y diferenciando a su vez los elementos subjetivos y los objetivos que la constituyen. Valorando factores personales como la salud, la autonomía y la satisfacción, así como factores socioambientales como las redes de apoyo o los servicios sociales<sup>4</sup>. En esta línea, Sequeria (2010)<sup>5</sup> expone que en situaciones de dependencia aumenta la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria y el mantenimiento de la calidad de vida.

Tal como se ha descrito, existen muchos modelos que intentan exponer los elementos relacionados con la calidad de vida, sin embargo no existe ninguno que intente determinar: “¿Qué elementos participan en la calidad de vida de las personas mayores dependientes de 75 y más años y sus cuidadores familiares atendidos por el servicio domiciliario ATDOM?”; por ello el objetivo del estudio fue comparar las definiciones, las percepciones y las dimensiones relacionadas con la calidad de vida en los actores implicados en situación de dependencia.

## Metodología

El ámbito de estudio fue el Centro de Atención Primaria de l'Alt Penedès (Barcelona, Spain). La metodología utilizada fue de tipo cualitativo a partir del estudio de caso.

La población de estudio fueron las personas mayores dependientes de 75 y más años atendidos por el

Servicio de Atención Domiciliaria (ATDOM), sus cuidadores informales y las enfermeras del servicio ATDOM. Después de pasar por el Comité Ético del Instituto Catalán de Salud se nos proporcionó la lista de la población de estudio para poder obtener la muestra, a partir de la lista se eligieron las personas mayores que cumplían las siguientes criterios de inclusión: tuvieran un cuidador informal principal, no tuvieran ninguna enfermedad cognitiva y quisieran participar en el estudio. El muestreo fue intencionado, eligiendo a 26 mayores que representaban todos los estratos (por grupo de edad y género), ayudados por las enfermeras del servicio ATDOM. En relación a la elección de los cuidadores familiares, se utilizó un criterio estratégico, entrevistando a los cuidadores principales de los mayores entrevistados, dando su consentimiento un total de 22 cuidadores familiares. Respecto a las enfermeras del servicio ATDOM, se entrevistó a todas las enfermeras que hiciera al menos dos años que estaban en el servicio, un total de 11.

## *Variables y Dimensiones del estudio*

En la persona mayor y el cuidador informal principal se recogieron variables sociodemográficas, familiares y de salud; en la persona mayor también se identificó el nivel de dependencia y en el cuidador informal el nivel de sobrecarga.

Las dimensiones estudiadas fueron la definición de calidad de vida en los mayores dependientes, los cuidadores principales y las enfermeras; la percepción de calidad de vida y sus elementos determinantes en los mayores y cuidadores, obteniendo también la visión de las enfermeras respecto a la definición de calidad de vida y la percepción de esta de los mayores y cuidadores informales a los que atiende.

Una vez obtenido el permiso se realizó una reunión informativa con todas las enfermeras del servicio ATDOM del Área de salud Alt Penedès para explicarles el procedimiento. Una vez elegidas las personas a entrevistar, las enfermeras llamaron a sus pacientes para pedir permiso e informar a los mayores que la investigadora principal del estudio iría a su domicilio para entrevistarlos a ellos y a su cuidador principal. La técnica utilizada fue una entrevista cara a cara a partir de un formulario semiestructurado *ad hoc* y un guión de entrevista semiestructurada, con una duración de 45 minutos cada entrevista y grabada previo consentimiento. Se entrevistó por separado a las personas mayores y a sus cuidadores para evitar sesgos. Las entrevistas

tas a las enfermeras se realizaron en sus consultas. En el análisis de datos, por un lado se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, así como la media para algunas variables cuantitativas, por otro lado para el análisis cualitativo se transcribieron las entrevistas y se agruparon las dimensiones por categorías, codificándolas y relacionándolas por temas.

## Resultados

### *Características de la muestra*

Las personas mayores del estudio no presentaban síntomas de deterioro cognitivo, tenían un nivel de dependencia moderada según el índice de Barthel. La mayoría necesitaban ayuda para bañarse o ducharse, caminar o movilizarse según el índice de Katz y realizar la comida y las compras según el índice de Lawton. Las principales patologías que padecían eran las músculo esqueléticas, las cardiovasculares, las endocrinas, las pulmonares y las digestivas, y el 89% (n:19) de los mayores tenían pruripatología y tomaba más de una medicación. Los cuidadores familiares eran en su mayoría mujeres, con una media de edad de 64 años. La distribución por género mostró que las mujeres representan el 72,7% del total de los cuidadores familiares. Se observó que, en primer lugar, eran las hijas las principales cuidadoras, siendo los cónyuges los que ocupan el segundo lugar en la realización de los cuidados principales, en tercer lugar los hijos y en último lugar otros familiares, y cuidaban una media de 7 horas diarias. Presentaban déficit de autocuidado y sobrecarga en cuidados aunque no lo reconocían y el test de Zarit decía lo contrario. Algunos tenían más de una enfermedad crónica y tomaban más de una medicación. La mayoría no trabajaba o estaba jubilada. En cuanto a las características de los once profesionales enfermeros entrevistados, se señala que trabajaban en el Área Básica de Salud de Vilafranca del Penedès y tenían una media de edad de 50 años, siendo la mayoría mujeres. Su jornada laboral era de 36 horas semanales, distribuidas aproximadamente en unas 6,30 horas de trabajo diarias, de las cuales una hora al día se dedicaba al servicio de Atención Domiciliaria (programa ATDOM). La formación de estos profesionales es de carácter universitario, con titulación de primer ciclo; algunos tienen formación en Geriátrica y otros en Salud Pública. Están preocupados por su formación continuada, aunque la mayoría no tiene una formación especializada en personas mayores.

## Dimensiones calidad de vida

### *Definiciones CV de la Persona mayor*

**Salud:** “Tener salud es lo más importante” (E.01, E.06, E.15, E.16, E.17, E.18).

**Salud y autonomía:** “Tener salud y autonomía” (E.09, E.10).

**Salud y recursos:** “Me cuesta decirlo, a lo mejor tener más dinero (para arreglo, ropa), pero la salud, la salud es lo principal de todo” (E.03); “Tener salud, poder caminar” (E.08); “Tener salud y dinero” (E.12); “Tener salud y compañía” (E.21, E.24); “Tener salud y ayuda” (E.23); “Tener 50 años menos, ser más joven y poder trabajar (risas), me gustaría llevar un camión de basura. Que toda la familia tenga salud” (E.13).

**Amor y otros:** “Estar acompañada, no estar sola” (E.02); “Tener amor” (E.26); “Tener amor, cariño y buenas relaciones, sólo” (E.22).

**Relaciones familiares:** “Vivir bien en casa, tener buenas relaciones” (E.04); “Buenas relaciones con la familia” (E.14); “Autorrealización, porque quería ser cantante y no me dejaron y tener mejores relaciones” (E.11).

**Adaptarse:** “Conformarte” (E.07); “Tener salud y adaptarse” (E.20).

**Vida social:** “Tener salud y compañía” (E.21, E.24).

### *Definiciones de CV del Cuidador informal*

**Salud:** “Tener salud” (E.01, E.02, E.07, E.09, E.10, E.13, E.14).

**Salud y autonomía:** “Tener salud y autonomía” (E.12); “Independencia y salud” (E.22).

**Salud y recursos:** Tener salud, recursos y buenas relaciones” (E.03); “Hacer lo que uno quiere, tener salud y recursos” (E.19); “Tener salud y trabajo” (E.21).

**Amor y otros:** “Salud y amor” (E.08); “Tener salud, dinero y amor” (E.06); “Tener salud, amor y recursos” (E.11).

**Relaciones familiares:** “Tener salud y buenas relaciones familiares” (E.20).

**Adaptarse:** “Conformarte con la situación actual, adaptación” (E.05); “Estar a gusto con uno mismo, poder adaptarse a las nuevas situaciones” (E.15); “Adaptarse a la vida, a la familia” (E.17).

**Vida social:** “Hacer lo que uno quiere, poder salir” (E.16).

**Tiempo:** “Tener tiempo para disfrutar y estar bien con uno mismo” (E.04); “Independencia y autonomía” (E.18).

### Definiciones CV de las enfermeras

**Salud:** “Tener salud para poder hacer una vida normal” (E06).

**Salud y autonomía:** “Es vivir de forma independiente y autónoma” (E04); “Tener salud y autonomía” (E05).

**Satisfacción con la vida:** “Es que la persona sea feliz e independiente” (E01); “Es una sensación subjetiva, agradable y multifactorial” (E02); “Es vivir satisfactoriamente” (E03).

**Bienestar bio-psico-social:** “Completo bienestar físico, psíquico y social” (E07); “Estado de bienestar físico y psíquico en el día a día” (E08); “Estar bien con uno mismo y los demás” (E09); “Cubrir las necesidades y estar bien con uno mismo de forma física y mental” (E10); “Salud física, psíquica y social y tener alguien para poder relacionarte” (E11).

A las personas mayores y a los cuidadores informales les resultó difícil y complicado establecer una definición de calidad de vida, habiendo de realizar un esfuerzo enorme para conseguir expresar una definición del concepto. Parte de la dificultad se debe a la complicación que existe en la definición del constructo. En cambio, en las definiciones de los profesionales fue muy fácil y en ellas se muestra la influencia de la disciplina enfermera, identificando el ser humano desde una perspectiva holística. Entre las respuestas realizadas por los mayores entrevistados, se determina que definen el estado de salud como elemento necesario en la calidad de vida. Sin embargo, mientras unos remarcan la salud de forma exclusiva, otros la incorporaron junto a otros conceptos como tener autonomía, tener compañía, tener ayuda en su vida diaria, adaptarse a la situación actual o tener dinero y amor. En cuanto a los cuidadores familiares, también remarcan la salud como elemento destacado de su definición de calidad de vida; en algunas definiciones se expresó de esta forma exclusiva y en otras se incorporó junto a otros conceptos: tener dinero y recursos, tener buenas relaciones, tener amor, tener autonomía y tener trabajo. Se observan las diferencias entre los elementos relacionados con la CV según los entrevistados. Las enfermeras incorporan los aspectos de bienestar biopsicosocial, los mayores, como dice la canción, “salud, dinero y amor” y los cuidadores informales incorporan además el tener tiempo para ellos.

### Percepción de calidad de vida

Respecto a la percepción de la calidad de vida en los mayores de 75 años con dependencia, se observa que la

mayoría expresan tener una buena calidad de vida. Al determinar la percepción de calidad de vida de los cuidadores informales, la respuesta más frecuente fue de buena calidad de vida y ninguno la percibió como mala.

En la tabla 1 se detalla la frecuencia y % respecto a la percepción de calidad de vida en los mayores y en los cuidadores informales.

Percepción CV	Mayores		Cuidadores	
	%	n	%	n
Muy buena	0	0	4.5	1
Buena	76.9	20	50	11
Regular	15.4	4	45.5	10
Mala	7.7	2	--	-
<b>Total</b>	100		100	
	n=26		n=22	

Tabla 1: Percepción CV mayores y cuidadores informales

Se observa que en comparación hay más mayores que cuidadores informales que perciben una buena calidad de vida, los profesionales también dijeron que algunos mayores tenían mejor calidad de vida que su cuidador.

### Dimensiones relacionadas con la calidad de vida

Las personas mayores determinan como dimensiones relacionadas con una buena CV la salud, adaptación, los recursos, el amor, la autonomía y el apoyo familiar, en cambio los cuidadores solo la salud, la adaptación y el tiempo. Relacionan con tener una mala o regular percepción de calidad de vida la pérdida de autonomía y salud, la soledad y la aceptación.

Los cuidadores informales relacionan el tener salud, tiempo para el ocio y la vida social y adaptarse a la situación, como determinantes de la calidad de vida. Los motivos relacionados con la percepción de una determinada calidad de vida están relacionados principalmente con estar satisfecho y contento de ser cuidador, le sigue tener salud, tener buenas relaciones y tener recursos sociosanitarios. Los motivos relacionados con una regular o mala percepción de la calidad de vida son por estar muy atados, tener poca salud y tener pocas relaciones sociales. Se aprecia una relación entre el estado de salud y la percepción de calidad de vida. Se determina que a menos salud del cuidador familiar y del mayor al que cuidan, peor percepción de calidad de vida presentan los cuidadores familiares. En relación a

<b>Factores</b>	<b>Personas mayores</b>	<b>Cuidadores</b>
<b>Adaptación</b>	“Buena, me he adaptado a no poder caminar, a no bajar las escaleras” (E.07).	“Buena porque acepto la situación que tengo” (E.05, E.06).
	“Buena, porque me adapto a las necesidades” (E.08).	
	“Buena, estoy bien por la edad que tengo y estoy cuidada” (E.12).	“Buena si me conformo y adapto”(E.03, E.04).
	“Buena, estoy bien por la edad que tengo, no puedo pedir más” (E.13).	
	“Buena, adaptada a la situación, leo mucho” (E.16).	
	“Buena, porque a mi edad, tengo un poco de salud, dinero y amor” (E.19).	
<b>Recursos</b>	“Buena, uno ha de adaptarse a las circunstancias, vaya creo que sí” (E.26).	
	“Buena, porque no me falta de nada, entre unos y otros me ayudan” (E.04).	
	“Buena, porque no me falta nada, tengo recursos y salud, puedo comprar lo que quiero” (E.05).	
	“Buena, porque tengo todo lo que quiero, aunque no mucha salud” (E.11).	
	“Buena, no me falta de nada” (E.14).	
	“Buena, porque no me falta de nada, tengo todo lo que necesito, hombre me gustaría caminar” (E.20).	
<b>Salud</b>	“Buena, porque tengo salud y compañía” (E.02)	“Buena cuando se tiene salud” (E.01, E.02, E.07, E.09).
	“Yo me siento bien, es buena” (E.03)	
	“Buena, ahora sí, me encontraba mal antes, pero ahora bien, pensaba mal, estaba asustada (E.15).	
	“Buena, porque me encuentro bien” (E.24).	
<b>Amor</b>	“Buena, porque en casa hay amor” (E01).	
<b>Autonomía</b>	“Buena, porque puedo valerme por mi misma” (E.10).	
<b>Apoyo familiar</b>	“Buena, porque me encuentro apoyado por todos los hijos” (E.22), “Buena, porque estoy cuidado” (E.23).	
<b>Tiempo</b>		“Tener tiempo para uno mismo” (E.08, E.10).
		“Poder salir con los amigos y pareja” (E.11).

Tabla 2: Factores que los mayores y los cuidadores relacionan con una buena CV

los problemas psicológicos que los cuidadores relacionan con su calidad de vida son la angustia, la depresión y el estrés. Las respuestas de los mayores y cuidadores respecto a los elementos relacionados con tener una buena percepción de calidad de vida se reflejan en la tabla 2.

Si comparamos lo que consideran como calidad de vida los mayores y lo relacionamos en cómo perciben su estado actual, se observa que en las definiciones el elemento identificado con más frecuencia es la salud. En cambio, al preguntarles cómo determinan la calidad de vida actual, la adaptación a la situación actual tiene un peso importante en las respuestas. Esto explica que en la percepción de una determinada calidad de vida la capacidad de adaptación es un elemento importante a tener en cuenta.

## Discusión

Se expresa la dificultad de definir el constructo calidad de vida en los mayores y en los cuidadores informales. Entre las respuestas realizadas por los mayores entrevistados, se determina que definen el estado de salud como elemento necesario en la calidad de vida y son varios los estudios que remarcan la importancia de la salud en la valoración de la calidad de vida<sup>1,2,3,6-12</sup>. Asimismo, otros elementos mencionados por los mayores respecto a tener una buena calidad de vida son: tener relaciones sociales, tener compañía, sentirse querido y mantener buenas relaciones. Diversos estudios determinan dichos elementos como importantes en la determinación de la calidad de vida<sup>2,4,7-10,12-14</sup>.

Referente a la percepción de la calidad de vida, la mayoría expresaron tener una buena calidad de vida, siendo sólo un 7,7% (n=2) las personas mayores que dicen tener una mala calidad de vida, datos observados en otros estudios<sup>2,10</sup>. En general, observamos que las mujeres perciben mejor calidad de vida que los hombres, sin embargo la existencia de más mujeres en la muestra puede producir sesgos en dichos resultados. Además, en otro estudio se muestra lo contrario, es decir, son los hombres los que generalmente perciben mejor calidad de vida<sup>2</sup>.

Al igual que en otros países, las mujeres son las que ejercen como cuidadoras, además muchas veces no perciben el nivel de sobrecarga real<sup>12,15-18</sup>. Al determinar la percepción de calidad de vida de los cuidadores, la respuesta más frecuente fue la de una buena calidad de vida. Si comparamos los resultados con el estudio de

Pérez (2006)<sup>19</sup>, observamos la misma tendencia. Algunos estudios también destacan como elementos relacionados con la percepción de una determinada calidad de vida: la falta de tiempo libre, la percepción de un mal estado de salud físico y psíquico, el tener una red de apoyo social, el tener relaciones familiares satisfactorias, el contar con amor y afecto y el estar satisfecho con el ambiente familiar<sup>19,21</sup>. En un estudio del IMSERSO (2005), se muestra que los elementos que más han modificado la vida del cuidador familiar son los aspectos relacionados con el ocio y tiempo libre para ellos mismos y el tiempo para conciliar su vida familiar<sup>22</sup>. Algunos estudios destacan que es importante para los cuidadores tener servicios de apoyo o descanso para evitar las sobrecarga de cuidados<sup>15,23</sup>.

Relacionamos la adaptación al rol social de las personas mayores dependientes según la perspectiva de rol del funcionalismo de Parsons<sup>24</sup> y según la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry<sup>25</sup>, que constata que el mayor se aleja poco a poco de la vida social y la sociedad también le ofrece cada vez menos posibilidades. De modo que no se contempla la necesidad de establecer contactos sociales a partir de cierta edad, ni por parte de los mayores ni por parte de la sociedad y por ello se adaptan a la situación que tienen. Respecto al cuidador, pensamos que dicha conciliación o adaptación se debe al rol y socialización que las mujeres de las generaciones implicadas en este estudio tienen respecto a su condición de cuidadoras. Por ello, ubicamos dichos resultados en la perspectiva teórica del funcionalismo de Parsons, que relaciona la socialización con la adquisición de determinados roles sociales, en este caso el de cuidadora. Las limitaciones del estudio son principalmente que el tamaño de la muestra no es representativa como ocurre con los estudios cualitativos y que el estudio incluye solamente a personas dependientes que son atendidas por los servicios públicos de salud de la ciudad, quedando por estudiar los pacientes que son atendidos por servicios privados. Otra limitación es que al ser la mayoría cuidadoras no permite ver cómo viven esta realidad los hombres que realizan los cuidados.

## Conclusiones

Las definiciones de calidad de vida son muy similares en las personas mayores y sus cuidadores, aunque se destaca que en los cuidadores el tener tiempo libre es importante.

La salud es un elemento clave en las definiciones y percepciones de la calidad de vida de las personas mayores y cuidadores, pero no el único.

La adaptación es muy importante para conseguir el bienestar.

La socialización del rol de cuidadora ayuda en la aceptación de ser cuidador y percibir una mejor calidad de vida, sin embargo ello hace que no expresen sus necesidades.

### Aplicabilidad

El proporcionar ayuda a los cuidadores informales fomentando su autocuidado y sus espacios de respiro y tiempo libre puede ayudar a vivir con menos sobrecarga a estos cuidadores; para ello debe incluirse como estrategia clave en los planes de salud y atención primaria y domiciliaria, informando y creando los recursos sociales necesarios.

### Bibliografía

- Lucas, R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ediciones Ergon, 1998.
- Fundació Viure i Conviure. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. Barcelona: Caixa Catalunya. Obra Social, 2006.
- Walker A. Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. *Rev Española Geriatr Gerontol.* 2004; 39(3):8-17.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998) Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *Colegio Oficial de Psicólogos* 1998; 2. (1):57-65.
- Sequeira, C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa, Portugal: Lidel, 2010.
- Fernández-Ballesteros, R; Zamarrón, M.D; Maciá, A. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. IMSERSO, 1996.
- Fernández-Ballesteros, R. Calidad de vida ¿es un concepto psicológico? *Rev Española Geriatr Gerontol* 2004; 39(3):18-22.
- Sastre, MJ; Nyssen, JM; Furio, D; Durán, MC; Garrido, B; Toledo, A, "et al". Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España. Opiniones y actitudes. 47. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2003.
- Yanguas, JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO, 2006.
- Fernández-Mayoralas, G; Rojo, F; Prieto, ME; León, B; Martínez, P; Forjaz, J. "et al". El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. 2007. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>. [acceso 1 jul 2009].
- Puig, M. Cuidados y Calidad de vida en Vilafranca del Penedès: Los mayores de 75 años o más, atendidos por el servicio de atención domiciliaria y sus cuidadores familiares. [tesis doctoral]. Barcelona: Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Barcelona, 2009.
- Puig, M; Rodriguez, N; Lluch-Canut, MT; Moreno, C; Roldán, J; Montesó, P. Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015; (14):9-14. Disponible en: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000300002&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300002&lng=pt) [acceso 11.3.2016].
- Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowling LM, Evans O, Fleissig A, "et al". Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Human Develop* 2003; 56(4):269-306.
- Melo R, Rua M, Vilaça de Brito, C. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Referência* 2014; 4(2):143-151.
- Cruz D. C. M, Loureiro H. A. M, Silva M. A. N. C. G. M. M, Fernandes M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência* 2010; 3(2), 127-136.
- van Ryn M, Sanders S, Kahn K, van Houtven C, Griffin J. M, Martin M, "et al". Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? *Psycho-Oncology*. 2011; 20(1), 44-52.
- American Association of Retired Persons. Caregiving and long term care. Disponible en <[www.research.aarp.org/health](http://www.research.aarp.org/health)> [acceso: 22.03.2012].
- Vaqui Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* 2010; 2, 9-16.
- Pérez, A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [tesis doctoral]. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, 2006.
- Carretero, S; Garcés, J; Ródenas, F.J; Sanjosé, V. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes, Análisis y propuestas de intervención psicosocial, Políticas de Bienestar Social. Valencia: Tirant lo Blanc, 2006.
- Crespo, M; López, J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa. Madrid. IMSERSO, 2007.
- IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: El entorno familiar. Colección Estudios Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO, 2005.
- Sotto Mayor M, Leite M. Implicações psicológicas da experiência informal de cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2011; 5,37-44.
- Parsons, T. El sistema Social. Madrid: Alianza, 1999.
- Cummings, E; Henry, W. Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books, 1961.



# Estrategias para mejorar la calidad de vida laboral: la perspectiva de las enfermeras

Strategies to Improve Quality of Working Life: The Perspective of Nurses

Alberto Granero-Lázaro<sup>1</sup>, Josep M Blanch-Ribas<sup>2</sup>, Juan Francisco Roldán-Merino<sup>3</sup>,  
Anna Maria Escayola-Maranges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental. Parc Taulí Hospital Universitario. Sabadell, España.

<sup>2</sup>Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona, España.

<sup>3</sup>Escuela Universitaria de Enfermería Sant Joan de Déu. Campus Docente Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona (UB). Barcelona, España.

Contacto: albertgranerolazaro@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2017 / Fecha de aceptación: 15 de julio de 2017

## Resumen

**Objetivo principal:** Explorar los aspectos que mejorarían la calidad de vida laboral (CVL) desde la visión enfermera.

**Metodología:** El diseño fue descriptivo y transversal. La muestra fue aleatoria y participaron 1760 enfermeras de la provincia de Barcelona. Se realizó un análisis cualitativo de contenido, de tipo exploratorio descriptivo, sobre los aspectos que mejorarían la CVL según las enfermeras.

**Resultados principales:** Las enfermeras opinaron que aumentarían su CVL si mejoran las condiciones de trabajo (CT) destacando entre otros aspectos el entorno, la prevención de riesgos, el respeto, el reconocimiento, la contratación, la conciliación, el tiempo de trabajo, la retribución, la carga y organización del trabajo, el ratio enfermera/paciente, la autonomía, la participación, el liderazgo, el desarrollo y la promoción profesional.

**Conclusión principal:** Las expectativas de mejora de la CVL son individuales, están asociadas a la mejora de las CT y relacionadas con las condiciones laborales, profesionales y personales de cada enfermera.

**Palabras clave:** enfermeras, condiciones de trabajo, calidad de vida laboral, estrés psicológico, agotamiento profesional, satisfacción laboral, insatisfacción laboral, bienestar laboral, malestar laboral.

## Abstract

**Objective:** To explore the nurses' perspective of the aspects that would improve the quality of working life (QWL).

**Methods:** It was a descriptive and transversal design. The sample was randomized and 1760 nurses participated all over the province of Barcelona. A qualitative, descriptive exploratory analysis of the content was done of the aspects that would enhance the QWL in the nurses' opinion.

**Results:** Nurses felt that would increase their QWL the improvement of working conditions (WC) highlighting the environment, prevention of occupational hazards, respect, recognition, recruitment, conciliation, schedules, pay, workload, work organization, the nurse/patient ratio, autonomy, participation, leadership, professional development and promotion.

**Conclusions:** The expectations of improving the QWL are individual, are associated to improve WC and related to labour, professional and personal conditions of each nurse.

**Keywords:** nurses, working conditions, quality of life, stress psychological, burnout professional, job satisfaction, job dissatisfaction, labour welfare, labour malaise.

## Introducción

Las condiciones de trabajo (CT) donde se desarrolla la actividad y las relaciones laborales son determinantes para evaluar la calidad de vida laboral<sup>1</sup> (CVL). En el pasado se habló más desde una perspectiva negativa,

utilizando términos como insatisfacción, estrés y *burnout*, pero desde hace años se habla más de prevención de riesgos psicosociales, bienestar laboral y CVL. Este cambio está amparado por la Ley 31/1995 de 8 noviembre de Prevención de Riesgos Laborales<sup>2</sup>, que hizo que las organizaciones empezaran a realizar eva-

luaciones de los riesgos psicosociales y a implementar intervenciones dirigidas a minimizarlos y a mejorar el bienestar laboral de los profesionales.

Sin embargo, el contexto socioeconómico y político de la última década no ha sido favorable para la implementación de estas intervenciones en el entorno sanitario. El incremento de los costes en salud, el aumento de las expectativas respecto a la sanidad, los avances tecnológicos, la crisis económica, los cambios en las políticas de financiación y de seguridad de los pacientes son factores que han determinado la necesidad de transformación de las organizaciones sanitarias<sup>3,4</sup>, para ser más ágiles y rentables, contener el gasto, contratar y retener profesionales excelentes, dar respuesta a las necesidades de los pacientes, mejorar la seguridad y la calidad asistencial y ser más eficientes. Algunos de éstos cambios han empeorado las CT, que comportan altos niveles de atención y concentración, elevada responsabilidad, sobrecarga y largos y desordenados horarios y turnos, situaciones que han contribuido a que los riesgos psicosociales en el entorno laboral estén más presentes<sup>5,6,7</sup>.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)<sup>8</sup> y autores como Lavoie<sup>9</sup>, Jourdain<sup>9</sup>, Cortese<sup>10</sup>, Appelbaum<sup>11</sup>, Riahi<sup>12</sup>, Arteman<sup>13</sup> o Purcell<sup>14</sup> han considerado entre los factores de riesgo psicosocial las condiciones ambientales (iluminación, ruido, temperatura, etc.) y los factores relacionados con la organización y la gestión del trabajo (descansos, horario, turnos, tareas, ritmo, monotonía, autonomía, formación, responsabilidad, desempeño del rol, comunicación, estilo de mando, participación en las decisiones, soporte de los gestores, competencia, carga mental y física, relaciones interpersonales, condiciones de empleo y desarrollo profesional). La coexistencia y persistencia de determinados factores de riesgo pueden sobrepasar la capacidad de afrontamiento de la persona generándole situaciones de malestar, estrés, insatisfacción, *burnout* o alteraciones de la salud física y mental<sup>6,13,15</sup> que ponen en peligro el sentido del trabajo, el bienestar laboral y la CVL.

Estudios como el de Villalobos<sup>16</sup> han evidenciado la relación entre los riesgos psicosociales y el incremento de procesos mórbidos en los trabajadores, las bajas y el absentismo laboral<sup>17</sup>. Letvak<sup>18</sup> y Aiken<sup>3,15</sup>, han relacionado la salud de los profesionales con la calidad del cuidado, observando que los profesionales con problemas de salud tienen menor rendimiento, provocan cansancio en los compañeros y dan una atención de

peor calidad. El nivel de satisfacción profesional y el entorno laboral también se han relacionado con la calidad de los servicios sanitarios<sup>15</sup>, evidenciándose que los profesionales con satisfacción alta dan un servicio de mayor calidad y son más resolutivos frente a las necesidades de salud de la población<sup>19,21</sup>. En los hospitales magnéticos, en los que los entornos son favorables en general para todos los profesionales y en particular para las enfermeras, que pueden poner en práctica sus conocimientos y experiencia clínica, el riesgo de *burnout* e insatisfacción laboral es menor, hay mejores cuidados y resultados en los pacientes, siendo menor la intención de abandonar la profesión<sup>22</sup>.

Seis años después del inicio de la crisis, los cambios en el entorno sanitario han llevado a unas CT difíciles para las enfermeras, observándose situaciones de malestar, insatisfacción, estrés, *burnout* y enfermedad. En este contexto nos planteamos explorar qué aspectos mejorarían la CVL desde el punto de vista de las enfermeras.

## Metodología

El presente estudio forma parte de la investigación “Calidad de vida laboral de las enfermeras: evaluación y propuestas de mejora”, que tiene como objetivos evaluar la CVL de las enfermeras de la provincia de Barcelona e identificar las acciones de mejora. El diseño fue descriptivo y transversal. La población fueron las enfermeras de la provincia de Barcelona en activo en junio de 2014. El tamaño de la muestra estimada fue de 1744 enfermeras para una población finita de 32 463, con una precisión del 3 %, un intervalo de confianza del 99 % y una proporción esperada del 50 %. La muestra estuvo compuesta por 1760 enfermeras que estaban en disposición activa para el trabajo entre el 12 de julio de 2014 y el 15 de enero de 2015. La técnica de muestreo fue no probabilística y consecutiva. La captación de los participantes fue mediante una nota informativa, que fue difundida a través de los canales de comunicación del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, que informaba a las enfermeras sobre la investigación y les daba acceso a un formulario *on-line* que recogía las respuestas y las almacenaba en la base de datos de la investigación. De las 1792 respuestas recibidas fueron excluidas 32 (16 por duplicación, 3 por no ejercer de enfermeras y 13 por no trabajar en la provincia de Barcelona). El instrumento utilizado en la investigación recogió información sobre datos sociodemográficos y laborales, medidas de contención del gasto, CT, bienestar laboral,

*burnout, engagement*, adecuación del tiempo de trabajo, significado del trabajo, impacto positivo y negativo del trabajo y acciones de mejora de la CVL.

El presente estudio da respuesta a uno de los objetivos específicos de la investigación, dando a conocer los aspectos que según la opinión de las enfermeras mejorarían su CVL. Para definir el perfil de la muestra se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y laborales de las participantes a partir de la información obtenida en 12 preguntas de respuesta cerrada, incluidas en el instrumento de investigación; los datos fueron analizados mediante el programa SPSS Statistics 23 y fueron expresados en forma de porcentajes. Para conocer los aspectos que

mejorarían la CVL desde la perspectiva de las enfermeras, se realizó un análisis cualitativo de contenido, de tipo exploratorio-descriptivo, a partir de la información obtenida en la pregunta: “¿Qué considera que se podría hacer para mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras?”. Esta pregunta, que formaba parte del instrumento de trabajo, tenía un campo abierto donde las participantes respondían sin tener límite de caracteres. La información obtenida se codificó por categorías y éstas se agruparon en áreas temáticas (tabla 1). En el proceso de análisis se realizó una triangulación de investigadores, donde dos de ellos leyeron individualmente las respuestas, codificaron y categorizaron los datos y finalmente los pusieron en común. La información obtenida llegó a la saturación de los datos.

---

#### **Organización, entorno material y prevención de riesgos**

Entorno físico (instalaciones, equipamientos, recursos materiales y técnicos).  
Riesgos laborales.

---

#### **Organización y entorno social**

Apoyo y respeto profesional en el equipo de trabajo.  
Reconocimiento social y laboral.

---

#### **Organización y método: regulación**

Calidad del contrato laboral.  
Conciliación del trabajo con la vida familiar y social.  
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)  
Retribución económica.  
Carga de trabajo.  
Organización general del trabajo.  
Ratio enfermera/paciente.

---

#### **Organización y método: desarrollo**

Apoyo recibido desde la institución y por el personal directivo.  
Reconocimiento laboral (institución y equipo directivo).  
Autonomía en la toma de decisiones profesionales.  
Participación en las decisiones clínicas y de la organización.  
Liderazgo.  
Promoción profesional.  
Desarrollo y carrera profesional.

---

Tabla 1: Áreas y Categorías temáticas del análisis cualitativo de contenido.

La investigación fue aprobada para su desarrollo por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona. Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes: se informó antes de la participa-

ción sobre el objetivo de la investigación y el uso científico que se haría de la información; la participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

## Resultados

La muestra se caracterizó por ser predominantemente mujeres (85,9%), con una edad media de 41,9 años (DE 10,4) y graduadas hacia 18,3 años (DE 10,8). Mayoritariamente participaron enfermeras generalistas (95,5%), empleadas en centros de carácter mixto (57,7%) y público (32,7%), con un contrato estable (56,8% fijo y 16,2% funcionario/estatutario), tenían una antigüedad media de 13,5 años (DE 10,0), trabajaban a jornada completa (76,1%), habían estado contratadas todo el último año (86,5%) y desarrollaban su trabajo en el ámbito asistencial (81%), en un hospital (53,3%) y en un turno diurno (80,5%).

Un 99,43% respondieron la pregunta planteada y opinaron sobre aspectos que mejorarían las CT y la CVL. Una enfermera decía: “No creo que haya una sola medida que pueda mejorar la calidad de vida laboral de las enfermeras, las expectativas son individuales y los puestos de trabajo también” (E-73). A continuación se muestran los aspectos manifestados, aglutinados en cuatro áreas temáticas (tabla 1) que relacionan la organización con: el entorno material y la prevención de riesgos, el entorno social, el método –regulación– y el método –desarrollo–.

En el área de organización, entorno material y prevención de riesgos, opinaron que el entorno físico requería una adecuación de las instalaciones, los equipamientos y los recursos materiales y técnicos, aspectos que mejorarían la organización, los cuidados, la seguridad, el confort, la eficacia, la eficiencia y la calidad. También identificaron situaciones de riesgo laboral como la carga, la sobrecarga y la presión laboral, la tensión y el estrés, el cansancio y el agotamiento, el desgaste, la despersonalización, la desmotivación, la insatisfacción, los abusos de poder, el *burnout* y el *mobbing*. Expresaron situaciones de riesgo como: “Ir a trabajar a golpe de teléfono es algo que quema mucho y que hace que vivas un poco sólo por el trabajo” (E-456), “No estamos bien tratadas, hacemos de todo para todos, cada día nos ponen más trabajo por lo mismo o por menos y sin recompensa ninguna...” (E-1645) o “... como un número que te pueden utilizar para ir de arriba a abajo sin tener en cuenta el estrés de tener que asumir servicios que no conoces y eso día a día” (E-915). Ante las situaciones de riesgo vividas, propusieron acciones para prevenirlas, corregirlas o minimizarlas, entre ellas, cabe destacar: tener recursos adecuados que facilitaran e hicieran el trabajo más eficiente; disminuir el ratio de pacientes por enfermera; mejorar

la comunicación, el respeto, el reconocimiento y el apoyo desde la dirección y los mandos intermedios; valorar periódicamente la satisfacción laboral; disponer de espacios de relax; tener soporte emocional para canalizar las emociones; ubicar a los profesionales de mayor edad o con problemas de salud en puestos de trabajo adecuados; aplicar medidas de conciliación; y avanzar la edad de prejubilación y de jubilación.

En el área de organización y entorno social, refirieron que eran “profesionales formados y muy valiosos para la atención y el desarrollo habitual en cualquier ámbito sanitario” (E-153), a las que se debería reconocer las “competencias y valor profesional” (E-154) que aportaban, “la responsabilidad” (E-802) que asumían y “el esfuerzo y el trabajo realizado día a día” (E-38). Sin embargo, percibían una falta de apoyo, valoración, respeto y reconocimiento de los compañeros, fundamentalmente médicos, pero también de la institución y del personal directivo como veremos más adelante. En relación a los compañeros opinaron que deberían reconocer el trabajo que desempeñan dentro del equipo. También afloró la percepción de falta de reconocimiento social de los políticos, de los ciudadanos, de los usuarios y de los familiares, considerando que era necesario que se diera más visibilidad y reconocimiento social a su trabajo. Una enfermera proponía: “Enseñar a la población que también existimos y no somos apéndices del médico” (E-1637).

En el área de organización y método –regulación–, opinaron respecto a la calidad del contrato laboral valorando que había precariedad laboral, determinada en parte por la temporalidad y la corta duración de los contratos. Una enfermera verbalizaba: “La calidad en la contratación en nuestro sector es pésima, con contratos temporales, en muchos casos de días, incluso horas sueltas, conllevando una gran incertidumbre y dificultad para sobrellevar una vida normal al no poder planificar tus actividades por tener que estar pendiente siempre de una llamada telefónica” (E-1043). Situaciones como esta les generaba incertidumbre, inestabilidad (por la falta de continuidad laboral y por los cambios de ámbito y de turno), dificultad para la conciliación e inseguridad, que una enfermera refería diciendo: “No sabes si trabajarás un mínimo para poder pagar los gastos” (E-456). Opinaron que si la contratación tuviera continuidad y estabilidad mejoraría su seguridad, su conciliación y su CVL. También propusieron para mejorar la conciliación “horarios más estables” (E-502), “turnos que permitieran mayor conciliación” (E-919), “facilitar la flexibilidad horaria” (E-197), “más

fin de semana y festivos con la familia” (E-632), “más días de libre disposición” (E-383) y “mejores contratos” (E-1059).

En relación al tiempo de trabajo, propusieron disminuir la jornada laboral anual y aumentar los días de fiesta hasta recuperar las condiciones previas a la crisis.

Las enfermeras opinaron que la retribución económica había de ser digna, justa y acorde al nivel de formación, especialización, competencias y responsabilidades. También había de reconocer el trabajo desarrollado, las cargas asumidas, los riesgos existentes y la productividad. Sin embargo muchas participantes expresaron desacuerdo con la retribución y pérdidas retributivas durante la crisis que expresaban diciendo: “Cada vez tenemos más trabajo, lo tenemos que realizar en peores condiciones y encima estamos cobrando menos...” (E-1722). Algunas de las propuestas planteadas fueron la recuperación de las pérdidas y la equiparación retributiva entre centros, con profesionales con titulaciones del mismo nivel y con enfermeras europeas.

La presión, la carga, la sobrecarga y el desajuste entre tiempo y actividad, son términos que los relacionaron con el bajo ratio enfermera/paciente pero también con una organización inadecuada del trabajo. La presión asistencial la asociaron al cierre de camas hospitalarias, al déficit de personal, a la mayor complejidad de pacientes y a las demandas o exigencias de pacientes, familiares, médicos y dirección. La carga y la sobrecarga la relacionaron con la mayor complejidad y dependencia de los pacientes, el déficit de personal, la ausencia o no idoneidad de los recursos materiales disponibles y la organización inadecuada del trabajo, aspectos que una enfermera expresaba diciendo: “En estos momentos se está trabajando con mucha carga asistencial provocada por los recortes, la comorbilidad y el envejecimiento de la población y esto cada vez irá a más. Se debería intentar repartir las cargas asistenciales...” (E-1143). El tiempo disponible y la actividad a desarrollar lo asociaron a la necesidad de hacer el trabajo pudiendo atender, escuchar, visitar, acompañar y dar cuidados integrales a los pacientes, así como realizar actividades no asistenciales vinculadas a la profesión. Para mejorar estas situaciones propusieron analizar y redistribuir las cargas, medir los tiempos de ejecución de las tareas, así como adecuar el ratio enfermera/paciente a la actividad, al tiempo necesario para desarrollarla, a la complejidad de los pacientes y a la carga asistencial.

“Tener más tiempo para atender los pacientes y no tener una visita cada 10 minutos o una sola enfermera llevar 15-20 pacientes a la vez” (E-835) es lo que mejoraría la CVL para esta enfermera y para otras que asociaron la CVL con el ratio enfermera/paciente considerando que mejoraría si se dejara de recortar personal, se sustituyeran las ausencias y se aumentara el personal. Opinaron que mejorar el ratio les permitiría disminuir la carga y la presión asistencial, desarrollar el rol autónomo y de colaboración, dedicar más tiempo a cada paciente, dar una atención y cuidados personalizados, mejorar la seguridad y la calidad asistencial, trabajar con menos estrés y prevenir el desgaste personal.

En el área de organización y método –desarrollo–, manifestaron falta de apoyo, respeto, valoración y reconocimiento desde la institución, la gerencia, la dirección y los mandos intermedios. Una enfermera afirmaba: “... se debe valorar el trabajo que desempeñamos tanto por parte del usuario como de la institución. Eres un número y tu situación personal no cuenta. No se valora los sacrificios que puedas hacer por la empresa” (E-1191) y otra decía que le gustaría “sentirse más valorada por la organización y que se promueva tu participación e implicación en el servicio” (E-1371). En general opinaron que sería necesario que: las organizaciones valoraran más su trabajo y las trataran mejor; la gerencia apoyara el proyecto y el liderazgo de las enfermeras; la dirección las escuchara, valorara, diera respuesta a los problemas, las hiciera participar en las decisiones, las apoyara, las motivara y fomentara su desarrollo profesional; y los mandos intermedios las escucharan, las ayudaran y las apoyaran. Sentirse apoyadas, valoradas, respetadas y reconocidas mejoraría su CVL.

Una enfermera demandaba “mayor autonomía en la toma de decisiones en relación a la organización del trabajo y la asistencia...” (E-1160) y en general opinaron que era necesario aumentar la autonomía en el desarrollo de su propio rol y competencias, pero también en la gestión, la organización, la distribución del trabajo y la toma de decisiones. Propusieron empoderar a las enfermeras y recuperar el liderazgo perdido, su capacidad de organización y de gestión de los cuidados.

En la participación de las enfermeras en las decisiones organizativas y clínicas, consideraron que los líderes enfermeros habían de participar en los órganos de decisión y las enfermeras en las decisiones asistenciales y en la propia organización, planificación y método

de trabajo. Pidieron que la dirección las informara, las hiciera partícipes de los proyectos y tuviera en cuenta su opinión antes de aplicar cambios. Una enfermera decía: “Que seamos escuchadas por las personas que nos pueden facilitar las mejoras en el trabajo y que nos dejen hacer los cuidados más personalizados y según las necesidades de cada paciente” (E-448).

En relación al liderazgo, opinaron que la organización, la gestión, la planificación, la participación, la implicación y la toma de decisiones de las enfermeras habían de mejorarse. Consideraban que las organizaciones habían de estar menos burocratizadas y estar lideradas por personal sanitario competente, comprometido y con experiencia asistencial, debiéndose revisar los cargos de gestión periódicamente y valorar su continuidad o sustitución. Las direcciones enfermeras habían de tener liderazgo y proyecto enfermero y en los organigramas tenían que estar al mismo nivel y con el mismo poder de decisión que los médicos. Las enfermeras gestoras habían de ser líderes profesionalizadas y competentes, formadas y con conocimiento de la profesión, tener habilidades comunicativas y actitudes idóneas, estar implicadas en el proyecto, ejercer un liderazgo personalizado y de buen trato, así como tener poder de decisión. Una enfermera afirmaba: “Es necesario un liderazgo de la dirección enfermera, con un proyecto respetado y apoyado por la dirección general y otras categorías profesionales, liderado por los mandos intermedios y en el que las enfermeras se impliquen y participen activamente” (E-1).

Las participantes opinaron de la promoción profesional que habría de: mejorarse las oportunidades y la accesibilidad; ser objetiva, equitativa y justa; valorar las competencias, la antigüedad y “facilitar la promoción dentro del servicio en función de las capacidades y la formación del profesional” (E-737); dar oportunidades de mejora laboral y de desarrollo profesional. En relación al desarrollo profesional, opinaron que se habría de: definir una carrera profesional única para todo el colectivo; introducir, mejorar o valorar más la carrera profesional y ayudar a los profesionales a poder avanzar en ella; regular distintas categorías en relación a los niveles de carrera profesional; introducir en los niveles elementos de cambio e incentivación y actividades o competencias de mayor responsabilidad; e incluir la formación, docencia e investigación dentro de la jornada laboral.

## Discusión

Muchos de los resultados de este estudio, como veremos a continuación, están presentes en otras investigaciones. Los déficits identificados en las CT, relacionados con la carga, la autonomía, la participación, las condiciones de empleo y el desarrollo profesional, entre otros aspectos, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)<sup>8</sup> y diferentes autores<sup>5,9-14</sup> los han considerado factores de riesgo laboral que pueden llevar a situaciones de malestar, insatisfacción, estrés, *burnout* y enfermedad. Aspectos como el desacuerdo con la retribución, la promoción, el liderazgo, la organización del trabajo, los compañeros de trabajo y la comunicación, autores como Panagiotis<sup>23</sup> y Masum<sup>24</sup> los han asociado a insatisfacción. Otros autores han considerado como causas de malestar, estrés e insatisfacción situaciones como la falta de personal, el poco reconocimiento entre médicos y enfermeras<sup>17,25</sup>, la falta de reconocimiento de la institución y los conflictos en el lugar de trabajo<sup>26</sup>, la falta de soporte del equipo de trabajo, los contratos laborales irregulares, el aumento de las cargas asistenciales, la fatiga psicológica<sup>5,11-14</sup>, la precariedad en la contratación, la inseguridad<sup>11,12,14</sup>, la excesiva exigencia emocional y el desequilibrio entre la vida profesional, personal y familiar<sup>10,27</sup>. Autores como Aiken han afirmado que pueden generar estrés crónico, *burnout*, insatisfacción profesional y abandono de la profesión<sup>15</sup>. Las CT asociadas a conflictos interpersonales, las dificultades en las relaciones entre médicos y enfermeras, la falta de autonomía y autoridad en la toma de decisiones y la indefinición del papel profesional.

También hay estudios que han evidenciado los efectos beneficiosos que generan unas CT óptimas y que se corresponden con algunas de las acciones de mejora propuestas por las participantes. Autores como Lashinger<sup>28</sup> han mostrado que el ejercicio de un buen liderazgo, realizado desde la transparencia, con buena comunicación, con soporte a los profesionales y con recursos para el trabajo y para la formación, conlleva un mayor compromiso de los trabajadores y lleva a una mejor relación en los equipos, aumentando la satisfacción laboral y la productividad. Otros estudios han mostrado que las enfermeras que aplican sus habilidades en el trabajo, desarrollándolo autónomamente y evaluándolo, tienen mayor empoderamiento y una actitud más positiva respecto al trabajo, mayor satisfacción laboral y presentan menos ansiedad<sup>29</sup>. Autores como Kutney-Lee<sup>22</sup> han afirmado que en los hospitales magnéticos hay mejores cuidados y resultados en los pacientes.

## Conclusiones

La percepción de las enfermeras es que su CVL aumentaría si mejoraran las CT relacionadas con el entorno físico y material, la prevención de riesgos laborales, el reconocimiento, la contratación, la conciliación, el tiempo de trabajo, la retribución, la carga y la organización del trabajo, el ratio enfermera/paciente, la autonomía, la participación, el liderazgo, el desarrollo y la promoción profesional. Los resultados obtenidos permiten concluir que las expectativas de mejora de la CVL son individuales y parecen estar asociadas a condiciones laborales, profesionales y personales de cada enfermera.

Es necesario que las organizaciones implementen acciones dirigidas a mejorar las CT y a conseguir un entorno laboral confortable, que como ya se ha evidenciado en diferentes estudios<sup>3,15</sup> además de repercutir positivamente en el bienestar y la satisfacción de las enfermeras, también conllevará una mejora en la calidad de la atención, en la seguridad y la satisfacción de los pacientes, así como en los resultados de salud de la población.

## Bibliografía

- Blanch JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2010; 26 (3): 175-189.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 269, (10 de noviembre de 1995). [citado 4 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012; 344: e1717. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717> [citado 8 May 2016]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>.
- Ochoa P, Blanch JM. Work, malaise, and well-being in Spanish and Latin-American doctors. *Rev Saúde Pública* 2016; 50: 21. Doi: 10.1590/S1518-8787.201605000600 [citado 13 sep 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-8787201605000600.pdf>
- Lavoie-Tremblay M, Bonin JP, Lesage A, Bonneville-Roussy A, Lavigne G, Laroche D. Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *The health care manager* 2010; 20 (4): 293-304. doi: 10.1097/HCM.0b013e3181fa022e.
- Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Teoría y práctica. [Monografía en Internet]. Valencia: Psicología on line. Formación, autoayuda y consejo on line. [citado 13 sep 2016]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>
- Sánchez-Anguita A. Salud Laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción. Salamanca: Amarú Ediciones; 2006.
- Cuenca R. Introducción a la prevención de riesgos laborales de origen psicosocial. Documento divulgativo. INSHT. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 1996.
- Jourdain G, Chênevert D. Job-demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47 (6): 709-22. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007. PubMed PMID: 20138278
- Cortese C, Colombo L, Ghislieri C. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *J Nurs Manag* 2010; 18(1): 35-43. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01064.x. PubMed PMID: 20465727.
- Appelbaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction and turnover intention. *J Nurs Adm*. 2010; 40 (7-8): 323-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e9393b. PubMed PMID: 20661062.
- Riahi S. Role stress amongst nurses at the workplace; concept analysis. *J Nurs Manag*. 2011; 19(6): 721-31. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x. Epub 2011 Aug 10. PubMed PMID: 21899625
- Arterman A, Colom J, Gabilondo A, Massachs E. La salut i el benestar dels professionals sanitaris en l'entorn laboral. Guia de bones pràctiques per a institucions, equips i professionals. [Monografía en internet] Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut pública de Catalunya; 2012. [Citado el 13 sep 2016] disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Drogues/Destacats/Arxiu/Guia%20Salut%20i%20benestar.pdf>
- Purcell S, Kutash M, Cobb S. The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *J Nurs Manag*. 2011. 19(6): 714-20. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01262.x. PubMed PMID: 21899624.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-93.
- Villalobos GH. Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. Ciencia y Trabajo. [Internet] 2004 Oct-Dic [Citado 13 sep 2016]: 6(14): 197-201 [aprox. 4p.]. Disponible en: [http://www.huila.gov.co/documentos/V/vigilancia\\_epidem\\_psicosociales.pdf](http://www.huila.gov.co/documentos/V/vigilancia_epidem_psicosociales.pdf)
- Pipe TB, Buchda V, Launder S, Hudak B, Hulvey L, Karns K et al. Building personal and professional resources of resilience and agility in the healthcare workplace. *Stress Health*. 2012; 28: 11-22. doi: 10.1002/smi.1396. PubMed PMID: 22259154.
- Letvak S, Ruhm C, Lane S. The impact of nurses' health on productivity and quality of care. *J Nur Adm*. 2011; 41(4): 162-7. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181218516. PubMed PMID: 21430464
- Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Burgos A, Aguinaga I. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2013 May-Ago [Citado 13 sep 2016]; 36(2): 253-62 [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n2/original6.pdf>
- Bullich-Marin I, Miralles-Bassedá R, Torres-Egea P, Planas-Campmany C, Juve-Udina ME. Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña. *Rev. Esp. Gerontol*. Jun 2016; 51(3). doi: 10.1016/j.regg.2015.10.009. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.009>
- Kilánska D, Gorzkowicz B, Sienkiewicz Z, Lewandowska M, Dominiak I, Bielecki W. Evaluation of chosen determinants of the positive practice environments (PPE) at polish nursing wards. *Med Pr* 2016; 67(1): 11-9. doi: 10.13075/mp.5893.00225. PubMed PMID: 27044715.
- Kutney-Lee A, Solane DM, Cimiotti JP, Quin LW, Aiken LH. Changes in Patient and Nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. *Med Care*. Jun 2015; 53(6): 550-557. doi: 10.1097/MRL.0000000000000355. PubMed PMID: 25906016. Pub Med Central PMCID: PMC4431919.

23. Panagiotis I, Katsilakavili V, Galanis P, Velonakis E, Papadatoï D, Sourtzi P. Impact of Job satisfaction on Greek nurses' Health-related Quality of life. *Saf Health Work*. [Internet] 2015 Dec [Cita-do 13 sep 2016];6(4):324-8 à approx. 4 pa.]. doi: 10.1016/j.shaw.2015.07.010. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791115000669>
24. Masum AKM, Azad MAK, Hoque KE, Beh L-S, Wanke P, Arslan Ö. Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey. *PeerJ*. 2016 Abr 4:e1896. Doi:10.7717/peerj.1896. PubMed PMID: 27168960
25. Papatthanassoglou E, Karanikola M, Kalafati M, Giannakipoulou M, Lemonidou C, Albarran J. Professional autonomy, collaborations with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care*. 2012 Mar; 21(2): 41-52. doi: 10.4037/ajcc2012205. PubMed PMID: 22381995.
26. Faler, M, Gates M. Work-related Burnout, job satisfaction, intent to leave, and nurse-assessed quality of care among travel nurses. *J Nurs Adm*. 2011 feb; 41(2): 71-7. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182059492. PubMed PMID: 21266885.
27. Larrabee J, Wu Y, Persily C, Simoni P, Johnson P, Marcischak T, et al. Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *West J Nurs Res*. 2010; 32(1): 81-102. doi: 10.1177/0193945909343293. PubMed PMID: 19915204.
28. Laschinger H, Wong CA, Grau AL. Authentic leadership, empowerment and burnout: comparison in new graduates and experienced nurses. *J Nurs Manag*. 2013 Apr;21(3):541-52. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01375.x. PubMed PMID: 23405976.
29. Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Numminen O, Isoaho H, Flinkman M, Meretoja R. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nursing*. 2016; 15-22. Doi: 10.1186/s12912-016-0143-9. PubMed PMID: 27013927. PubMed Central PMCID: PMC4806465.



# Rol de la enfermería de atención primaria en la planificación anticipada de las decisiones

Nursing Role of Primary Care in Advance Planning Decisions

**José Manuel Jiménez Rodríguez**

Servicio Andaluz de Salud. Córdoba, España.

Contacto: jose.jimenez.rodriguez.sspa@juntadeandalucia.es

Fecha de recepción: 11 de abril de 2017 / Fecha de aceptación: 15 de junio de 2017

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el conocimiento, actitud y participación de la enfermería de Atención Primaria en la planificación de la voluntad vital anticipada (VVA), e identificar factores asociados.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico. Población diana: enfermeros/as adscritos/as a 15 Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (España). Muestreo: Aleatorio simple cuya N=119. Instrumento: Cuestionario validado sobre conocimiento, actitud y planificación. Análisis estadístico: Descriptivo de los datos obtenidos.

**Resultados:** Edad media de los profesionales: 50,3 años (rango 28-63; Dt. 8,02) siendo mujeres el 71,4 %. El 80,2 % fueron propietarios y la media (años de servicio) fue 25,9 (Dt. 9,6). El 52,9 % trabajaba en ámbito rural. La puntuación media del conocimiento fue 5,4 (Dt. 2,02). El 57,1 % no había leído el documento de la VVA y el 73,9 % no había leído la guía de planificación. El 68,7 % no ubicó el registro de la VVA. Aunque una media del 9,2 (Dt. 1,29) de estos profesionales recomendaría a sus pacientes la VVA, el 90,9 % no planifica en el último año y quien planifica lo hace <2 veces. Las creencias y valores (media: 2,83; Dt. 3,76) parecen no influir.

**Conclusiones:** Pocos enfermeros planifican con el paciente la VVA, no identificándose factores independientes asociados al estudio.

*Palabras clave:* conocimiento, actitud, planificación anticipada de las decisiones, enfermería, atención primaria de salud.

## Abstract

**Objectives:** Determine the knowledge, attitude and participation of nurses in primary care planning process will advance vital, and to identify associated factors.

**Method:** Type of study: Cross-sectional multicentric study. Study population: Nurses of 15 Clinical Management Units at Cordoba-Guadalquivir Health District (Spain). Sampling: Simple random sampling of 119 workers. Tools: Validated questionnaire on knowledge, attitudes and planning. Analysis: Descriptive statistical analyses were done.

**Results:** The average age was 50.3 years professionals (range 28-63; SD. 8.02) 71.4 % being women. 80.2 % were owners and the average (years of service) was 25.9 (SD. 9.6). 52.9 % worked in rural areas. The average knowledge score was 5.4 (SD. 2.02). 57.1 % had not read the document of living will and 73.9 % had not read the planning guide. 68.7 % did not locate the registration of living will. Although an average of 9.2 (SD. 1.29) of these professionals recommend their patients the VVA, 90.9 % do not plan in the last year and who plans does <2 times. Beliefs and values (mean: 2.83; SD. 3.76) seem not influence.

**Conclusions:** Few nurses plan with the patient's life, not identified independent factors associated with the study.

*Keywords:* knowledge, attitude, advanced care directives, nursing, primary healthcare.

## Introducción

Entendemos por voluntad vital anticipada (VVA), también conocida como testamento vital o instrucción previa, a aquel instrumento que posibilita programar

las actuaciones clínicas previas a la muerte<sup>1</sup>. Manifestación expresa del consentimiento informado y el derecho a la libertad individual, permite reflejar mediante documento escrito los deseos y preferencias del paciente sobre los cuidados que desea recibir en las

etapas finales de la vida, cuando la capacidad para decidir merma hasta su extremo. Dicha VVA encuentra su origen en la sentencia del Tribunal de Minnesota (1905) y la sentencia de Nueva York (1914), quienes reconocen como derecho inherente al ser humano poder decidir respecto de qué hacer con el propio cuerpo en las etapas finales de la vida<sup>2,3</sup>. De igual modo, la sentencia del Tribunal Supremo de California (1957) con el caso de Martín Salgo, la sentencia del Tribunal Supremo de New Jersey (1976) con el caso de Karen Ann Quinlan y la sentencia dictaminada por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos (1990) con el caso de Nancy Cruzan se convierten en una declaración tácita del legítimo derecho otorgado al individuo sobre su capacidad de decidir<sup>4,5,6</sup>. Con la entrada en vigor de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, España comienza a legislar y normalizar (nacional y autonómicamente) el derecho atribuido al paciente a ser tenido en cuenta en aquellas decisiones relativas a intervenciones sanitarias que le puedan ser practicadas; entre otras, los cuidados paliativos (ver tabla 1 y 2)<sup>7</sup>. Esta ley reconoce en su artículo 11 (sobre las *instrucciones previas*) el derecho del paciente a decidir anticipadamente sobre los cuidados que desea recibir y los tratamientos de aplicación en salud, conforme al ordenamiento jurídico o *lex artis*; previamente a ella, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (suscrito en Oviedo en 1997, con entrada en vigor en el Estado español en enero del 2000) contempla la posibilidad de que cualquier persona pueda expresar sus deseos sanitarios con anterioridad a una actuación clínica<sup>8</sup>. El derecho a una intervención programada lejos de actos terapéuticos encarnizados o iatrogénicos, hacen de la VVA una alternativa en la práctica clínica a la que cualquier individuo puede acogerse, más concretamente en el transcurso de la enfermedad y los momentos finales de la vida<sup>9,10</sup>. En la comunidad autónoma de Andalucía, y por ende de la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada, dicha práctica sociosanitaria comienza a ser regulada e integrada en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) como una prestación más a la que el paciente puede optar de forma deliberada<sup>11</sup>. Desde este momento, la VVA queda bajo el amparo de los poderes públicos, la administración sanitaria, el cuerpo médico y el propio paciente; ello desde un enfoque basado en el modelo bioético y biomédico. La VVA y el proceso de muerte digna pasan a formar parte de una decisión personal y

madurada, transferible en aquellos casos donde la capacidad y la voluntad para decidir merma de un modo obstensible<sup>12</sup>. De esta forma, y gracias a la Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (art. 8 y 9), el paciente tiene garantizado el derecho al rechazo y/o retirada de una intervención, así como, el derecho a realizar la declaración de VVA<sup>13</sup> (ver tabla 3). Los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) juegan un papel de suma importancia en el desarrollo de dicha VVA y el documento que la desarrolla, el cual puede verse limitado por condicionamientos relativos al conocimiento, la actitud e implicación que estos puedan tener respecto del mismo<sup>14,15,16,17,18</sup>. Varios lustros de convivencia con la VVA nos invitan a reflexionar acerca del posicionamiento que pueda tener el profesional de la salud respecto de una práctica sanitaria extendida en todo el territorio nacional. Si centramos nuestra atención en el personal de enfermería, el Consejo Internacional de Enfermería declaró en el año 2000 que las enfermeras tienen un importante papel en la contribución de la planificación y adopción de decisiones en los servicios de salud, así como en la declaración de políticas apropiadas y eficaces, pudiendo coadyuvar a la política general pública en lo referente a factores que influyen en la salud<sup>19</sup>. Esto nos hace pensar en dichos profesionales como posibles candidatos para el desarrollo de la planificación anticipada de las decisiones desde AP<sup>20,21,22,23</sup>. Entre las competencias de estos profesionales, se encuentran algunas de tipo administrativo (planificación y control de los cuidados de enfermería, ejecución y control del cumplimiento de los principios éticos y bioéticos, etc.) como asistencial (atención al paciente terminal en los procesos de duelo y a las complicaciones derivadas de dicho proceso, etc.), que nos invitan a pensar en la tradicional asunción de un rol consolidado (basado en la asistencia y la gestión del cuidado) como garante de la participación en dicha planificación anticipada de las decisiones<sup>24,25,26,27</sup>. Ello, unido a la figura de la enfermería de gestión de casos y la visita domiciliaria de carácter anticipatorio, pueden hacer de la VVA una práctica exitosa y de calidad<sup>28</sup>. Cumpliendo con nuestro objeto de estudio e intentado dar respuesta a las exigencias planteadas, se considera necesario determinar el conocimiento, actitud y nivel de participación de este grupo de profesionales en el proceso de planificación de la VVA, así como profundizar sobre aquellas otras variables que puedan estar incidiendo en el desarrollo de la verdadera planificación anticipada de las decisiones desde el ámbito de la atención primaria de salud<sup>29</sup>.

<b>Ambito estatal</b>	<b>Normativas jurídicas existentes</b>	
<b>España</b>	IP/VVA	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<b>Ambito autonómico</b>	<b>Normas jurídicas</b>	
<b>Cataluña</b>	IP/VVA	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (Con ella, el testamento vital, al que se denomina voluntades anticipadas, tiene un estatus legal).
<b>Galicia</b>	IP/VVA	Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
<b>Aragón</b>	IP/VVA	Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas.
<b>Navarra</b>	IP/VVA	Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Ley Foral 29/2003, de 4 de abril por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (vigente hasta el 16 de noviembre de 2010).
<b>País Vasco</b>	IP/VVA	Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
<b>Andalucía</b>	IP/VVA	Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad.
<b>Comunidad Valenciana</b>	IP/VVA	Real Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunidad valenciana. Orden de 25 de febrero de 2005, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas.
<b>Madrid</b>	IP/VVA	Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales. Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.
<b>Castilla la Mancha</b>	IP/VVA	Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud.
<b>Murcia</b>	IP/VVA	Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.
<b>Cantabria</b>	IP/VVA	Orden SAN de 27/2005, de 16 de septiembre, por el que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria.
<b>La Rioja</b>	IP/VVA	Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la administración.
<b>Canarias</b>	IP/VVA	Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro.
<b>Baleares</b>	IP/VVA	Ley 1/2006 de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Decreto 58/2007, de 27 de abril, de despliegue de la ley de voluntades anticipadas y del registro de voluntades anticipadas de las Islas Baleares.
<b>Castilla León</b>	IP/VVA	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas en Castilla y León.
<b>Extremadura</b>	IP/VVA	Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del citado registro.

Tabla 1: Marco normativo nacional y autonómico sobre voluntad vital anticipada

<b>Ámbito estatal</b>	<b>Normativa reguladora del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas</b>	
<b>España</b>	Registro	Orden SOC/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado registro nacional de instrucciones previas. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal
<b>Ámbito autonómico</b>	<b>Normas jurídicas</b>	
<b>Cataluña</b>	Registro	Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.
<b>Aragón</b>	Registro	Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de organización y el funcionamiento del registro de voluntades anticipadas.
<b>Navarra</b>	Registro	Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.
<b>País Vasco</b>	Registro	Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del Gobierno Vasco, por el que se crea el registro Vasco de voluntades anticipadas. Orden de 6 de noviembre de 2003, de la Consejería de Sanidad por la que se crea el fichero de datos automatizados de datos de carácter personal denominado "registro Vasco de voluntades anticipadas" y se añade a los gestionados por el Departamento de Sanidad.
<b>Andalucía</b>	Registro	Decreto 238/2004, de 18 de mayo, regulador del registro de voluntades vitales anticipadas en Andalucía. Orden de 17 de enero de 2005, por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud. Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.
<b>Cantabria</b>	Registro	Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria. Orden SAN 28/2005, de 16 de septiembre, por el que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del registro de voluntades previas de Cantabria. Decreto 2/ 2012, de 12 de enero, por el que se modifica el decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria.
<b>Castilla la Mancha</b>	Registro	Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Orden de 31 de agosto de 2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Resolución de 8 de enero de 2008, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean nuevos puntos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha.
<b>La Rioja</b>	Registro	Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el registro de instrucciones previas de La Rioja. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
<b>Madrid</b>	Registro	Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid.
<b>Baleares</b>	Registro	Orden de la Consejería sobre la creación de ficheros de voluntades anticipadas. BOIB núm. 68 de 8 de mayo de 2007.
<b>Galicia</b>	Registro	Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
<b>Canarias</b>	Registro	Regulación recogida dentro de la norma que inspira la VVA
<b>Castilla León</b>	Registro	Regulación recogida dentro de la norma que inspira la VVA
<b>Comunidad Valenciana</b>	Registro	Regulación recogida dentro de la norma que inspira la VVA
<b>Extremadura</b>	Registro	Regulación recogida dentro de la norma que inspira la VVA
<b>Murcia</b>	Registro	Regulación recogida dentro de la norma que inspira la VVA

Tabla 2: Marco normativo nacional y autonómico sobre el registro de la voluntad vital anticipada

Ámbito territorial de aplicación	
Estatal	Norma específica
España	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Norma antecesora a las leyes autonómicas sobre <i>Voluntad Vital Anticipada</i> )
Autonómico	Norma específica
Andalucía	Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Navarra	Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
Aragón	Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
Canarias	Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
Baleares	Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.
País Vasco	Proposición de Ley, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida (26/05/2014- En curso).

Tabla 3: Marco normativo sobre muerte digna en España

## Material

Estudio observacional descriptivo transversal de tipo multicéntrico. La población de estudio utilizada queda acotada a los profesionales enfermeros/as de AP adscritos/as al Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir (Córdoba). Se tomó como referencia 15 de las 20 unidades de gestión clínica adheridas a dicho Distrito Sanitario. Se realizó un muestreo de tipo aleatorio simple cuya N=119 individuos. Se consideró como criterio de inclusión encontrarse activo y con más de un año de servicio en el SSPA durante el periodo de recogida de datos (año 2015). Durante el último trimestre del año, se administró un cuestionario previamente validado mediante panel de expertos, que dio respuesta a los objetivos del estudio<sup>30</sup>. Las variables independientes fueron el sexo, la edad, el lugar/ámbito de trabajo, el tipo de contrato y los años de servicio. Las tres variables dependientes (conocimiento, actitud y nivel de planificación) se midieron mediante los 17 ítems que conforman el cuestionario con escala numérica (0-10), así como con respuestas dicotómicas (sí/no, ns/nc). Para la interpretación de los resultados se hizo un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias, porcentaje, máximos y mínimos, media y desviación típica. Dicho análisis se realizó mediante software SPSS versión 19.

## Resultados

Se obtuvieron 119 cuestionarios cumplimentados de los 192 cuestionarios entregados (tasa de respuesta del 38%). La edad media de los profesionales fue 50,3 años (rango 28-63; Dt. 8,02) siendo mujeres en el 71,4% de los casos. El 78,2% de los participantes eran propietarios de la plaza y la media (años de servicio) fue 25,9 (Dt. 9,6). El 52,9% trabajaba en el ámbito rural frente al 47,1% que trabajaba en el ámbito urbano. La puntuación media del conocimiento fue 5,4 (Dt. 2,02). El 53,8% no había leído el documento de la VVA y el 71,4% no había leído la guía de apoyo a los profesionales para la planificación anticipada de las decisiones (PAD). El 66,4% no ubicó ningún punto de registro provincial de las VVA. Aunque la media respecto de la conveniencia de que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios fue 8,2 (Dt. 1,85) y que recomendaría a sus pacientes la VVA una media de profesionales del 8,4 (Dt. 2,02), el 84% de estos profesionales no participó en la planificación de la VVA en el último año y quien sí participó, lo hace menos de 2 veces. Las creencias y valores de estos profesionales (media: 2,84; Dt. 3,76) no parecen influir en la planificación anticipada de las decisiones (PAD) con el paciente, y tan solo una media del 3,45 (Dt. 3,28) de los mismos consideró que los deseos expresados por los pacientes en la VVA entran en conflicto con lo dictado en el Código Deontológico (ver tablas 4 y 5).

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P.1	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	118	,00	10,00	5,44	2,028
P.4	¿Cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA?	119	2,00	10,00	8,26	1,858
P.5	¿Considera la Declaración de VVA un instrumento útil para los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre un paciente?	119	,00	10,00	8,03	2,273
P.6	¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en una declaración de VVA?	119	5,00	10,00	9,27	1,294
P.7	¿Cree que si el paciente nombra un representante en la VVA, facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en aquellas situaciones en las que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo?	118	,00	10,00	8,73	1,945
P.8	¿Usted como profesional, recomendaría a sus pacientes que hicieran una VVA?	118	,00	10,00	8,42	2,022
P.13	¿Sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar la VVA con sus pacientes?	118	,00	10,00	2,83	3,762
P.14	¿Cree usted probable hacer su propia VVA en el próximo año?	116	,00	10,00	3,83	3,741
P.15	¿Considera la religión (creencias, valores...) un obstáculo al que el paciente debe hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA?	119	,00	10,00	5,21	3,314
P.16	¿El deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta su Código Deontológico?	115	,00	10,00	3,45	3,288
P.17	¿En su Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (Trabajadores/as Sociales y/o personal administrativo)?	114	,00	10,00	3,15	3,523
<b>EDAD</b>		115	28,00	63,00	50,32	8,029
<b>AÑOS DE TRABAJO</b>		115	3,00	43,00	25,91	9,693
<b>N válido (según lista)</b>		93				

Tabla 4: Análisis descriptivo de los enfermeros/as respecto de las variables numéricas de la Voluntad Vital Anticipada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>P.2</b>	<b>¿Las VVA están reguladas por ley en la Comunidad Autónoma de Andalucía?</b>	No	3	2,5	2,8
		Sí	103	86,6	97,2
		NS/NC	12	10,1	
		Na	1	,8	
		Total	13	10,9	
	Total	119			
<b>P.3</b>	<b>¿Ha leído usted el documento de VVA de Andalucía?</b>	No	64	53,8	57,1
		Sí	48	40,3	42,9
		Total	112	94,1	100,0
		NS/NC	5	4,2	
		Na	2	1,7	
	Total	7	5,9		
	Total	119	100,0		
<b>P.9</b>	<b>¿Ha leído la Guía de apoyo para profesionales sanitarios sobre Planificación Anticipada de las Decisiones?</b>	No	85	71,4	73,9
		Sí	30	25,2	26,1
		Total	115	96,6	100,0
		NS/NC	4	3,4	
		Na			
	Total	119	100,0		
<b>P.10</b>	<b>¿Planifica con sus pacientes (previamente y en consulta) la VVA?</b>	No	100	84,0	90,9
		Sí	10	8,4	9,1
		Total	100	92,4	100,0
		NS/NC	5	4,2	
		Na	4	3,4	
	Total	9	7,6		
	Total	119	100,0		
<b>P.10 (Bis)</b>	<b>En caso afirmativo, ¿cuántas veces en el último año?</b>	1,00	4	3,4	40,0
		2,00	1	,8	10,0
		3,00	1	,8	10,0
		12,00	1	,8	10,0
		20,00	3	2,5	30,0
		Total	10	8,4	100,0
		Perdidos	109	91,6	
Total	119	100,0			
<b>P.11</b>	<b>¿Dónde deja registrada la VVA de los pacientes sobre los que planifica?</b>	Diraya / H <sup>a</sup>	10	8,4	90,9
		Única (*)			
		Otro registro	1	,8	9,1
		Total	11	9,2	100,0
		Perdidos	108	90,8	
	Total	119	100,0		
<b>P.12</b>	<b>¿Conoce dónde se encuentra el Registro provincial de las VVA?</b>	No	79	66,4	68,7
		Sí	36	30,3	31,3
		Total	115	96,6	100,0
		Na	4	3,4	
		Total	119	100,0	
<b>P.12 (Bis)</b>	<b>En caso afirmativo, especificar ¿dónde?</b>		83	69,7	69,7
		Delegación Salud	19	16,0	16,0
		Diraya/ H <sup>a</sup>	1	,8	,8
		Única			
		HURS (**)	3	2,5	2,5
		Salud	1	,8	,8
		Responde			
		Na	12	10,1	10,1
		Total	119	100,0	100,0

(\*) Programa informático / Historia Única de Salud

(\*\*) Hospital Universitario Reina Sofía

Tabla 5: Análisis descriptivo de los enfermeros/as respecto de las variables categóricas de la Voluntad Vital Anticipada

## Discusión y conclusiones

La VVA y la cuestión de muerte digna son prioridad y controversia de las políticas público-sanitarias en un contexto donde la legitimidad del derecho del paciente se ve avalada con los prolegómenos del estado de bienestar. Ofertada esta en cartera de servicios, se convierte en una prestación al alcance de cualquier ciudadano/paciente interesado en solicitarla. Numerosos estudios demuestran que la actitud de los profesionales respecto de esta práctica es favorable, aunque pocos son los que participan en una verdadera PAD<sup>31,32</sup>. El conocimiento en sí de la VVA es una herramienta clave a la hora de abordar un tema que debiera ser iniciado e incluido en los estudios de grado de las disciplinas sociosanitarias y en concreto en el campo de la ética y la filosofía (bioética)<sup>33</sup>. Con este trabajo se puede ver como solo un 46,2% de los participantes ha leído el documento de la VVA, siendo la media respecto del conocimiento de la VVA de un 5,4. Pese a que los enfermeros/as consideran conveniente que los pacientes planifiquen anticipadamente sus deseos sanitarios y que la mayoría de estos recomendaría la planificación a sus pacientes, tan solo el 16% de estos/as profesionales planifica la VVA previamente y en consulta durante el último año. Comprobado que menos de la mitad (46,2%) ha leído la guía de apoyo a los profesionales para la planificación anticipada (publicada en Andalucía en el año 2013)<sup>34</sup>, ello nos invita a pensar en la falta de habilidad para poder encarar el tema como uno de los motivos del bajo número de planificaciones de VVA realizadas. Esto, unido al desconocimiento de los puntos de registro de la VVA en más de la mitad de los casos, que impediría derivar al paciente y suplir las carencias provocadas por el desconocimiento del documento y la guía que lo desarrolla, nos hace poner el acento sobre la formación, motivación e implicación de los profesionales (enfermeros/as de AP) de la salud. Un conocimiento y una actitud positiva respecto de la VVA, así como la apreciación de una baja influencia respecto de los valores y creencias aprestadas por estos profesionales en el desarrollo de la VVA, hacen que pensemos en condicionantes de tipo organizativo (tiempo de respuesta), síndrome de *burnout*, la cultura, etc., como posibles elementos responsables de la participación en la planificación de VVA realizada.

Podemos concluir diciendo que la PAD es considerada un proceso de comunicación íntimo y profundo entre paciente y profesional, que permite alentar y poner en valor las inquietudes e intereses del paciente. Legitimado mediante el documento que desarrolla la VVA,

garantiza el cumplimiento de los preceptos normativos y formales adscritos al Sistema Sanitario de Andalucía. Si atendemos al bajo número de planificaciones llevadas a cabo por los/as enfermeros/as de AP con el paciente, podemos comprobar cómo se ve la necesidad de una mayor información y formación y un aumento en el nivel de concienciación de estos/as profesionales respecto de la VVA, que garantice la consolidación y expansión de la PAD. Desde el SSPA se hace indispensable una intervención basada en directrices formativas y de sensibilización que avalen el impulso y éxito de una prestación implantada en España desde hace más de una década, reconocida como un derecho sanitario de la ciudadanía<sup>35,36</sup>. No identificados factores independientes asociados al estudio, es preciso realizar nuevas investigaciones que consideren y determinen otros factores asociados a la PAD en AP, considerada esta, el espacio más idóneo para el trámite y desarrollo de la misma<sup>37</sup>.

## Bibliografía

1. Angora F. Voluntades anticipadas versus instrucciones previas en atención primaria. *Salud 2000. Política Sanitaria*. 2008; 116: 14-8.
2. Requero JL. El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. *Ciclo de ética y humanidades médicas*. ICOMZ. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. 2002 May 14; Zaragoza.
3. Singer PA. (1991). The case of Nancy Cruzan, the Patient Self-Determination Act and advances directives in Canada. *Humane Med*. 1991; 3: 225-7.
4. Greco PJ, Sculman KA, Lavizzo R, Hansen, J. The Patient Self-Determination and the future of advance directives. *Ann Intern Med*. 1991; 115 (8): 639-43.
5. Pence GE. "Comas: Quinlan and Cruzan" in *Classic Cases in Medical Ethic*. 4th. Ed; 2004
6. Robert L, Fine MD. From Quinlan to Schiavo: medical, ethical and legal issues in severe brain injury. *Bumpc Proceedings*. 2005; 18: 303-310.
7. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 41/2002 de 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado* 2002; 274: 40126-32.
8. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. *Boletín Oficial del Estado* 1999; 251: 36825-30.
9. Casado M. *Nuevos materiales de bioética y derecho*. Fontamara. México; 2007.
10. Casado M, Lecuona I, Royes A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39 (1): 26-31.
11. Ley de declaración de voluntad vital anticipada. 5/2003 de 9 de octubre. *Boletín Oficial del Estado* 2003; 279: 41231-34.
12. C Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010; 24(6): 437-45.
13. Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. 2/2010 de 8 de abril. *Boletín Oficial del Estado* 2010; 127: 45646-62.
14. Valverde FJ, Jiménez JM, González V, Huertas F, Gómez A, Fajardo C. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre los documento de voluntades anticipadas *Med Fam And*.

- 2012;13(1): 84.
15. Jiménez JM, Huertas F, Gómez A, Fajardo C, Valverde FJ. Diferencias en la percepción de conocimientos y actitudes de profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Med Fam And. Atención Primaria*. 2013; 45: 233.
  16. Fajardo C, Valverde FJ, Jiménez JM, Gómez A, Huertas F. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el documento de voluntades anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergem*. 2015; 41(3): 139-48.
  17. Contreras E, Rivas F, Castilla J, Méndez C. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria*. 2015; 47 (8): 514-522.
  18. Flordelís F. Voluntades vitales anticipadas: el reto de desarrollar un papel desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40 (2):61-8.
  19. Declaración oficial del Consejo Internacional de Enfermería, 2000. [acceso 15 julio 2015]. Disponible en: <http://tone.udeaco/html>
  20. Duke G, Thompson S. Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *Int J Palliat Nurs*. 2007; 13 (3): 109-115.
  21. Jezewski MA, Feng JY. Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. *Appl Nurs Res*. 2007; 20 (3): 132-39.
  22. Lipson AR, Hausman AJ, Higgins PA, Burant CJ. Knowledge, attitudes, and predictors of advance directive discussions of registered nurses. *West J Nurs Res*. 2004; 26 (7): 784-96.
  23. Yagüe JM. Las enfermeras ante las voluntades anticipadas: un reto jurídico, ético y práctico. *ENE. Rev Enferm*. 2012; 6 (1): 44-51.
  24. Enfermería en Atención Primaria [Servicio madrileño de la Salud]. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0079.php>
  25. Byock I, Norris K, Curtis JR, Patrick DL. Improvign end-of-life experience and care in the community: a conceptual framework. *J Pain Symptom Manage*. 2001; 22: 759-72.
  26. Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clín* 2004; 14(4): 223-9.
  27. García A, Abad E, Pascau MJ, Sánchez R. La planificación anticipada de las decisiones al final de la vida: El rol de los profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular. *Nure*; 2006. URL: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/269>. Última actualización: Noviembre 2015.
  28. Silverman HJ, Fry ST, Armistead N. Nurses' perspectives on implementation of the Patient Self-Determination Act. *J Clin Ethics*. 1994; 5 (1): 30-7.
  29. Torres M, Dandicourt C, Rodríguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005; 21: 3-4.
  30. Jiménez JM. El cuestionario "conocimiento, actitud y planificación ante la voluntad vital anticipada": una perspectiva metodológica desde trabajo social sanitario. *Trab Soc y Salud*. 2015; 80 (2): 24-34.
  31. Simón P, Tamayo MI, González MJ, Ruíz P, Moreno J, Rodríguez MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enfermería Clínica*. España. 2008; 18 (1): 11-7.
  32. Toro R, Silva A, Piga A, Alfonso MT. Conocimiento y actitudes de los médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013; 45: 404-8.
  33. Altisent R. Planificación anticipada de la asistencia. Se necesita una revolución educativa. *Aten Primaria*. 2013; 45 (8): 402-3.
  34. Junta de Andalucía. Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales. URL: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_20\\_planificacion\\_anticipada\\_decisiones/planificacion\\_anticipada\\_decisiones?=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_20_planificacion_anticipada_decisiones/planificacion_anticipada_decisiones?=org). Última actualización: Diciembre 2015.
  35. Seoane JA. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *Derecho y Salud*. 2006; 14 (2): 285-95.
  36. Semergen. Las voluntades vitales anticipadas en Andalucía. 2015; 41(3): 119-2.
  37. Álvarez S, Argüelles L, Álvarez M, Fernández T, Blanco ML, Castillo F. Conocimiento y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre las Voluntades Anticipadas. *Enfermería Comunitaria. RqR*. 2015; 3 (1): 66-77.



# Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental

Almudena Martínez de la Torre<sup>1</sup>, Irene Aranda Muros<sup>1</sup>, María Victoria Gómez Carracedo<sup>1</sup>, Francisco Javier Durán Jiménez<sup>1</sup>, Pedro González Aceituno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

<sup>2</sup>"Programa de intervención en salud mental y exclusión social", Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España.

Contacto: amburdena@hotmail.com

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2017 / Fecha de aceptación: 15 de julio de 2017

## Resumen

**Introducción:** El objetivo de este escrito es dar a conocer un taller de creación cinematográfica para personas con trastorno mental grave (TMG) llevado a cabo en una unidad de rehabilitación de salud mental, basado en el modelo de recuperación y coordinado por enfermería de salud mental y un trabajador social.

**Desarrollo:** El taller se basa en la creación cinematográfica y la improvisación teatral. El proceso creativo parte de las ideas aportadas por el grupo relacionadas con situaciones variadas de carácter cómico habitualmente. Sobre esas ideas se hacen improvisaciones, que se graban y visualizan. Después se escogen aquellas ideas de mayor potencial y se definen unos guiones orientativos sobre los que seguir improvisando y grabando hasta configurar un corto.

**Conclusiones:** Poner en marcha grupos terapéuticos no convencionales según el modelo de recuperación puede obtener mejoras psicosociales en usuarios con TMG (creatividad, comunicación, autoestima, habilidades sociales, por ejemplo) y sirve como fuente de motivación profesional, sin suponer recursos costosos.

**Palabras clave:** terapia con arte, recursos audiovisuales, cine como asunto, rehabilitación, salud mental, recuperación, esquizofrenia.

## Abstract

**Title:** Film Creation and Audiovisual Aids Workshop for Mental Health Recovery.

**Objective:** The aim of this text is to present a filmmaking workshop for people with severe mental disorder held in a rehabilitation unit of mental health, based on the recovery model and coordinated by mental health nurses and a social worker.

**Development:** This workshop is based on film creation and theatrical improvisation. The creative process comes from the ideas that the members of the group offer. The ideas are usually related to various comical situations. Improvisation pieces based on these ideas are recorded and visualised by the target group. The ideas with a greatest potential are used in order to create draft scripts that will be later developed. The final result is a short film.

**Conclusions:** Non conventional workshops in line with the recovery model can be positive for both users and workers, as workshops can be a motivation source that does not imply expensive resources. For users with severe mental disorder, this workshop involves improvements in psychosocial aspects (creativity, communication, self-esteem, social skills, for example).

**Keywords:** art therapy, motion picture as topic, audiovisual aids, recovery, mental health, rehabilitation, schizophrenia.

## Introducción

*Hace dos o tres años me di cuenta de que realmente era posible recuperarse.<sup>1</sup>*

La Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinser-

ción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave (TMG).

La rehabilitación psiquiátrica se dirige a mejorar las capacidades de las personas con trastornos mentales en lo referente a su vida, aprendizajes, trabajos, socialización y adaptación de la forma más normalizada posible. Está basada en los propios esfuerzos de las perso-

nas con TMG y es llevada a cabo por un equipo multi-profesional integrado por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, profesionales de enfermería y de terapia ocupacional y se trabaja en estrecha relación con los familiares<sup>2</sup>.

El enfoque de recuperación en salud mental se considera un nuevo marco conceptual en la rehabilitación moderna. Representa la convergencia de diferentes ideas (empoderamiento, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social y rehabilitación), bajo un solo encabezado que señala una nueva dirección para los servicios de salud mental<sup>3</sup>.

En concreto en personas con TMG, el modelo de recuperación conlleva que éstas sean capaces de desarrollar un proyecto de vida con sentido, independientemente de la evolución de sus problemas de salud, con el objetivo de que se alejen de la patología, la enfermedad y los síntomas, acercándose a la salud, la fortaleza y el bienestar. Desde este enfoque se estimula y facilita el manejo de uno mismo (autocontrol), para que se vaya consolidando una clara esperanza de recuperación y así descubrir un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o discapacidad<sup>4</sup>.

En cuanto a los profesionales de salud mental, adoptar el modelo de recuperación como marco de trabajo conlleva cambios tanto en el rol profesional, como en la relación entre profesional y usuario/familia.

Las relaciones de ayuda entre profesionales, pacientes y familia pasan de ser una relación distante (el profesional en calidad de experto y el usuario en calidad de receptor pasivo) a ser una relación abierta, de confianza y honestidad, donde la calidad de la relación resulta crucial en la recuperación<sup>5</sup>. Esto implica una relación de poder diferente a lo habitual entre los profesionales y las personas que se atienden<sup>6</sup>. Hay que tener en cuenta que los profesionales, por sí solos, no pueden llevar a la práctica la recuperación. Esto sólo puede ser llevado a cabo por los usuarios y sus familias, pero pueden intentar crear condiciones en las cuales los individuos se sientan con poder de decisión, de tal modo que el sentido de la “autogestión” personal pueda desarrollarse<sup>3</sup>.

El modelo de recuperación es fácilmente aceptado por enfermería, por representar valores y competencias muy ligados a los cuidados, como la relación entre enfermera y paciente centrada en la persona, el enfoque holístico, el uso de la narrativa y el diálogo más

natural, las relaciones basadas en la empatía y el calor humano, la promoción de la salud y la relación con personas usuarias en varios contextos, dentro y fuera de los servicios<sup>7</sup>.

Aunque las ideas de recuperación recibieron un fuerte impulso en los años 80 y suponen un principio organizativo en los servicios de salud mental de países como Nueva Zelanda, los Estados Unidos y Australia<sup>3</sup>, en nuestra unidad, es relativamente reciente la intención de adaptar los programas de intervención y nuestro papel profesional a este modelo.

Atendiendo a esta intención, surge la iniciativa de organizar y llevar a cabo el “Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental” que se va a describir para darlo a conocer. Dicho taller forma ya parte de los programas habituales que se ofrecen a los usuarios desde nuestra unidad. En el mismo también colabora personal que pertenece al Programa de Intervención en Salud Mental y Exclusión Social, en concreto un trabajador social.

La principal herramienta terapéutica que utilizamos para el taller es el cine como proceso creativo, es decir, desde la experiencia de crear cine y documentos audiovisuales. También entran en juego algunas dinámicas más relacionadas con técnicas teatrales como la improvisación.

### El cine y su uso como herramienta terapéutica

*La recuperación me ha llevado a encontrar formas de devolver cosas a la gente que me importa.<sup>1</sup>*

Actualmente hay escasez de investigaciones sobre la eficacia del cine como herramienta terapéutica<sup>8</sup> y más aún desde el proceso creativo y en el ámbito de la salud mental. La creación de una película o material audiovisual conlleva adquirir conocimientos, realizar decisiones a nivel grupal, ejercitar la capacidad de expresar ideas y sentimientos, generar un mensaje con propósito y reflexionar acerca de la temática representada con la intención de comunicar<sup>9</sup>. Además, se pueden identificar beneficios que pueden considerarse terapéuticos derivados de la participación en una actividad de este tipo, como pueden ser el desarrollo de la creatividad, la inteligencia, la percepción, el esfuerzo por objetivar, la capacidad de comunicación, de innovación, la resolución de problemas, el pensamiento divergente, la apertura al cambio, la observación, la experimentación, etc.<sup>10</sup>

Por otra parte, se puede destacar el desarrollo de la ciudadanía a través de experiencias de creación de cine, ya que usando el cine como medio se pueden transmitir mensajes de concientización y conocimiento de diversas problemáticas de la sociedad desde la perspectiva de los usuarios, desarrollando a su vez valores y elementos de identidad y pertenencia<sup>9</sup>.

Otro beneficio de la creación cinematográfica radica en los recursos que le otorga a los profesionales que trabajan con personas con trastorno mental, ya que es una forma sutil y poco invasiva de obtener información acerca de los usuarios (sus sistemas familiares, relaciones interpersonales, creencias, valores, ideologías, expectativas personales, el concepto de sí mismo y de sus problemáticas...).

Teniendo esto en cuenta y que todas las personas tenemos capacidad de expresión artística, que incluyendo lógicamente a las personas con TMG, apostamos por esta iniciativa, apoyándonos en lo que se suele decir “la parte sana de la persona” y en métodos no convencionales para conseguir que construya un proyecto de vida.

Nuestra intervención a través del taller quedaría encuadrada dentro de las intervenciones psicosociales en personas con TMG, y dentro de éstas en las llamadas “terapias artísticas creativas”, donde se incluyen entre otras: arteterapia, danzaterapia, biblioterapia, musicoterapia y dramaterapia<sup>11</sup>.

En el caso de la dramaterapia, que es la rama que más se acerca a nuestro taller, aún no se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones de la misma en el tratamiento de TMG<sup>12</sup>, aunque sí se han observado beneficios positivos de las terapias artísticas creativas en general<sup>13</sup>.

Además, la arteterapia está reconocida como intervención enfermera, al estar incluido en la *Nursing Intervention Classification* (NIC) como “Terapia Artística” (4330), definida como “la facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte”<sup>14</sup>.

En el taller se trabajan diferentes objetivos, relacionados con los usuarios, con los cuidados enfermeros y con la sociedad en general. Lo que se pretende mejorar en los usuarios son aspectos como autoconciencia, expresión, comunicación, relaciones interpersonales, autoestima, confianza en uno mismo, creatividad,

habilidades sociales, crecimiento personal y social a través de experiencias positivas, y la búsqueda de la ilusión por la vida para desarrollarla con sentido. En cuanto a los cuidados enfermeros se abordan diagnósticos enfermeros como “Baja autoestima crónica” (00119), “Desesperanza” (00124), “Deterioro de la interacción social” (00052), “Aislamiento social” (00053) y “Riesgo de Soledad” (00054)<sup>15</sup>, utilizando la creación de material audiovisual como herramienta terapéutica.

Los objetivos para la sociedad en general van dirigidos a luchar contra el estigma en salud mental al fomentar una visión positiva de las personas con TMG, haciendo visible su aportación a la sociedad a través de la proyección de producciones creadas.

## Desarrollo

*Me he convertido en dueño de mi enfermedad y asumo la responsabilidad de lo que hago y de lo que no hago.*<sup>1</sup>

Para dar a conocer el taller creemos importante explicar los orígenes y el desarrollo en el tiempo del mismo y así que se entienda cómo hemos llegado a la organización y funcionamiento actual.

El taller se empieza en octubre de 2013 en la unidad de rehabilitación después de algunas experiencias anteriores, en las que se realizaron cortos concretos y esporádicos. Como se vio el efecto positivo en las personas que participaron, nos propusimos instaurarlo de manera permanente, como una actividad estructurada, con el objetivo de diversificar las actividades terapéuticas, y que tuviera como eje central la diversión.

En una primera etapa nos pusimos a elaborar un guion, pero fue algo difícil de hacer en colectividad. Resultaba una tarea aburrida, la participación era escasa y estábamos obteniendo un resultado contrario al pretendido.

Pasamos a otra fase, abriendo el taller también a usuarios de las unidades de salud mental comunitarios, que son personas con un mayor nivel de autonomía. En el mismo, cada participante planteaba en las sesiones pequeños *sketches* que representábamos y grabábamos para ser visionados al final. Esta experiencia facilitó la creatividad del grupo. Cada cual aportaba al guion su impronta, sus ocurrencias (sin ningún miedo a salirse del guion), las aportaciones durante las grabaciones, el diálogo espontáneo, las complicidades generadas...

facilitando que el objetivo terapéutico se viese más nítido. Posteriormente, con la proyección en el grupo de las grabaciones, en las que los participantes veían sus gestos, sus expresiones y su creatividad, disfrutando y con satisfacción, empezamos a ver el valor del audiovisual como herramienta terapéutica.

En enero de 2014, nos propusimos dar otro paso: realizar el taller fuera del ámbito sanitario y dejar de lado los roles de profesionales sanitarios, pacientes y familiares, considerándonos todas las personas participantes igual de neófitos en el tema y con la necesidad de aprender los unos con los otros. El desarrollo de la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que en su formación académica (uno de los principios de la recuperación). Con esta orientación el taller se empieza a desarrollar en la sede de la Asociación Arrabal (organización de Málaga que trabaja por la incorporación laboral y social de personas desempleadas en riesgo de exclusión social), en un intento de des-psiquiatrizar aquello que no tiene sentido psiquiatrizar.

Una vez en Arrabal, podríamos decir que “normalizando” la realización del taller en un contexto social, se avanza abriendo el taller a personas ajenas a nuestro trabajo. En un intento de luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental no aceptamos que los talleres, aunque tengan como objetivo prioritario una función terapéutica, deban ser solo y en exclusiva para personas con enfermedad mental.

El objetivo principal de este taller es terapéutico, pero ello no implica que todas las personas que participan en él sean personas con TMG.

Es un taller abierto a la participación de quienes quieran vivir esta experiencia, tanto del ámbito de salud mental como de la sociedad en general. En este tiempo se han incorporado estudiantes de pregrado (Psicología, Enfermería, y Trabajo Social), especialistas de salud mental en formación postgrado (Enfermería de Salud Mental, Psicología Clínica y Psiquiatría), un familiar y colaboradores puntuales del ámbito audiovisual. Está coordinado por un enfermero especialista en salud mental y un trabajador social.

El proceso de recuperación está muy relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social, de ahí la importancia de la participación de personas diversas, no solo del ámbito sanitario y no solo personas con trastorno mental.

En la actualidad, en el grupo participan unas ocho personas de forma estable, además de estudiantes, familia y colaboradores. La propia dinámica del grupo permite la entrada y salida abierta de participantes esporádicos. Cabe destacar aquí la sorpresa al descubrir el potencial de expresión artística e interpretativa de muchos de los participantes, que no dudan en tomar la iniciativa y adoptar un papel activo.

El taller se realiza una vez a la semana, con una duración de dos horas, en el que las diversas sesiones van conformando el proceso creativo, siempre con la flexibilidad y adaptación al ritmo del grupo, que será el que irá marcando el progreso. No hay guion previo. Las ideas son lanzadas al grupo por cualquiera de los participantes. A partir de ellas, mediante asociaciones y tormenta de ideas, se va enriqueciendo y debatiendo aquello sobre lo que se puede trabajar, hasta que queda la idea de un *sketch* básico (escena, generalmente humorística, que dura entre uno y diez minutos aproximadamente) como punto de partida. Por lo general se suelen incluir juegos de palabras en los *sketches* que dan pie a confusión y a situaciones cómicas.

El siguiente paso es la representación libre de lo que se ha acordado como idea básica o situación de partida (a modo de consigna para comenzar la improvisación), pero se improvisa todo lo demás: el diálogo, la escenificación, la interacción entre actores..., ya que damos mucho valor a la creatividad de cada una de las personas participantes. Según la idea básica o situación de partida, entran a escena dos o más participantes y representan su versión improvisada de dicha idea, de modo que todos tienen la oportunidad de desarrollar y representar lo que la situación de partida les sugiere en cada sesión. Estas representaciones son grabadas por una cámara de video y visualizadas en la última fase de la sesión, algo que da pie a nuevas ideas y reflexiones debatidas en grupo. En este momento del proceso creativo, cada sesión consta de un periodo inicial de improvisaciones, en el que todos, incluidos profesionales, estudiantes, colaboradores y familiares, participan, y una posterior visualización de lo grabado.

Durante varias sesiones se sigue trabajando el mismo *sketch*. Los papeles se intercambian, se producen nuevas aportaciones, se sigue visionando lo grabado al final de la sesión y se va perfilando la estructura definitiva del material audiovisual a realizar. Por lo general, se orienta el resultado a la creación de un cortometraje.

Cuando ya se tiene claro qué queremos representar, se fijan los papeles y se escriben unos guiones orientativos con varias escenas surgidas de la improvisación, procediéndose nuevamente a la grabación que formará parte definitiva del corto. El texto del guion es solo orientativo, no es preciso que ningún participante lo memorice. Durante la grabación, todos sabemos cuál es la estructura, las escenas y las situaciones de partida porque se ha venido trabajando y reflexionando en sesiones anteriores, pero se producen nuevas improvisaciones. Lo que se obtiene de algún modo es que las ideas, guiones y contenidos se interiorizan desde la asistencia a las sesiones sin que sea necesario dedicarle mucho tiempo o esfuerzo fuera de las mismas. Previo a este momento también se han podido decidir lugares de grabación o incluso vestuario si procede.

La aceptación de todas las ideas, la flexibilidad, y la improvisación que caracterizan al taller hacen posible que todo aquel que asiste, aun no siendo constante en la asistencia, pueda participar sin la presión de tener que cumplir unas expectativas de participación programada.

El rol que juega enfermería en el desarrollo del taller es clave, ya que actúa dinamizando, coordinando y motivando a los participantes, además de organizar sus propuestas. Siempre lo hace desde la perspectiva de la recuperación, poniendo en juego valores que tienen que ver con la misma como el estilo empático-participativo, el enfoque humanista, el empoderamiento...

Posteriormente hay un proceso de edición y montaje de las distintas grabaciones. Para ello solemos contar con la colaboración de voluntarios con conocimientos técnicos en comunicación audiovisual. Esto hace posible la creación de un documento audiovisual o cortometraje que puede ser proyectado en función de los intereses del grupo. Hay que destacar aquí que lo fundamental es el proceso de creación, no tanto el resultado, aunque las experiencias hasta ahora han sido favorables, con resultados muy aceptables dentro del mundo actual de la creación audiovisual.

La proyección también conlleva la emoción y satisfacción de mostrar un trabajo bien hecho a otras personas, aumentando la valía y autoestima de los que participan, así como también es una oportunidad de participación en la sociedad y de que se reconozca el papel activo que las personas con TMG pueden tener como cualquier otra.

A día de hoy se han realizado dos cortos cuyos títulos son *Invisibles*, que ha sido proyectado en diversos eventos relacionados con la salud mental, y *Sin Lugar*, aún por proyectar. Está en fase de montaje el tercero, titulado *Dejardinero*, aunque no podemos olvidar experiencias de improvisación anteriores.

Como consideraciones éticas, decir que previamente obtenemos el consentimiento informado y escrito de todos los participantes para la grabación y proyección del resultado. Y además se tiene en cuenta lo previsto en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

En cuanto a lo que ha aportado el taller a las personas, subrayamos que no se puede uniformizar. El proceso ha sido similar para todos, pero funciona de manera individualizada y diferente en cada persona, aunque a todas las personas participantes nos ha aportado algo positivo, sea persona con TMG, familiar, estudiante, colaborador o profesional de la salud mental.

Por señalar solo aquellos aspectos en los que más hemos observado cambios positivos entre las personas con TMG que han participado, podemos nombrar los siguientes:

- Creatividad: Realizan con mayor fluidez las asociaciones de ideas, responden con agilidad a las intervenciones de las otras personas, aportando riqueza a los diálogos.
- Comunicación verbal: La pobreza y pérdida de fluidez en la expresión verbal ha mejorado.
- Comunicación no verbal: Existen dificultades motoras, por la enfermedad y como efecto secundario de la medicación. La expresividad se ha visto beneficiada.
- Autoestima y confianza en sí mismos: Se intuye desde la observación que ha mejorado al ver su entusiasmo e ilusión al sentirse protagonistas de una obra que han elaborado desde su inicio: ideas, estructura del *sketch*, enriquecimiento de los diálogos e interpretación.
- Concentración: Se ha visto mejor capacidad ya que el taller requiere estar pendiente del desarrollo del trabajo grupal.
- Interacción y habilidades sociales: El aislamiento social propio de la enfermedad mental se rompe y se

observa una mejora importante, más cuando empezamos a participar los profesionales sanitarios como iguales y aún más cuando se incluyen en el taller a personas allegadas que no pertenecen al ámbito sanitario.

- Reconstrucción de la imagen corporal: Verse en la pantalla ha facilitado una capacidad autocrítica para mejorar su imagen, tanto en la forma de vestir, como en lo corporal. En general estaban sorprendidos al verse (“¿Yo soy ese?”, “No me reconozco”...).
- Atención: Es una dificultad asociada a la enfermedad mental y que mediante el taller ha ido mejorando, ya que es fundamental para poder responder a las improvisaciones de los demás.

## Conclusiones

*Nada te debería impedir ser lo que quieres ser... Nunca dejes que nadie te lo diga.*

Considerando que el enfoque hacia el modelo de recuperación se prevé que sea el futuro de la rehabilitación en salud mental, queda justificada la intención de adaptar nuestros programas de intervención enfermera y de crear nuevos programas orientados a dicho modelo.

Como resultado de ello, organizamos en nuestra unidad el taller que se ha presentado, que además de haber obtenido beneficios y resultados terapéuticos observables en nuestros pacientes, también ha posibilitado una aproximación de nuestra intervención como enfermeras a una serie de principios en los que se basa el modelo de recuperación. Como ejemplo destacamos: relación entre profesional y paciente alejada del formato profesional experto-paciente pasivo, participación de familiares, allegados y más personas de la sociedad civil, uso de espacios no sanitarios, programa basado en cualidades y habilidades del profesional... Estos aspectos son importantes para favorecer la inclusión social, principal objetivo de nuestras intervenciones en salud mental, más que la cura.

En cuanto a las proyecciones de los resultados del taller en forma de cortometrajes cinematográficos, decir que es difícil de valorar el impacto en las personas que han podido disfrutar de ellas, pero sí podemos asegurar que hasta ahora no han dejado a nadie indiferente.

Otro aspecto a destacar es lo productivo que resulta a nivel profesional la puesta en marcha de programas de intervención para la rehabilitación en salud mental no convencionales, como fuente de motivación y creación de vínculo terapéutico.

Por último, comentar que serían necesarios estudios específicos para evaluar la eficacia de la intervención enfermera con grupos/talleres terapéuticos con orientación a la recuperación, dirigidos a pacientes con TMG. Esto resulta importante para contar con suficiente evidencia científica para recomendar nuestro taller o experiencias similares en el tratamiento del TMG. Puede ser útil utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)<sup>16</sup> para objetivar la evolución positiva en determinados aspectos ya mencionados en los usuarios que asisten al taller y que se relacionan con diagnósticos enfermeros comunes en TMG.

A pesar de no contar con evidencia científica firme para recomendar el taller presentado, no hemos de olvidar que se han observado beneficios positivos en la salud mental a través del uso de diversas terapias artísticas creativas<sup>13</sup>, por lo que está más que justificado su uso.

## Agradecimientos

Se agradece a la AEESME la publicación de este manuscrito, el cual se realiza después de haber recibido el 2º premio la comunicación oral en la que se basa su redacción, en el XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental y II Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental celebrados en mayo del 2015 en Burgos.

## Bibliografía

1. Brown W, Kandirikirira N. Recovering Mental Health in Scotland. Scottish Recovery Network, Baltic Chambers, Suites 2007; 50: 320–332.
2. Anthony WA, Liberman RP. The Practice of Psychiatric Rehabilitation. Schizop Bull 1986; 12: 542–59.
3. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality. Sainsbury: Sainsbury Centre for Mental Health, Policy Paper; 2008.
4. Davidson L. Recovery Concepts and Application. Devon Recovery Group 2008.
5. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Adv Psychiatr Treat 2004; 10: 37–49.
6. Repper J, Perkins R. Social Inclusion and Recovery. London: Balliere Tindall; 2003.
7. Caldwell, Barbara A; Sclafani, Michael; Swarbrick, Maragret; Piren Karen. Psychiatric nursing practice & de recovery model of care. Journal of Psychosocial Nursing. 2010; 48(7): 42-48

8. Armijo N. Uso de la Cineterapia en Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología de adultos. Universidad de Chile: 2010.
9. Cancino González PM. El cine y su uso como herramienta de tratamiento en terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* 2013; 13(1): 51-57.
10. Granados IM. Interrelaciones entre creatividad, arte, educación y terapia. *Revista electrónica de la Universidad de Jaén: Arte y movimiento* 2009; 1:51-62. Disponible en URL: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZWvt3KEJj5wJ:revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/artymov/article/download/144/132+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=es>
11. Landy R. The future of drama therapy. *The Arts in Psychotherapy* 2005; 1-8.
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CSNº 2007/05.
13. Rodríguez Barquero, V. El mejoramiento de la salud a través de la expresión corporal: un enfoque holístico. *Revista Reflexiones* 2008; 87(1): 127-137. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912553009>
14. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
15. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definición y clasificaciones 2012-2014*. Madrid: Elsevier; 2012.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Medición de resultados en salud. 5ªed. Madrid: Elsevier 2014.



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