



# **ANÁLISIS DEL ENTORNO ENFERMERO**

en el ámbito de la Salud Mental en Cataluña



Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

# **ANÁLISIS DEL ENTORNO ENFERMERO**

en el ámbito de la Salud Mental en Cataluña

## **Equipo de investigación**

Rosa Suñer Soler (investigadora principal)  
Albert Granero Lázaro (investigador)  
Alexandra Pascual Garcia (investigadora)  
Pere Dalmau Llorca (investigador)  
Miriam Broncano Bolzoni (investigadora)  
Elena Olabarrieta Zaro (investigadora)  
Natàlia Ventura Taberner (investigadora colaboradora)  
Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

## **Edita**

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

Julio 2019

ISBN: 978-84-09-16212-3

### **Agradecimientos**

Los investigadores e investigadoras de este estudio agradecen la confianza del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña para llevar a cabo la presente investigación, mención especial a la actual decana de este consejo, Núria Cuxart por su apoyo continuado, y a la anterior decana del mismo, Monsterrat Teixidor por el encargo y acierto del proyecto. También queremos agradecer a los Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña su colaboración durante toda la realización del estudio. Asimismo, un especial agradecimiento a todos los enfermeros y enfermeras del ámbito de la salud mental de Cataluña que han participado en el estudio, en alguna de sus fases. Agradecemos enormemente sus opiniones, sin las cuales este estudio no hubiera sido posible.



Índice

<b>Prólogo</b>	<b>7</b>
<hr/>	
<b>Resumen</b>	<b>10</b>
Introducción	11
Objetivo principal	11
Metodología	11
Resultados	12
Conclusiones	13
<hr/>	
<b>Introducción y justificación</b>	<b>15</b>
<hr/>	
<b>1. Objetivos del estudio</b>	<b>19</b>
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
<hr/>	
<b>2. Material y métodos</b>	<b>21</b>
2.1. Diseño, ámbito y población de estudio	22
2.2. Variables estudiadas	22
2.3. Instrumentos y técnicas de estudio	23
2.4. Procedimiento	24
2.5. Consideraciones éticas	25
2.6. Análisis de datos	26
<hr/>	
<b>3. Resultados de la primera fase del estudio</b>	<b>27</b>
3.1. Características sociodemográficas de la muestra	28
3.2. Características laborales de la muestra	29
3.3. Percepción de la valoración del trabajo enfermero	40
3.4. Reconocimiento económico en el trabajo	45
3.5. Consecuencias del trabajo enfermero en el ámbito familiar	45
3.6. Plantearse dejar el trabajo durante el ejercicio de la profesión	46
3.7. Baja laboral en el último año por causas relacionadas con el trabajo	47

3.8. Formación específica en el ámbito de la salud mental	48
3.9. Aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica	49
3.10. Calidad de vida relacionada con la salud	50
3.11. Compromiso profesional o <i>engagement</i>	51
3.12. El contexto laboral y organizativo de las enfermeras del ámbito de la salud mental	52
3.13. Relación entre el contexto organizativo y el compromiso de las enfermeras del ámbito de la salud mental	54
3.14. Relación entre el contexto organizativo y la calidad de vida de las enfermeras del ámbito de la salud mental	59
3.15. Compromiso profesional y calidad de vida percibida	62
3.16. Factores que influyen en la calidad de vida de los enfermeras del ámbito de salud mental	63
<b>4. Resultados de la segunda fase del estudio</b>	<b>64</b>
4.1. Resultados de los grupos focales de enfermeras asistenciales: categorización y codificación	65
4.2. Resultados de los grupos focales de enfermeras gestoras: categorización y codificación	102
<b>5. Discusión</b>	<b>126</b>
<b>6. Conclusiones de la primera fase del estudio</b>	<b>132</b>
<b>7. Conclusiones de la segunda fase del estudio</b>	<b>136</b>
7.1. Enfermeras asistenciales	137
7.2. Enfermeras gestoras	140
<b>8. Propuestas de mejora</b>	<b>143</b>
<b>9. Referencias bibliográficas</b>	<b>146</b>



# Prólogo

Coincidiendo con la redacción de este prólogo, he tenido la oportunidad de conocer la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Salud Mental (2019-2023), publicada bajo el nombre *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*, en la que se apela a una cobertura de Salud Universal para la Salud Mental, insistiendo en la idea de que no puede haber salud ni desarrollo sostenible sin salud mental. El documento advierte de que, pese a las personas fallecidas cada año por suicidio —principal causa de muerte entre los jóvenes—, las situaciones de discapacidad que suponen los trastornos mentales, la especial afectación a personas y poblaciones vulnerables, y las graves consecuencias de la discriminación y del estigma, no se consigue mejorar la cobertura de la atención, que sigue siendo extremadamente baja. Ni siquiera las alertas de los costes para la economía global que comportan, por ejemplo, los trastornos de depresión y ansiedad han conseguido subvertir este déficit de atención.

En Cataluña, el desarrollo del Plan director de salud mental y adicciones: estrategias 2017-2020, elaborado conjuntamente por el Plan director de salud mental y adicciones y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), intenta dar respuesta al objetivo de impulsar el despliegue de un modelo de atención comunitaria en el ámbito de la salud mental y las adicciones. Así, después de un análisis de la situación y una valoración de sus diez años de funcionamiento, formula las nuevas estrategias que hay que adoptar en Cataluña, de acuerdo con las políticas europeas y con los diferentes planes interdepartamentales del Gobierno de la Generalitat.

Por otro lado, ya son muchas las evidencias que demuestran y avalan que unas enfermeras empoderadas, visibles y, sobre todo, reconocidas consiguen mejores resultados en salud. También son muchas las evidencias que nos ratifican que se proporcionan cuidados enfermeros efectivos, pero que no se dispone de las condiciones necesarias para una adecuada prestación de servicios enfermeros.

El alto conocimiento de las enfermeras del ámbito de la Salud Mental en Cataluña, pero también su alta capacidad para transformarlo en un servicio concreto a pesar de las condiciones en las que se hallan, merecen toda la atención y apoyo del Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña, un apoyo que ya brindó la anterior decana, Montserrat Teixidor Freixa, y que no desfallece en la actualidad. Así, la publicación *Formación, docencia e investigación en las Enfermeras de Salud Mental en Cataluña* (Torralbas J y Granero A, 2016) ya nos permitió ofrecer un diagnóstico de la situación para conocer cuál es el perfil profesional de las enfermeras de Salud Mental en Cataluña, cuál es su motivación y participación en formación, docencia e investigación, y cuáles son los recursos, limitaciones, necesidades, intereses



o inquietudes que tienen, a fin de poder elaborar propuestas, recomendaciones o acciones de mejora en coherencia con todo ello.

El estudio que se presenta hoy y que tengo el honor de prologar nos proporciona datos imprescindibles para conocer la situación actual de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la salud mental en Cataluña, considerando la complejidad de las personas atendidas, la enorme diversidad de áreas y contextos organizativos de la atención y la consecuente variabilidad de la aportación de la enfermera.

De nuevo, desde el ámbito de la Enfermería en Salud Mental se da una respuesta clara, unánime y responsable frente a una realidad caracterizada por la indefinición, la variabilidad y la invisibilidad.

Deseo manifestar mi inmenso agradecimiento a Rosa Suñer Soler, investigadora principal del proyecto, y a los investigadores e investigadoras Albert Granero Lázaro, Alexandra Pascual Garcia, Pere Dalmau Llorca, Miriam Broncano Bolzoni, Elena Olabarrieta Zaro y Natàlia Ventura Taberner, por tanta y tan valiosa información sobre las enfermeras y el enfermeros del ámbito de la salud mental de Cataluña, por haberse preocupado de analizar el contexto organizativo en el que este colectivo lleva a cabo su práctica y se desarrolla profesionalmente, por estudiar la calidad de vida relacionada con la salud, por contribuir a poner en valor su compromiso profesional, por interesarse en su autonomía, el control sobre la práctica en correspondencia con el entorno, la relación con los compañeros y el soporte organizacional.

Y muy especialmente, quiero hacer extensivo mi agradecimiento a todas y todos los profesionales enfermeros del ámbito de la salud mental, por compartir sus vivencias, por mantener la visión global en todo este vasto conjunto de variables y por esa capacidad que los caracteriza de adecuarse al contexto, las necesidades y las especificidades de cada situación.

Las cosas son como son, pero no por ello renunciamos a cambiarlas.

**Núria Cuxart Ainaud**

*Decana*

*Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña*



# Resumen

## Introducción

La atención enfermera a las personas con problemas de salud mental se caracteriza por el servicio humano, una visión integral de los ciudadanos atendidos y un abordaje individual, familiar y comunitario, que potencia también la promoción y la prevención de la salud mental. Las enfermeras de salud mental representan al colectivo más numeroso entre los profesionales de este ámbito en Europa, con una gran variabilidad de funciones, de contextos organizativos y de dotaciones de personal.

## Objetivo principal

El presente proyecto, liderado por el Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña, tiene la finalidad de conocer la situación actual de las enfermeras en el ámbito de la salud mental en Cataluña, con el objetivo principal de estudiar su contexto laboral y organizativo.

## Metodología

El estudio ha tenido dos fases bien diferenciadas. En la primera fase, con un diseño transversal analítico, el estudio se ha llevado a cabo durante el año 2016 en los centros de Cataluña que realizan atención especializada en salud mental. La población de estudio está formada por las enfermeras y los enfermeros del ámbito de salud mental, colegiados en Cataluña, que prestan servicio en el área especializada ambulatoria, en hospitales o en los centros de día y de inserción laboral para rehabilitación psiquiátrica comunitaria del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña [SISCAT]. Se han estudiado variables sociodemográficas y laborales, la calidad de vida, el compromiso profesional y variables relacionadas con el contexto organizativo, mediante una encuesta online enviada desde los centros de atención en salud mental.

Finalizada la primera fase, en el año 2017 se establecieron cuatro grupos focales dirigidos a enfermeras asistenciales, uno por cada región sanitaria, además de un quinto grupo en el que participaron enfermeras/enfermeros gestoras/gestores en el ámbito de la salud mental en Cataluña.

Las dos fases del proyecto fueron evaluadas y aprobadas por el CEIC del Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Trueta.

Se ha realizado un análisis estadístico con los datos procedentes de la primera fase y un análisis cualitativo a partir de la transcripción literal de los discursos de los participantes en cada grupo focal, que se han categorizado. También se ha efectuado una triangulación de los datos procedentes de la investigación cuantitativa y cualitativa con la finalidad de contrastarlos desde diferentes perspectivas y obtener una visión más amplia y profunda del fenómeno estudiado.

## Resultados

Participaron en la primera fase 310 enfermeras y enfermeros de toda Cataluña del ámbito de la salud mental, con una edad media de  $39 \pm 9.5$  años. Un 76.1% eran mujeres, con una percepción del nivel económico muy baja (media de  $2.8 \pm 0.7$  sobre 10) y un ejercicio de la profesión de  $14.8 \pm 9.5$ . El 87.4% ha referido tener formación específica en el ámbito de la salud mental. En relación con la calidad de vida percibida desde el punto de vista físico, los valores globales obtenidos son favorables, puesto que son superiores al valor medio estandarizado de 50. En cambio, en el componente mental la media de la muestra global se halla por debajo del valor medio estandarizado de 50.

En cuanto al compromiso profesional, las puntuaciones más altas corresponden a la dimensión de dedicación y las más bajas a la de absorción. Con respecto a las dimensiones del contexto organizativo, la media de la valoración de la muestra global en las cinco dimensiones se sitúa en un promedio (próximo a la puntuación 2.5), con una tendencia a la valoración de un entorno positivo en las dimensiones de relaciones, liderazgo y fundamentos de enfermería; en cambio, se detecta una tendencia a considerar el entorno como negativo

en las dimensiones de dotación de personal y participación. El compromiso profesional es más alto cuanto más favorable se considera el contexto organizativo. Por otra parte, la valoración de los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionada con la salud también es mayor en la medida en que el contexto organizativo se considera más favorable.

En la segunda fase la participación fue de 50 profesionales, mayoritariamente mujeres, con una edad media de  $42 \pm 6.9$  años, 19 años de media como enfermera y 17 años de experiencia en el ámbito de la salud mental.

El análisis de contenido muestra que las enfermeras de salud mental aman su especialidad, refieren de manera unánime la satisfacción de trabajar en este ámbito y manifiestan un reconocimiento por parte de los usuarios y sus familias. Sienten una gran responsabilidad para con las personas atendidas. Las enfermeras de salud mental no trabajan del mismo modo a lo largo del territorio catalán, lo que dificulta el establecimiento de protocolos de normalización de actuaciones en los diferentes ámbitos en que trabajan y, consecuentemente, la definición de su rol. Precisamente la indefinición del rol de la enfermera de salud mental, la estabilidad de la plantilla y la carga asistencial son elementos clave en la satisfacción o en la percepción de estrés o seguridad en la enfermera. Hay una gran variabilidad en los equipos con respecto a la percepción del liderazgo enfermero. Así, una gran parte de los participantes destaca la jerarquización de los equipos y, en consecuencia, el bajo poder de decisión de los líderes enfermeros.

Existen diferentes modelos de gestión de los centros de salud mental, y cada uno de estos comporta un modelo de gestión enfermera diferente. En general, las enfermeras gestoras manifiestan disponer de tiempo insuficiente en su jornada laboral para dedicarse a funciones propias de la profesión, perciben poco reconocimiento en el ámbito hospitalario y tienen la sensación de tenerlo que gestionar todo, con una elevada dedicación horaria y disponibilidad permanente para resolver imprevistos.

El hecho de que en Cataluña no se reconozca la especialidad comporta que las direcciones no tengan la necesidad de contratar personas formadas, circunstancia que puede repercutir en la calidad de la atención y en la seguridad de las personas atendidas.

## Conclusiones

La triangulación de los datos del estudio del contexto laboral y organizativo de las enfermeras de salud mental ha permitido observar muchas coincidencias entre los resultados de los datos cuantitativos y cualitativos. A partir de los resultados, se ve la necesidad de potenciar más el modelo de atención centrado en la persona con enfermedad mental y en su familia y entorno, con una visión más integradora, más preventiva y menos medicalizada. También se evidencia la conveniencia de favorecer el rol propio de la enfermera en el ámbito de la salud mental con mayor autonomía y reduciendo los conflictos de rol.

La percepción de salud de las enfermeras en este ámbito es mejor cuanto más satisfactorio sea el contexto organizativo, de forma que, a mejor contexto, mayor compromiso profesional. Se considera fundamental aumentar el reconocimiento de la especialidad de Enfermería en Salud Mental con las mismas condiciones laborales que el resto de especialidades, evitando la fuga de enfermeras especialistas fuera de Cataluña y fortaleciendo el liderazgo de las enfermeras asistenciales y gestoras en el ámbito de la salud mental de Cataluña.



# Introducción y justificación

Los problemas de salud mental son crecientes, costosos y de gran complejidad debido al impacto que tienen en los afectados, en sus familiares y en la sociedad. Lavikainen y cols. señalaban en el año 2000 en el informe *Public Health Approach on Mental Health in Europe* que “no hay salud sin salud mental, de forma que la salud mental debe ser considerada como una parte indivisible de la salud pública” [1] [la traducción es nuestra]. La atención especializada en salud mental en Cataluña es también compleja según el criterio del propio Departamento de Salud [2]. En Cataluña, esta atención se organiza en:

1. Atención especializada ambulatoria de soporte a la atención primaria de salud (centros de Salud Mental).
2. Atención hospitalaria: urgencias de psiquiatría, hospitalización de agudos, subagudos, media y larga estancia, hospitalización parcial, unidades de internamiento, comunidades terapéuticas y unidades comunitarias polivalentes.
3. Centros de día y de inserción laboral para rehabilitación psiquiátrica comunitaria.

La provisión de estos servicios es pública, privada, en cooperativas de profesionales, órdenes religiosas, etc.

El Plan Director de la Salud Mental en Cataluña se propuso en el año 2010 los objetivos siguientes [2]: *la promoción de la salud mental para todos los ciudadanos/as; la demostración del papel central de la salud mental; la erradicación del estigma y de la discriminación; la promoción de actividades en etapas críticas de la vida; la prevención de los problemas de salud mental y del suicidio; la garantía de acceso a la atención primaria para las personas que tienen problemas de salud mental; una oferta de atención efectiva en la comunidad para aquellos que sufren problemas graves; el establecimiento de relaciones de cooperación con otros sectores no sanitarios; la competencia de los profesionales de la salud mental; la creación de un sistema efectivo de información sanitaria; una financiación justa y adecuada; y, finalmente, la evaluación de la eficacia de las intervenciones y la generación de nuevas evidencias e innovaciones*. El mismo plan señaló que los profesionales deben hacer un esfuerzo de adaptación importante, promoviendo la autoevaluación de su práctica y mejorándola con la formación y la investigación. En este sentido, el Plan Director ha insistido en la importancia de efectuar aportaciones desde la evidencia científica y de fomentar aquellas prácticas que la comunidad científica o sus referentes consideran buenas [2]. En esta misma línea, en el año 2017 se presentó el actual Plan Integral en Salud Mental y Adicciones, con nueve líneas estratégicas: promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales y las adicciones; mejora de la atención primaria de estos trastornos; cartera de servicios orientada a los usuarios; escuchar a los afectados y avanzar hacia un modelo centrado



en las personas; escuchar a los profesionales y conseguir su implicación; potenciar la organización en redes; favorecer la mejora de los sistemas de gestión; potenciar la formación continuada y de posgrado; y fortalecer la investigación [3].

De forma específica, el rol enfermero del ámbito de salud mental ha sufrido una profunda transformación. La vieja enfermería psiquiátrica, ligada al manicomio, a la contención, la custodia y la estigmatización, ha dado paso a una nueva enfermería caracterizada por un servicio humano, con una visión integral de los ciudadanos que son atendidos, y por un abordaje individual, familiar y comunitario que potencia la promoción y la prevención de la salud mental [4], y que contribuye a la disminución de la estigmatización por parte de la sociedad y del resto de enfermeras [5], con variabilidad en las dotaciones de personal, en la formación y en las funciones. No obstante, las enfermeras y los enfermeros representan el grupo de profesionales más numeroso de la salud mental en Europa [6].

Los profesionales del ámbito de la salud mental trabajan para la promoción de la salud mental y la prevención y disminución de los problemas de salud mental de los usuarios [7], de tal manera que es del todo necesario un entorno y una organización laboral saludables para que puedan desarrollar su rol con calidad. En palabras de Salanova, hay que trabajar en organizaciones con prácticas saludables, es decir, donde se promueva la autonomía en el trabajo, con seguridad, con apoyo social y con buenas relaciones entre los equipos, feedback del trabajo que se realiza, confianza entre los trabajadores y la empresa, conciliación de la vida laboral y familiar y estrategias de equidad [8]. Para Salanova, el compromiso laboral, entendido como engagement, es un aspecto clave [8]. Cuando las prácticas no son saludables, los profesionales y las instituciones, en este caso en el ámbito de la salud mental, se resienten y en los trabajadores puede haber percepción de malestar, afectación a la salud o insatisfacción laboral [9-12].

Hay que considerar que en las profesiones sanitarias, el colectivo enfermero ha sido identificado en la bibliografía como de alto riesgo de sufrir agotamiento y estrés [13] a causa de su relación directa con las personas y su sufrimiento, en un entorno marcado por la ambigüedad y el conflicto de rol, con poca autonomía y con otras variables organizacionales, como cambios frecuentes de puesto de trabajo [14].

En este sentido, ya en el año 2011, el propio Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña comunicó a la Consejería de Salud de la Generalitat de Catalunya que la falta estructural de enfermeras

en el sistema de salud, la precariedad laboral, la sobrecarga asistencial y las condiciones que, en muchas ocasiones, obligan a las enfermeras a trabajar en varios servicios de manera alternativa son una realidad que el colectivo enfermero vive desde hace tiempo. Además, también las medidas tomadas a raíz de la crisis económica que se vive desde hace años pueden haber afectado a los cuidados a las personas más vulnerables del sistema de salud [15].

El presente proyecto, encargado y liderado por el Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña, tiene la finalidad de conocer la situación actual de las enfermeras/os<sup>1</sup> en el ámbito de la salud mental en Cataluña, considerando la complejidad de las personas con problemas de salud mental, la enorme diversidad de áreas y contextos organizativos donde son atendidos y la variabilidad del rol enfermero en este ámbito, con el fin de dar a conocer la situación y proponer, si procede, intervenciones de promoción de la salud dirigidas a las enfermeras de las instituciones del ámbito de la salud mental.

---

<sup>1</sup> Enfermero/a: tal como lo hace el Consejo Internacional de Enfermeras, en este documento, cuando se hace referencia a "enfermera" o "enfermero", tanto en singular como en plural, hay que entender que se alude tanto a profesionales de sexo masculino como profesionales de sexo femenino.



# 1

Objetivos del estudio

## Objetivo general

Estudiar el contexto laboral y organizativo de las enfermeras del ámbito de la salud mental de Cataluña.

## Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y laborales de las enfermeras del ámbito de la salud mental de Cataluña.
2. Estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de las enfermeras/os del ámbito de la salud mental de Cataluña.
3. Estudiar el compromiso profesional de las enfermeras/os del ámbito de la salud mental de Cataluña.
4. Analizar el contexto organizativo de las enfermeras/os del ámbito de la salud mental de Cataluña, estudiando su autonomía, su control sobre la práctica con relación al entorno, su relación con los compañeros y el soporte organizacional.
5. Estudiar las vivencias y percepciones de las enfermeras/os del ámbito de la salud mental de Cataluña.



# 2

## Material y métodos

El estudio se ha realizado en dos fases diferenciadas en función del tipo de metodología. En la primera fase, la metodología de estudio ha sido cuantitativa, mientras que en la segunda se ha utilizado una metodología cualitativa.

## 2.1. Diseño, ámbito y población de estudio

En la primera fase, el estudio, con un diseño transversal analítico, se ha llevado a cabo durante el año 2016 en los centros de Cataluña que realizan atención especializada en salud mental. La población de estudio está formada por las enfermeras/os del ámbito de salud mental, colegiados en Cataluña, que prestan servicio en el área especializada ambulatoria, en hospitales o en los centros de día y de inserción laboral para rehabilitación psiquiátrica comunitaria del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT).

En el entorno catalán, en el año 2010 la Asociación Catalana de Enfermería en Salud Mental (ASCISAM) realizó una prospección entre los proveedores de servicios de salud mental. El estudio, publicado en el documento "Propuesta de reconocimiento de la categoría profesional del enfermero especialista en salud mental", censó las plazas de enfermeras que prestan asistencia a un 67.75% de los habitantes adultos del territorio catalán: 593 plazas de enfermeras. La investigación que presentamos ha pretendido estudiar la totalidad de este colectivo o universo en la primera fase del estudio con una muestra no probabilística. En la segunda fase se han estudiado el discurso y las vivencias de enfermeras asistenciales y gestoras, también con una muestra no probabilística, con representación de cada una de las regiones sanitarias de Cataluña.

## 2.2. Variables estudiadas

En la primera fase se han estudiado variables sociodemográficas de las enfermeras (edad, sexo, percepción del nivel económico, estado civil y familiares a cargo, y creencias religiosas), variables laborales (años de pro-

fesión; años de profesión en el ámbito de la salud mental; turno de trabajo; tipo de contrato; ratios enfermera/ persona atendida en el área de trabajo; percepción de conflictos familiares a causa del trabajo; percepción de la valoración por sus usuarios/familiares, por sus compañeros y por sus mandos; formación específica en cuidados enfermeros en el ámbito de la salud mental; formación complementaria en comunicación, en bioética o en gestión de conflictos), variables relacionadas con la calidad de vida asociadas a la salud de los profesionales (instrumento SF-12) [16], compromiso profesional (cuestionario *Utrecht Work Engagement Survey* [UWES] [17-18] y variables relacionadas con el contexto organizativo (cuestionario *Nursing Work Index*, validado y adaptado a nuestro contexto) [19-20].

En la segunda fase se han analizado las categorías relacionadas con el trabajo de la enfermera de salud mental, con el contexto organizativo y con las repercusiones del contexto de trabajo, así como las propuestas de mejora.

## 2.3. Instrumentos y técnicas de estudio

En esta primera fase todas las variables se han estudiado con una encuesta online, realizada con el programa *Google Drive*, que incluye las variables sociodemográficas y laborales mencionadas y los cuestionarios. En este sentido, para valorar la salud percibida se ha utilizado el cuestionario SF-12 (*12-item short-form health survey*) [16], que contiene doce preguntas relativas a la percepción de la salud y de la calidad de vida desde el punto de vista físico y mental. Se trata de un cuestionario validado en población española y que ha demostrado ser una alternativa útil cuando se mide la salud física y mental en general para muestras elevadas.

Para estudiar el compromiso profesional, se ha utilizado el cuestionario *Utrecht Work Engagement Survey* -17 (UWE S) [17], traducido y validado al castellano por Salanova y Schaufeli en el año 2004 [18]. Consta de 17 ítems que corresponden a tres subescalas (vigor, dedicación y absorción), con 6 opciones de respuesta tipo Likert (de "nunca" a "siempre"). La subescala de vigor tiene 6 ítems (1, 4, 8, 12, 15 y 17), con una puntuación que oscila entre 0-36. La subescala de dedicación tiene 5 ítems (2, 5, 7, 10 y 13) y la puntuación oscila

entre 0-30. Finalmente, la subescala de absorción tiene 6 ítems (3, 6, 9, 11, 14 y 16) y la puntuación oscila entre 0-36. La puntuación de cada subescala se obtiene de la suma de los resultados de los ítems dividida por el número de ítems de la subescala respectiva. Las medias de las puntuaciones totales de la escalas y de las tres subescalas pueden interpretarse fácilmente: a mayor puntuación, mayor compromiso laboral, mayor vigor, mayor absorción o mayor dedicación. Los valores totales normalizados de una muestra de 2.313 personas indican que la puntuación total igual o menor que 1.93 corresponde a niveles muy bajos de compromiso; entre 1.94 y 3.06, a niveles bajos; entre 3.07 y 4.66, a niveles medios; entre 4.67 y 5.53, a niveles altos; y los niveles iguales o mayores que 5.54 se consideran niveles muy altos de compromiso [19].

El cuestionario *Nursing Work Index* [20] mide los valores de trabajo relacionados con la satisfacción de la actividad enfermera, la productividad percibida y la percepción de un entorno laboral propicio para llevar a cabo cuidados enfermeros de calidad. En este proyecto, se ha utilizado la versión validada en lengua castellana de la escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), con 32 ítems, incluida en el cuestionario de enfermeras del proyecto RN4CAST-España con 5 subescalas [21,22]:

1. Participación de las enfermeras en el hospital.
2. Fundamentos de enfermería para la calidad de los cuidados.
3. Aptitud, liderazgo y apoyo de los mandos.
4. Dotación de personal y recursos.
5. Relaciones entre las enfermeras y los médicos.

En la fase cualitativa, las técnicas de estudio han sido los grupos focales o grupos de discusión conducidos por un miembro investigador del proyecto y realizados en cada una de las regiones sanitarias de Cataluña.

## 2.4. Procedimiento

Las dos fases del proyecto fueron evaluadas y aprobadas por el CEIC del Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Trueta el 26 de abril de 2016 y el 28 de febrero de 2017, respectivamente. Una vez aceptado,



el proyecto de investigación se presentó a las direcciones de los centros de salud mental que forman parte del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT). Así pues, primero se presentó el proyecto a los centros de salud mental de la Región Sanitaria de Gerona y, posteriormente, a los de Tarragona, Lérida y Barcelona.

En la primera fase, cuando se obtuvo el permiso por escrito de las direcciones de los centros, la encuesta *online* se envió, a partir del mes de abril de 2016, a los responsables de cada centro, los cuales la reenviaron a las enfermeras de los centros implicados con el fin de iniciar la recogida de datos en la Región Sanitaria de Gerona. Posteriormente, este procedimiento se aplicó al resto de regiones sanitarias: Barcelona, Lérida y Tarragona.

Transcurrida una semana desde el envío de la encuesta *online*, se mandó un recordatorio, envío que se repitió durante tres semanas consecutivas para lograr una mejor tasa de respuesta.

Finalizada la fase con metodología cuantitativa, se realizaron los cuatro grupos focales, desde febrero de 2017 hasta julio de 2017, dirigidos a enfermeras asistenciales, uno por cada región sanitaria, y un quinto grupo focal en el que participaron enfermeras/enfermeros gestoras/gestores en el ámbito de la salud mental en Cataluña en el momento del estudio. La muestra fue no probabilística e intencional. Cada grupo estuvo formado por un número de participantes que oscilaba entre 9 y 11 y estaba conducido por un investigador del proyecto, que actuaba de moderador.

## 2.5. Consideraciones éticas

El presente proyecto ha garantizado la confidencialidad y seguridad de los datos personales de los participantes y cumple con los preceptos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y del Reglamento que desarrolla esta Ley Orgánica, concretamente de 21 de diciembre (BOE de 19 de enero de 2008). Se ha informado en la primera parte de la encuesta sobre los objetivos del proyecto y se ha garantizado la confidencialidad. Al tratarse de una encuesta *online* anónima, vía programa

*Google Drive*, las respuestas se han recibido sin ningún dato que identifique a la persona que ha participado en la encuesta. Todos los participantes de los grupos focales fueron informados del estudio por el moderador de cada grupo y firmaron una hoja de consentimiento informado antes de iniciarse la recogida de sus vivencias y opiniones.

Las dos fases del proyecto fueron evaluadas y aprobadas por el CEIC del Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Trueta.

## 2.6. Análisis de datos

En la primera fase del proyecto, los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS versión 25.0 (IBM). Los resultados correspondientes a las variables cualitativas se expresan con frecuencias absolutas [porcentaje] y los de las variables cuantitativas con la media y desviación estándar. Las variables cualitativas se han analizado mediante el estadístico chi cuadrado si se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba. En cuanto a las variables cuantitativas, se ha realizado la comparación de las medias de dos grupos independientes mediante la T de Student para grupos independientes, o mediante la U de Mann-Whitney, y para la comparación de más de dos grupos independientes se ha utilizado el test ANOVA o el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Como medida de asociación entre dos variables cuantitativas se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson o la Rho de Spearman. Además, se han realizado modelos multivariados para estudiar los factores fuertemente asociados a la calidad de vida percibida de las enfermeras participantes. Se ha considerado en todos los casos como significativo un valor  $p < 0.05$ .

El análisis de los datos cualitativos se ha efectuado mediante un análisis de contenido, a partir de la transcripción literal de los discursos de los participantes en cada grupo focal y de la correspondiente categorización. Los investigadores han llevado a cabo el análisis manualmente, con una triangulación de los datos cualitativos entre tres investigadores del proyecto. También se ha realizado una triangulación de los datos procedentes de la investigación cuantitativa y cualitativa con la finalidad de contrastar los datos desde diferentes perspectivas y obtener una visión más amplia y profunda del fenómeno estudiado.



# 3

## Resultados de la primera fase del estudio

### 3.1. Características sociodemográficas de la muestra

Han participado 310 enfermeras/os de toda Cataluña del ámbito de la salud mental, con una edad media de  $39 \pm 9.5$  años, y una mediana de 38 años [RI: 32-45], de los cuales 236 son mujeres (76.1%). El 74.8% (n: 232) ha manifestado que vive en pareja y/o con hijos, el 16.8% que vive solo y el resto, el 8.4%, ha declarado otras situaciones. El 50.6% (n: 157) ha expresado que tiene hijos a su cargo; de estos, el 44.6% tiene un hijo, el 45.2% dos hijos, el 8.9% tres hijos y el 1.3% cuatro hijos. Además, el 54.2% de la muestra dice que tiene a su cargo padres o suegros.

Cuando se ha preguntado por la percepción del nivel económico, se ha obtenido una media de  $2.8 \pm 0.7$  sobre 10, y una mediana de 3 [RI 2-3]. A la respuesta de si se considera que la crisis económica ha afectado al trabajo con relación a menos recursos y/o peores condiciones laborales, en una escala de 1 (nada) a 10 (mucho) la puntuación media ha sido de  $7.8 \pm 1.7$ , con una mediana de 8 [RI 7-9]. En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas en función de la región sanitaria de trabajo.

**Tabla 1**

**Características sociodemográficas en función de la región sanitaria de trabajo**

	Barcelona N: 205	Gerona N: 46	Lérida N: 25	Tarragona N: 34
<b>Edad</b>	39.2 [10] 38 [32-46]	40 [9.4] 39 [33-45]	38.2 [9.9] 36 [31-46]	36.8 [6.1] 36 [32-40]
<b>Sexo mujeres</b>	154 [75.1]	39 [84.8]	19 [76]	24 [70.6]
<b>Convivencia en pareja e hijos</b>	148 [72.2]	36 [78.3]	19 [76]	29 [85.3]
<b>Percepción del nivel económico</b>	2.7 [0.8] 3 [2-3]	3 [0.5] 3 [3-3]	2.8 [0.5] 3 [2-3]	2.9 [0.6] 3 [3-3]
<b>Influencia de la crisis económica en el trabajo</b>	7.8 [1.8] 8 [7-9]	7.4 [1.6] 8 [6-9]	8.1 [1.5] 8 [8-9]	8.3 [1.4] 8.5 [8-9]

*Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis, la mediana y el rango intercuartil.*

## 3.2. Características laborales de la muestra

La media de años desde la finalización de los estudios de los participantes es de 15 (9.7) años, mediana de 13 [RI 8-21.] En relación con el ejercicio de la profesión enfermera, se ha observado una media de 14.8 (9.5), mediana de 13 [RI 8-21]; y en el ámbito de salud mental, una media de 12.6 (8.4), mediana de 10 [RI 7-18].

El 20.3% (n: 63) de la muestra ha manifestado tener la especialidad de salud mental y otros estudios de posgrado en este ámbito; el 10% (n: 31), solo la especialidad; y el resto de los participantes (n: 216), estudios de posgrado y/o formación continuada en el ámbito de la salud mental.

En la tabla 2 se muestran las características laborales de las enfermeras en función de la región sanitaria de trabajo. No se han observado diferencias significativas en relación con los años de finalización (test ANOVA,  $p=0.19$ ) y tampoco cuando se comparan los años en el ámbito de salud mental (test ANOVA,  $p=0.18$ ).

**Tabla 2**

### Características laborales en función de la región sanitaria de trabajo

	Barcelona N: 205	Gerona N: 46	Lérida N: 25	Tarragona N: 34
<b>Años desde la finalización de los estudios</b>	15.5 (10.4) 14 [7-22]	15.6 (9.1) 15 [9-21]	13.3 (9.1) 12 [7-18]	12 (5.4) 11 [8-16]
<b>Años en el ámbito de la salud mental</b>	12.7 (8.5) 11 [6-19]	14.7 (9.3) 12.5 [8-21]	10.2 (7.9) 9 [6-12]	11.1 (6) 10 [8-15]

*Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis, la mediana y el rango intercuartil.*

El 64.5% de la muestra trabaja en el entorno asistencial, el 6% como enfermeras gestoras y el 29.5% restante combina actividades de asistencia con la docencia y/o la investigación.

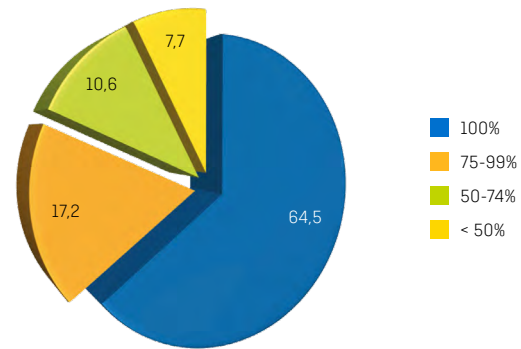
En relación con el ámbito de atención, el 25.4% ha manifestado trabajar en centros de salud mental, el 23.5% en hospitalización psiquiátrica de agudos, el 8.7% en hospitalización parcial (hospitales de día), el 6.7% en urgencias psiquiátricas, el 5.8% en drogodependencias, el 5.4% en hospitalización de subagudos, el 4.5% en larga estancia y el 20% restante en otros dispositivos, como patología dual, rehabilitación, centros de día o pisos asistidos.

La mayoría de los profesionales tiene jornadas completas, pero hasta un 35.5% trabaja en jornadas reducidas, que son menos frecuentes a medida que la reducción es más alta, tal como se puede ver en la figura 1.

En el área de Barcelona se reproduce la descripción de la muestra global, tal como se puede observar en la figura 2.

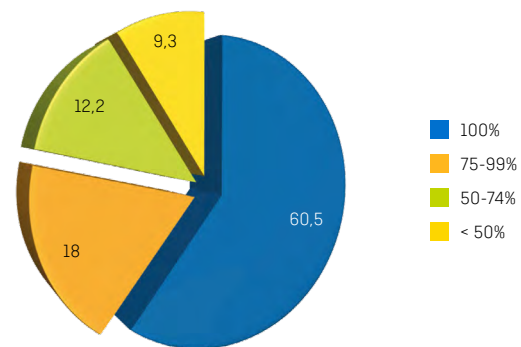
**Figura 1**

**Tipo de jornadas de las enfermeras participantes en la muestra global de Cataluña**



**Figura 2**

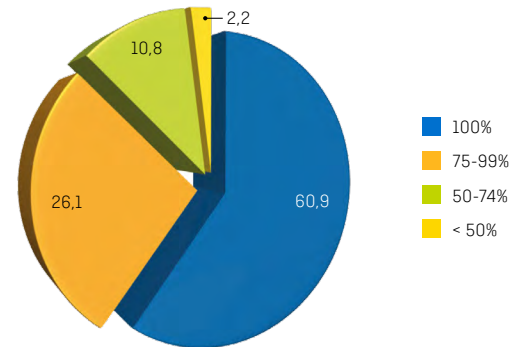
**Tipo de jornadas de las enfermeras participantes en la Región Sanitaria de Barcelona**



En el área de Gerona se observan más contratos de 75% a 99% y menos contratos inferiores al 50% de duración de la jornada que en la muestra global (figura 3).

**Figura 3**

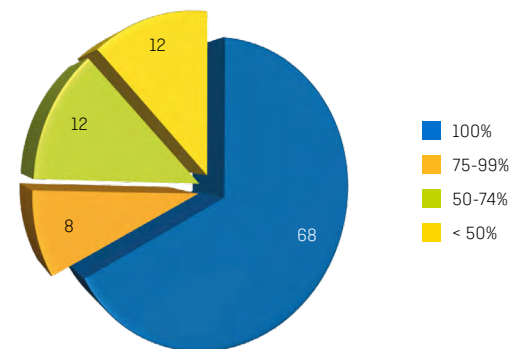
**Tipo de jornadas de las enfermeras participantes en la Región Sanitaria de Gerona**



En el área de Lérida, el tipo de contrato menos frecuente es de reducción del 75 al 99% de la jornada (figura 4).

**Figura 4**

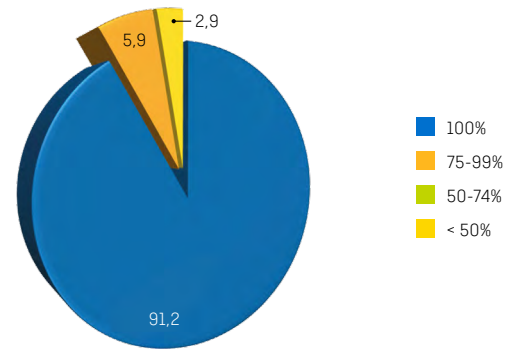
**Tipo de jornadas de las enfermeras participantes en la Región Sanitaria de Lérida**



Tal como se puede observar en la figura 5, en el área de Tarragona casi todas las enfermeras trabajan a jornada completa.

**Figura 5**

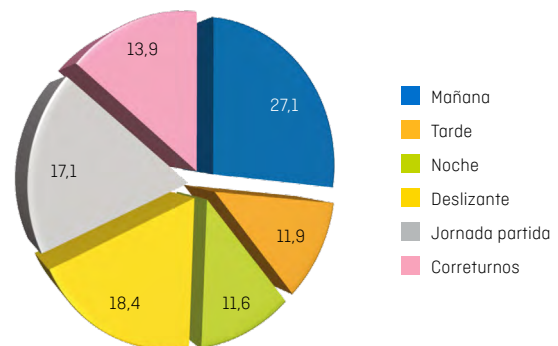
**Tipo de jornadas de las enfermeras participantes en la Región Sanitaria de Tarragona**



A continuación se muestran los tipos de horarios de los profesionales encuestados en la muestra total (figura 6). Se observa una variedad de turnos y un porcentaje más alto de profesionales que trabajan en el turno de mañana, en segundo lugar en turno deslizante y en tercer lugar en jornada partida.

**Figura 6**

**Turnos de las enfermeras del ámbito de la salud mental de Cataluña**

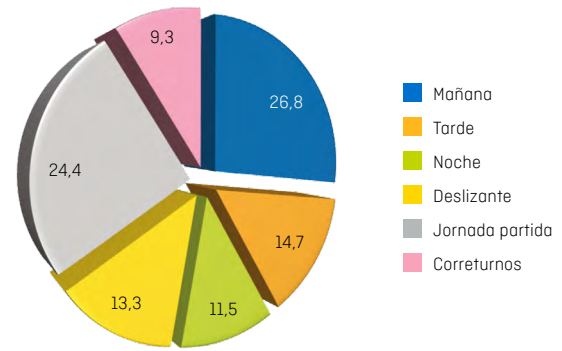




Cuando se estudia el tipo de turno en la Región Sanitaria de Barcelona, también el turno de mañana es mayoritario entre los encuestados, en segundo lugar el turno de jornada partida y en tercer lugar el turno de tarde (figura 7).

**Figura 7**

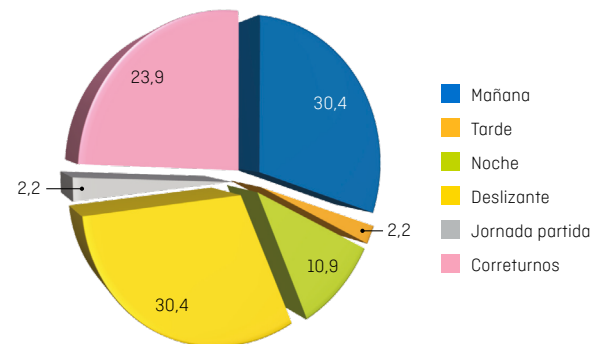
**Turnos de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Barcelona**



En la Región Sanitaria de Gerona, los turnos mayoritarios son el de mañana y el turno deslizante, con los mismos porcentajes, tal como se puede ver a continuación (figura 8).

**Figura 8**

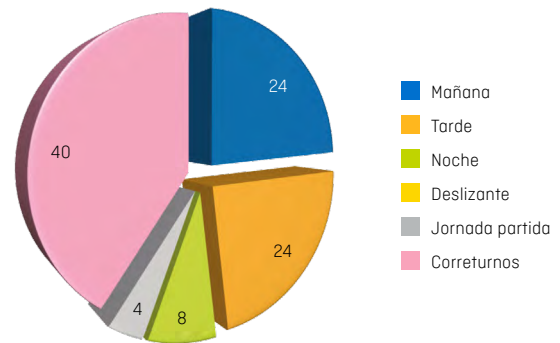
**Turnos de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Gerona**



En la Región Sanitaria de Lérida, las enfermeras trabajan mayoritariamente de *corretornos*, en segundo lugar en el turno de mañana y en el turno de tarde (figura 9)..

**Figura 9**

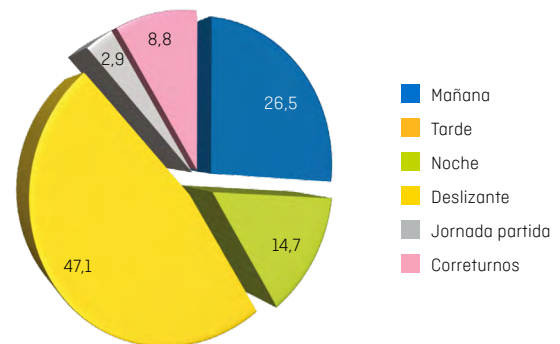
**Turnos de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Lérida**



En la Región Sanitaria de Tarragona, el turno mayoritario es el deslizante, seguido del turno de mañana y del de noche (figura 10).

**Figura 10**

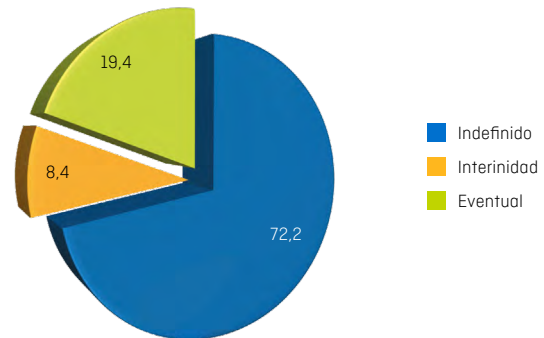
**Turnos de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Tarragona**



En relación con el tipo de contrato laboral, la mayoría de las enfermeras participantes tiene un contrato de tipo indefinido (72.2% de los casos) y casi un 20% se encuentra en situación eventual, tal como se puede ver en la figura 11.

**Figura 11**

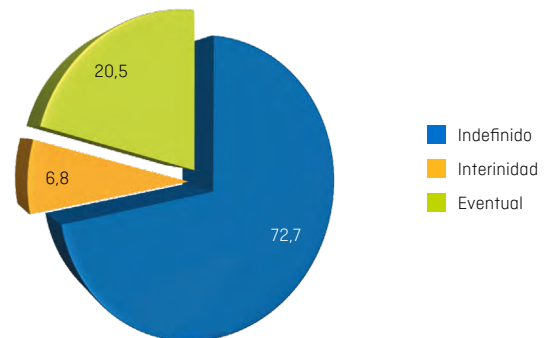
**Tipo de contrato de las enfermeras del ámbito de la salud mental en Cataluña**



Por regiones, en Barcelona también el contrato indefinido es el predominante; no obstante, hay un 20% de profesionales en situación eventual (figura 12)..

**Figura 12**

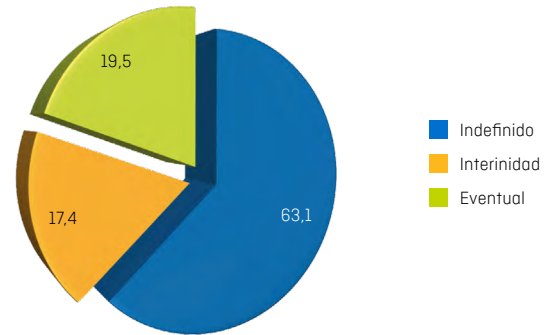
**Tipo de contrato de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Barcelona**



En la Región Sanitaria de Gerona se observa un porcentaje superior de interinos con respecto a la muestra global (figura 13).

**Figura 13**

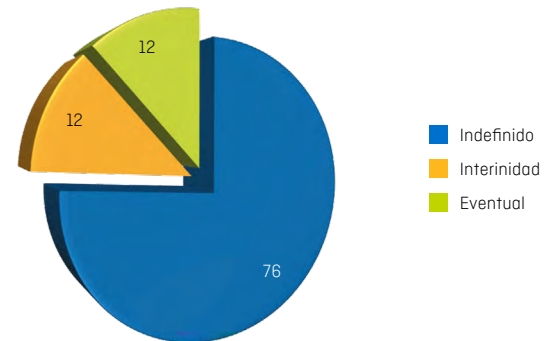
**Tipo de contrato de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Gerona**



En la Región Sanitaria de Lérida hay un porcentaje más bajo de eventuales con respecto a la muestra global y con respecto al resto de regiones (figura 14).

**Figura 14**

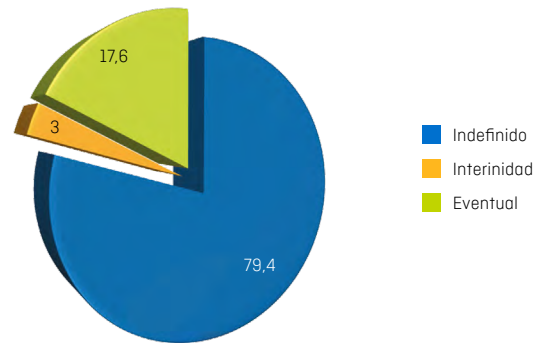
**Tipo de contrato de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Lérida**



Finalmente, en la Región Sanitaria de Tarragona está la proporción más alta de profesionales con contrato indefinido [figura 15].

**Figura 15**

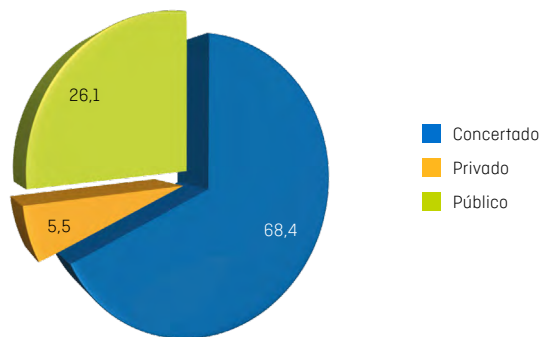
**Tipo de contrato de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Tarragona**



En relación con el tipo de centro, los centros estudiados son en su mayoría concertados, tal como se puede observar en la figura 16.

**Figura 16**

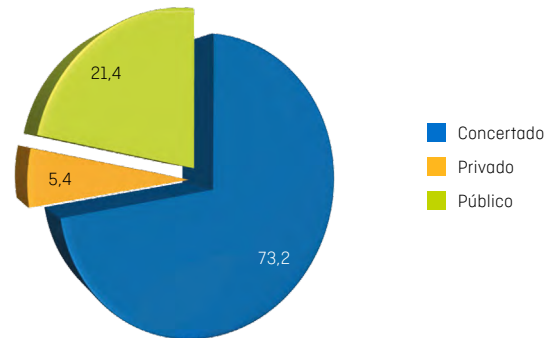
**Tipo de centro de trabajo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en Cataluña**



La proporción de centros concertados donde trabajan las enfermeras encuestadas de la Región Sanitaria de Barcelona todavía es más alta, tal como se puede observar en la figura 17.

**Figura 17**

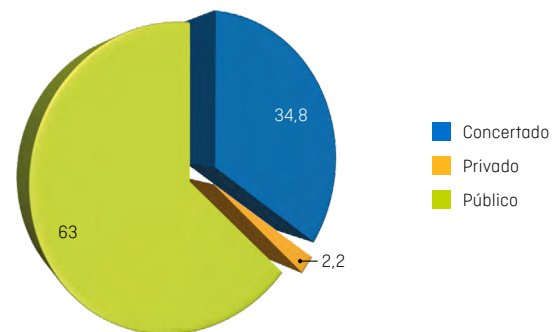
**Tipo de centro de trabajo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Barcelona**



En la Región Sanitaria de Gerona las enfermeras trabajan principalmente en centros sanitarios públicos (figura 18).

**Figura 18**

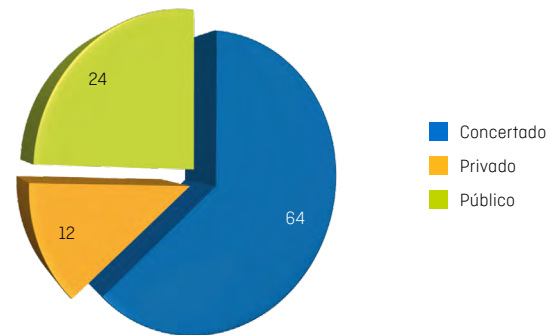
**Tipo de centro de trabajo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Gerona**



La distribución según el tipo de centro en la Región Sanitaria de Lérida es bastante similar a la distribución global, con una mayoría de centros de trabajo de tipo concertado, según lo manifestado por las enfermeras de esta región (figura 19).

**Figura 19**

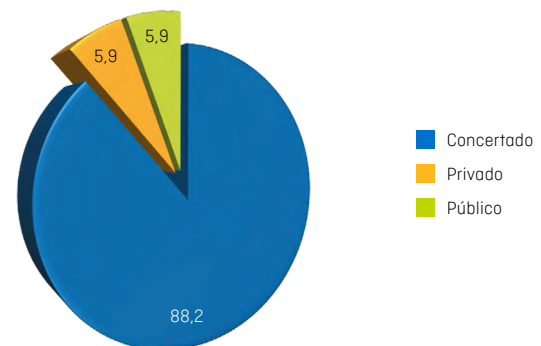
**Tipo de centro de trabajo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Lérida**



La distribución según el tipo de centro en la Región Sanitaria de Tarragona es diferente con respecto a la distribución global, con una elevada proporción de centros de trabajo de tipo concertado, según lo manifestado por las enfermeras de esta región (figura 20).

**Figura 20**

**Tipo de centro de trabajo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en la Región Sanitaria de Tarragona**

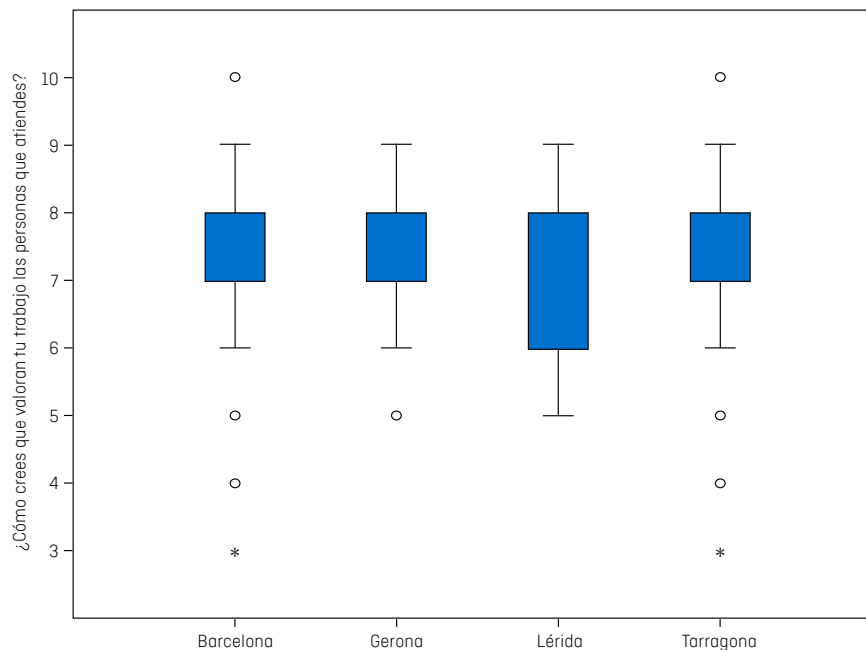


### 3.3. Percepción de la valoración del trabajo enfermero

En cuanto a la percepción del trabajo enfermero que tienen las personas atendidas, las enfermeras la han puntuado con un  $7.5 \pm 1.1$  de media, mediana de 8 [RI 7-8]. En la figura 21 se muestran los resultados por áreas. La mediana en Gerona es de 7 y para el resto es de 8; todas coinciden en el percentil 75, que es de 8. Cuando analizamos las medias, la más baja es la de Lérida (7.2) y la más alta la de Barcelona (7.6) ( $p > 0.05$ ).

**Figura 21**

**Percepción de las enfermeras respecto a la valoración del trabajo enfermero por las personas atendidas**



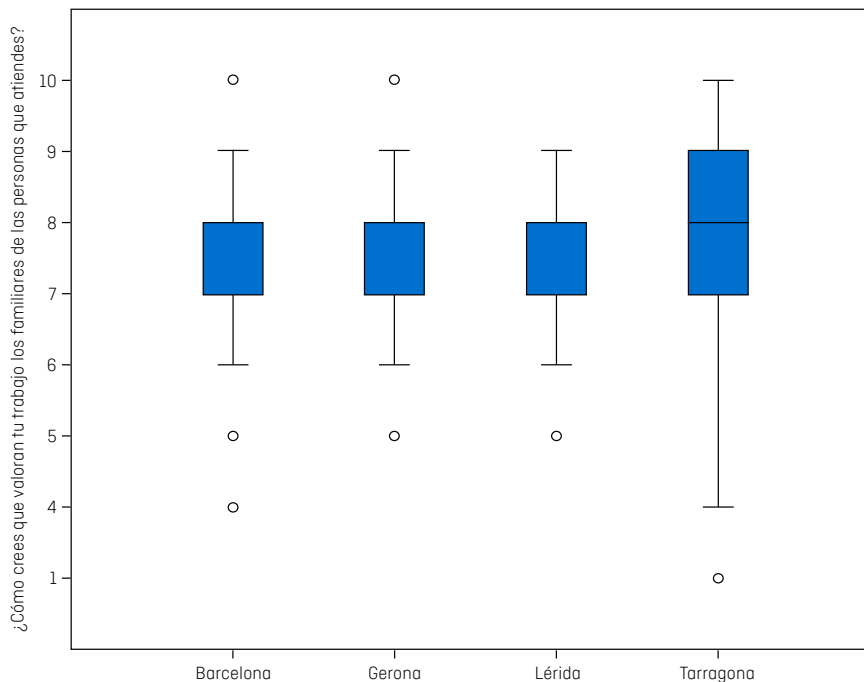


En relación con la valoración del trabajo enfermero por los familiares, los participantes la han puntuado con un  $7.7 \pm 1.1$  de media, mediana de 8 [RI 7-8].

En la figura 22 se muestran los resultados por áreas. La mediana es para todas las áreas de 8, si bien Tarragona muestra más dispersión en las puntuaciones, con un percentil 75 más alto (9) con respecto al resto (8). Cuando analizamos las medias, las más bajas son Tarragona y Lérida (7.4); la más alta es la de Barcelona (7.8) ( $p>0.05$ ).

**Figura 22**

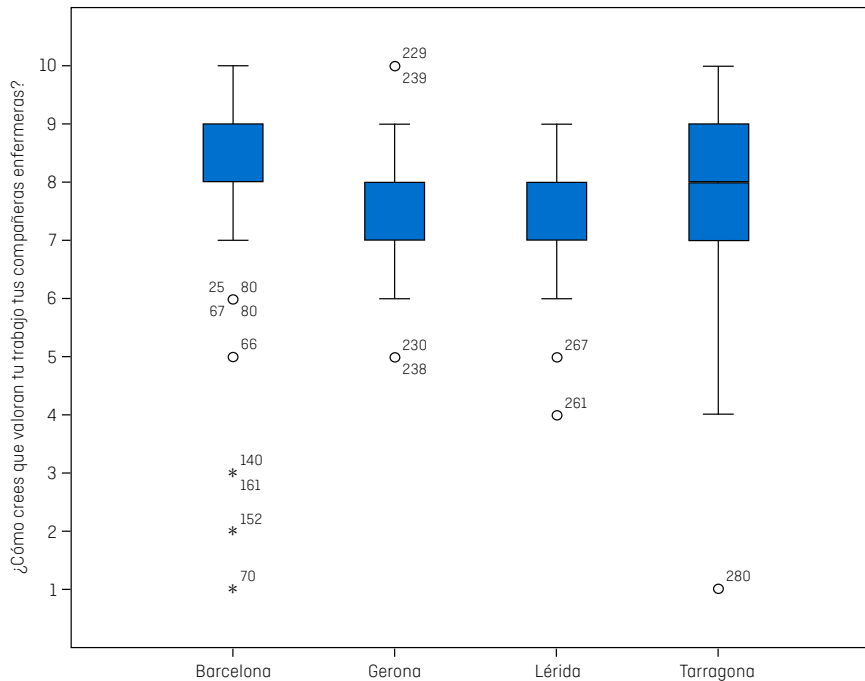
**Percepción de las enfermeras respecto a la valoración del trabajo enfermero por los familiares**



En relación con la valoración del trabajo enfermero por las compañeras enfermeras, los participantes la han puntuado con un  $7.9 \pm 1.3$  de media, mediana de 8 [RI 7-9]. En la figura 23 se muestran los resultados por áreas. La mediana es de 8 para todas las áreas. Barcelona y Tarragona muestran un percentil 75 más alto [9] con respecto al resto [8]. El percentil 25 más alto corresponde a Barcelona (8), mientras que en el resto es de 7. Cuando analizamos las medias, la más baja es Tarragona (7.5) y la más alta la de Barcelona (8) ( $p=0.049$ ).

**Figura 23**

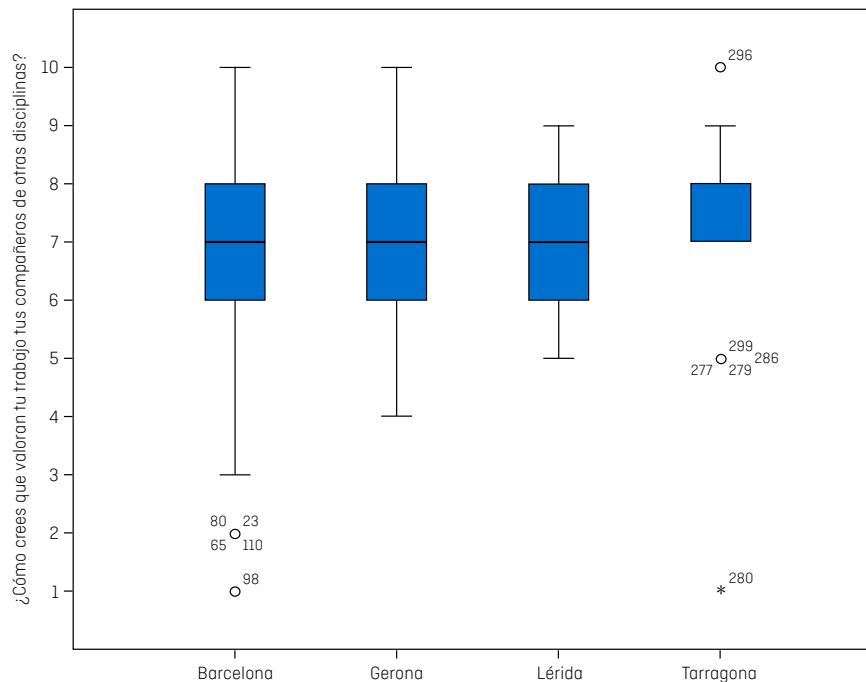
**Percepción de las enfermeras respecto a la valoración del trabajo enfermero por las compañeras enfermeras**



Con respecto a la valoración del trabajo enfermero por los compañeros de otras disciplinas sanitarias, los participantes la han puntuado con un  $7.1 \pm 1.6$  de media, mediana de 7 [RI 6-8]. En la figura 24 se muestran los resultados por áreas. La mediana es de 8 en Tarragona y en el resto de las áreas es de 7. El percentil 75 es de 8 en todas las áreas. El percentil 25 más alto corresponde a Tarragona [7], mientras que en el resto es de 6. Cuando analizamos las medias, las más altas corresponden a Tarragona y Lérida [7.2] y la más baja en Barcelona [7.1] ( $p > 0.05$ ).

**Figura 24**

**Percepción de las enfermeras respecto a la valoración del trabajo enfermero por los compañeros de otras disciplinas**

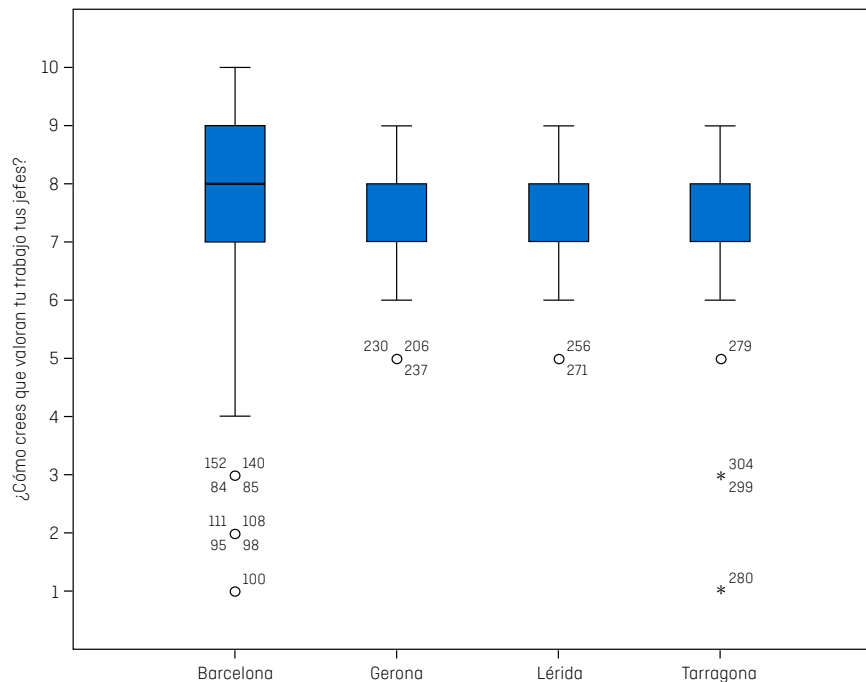


Con relación a la valoración del trabajo enfermero por los jefes o mandos, los participantes la han puntuado con un  $7.3 \pm 1.6$  de media, mediana de 8 [RI 7-8].

En la figura 25 se muestran los resultados por áreas. La mediana es de 8, excepto en Tarragona, que es de 7. El percentil 75 más alto es el de Barcelona, que es de 9; en el resto es de 8. Cuando analizamos las medias, la más alta corresponde a Lérida (7.5) y la más baja a Tarragona (7) ( $p > 0.05$ ).

**Figura 25**

**Percepción de las enfermeras respecto a la valoración del trabajo por sus jefes o mandos**



### 3.4. Reconocimiento económico en el trabajo

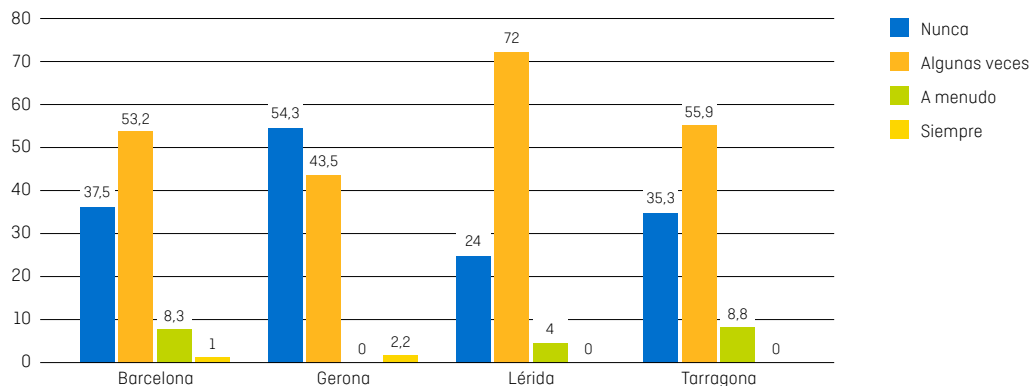
Cuando se pregunta si hay algún tipo de reconocimiento económico en el trabajo, un 77.4% de los participantes ha manifestado que sí (n: 240) y un 22.6% que no (n: 70). Cuando se compara por áreas, en Barcelona ha manifestado que sí el 78.5 (161), en Gerona el 93.5% (43), en Lérida el 36% (9) y en Tarragona 79.4 (27). Las diferencias entre regiones son, por lo tanto, estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

### 3.5. Consecuencias del trabajo enfermero en el ámbito familiar

En la muestra global, el 38.7% (120) ha manifestado que el trabajo nunca ocasiona conflictos en el ámbito familiar, un 53.5% (166) declara que algunas veces, un 6.8% (21) dice que a menudo y un 1% (3) afirma que siempre. Cuando las respuestas se comparan por áreas (figura 26), no se han observado diferencias significativas, aunque en Gerona está la proporción más alta de los que han manifestado “nunca”, mientras que en Lérida el porcentaje más alto corresponde a “algunas veces” ( $p > 0.05$ ).

Figura 26

Consecuencias del trabajo en el ámbito familiar según las enfermeras

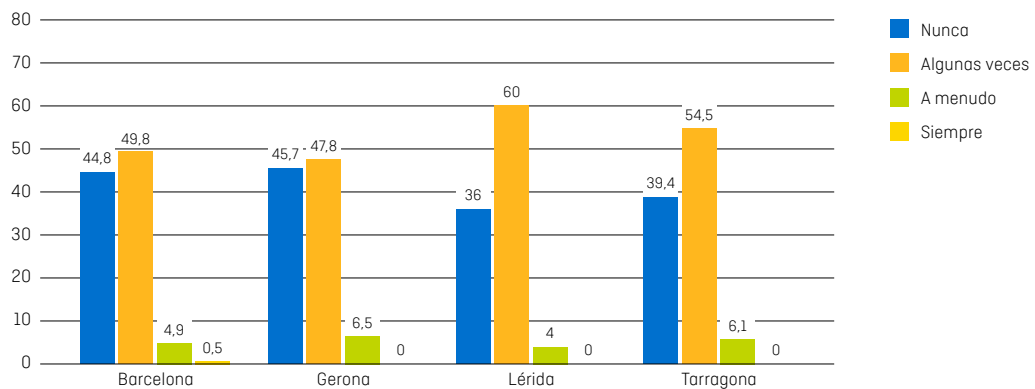


### 3.6. Plantearse dejar el trabajo durante el ejercicio de la profesión

En la muestra global, el 43.7% (135) ha manifestado que nunca se han planteado dejar el trabajo a causa de situaciones vividas durante el ejercicio de la profesión. Otras respuestas son: algunas veces un 50.8% (157), a menudo un 5.2% (16) y siempre 0.3% (1). Cuando las respuestas se comparan por áreas (figura 27), no se han observado diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

Figura 27

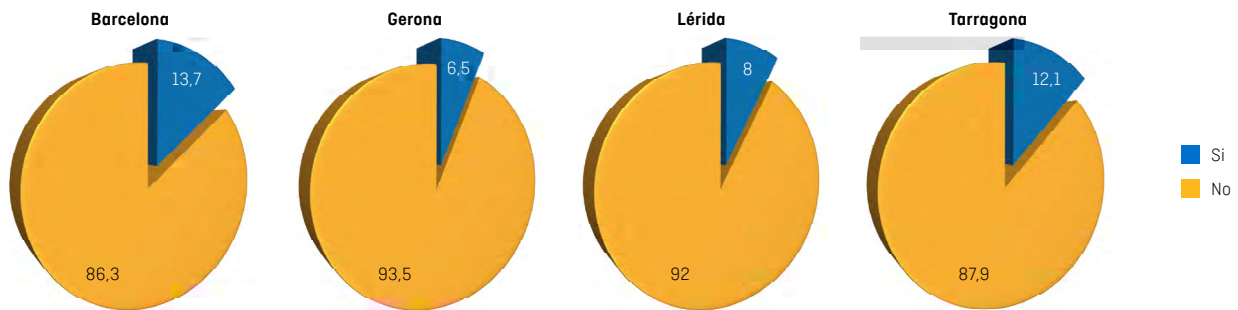
Plantearse dejar el trabajo durante el ejercicio de la profesión según las enfermeras



### 3.7. Baja laboral en el último año por causas relacionadas con el trabajo

En la muestra global, un 12% [37] afirma que ha estado de baja laboral por causas relacionadas con el trabajo; un 88% [272] dice que no ha tenido una baja por esta razón. Por áreas, las regiones sanitarias de Barcelona y Tarragona refieren porcentajes superiores de personas con baja laboral a causa del trabajo con respecto a Gerona y Lérida, con diferencias que oscilan del 4 al 7% ( $p>0.05$ ) [figura 28].

**Figura 28**  
**Baja laboral en el último año por motivos relacionados con el trabajo**



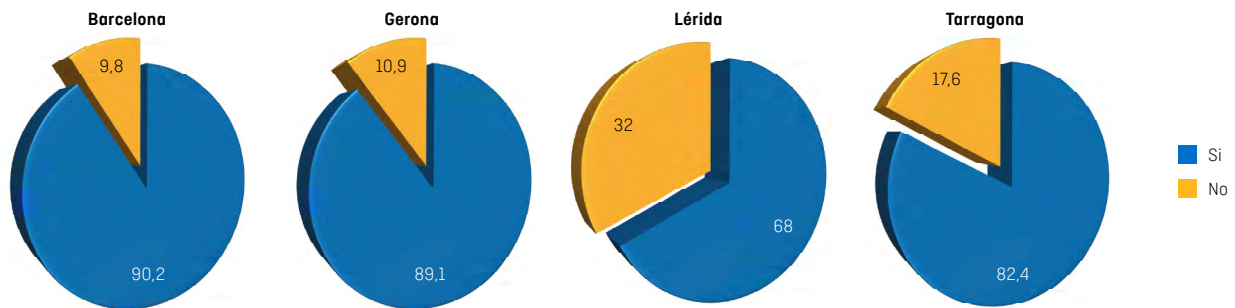
### 3.8. Formación específica en el ámbito de la salud mental

Entre los participantes, el 87.4% [271] ha declarado tener formación específica en el ámbito de la salud mental y el 12.6% [39] ha dicho que no tiene.

Tal como se puede observar en la figura 29, la proporción más alta de personas con formación específica en el ámbito de la salud mental corresponde a las regiones sanitarias de Barcelona y Gerona y, en menor porcentaje, a Lérida ( $p=0.012$ ).

**Figura 29**

**Formación específica en el ámbito de la salud mental de las enfermeras encuestadas**





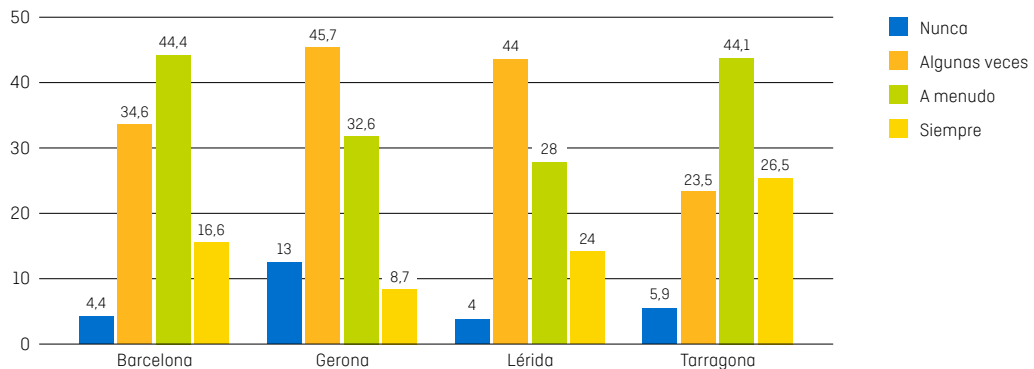
### 3.9. Aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica

Un 17.1% [53] de las personas encuestadas ha contestado que siempre trabaja con protocolos y guías basados en la evidencia científica, un 41.3% [128] que las utilizan a menudo, un 35.8% [11] las utiliza algunas veces y un 5.8% no lo hace nunca [18].

Al comparar las respuestas por áreas, se observa que Tarragona tiene una proporción más alta de personas que utilizan las guías y protocolos siempre y a menudo. No obstante, no hay diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes áreas ( $p=0.09$ ) [figura 30].

**Figura 30**

**Aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica según las enfermeras encuestadas**



Si relacionamos la formación específica en salud mental con la utilización de protocolos y guías basadas en la evidencia, no hay ninguna asociación, porque entre los participantes que manifiestan haber recibido formación hay un 57.6% que aplica a menudo o siempre guías y protocolos, y entre los que no han recibido formación específica un 64.1% los aplica a menudo o siempre ( $p>0.05$ ).

### 3.10. Calidad de vida relacionada con la salud

En relación con la calidad de vida percibida desde el punto de vista físico, los valores globales obtenidos son favorables, ya que son superiores al valor medio estandarizado de 50, si bien hay diferencias entre las distintas regiones con una tendencia a la significación estadística, con mejor percepción de calidad de vida desde el punto de vista físico en la Región Sanitaria de Gerona. Los valores más bajos se han detectado entre las enfermeras de la Región Sanitaria de Lérida ( $p=0.061$ ) [tabla 3].

Con respecto al componente mental, la media de la muestra global se halla por debajo del valor medio estandarizado de 50. Se han observado diferencias por áreas con tendencia a la significación, de forma que los profesionales de la Región Sanitaria de Gerona son los que presentan puntuaciones más positivas, mientras que los profesionales de la región de Tarragona presentan valores más bajos ( $p=0.064$ ) [tabla 3].

**Tabla 3**

**Calidad de vida percibida de las enfermeras del ámbito de salud mental de Cataluña**

	Muestra global N: 310	Barcelona N: 205	Gerona N: 46	Lérida N: 25	Tarragona N: 34
<b>PCS</b>					
Media (DE)	52.4 [6.8]	52.2 [7]	54.6 [4.1]	50.3 [8.1]	52.3 [6.9]
Mediana	54.6	54.4	55.2	52.3	54.6
RIQ	[50.5-56.4]	[50.4-56.4]	[51.9-56.7]	[46.5-56.1]	[49.9-56.4]
<b>MCS</b>					
Media (DE)	46.8 [10.1]	47.1 [10.3]	49 [7.8]	45.8 [9.2]	43.1 [11.6]
Mediana	50.8	51.1	51.9	49.8	47.8
RIQ	[40.1-53.6]	[39.8-54.8]	[46.8-53.5]	[36.7-52.8]	[30.2-52.8]

*Test ANOVA. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis, la mediana y el rango intercuartil.  
**Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental***

Cuando se compara la calidad de vida percibida en función del sexo, no se observan diferencias ni en el componente físico ( $p=0.655$ ) ni en el mental ( $p=0.433$ ). Se ha observado una correlación negativa débil entre la edad y el componente físico del cuestionario SF-12 ( $r=-0.13$ ;  $p=0.021$ ), en el sentido de que, a más edad, peor salud física percibida. En cambio, no existe correlación entre la edad y el componente mental del cuestionario SF-12 ( $r=0.054$ ;  $p=0.350$ ).

Al relacionar la duración de la jornada con la salud percibida, los profesionales con jornada completa o muy reducida (inferior al 50%) expresan peor salud física (51.7 y 52 de media respectivamente) que los profesionales con reducción de jornada intermedia (53.8 de media en jornada entre el 50% y casi el 75%, y 54.2 de media en jornada entre el 75% y casi el 100%), con tendencia a la significación estadística ( $p=0.056$ ). No se detecta asociación entre la duración de la jornada laboral y la salud mental percibida ( $p=0.330$ ).

Con respecto a la salud percibida según el turno de trabajo, la mejor percepción de salud física se observa en las enfermeras con jornada partida (media 54.3), seguida por el turno de mañana (53.5); y la peor percepción de salud física (49.2) se produce en las enfermeras del turno rotatorio ( $p=0.014$ ). Tampoco se detectan diferencias significativas entre los valores de salud mental percibida según el turno de trabajo ( $p=0.170$ ).

La salud física percibida de las enfermeras es independiente de la titularidad del centro de trabajo (medias de 52.6 en los centros de titularidad pública, 52.3 en concertados y 52.4 en centros privados) ( $p=0.930$ ). No obstante, la salud mental percibida de las enfermeras es mejor en los centros de titularidad pública (media de 48.4), seguida por los centros concertados (media de 46.6); esta percepción baja considerablemente en los centros de titularidad privada (media de 41.4) ( $p=0.029$ ).

### 3.11. Compromiso profesional o *engagement*

En la tabla 3 se observan los valores de la escala de compromiso profesional (escala UWES) para cada dimensión, así como los valores totales en la muestra global y por áreas. En la valoración global del compromiso profesional del conjunto de la muestra se ha obtenido una puntuación media de 4, que significa que las enfermeras del ámbito de la salud mental experimentan bastantes veces sentimientos positivos hacia su trabajo.

En el análisis de las dimensiones, las puntuaciones más altas corresponden a la dimensión de dedicación y las más bajas a la de absorción. En la comparación por áreas no hay diferencias en la puntuación global ni en las comparaciones por dimensiones ( $p > 0.05$ ) [tabla 4].

**Tabla 4**

**Compromiso profesional o *engagement* de las enfermeras del ámbito de salud mental en Cataluña**

	Muestra global N: 310	Barcelona N: 205	Gerona N: 46	Lérida N: 25	Tarragona N: 34
<b>Vigor</b>					
Media (DE)	4 [1]	4 [1.1]	4.2 [0.9]	4 [1]	4.1 [1]
<b>Dedicación</b>					
Media (DE)	4.3 [1.2]	4.3 [1.2]	4.3 [1]	4.4 [0,9]	4.3 [1.1]
<b>Absorción</b>					
Media (DE)	3.7 [1.1]	3.6 [1.1]	3.8 [0.9]	3.7 [0.9]	3.8 [1]
<b>UWES</b>					
Media (DE)	4 [1]	4 [1.1]	4.1 [0.9]	4 [0.9]	4 [0.9]

*Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

### 3.12. El contexto laboral y organizativo de las enfermeras del ámbito de la salud mental

Respecto a las dimensiones de la escala, la media de la valoración de la muestra global en las cinco dimensiones se sitúa en un promedio (próximo a la puntuación 2.5), con una tendencia a la valoración de un entorno positivo en las dimensiones de relaciones, liderazgo y fundamentos de enfermería; en cambio, se detecta una

tendencia a considerar el entorno como negativo en las dimensiones de dotación de personal y participación. Véase la tabla 5.

Por áreas, las puntuaciones más altas corresponden a la Región Sanitaria de Gerona en todas las dimensiones, y las menores corresponden a la región de Tarragona, excepto en liderazgo. Se detectan diferencias estadísticamente significativas [con el test ANOVA de un factor] entre las regiones sanitarias de Gerona y Tarragona en dotación de personal ( $p=0.025$ ), y una tendencia a la significación entre estas dos áreas en fundamentos ( $p=0.085$ ) y participación ( $p=0.098$ ).

**Tabla 5**  
**El contexto laboral y organizativo de las enfermeras del ámbito de la salud mental**

	Muestra global N: 310	Barcelona N: 205	Gerona N: 46	Lérida N: 25	Tarragona N: 34
<b>Dotación de personal</b>	2.2 (0.7) 2.2 [1.5-2.8]	2.2 (0.7) 2.2 [1.5-2.7]	2.5 (0.6) 2.6 [2-3]	2.3 (0.6) 2.5 [1.7-2.8]	2 (0.7) 1.8 [1.5-2.5]
<b>Relaciones</b>	2.7 (0.6) 2.8 [2.2-3.1]	2.7 (0.6) 2.7 [2.2-3.1]	2.9 (0.5) 3 [2.5-3.2]	2.8 (0.6) 2.7 [2.5-3.2]	2.6 (0.7) 3 [2.1-3.2]
<b>Liderazgo</b>	2.6 (0.7) 2.7 [2-3.2]	2.6 (0.7) 2.7 [2-3.2]	2.8 (0.7) 2.7 [2.4-3.5]	2.6 (0.7) 2.7 [2-3.2]	2.7 (0.7) 2.7 [2.1-3.5]
<b>Fundamentos de enfermería</b>	2.6 (0.6) 2.7 [2.2-3.1]	2.6 (0.6) 2.6 [2.2-3.1]	2.8 (0.4) 2.8 [2.4-3.1]	2.7 (0.6) 2.7 [2.2-3.2]	2.5 (0.5) 2.6 [2-2.9]
<b>Participación</b>	2.3 (0.6) 2.3 [1.8-2.7]	2.3 (0.6) 2.3 [1.8-2.7]	2.5 (0.5) 2.5 [2.1-3]	2.3 (0.6) 2.3 [1.8-3]	2.1 (0.6) 2 [1.5-2.7]

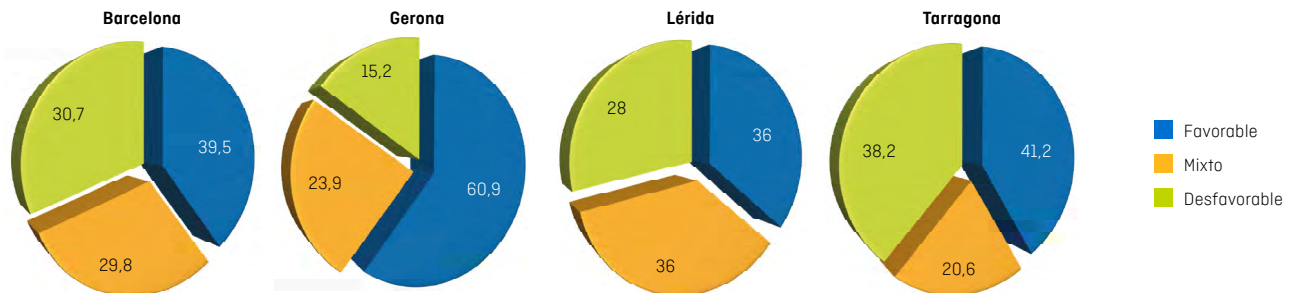
*Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis, la mediana y el rango intercuartil.*

Cuando se clasifica el entorno en la muestra global, el 42.6% de los participantes (n: 132) ha valorado su entorno como favorable; como mixto un 28.4% (n: 88); y como desfavorable un 29% (n: 90).

Por regiones, tal como se observa en la figura 31, la proporción más importante de participantes que perciben el entorno laboral como favorable se halla en la Región Sanitaria de Gerona y la proporción más baja corresponde a la región de Lérida, con más de 20 puntos de diferencia entre las dos regiones. En Tarragona se observa un porcentaje superior al resto en la percepción del entorno como desfavorable. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas si se comparan las cuatro regiones en conjunto ( $p > 0.05$ ).

**Figura 31**

**Percepción del entorno de trabajo según las enfermeras del ámbito de salud mental de Cataluña**



### 3.13. Relación entre el contexto organizativo y el compromiso de las enfermeras del ámbito de la salud mental

Al analizar si el grado de compromiso de la enfermera de salud mental se asocia a la valoración del contexto organizativo en el puesto de trabajo, se detecta una fuerte asociación entre ambas variables, en el sentido de que el compromiso global medido con el cuestionario UWES es más alto cuanto más favorable se considera el contexto organizativo. Estadísticamente, se han encontrado diferencias significativas en el compromiso

profesional al comparar el contexto desfavorable con el mixto y el favorable, pero no se han encontrado diferencias si comparamos el contexto mixto con el contexto favorable. Esta asociación se identifica en las tres dimensiones del cuestionario UWES, con mayor intensidad en las dimensiones de vigor y dedicación, que mantienen las diferencias significativas entre el contexto desfavorable y los otros dos (el mixto y el favorable), mientras que en la dimensión de absorción únicamente hay diferencias entre los contextos extremos (desfavorables y favorables).

**Tabla 6**

**Relación entre el contexto organizativo y el compromiso de las enfermeras del ámbito de la salud mental**

	Favorable N:	Mixto N:	Desfavorable	<i>p</i>
<b>Vigor</b>	4.3 (1)	4.1 (1)	3.6 (1)	<0.001
<b>Dedicación</b>	4.6 (1)	4.4 (1,1)	3.8 (1,3)	<0.001
<b>Absorción</b>	3.9 (1)	3.7 (1)	3.4 (1,2)	0.010
<b>UWES</b>	4.2 (0,9)	4 (1)	3.6 (1,1)	<0.001

*Test de ANOVA Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

La comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno como positivo o negativo, en cada componente del contexto organizativo, nos indica que, cuando la dotación de personal ha sido valorada positivamente, el grado de compromiso es superior en la valoración global y en las dimensiones de vigor y dedicación, en comparación con la valoración negativa. En cambio, la mejor puntuación en la dimensión de absorción del UWES no es estadísticamente significativa (tabla 7).

**Tabla 7**

**Comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno en el componente de dotación de personal**

Dotación de personal			
	Entorno positivo N: 139	Entorno negativo N: 171	<i>p</i>
<b>Vigor</b>	4.2 (1.1)	3.9 (1)	0.005
<b>Dedicación</b>	4.5 (1.1)	4.2 (1.2)	0.024
<b>Absorción</b>	3.8 (1)	3.6 (1.1)	0.229
<b>UWES</b>	4.1 (1)	3.9 (1)	0.027

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

Cuando el componente relativo a las relaciones ha tenido una valoración positiva, el grado de compromiso es superior en la valoración global y en las dimensiones de vigor, dedicación y absorción, en comparación con la valoración negativa (tabla 8).

**Tabla 8**

**Comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno en el componente de relaciones**

Relaciones			
	Entorno positivo N: 204	Entorno negativo N: 106	<i>p</i>
<b>Vigor</b>	4.2 (1)	3.7 (1)	<0.001
<b>Dedicación</b>	4.5 (1.1)	3.9 (1.2)	<0.001
<b>Absorción</b>	3.8 (1)	3.4 (1.1)	0.003
<b>UWES</b>	4.1 (1)	3.7 (1)	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*



También en el componente de liderazgo, el compromiso global y los niveles de vigor, dedicación y absorción son más altos cuando el entorno se considera positivo, en comparación con la consideración negativa (tabla 9).

**Tabla 9**

**Comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno en el componente de liderazgo**

<b>Lideratge</b>			
	<b>Entorno positivo N: 201</b>	<b>Entorno negativo N: 109</b>	<b>p</b>
<b>Vigor</b>	4.2 (1)	3.7 (1.1)	<0.001
<b>Dedicación</b>	4.5 (1)	3.9 (1.3)	<0.001
<b>Absorción</b>	3.8 (1)	3.4 (1.1)	0.003
<b>UWES</b>	4.2 (0.9)	3.7 (1.1)	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

De manera similar, un entorno positivo en fundamentos de enfermería se asocia a mayor compromiso global en todas las dimensiones del UWES, a diferencia de lo que ocurre cuando el entorno se considera negativo (tabla 10).

**Tabla 10**

**Comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno en el componente de fundamentos de enfermería**

Fundamentos de enfermería			
	Entorno positivo N: 194	Entorno negativo N: 116	<i>p</i>
<b>Vigor</b>	4.2 [1]	3.7 [1]	<0.001
<b>Dedicación</b>	4.5 [1.1]	3.9 [1.2]	<0.001
<b>Absorción</b>	3.8 [1]	3.5 [1.1]	0.025
<b>UWES</b>	4.2 [1]	3.7 [1]	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

Finalmente, en el componente participación la puntuación del compromiso total y de sus dimensiones es mayor si el entorno es positivo (tabla 11).

**Tabla 11**

**Comparación del compromiso profesional según la clasificación del entorno en el componente de participación**

Participación			
	Entorno positivo N: 143	Entorno negativo N: 167	<i>p</i>
<b>Vigor</b>	4.3 [1]	3.8 [1]	<0.001
<b>Dedicación</b>	4.6 [1]	4 [1.2]	<0.001
<b>Absorción</b>	3.9 [1]	3.5 [1.1]	0.006
<b>UWES</b>	4.2 [0.9]	3.8 [1.1]	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

En resumen, excepto en el caso particular de la dimensión de absorción del UWES en el componente dotación de personal, la valoración positiva de un componente del contexto organizativo se acompaña de niveles más altos de compromiso global y de todas las dimensiones que lo componen.

### 3.14. Relación entre el contexto organizativo y la calidad de vida de las enfermeras del ámbito de la salud mental

La percepción de salud de las enfermeras de salud mental se asocia a la valoración del contexto organizativo en el puesto de trabajo, ya que la valoración de los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionada con la salud es mayor cuanto más favorable se considera el contexto organizativo.

Desde el punto de vista estadístico, se han encontrado diferencias significativas en el componente físico en la comparación del contexto favorable con el mixto y el desfavorable, pero no se han encontrado diferencias al comparar el contexto mixto con el contexto desfavorable. En cambio, las diferencias significativas en el componente mental se detectan en la comparación del contexto desfavorable con el mixto y el favorable, pero no se detectan diferencias al comparar el contexto mixto con el contexto favorable (tabla 12).

**Tabla 12**

**Relación entre el contexto organizativo y la calidad de vida de las enfermeras del ámbito de la salud mental**

	Favorable N: 132	Mixto N: 88	Desfavorable N: 90	<i>p</i>
<b>PCS</b>	54.1 (5.1)	51.4 (7.7)	50.9 (7.5)	0.001
<b>MCS</b>	48.7 (9.2)	47.7(10.2)	43.1 (10.2)	<0.001

*Test de ANOVA Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.*

**Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental**

Si la dotación de personal ha sido valorada positivamente, la evaluación del componente físico y del componente mental es más alta en comparación con la valoración negativa (tabla 13).

**Tabla 13**

**Calidad de vida percibida según la clasificación del entorno en el componente de dotación de personal**

Dotación de personal			
	Entorno positivo N: 139	Entorno negativo N: 171	<i>p</i>
<b>PCS</b>	53.5 [5.4]	51.5 [7.6]	0.010
<b>MCS</b>	49.6 [8]	44.6 [11]	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.  
Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental*

Cuando el componente relativo a las relaciones ha tenido una valoración positiva, la calidad de vida física y mental es superior en comparación con la valoración negativa (tabla 14).

**Tabla 14**

**Calidad de vida percibida según la clasificación del entorno en el componente de dotación de relaciones**

Relaciones			
	Entorno positivo N: 204	Entorno negativo N: 106	<i>p</i>
<b>PCS</b>	53 [6.5]	51.3 [7.3]	0.035
<b>MCS</b>	47.8 [9.8]	45 [10.5]	0.024

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.  
Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental*

Con respecto al liderazgo, el componente mental del cuestionario SF-12 es mayor cuando el entorno se considera positivo que cuando se considera negativo, pero el componente físico es similar, con independencia de la valoración del liderazgo [tabla 15].

**Tabla 15**

**Calidad de vida percibida según la clasificación del entorno en el componente de liderazgo**

Liderazgo			
	Entorno positivo N: 201	Entorno negativo N: 109	p
<b>PCS</b>	52.7 [6.6]	51.8 [7.2]	0.305
<b>MCS</b>	48.2 [9.5]	44.4 [10.7]	0.002

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis. Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental*

Un entorno positivo en fundamentos de enfermería se asocia a una mejor calidad de vida relacionada con la salud; cuando el entorno se considera negativo ocurre lo contrario [tabla 16].

**Tabla 16**

**Calidad de vida percibida según la clasificación del entorno en el componente de fundamentos de enfermería**

Fundamentos de enfermería			
	Entorno positivo N: 194	Entorno negativo N: 116	p
<b>PCS</b>	53.3 [6]	50.9 [7.7]	0.006
<b>MCS</b>	47.8 [10]	45.1 [10]	0.020

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis. Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental*

Por último, en el componente de participación la puntuación de los componentes físico y mental del SF-12 es mayor si el entorno es positivo (tabla 17).

**Tabla 17**

**Calidad de vida percibida según la clasificación del entorno en el componente de participación**

Participación			
	Entorno positivo N: 143	Entorno negativo N: 167	p
<b>PCS</b>	53.2 (6,4)	51.6 (7)	0.039
<b>MCS</b>	49.2 (9.2)	44.8(10.3)	<0.001

*T de Student para muestras independientes. Las variables cuantitativas se expresan con la media y la desviación estándar entre paréntesis.  
**Calidad de vida percibida (SF12): PCS: Componente físico y MCS: Componente mental***

En resumen, excepto en el caso particular del componente físico del cuestionario de calidad de vida SF-12 en la valoración del liderazgo, la valoración positiva de un componente del contexto organizativo viene acompañada de niveles más altos de calidad de vida relacionada con la salud en el área física y, de manera más relevante, en el área mental.

### 3.15. Compromiso profesional y calidad de vida percibida

El compromiso laboral medido con el cuestionario UWES se correlaciona mejor con el componente mental de la calidad de vida ( $r= 0.217, p< 0.001$ ) que con el componente físico ( $r= 0.126, p =0.026$ ).

De manera similar, las dimensiones de vigor y dedicación se correlacionan mejor con el componente mental ( $r= 0.275$ ,  $p < 0.001$  y  $r= 0.250$ ,  $p < 0.001$ , respectivamente) que con el componente físico ( $r= 0.144$ ,  $p= 0.011$  y  $r= 0.121$ ,  $p=0.033$ , respectivamente). En cambio, la dimensión de absorción no muestra relación con ninguno de los dos componentes de calidad de vida [mental: ( $r= 0.097$ ,  $p= 0.088$ ) y físico ( $r= 0.093$ ,  $p=0.103$ )].

### 3.16. Factores que influyen en la calidad de vida de las enfermeras del ámbito de salud mental

El componente físico de la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales de salud mental de Cataluña, medido con el cuestionario genérico SF-12, está asociado de manera independiente a la duración de la jornada laboral (mejor salud física percibida en jornadas reducidas del 75%), al turno de trabajo (mejor trabajando en turno de mañana o jornada partida) y también a la evaluación del contexto organizativo (mejor en un entorno favorable).

El componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales de salud mental de Cataluña, medido con el cuestionario genérico SF-12, está asociado de manera independiente a la duración de la jornada laboral (mejor en jornadas muy reducidas, inferiores al 50%), al turno de trabajo (mejor trabajando en turno de mañana), a la evaluación del contexto organizativo (mejor en un entorno mixto y mucho mejor en un entorno favorable) y al compromiso laboral del profesional medido con el cuestionario UWES (mejor calidad de vida mental cuanto mayor se considera el compromiso).



# 4

## Resultados de la segunda fase del estudio



Como se ha explicado en el apartado de metodología, la segunda fase se ha desarrollado mediante la realización de cinco grupos focales: cuatro grupos —uno para cada región sanitaria de Cataluña— compuestos por enfermeras/os del ámbito de la salud mental que de forma voluntaria aceptaron participar en este estudio, y otro grupo formado por enfermeras/os gestoras del ámbito de la salud mental. El total de participantes ha sido de 50 profesionales, en su mayoría mujeres, con una edad media de 42 años (SD 6.9), 19 años de media como enfermera y 17 años de experiencia en el ámbito de la salud mental. Los grupos se han llevado a cabo entre febrero y julio del año 2017. El grupo de Gerona se llevó a cabo en el Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) y el resto de grupos en las sedes de los colegios oficiales de enfermeras y enfermeros de Tarragona, Lérida y Barcelona. A continuación, se exponen los resultados del análisis cualitativo, en primer lugar los de los cuatro grupos de enfermeras asistenciales y, a continuación, los del grupo de enfermeras gestoras.

## 4.1. Resultados de los grupos focales de enfermeras asistenciales: categorización y codificación

Se han transcrito literalmente los discursos de los participantes y se han analizado los datos cualitativamente, estableciendo la categorización y subcodificación que se observa en la tabla 18. Los *verbatim* de los discursos están codificados para garantizar el anonimato de los participantes.

**Tabla 18**

**Categorización y codificación de los grupos focales de enfermeras asistenciales del ámbito de la salud mental de Cataluña**

<b>El trabajo de la enfermera de salud mental</b>	Rol específico de la enfermera Conflictos de rol Autonomía Responsabilidad hacia la persona atendida Satisfacción con el trabajo Reconocimiento Formación
<b>El contexto organizativo</b>	Liderazgo enfermero Trabajo en equipo Coordinación entre servicios Organización del trabajo Condiciones laborales
<b>Repercusiones del contexto organizativo</b>	Repercusión en el trabajo Repercusión en la persona atendida Repercusión en el ámbito personal Repercusión en el ámbito familiar
<b>Propuestas de mejora</b>	

## EL TRABAJO DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

### Rol específico de la enfermera de salud mental

Las enfermeras del ámbito de la salud mental ejercen las tareas que les son propias partiendo de una visión holística y no diagnóstico-dependiente. Consideran que es vital ejercer una atención personalizada, centrada en la persona y en su familia.

- Y7f *[...] Y tienes que hacer un poco de apoyo, sobre todo familiar, porque yo creo que es una parte fundamental. Para mí, la familia es primordial. Si no está con la familia, la respuesta del paciente es muy diferente. La contención que hace la familia, si la familia es colaboradora, comporta menos ingresos, menos recaídas, etc. [...] A veces sí que el psiquiatra se centra más con el paciente...*
- X18p [Refiriéndose a lo que dice a los estudiantes de enfermería que pasan por su servicio] *[...] Da igual lo que tenga, no mires el diagnóstico, mira a la persona.*

Trabajan más con las emociones que con técnicas, hecho que refieren como rasgo diferencial respecto a otros perfiles de la profesión enfermera que no son del ámbito de la salud mental. Para ellas es importante la escucha, la relación terapéutica, el acompañamiento y lo que denominan “el arte de la contención”: acción que hay que aplicar en situaciones de crisis para intentar no medicalizar a las personas con ansiedad.

- Y3h *Sin embargo, de alguna manera, cuando mejoran, ellos saben que en aquel momento en que ellos estaban fuera de sí tú los cuidaste: los cuidaste desde el respeto, los cuidaste desde el afecto, ¿no? Y desde la empatía, desde la relación terapéutica...*
- X11c *Normalmente cuando vienen a buscar rescates [se refiere a dar medicación a un paciente en caso de ansiedad] siempre intento hacer contención verbal e intentar evitar aquel rescate. Siempre les he dicho [se refiere a los psiquiatras] que la ansiedad se tiene que aprender a manejar, no siempre calmarla con un fármaco y ya está. Porque así estaremos toda la vida con la pastilla en la boca, ¿no?*
- W11i *Es que las herramientas que tenemos nosotras son muy poco técnicas, son más bien herramientas de comprensión.*

Ejercer como enfermera de salud mental implica tener conocimientos y habilidades concretos. Consideran importante que las enfermeras estén formadas en este campo.

- V7c *[...] Hay determinados puestos de trabajo donde tendrían que estar muy definidas cuáles son las características de la persona que los tendría que ocupar. Por ejemplo, todos lo sabemos: es un manejo, es una contención, es una agresión, es una... y te va de poco, de poco, ¿eh? Quiero decir, de*

*decir una cosa o dejar de decirla. (...) Cuando estás en un sitio donde todo es salud mental, quizás los registros son otros. Aquí también creo que hay una gran diferencia, ¿no?*

A causa del impacto que todavía genera la patología psiquiátrica, para desarrollar la carrera en este ámbito laboral es necesario que las enfermeras de salud mental dejen atrás los prejuicios y el miedo, es necesario que aprendan a actuar en situaciones de peligro y, sobre todo, a evitar poner en peligro a los demás.

X19c *(...) Una vez me acuerdo de una [enfermera] que tuvo alguien agitado con contención y tal, y ella se encerró en el control. Claro, acabó el verano y le dijeron que no, que ya no podía seguir...*

X19d *Pero estos hechos hacen que otros corran peligro. Que una persona entre [a trabajar] en un centro psiquiátrico y que no sepa dónde va, y que le coja miedo y en momentos de crisis no actúe, uf...*

El rol específico de la enfermera en salud mental ha cambiado mucho a lo largo de los últimos diez años, ha mejorado, pero se explicita la dificultad en el momento de definir roles en los servicios hospitalarios a causa del poco tiempo de dedicación que tiene para cada persona atendida.

V19b *(...) Nosotros, en diez años han cambiado muchísimo las funciones de enfermería en un servicio... En hospitalización es más complicado, pero también porque las relaciones y el tiempo que puede tener enfermería para el paciente es muy diferente. No hay exclusividad. Supongo que porque es más complicado. Pero los que estamos en servicios externos, es ir trabajando.*

## **Conflictos de rol**

Del argumentario del grupo se desprende que no quedan claras todas las funciones de las enfermeras. Ello implica que en ocasiones se les pida asumir tareas o tomar decisiones que son propias de otras profesiones.

X6m *(...) a nivel de trabajo te sientes más la secretaria que la enfermera del equipo, me paso el día gestionando cosas. Yo no soy administrativa, yo no he estudiado para ser administrativa del grupo; no, a mí no me toca...*

- W14c *[...] Ir a su casa, ducharlo, ah... es igual, mil cosas. Dos o tres veces a la semana en el domicilio... yo no tendría por qué hacer este trabajo, lo hago porque igualmente, ¿no?... no la hará nadie.*
- W20o [Refiriéndose a cuando las enfermeras llaman al psiquiatra pidiéndole que acuda]: *A veces nos han dicho que no con todo el morro. Es una decisión que tienes que tomar tú si aquel paciente se tiene que marchar en aquel estado.* [Refiriéndose a lo que dice el médico en esta situación] *"Que venga pasado mañana. Pasado mañana tengo un hueco". Pero eso ya no es urgente...*
- V18i *Tienes que abrir la puerta... Y tienes que oír a la gente diciendo: "¿Eres la administrativa?". "No, no. Soy la enfermera".*

Ven que este hecho va en detrimento del desarrollo de las intervenciones propias de la enfermera antes descritas, que destacan como fundamentales.

- X5u *[...] Y lo que es el acompañamiento no lo puedes hacer nunca porque siempre estás haciendo... vas sacando trabajo, no, no... Para una vez que puedes hacer un poco de acompañamiento, pero es un "de vez en cuando", es imposible...*
- X8g *[...] pues hay psiquiatras que te llaman: "no, no, tú a este paciente le das, cada vez que quiera fumar, un cigarrillo que tienes tú guardado en el control de enfermería y que salga a fumar, y si eso, lo acompañas también". —"¿Perdona? ¿Pero tú quién te crees que soy?". Yo no he estudiado enfermería para acompañar a nadie a fumar. Porque si me pasa algo fuera, este paciente me pega o me hace lo que sea, entonces quién me socorre, la alarma no funcionará. No sabrán dónde estoy.*

Los participantes opinan que las competencias de las enfermeras de salud mental no están bien definidas. El desarrollo de estas competencias no es el mismo en los diferentes centros y a menudo el hecho de poder ejecutarlas depende de la opinión de profesionales de otras disciplinas.

- V8f *Otras especialidades están trabajando en ello y está todo muy definido y está todo muy concreto y aquí no... Por eso tenemos tanto... tantas dudas en todo.*

- V5b *[...] Una cosa que yo echo de menos [...] es un poco la definición de nuestras competencias en salud mental porque no hay nada definido realmente. No hay nada que nos avale, que podemos hacer grupos, que no podemos hacer grupos, que estamos formados para hacerlo, que no estamos formados para hacerlo. [...]. No hay una cartera de funciones claras y esto es el gran vacío que también veo a nivel de salud mental.*
- V5c *Las competencias también dependen del resto de profesionales con quien trabajes.*
- V5e *Claro, hay profesionales con los que sumas y, otras veces, pues no. ¿No? Con lo cual, pues tienes que justificarlo mucho. O, como decías tú, que al principio te ven [se refiere a lo que dicen algunos médicos cuando se incorporan las enfermeras a trabajar en equipos interdisciplinarios] un poco como: "¿Qué hace aquí la enfermera? ¿Para qué? ¿Para pesar? ¿Que vaya la farmacia, no?" Es la gran pregunta, la gran...*
- V6a *[...] Donde hay una buena apuesta por la enfermería en salud mental, digamos que... ya por sí solo, lo que marca las directrices hacia a dónde tenemos que crecer o hacia a dónde tenemos que evolucionar... yo pienso que eso ya es la primera defensa. O sea, la persona que cree y que vela por que los profesionales que se contraten sean especialistas en salud mental y, si no los hay, que tengan la mayor formación posible, y ves que hay que estar encima de ello una y otra vez, siempre. Yo veo que estoy en un sitio donde se hacen muchas cosas y eso te avala. Yo pienso que avala a dirección de enfermería, avala tus capacidades como... O sea, yo pienso que sí.*

Una participante opina que son las propias enfermeras las que no luchan por demostrar su valía profesional a los compañeros de equipo o a la sociedad. En algunos centros han visto cómo la confianza del colectivo enfermero las ha impulsado a hacer valer su criterio.

- V5j *Bueno, yo tengo que decir que uno de mis másteres es en psicoterapia analítica grupal. Entonces, a raíz de empezar este máster hice... bueno, hemos empezado a hacer un grupo de tardes en la sala de agudos. Y, la verdad es que, dentro [dice el nombre del hospital donde trabaja] está mucho más reconocido todo eso.*

V8g *[...] Sí que creo que se tendría que... sí... de alguna manera definir más nuestras competencias, pero también pienso que como colectivo de enfermería, durante mucho tiempo, siempre hemos sido como... el hermano pequeño de... [se refiere a los médicos] Todas estas cosas que se dicen, ¿no? En parte, por culpa nuestra. No es que los médicos estén constantemente trabajando para estar en contra de las enfermeras y mantener una lucha constante en contra de las enfermeras o de otros colectivos. Creo que, aparte de que no se haya visualizado lo suficiente nuestra profesión en la sociedad y que no se conozca, es por culpa de las propias enfermeras. Es mi opinión.*

Hay desigualdad de oportunidades en formación e investigación para las enfermeras de hospitalización con respecto a las de consultas.

V17e *Lo que nosotras también nos encontramos muchas veces es que [reproduciendo lo que se dice a las enfermeras y la respuesta de estas]: "Es que vosotras no vais a las jornadas", "Es que vosotras no vais a...". Es que nosotras lo pedimos y no se nos cubre. En cambio, la enfermería de consultas externas...*

V17g *¿Y en consultas externas qué hacemos? ¿Cerramos agenda y vamos? Que no hay ningún problema y es lo que decíamos. ¡Encima que nosotras lo tenemos que hacer fuera de nuestro horario laboral, nos lo tenemos que pagar aparte, lo tenemos que hacer todo aparte! Cuando ellas cierran agenda, se hace dentro del horario laboral, y además hay un laboratorio que está más en contacto con ellas y se lo paga... Y claro, entonces si te quedas... Parece como si nosotras no sirviéramos tanto como ellas, y servimos igual. Quiero decir, somos enfermeras iguales.*

V18c *Yo he trabajado en hospital y no tenía ni idea de que se hicieran jornadas de nada.*

## **Autonomía**

Algunas de las enfermeras refieren disfrutar de mucha autonomía en el trabajo. La tendencia que se observa es de mayor autonomía en el ámbito extrahospitalario. A pesar de ello, hacen falta mejoras en la capacidad de decisión sobre los planes de trabajo de las personas atendidas. En otros ámbitos narran conflictos entre miembros del equipo. A veces, otros perfiles profesionales consideran que las decisiones sobre los usuarios son exclusivas de ellos.

- X11b [Respondiendo a la pregunta sobre si la enfermera tiene autonomía y capacidad de decisión] *Muy poca. Yo creo que muy poca. Detectas muchas cosas pero que muchas veces no... no te acaban de dar la solución. (...) Pero claro, el problema es que muchas veces te encuentras con que los médicos piensan que son sus pacientes y ellos son casi los amos de la unidad y son ellos quienes dictaminan la normativa y entonces es cuando realmente tú, como enfermera, no tienes sitio. ¿No sé cómo lo veis?*
- V4a *Depende del servicio dónde estás... Es muy diferente estar en un hospital u hospitalaria que si puedes trabajar con una agenda... Por ejemplo, yo desde el primer momento, yo determiné de cuánto tiempo tienen que ser... o sea, qué tiempo necesito yo para hacer las diferentes visitas que yo pueda hacer. Y yo hago y deshago. Y nadie me ha dicho si tengo que visitar más, si tengo que visitar menos, con qué frecuencia visito... [...]*
- V21f *[...] Eso aquí, en [dice el nombre del centro donde trabaja], es impensable: [imitando lo que dicen los médicos] "¿Qué hace la enfermera aquí en medio? Yo no necesito para nada que la enfermera visite conmigo." Todo muy... Todo muy, muy, jerarquizado, y de alguna manera, yo creo que, a lo largo de los años, enfermería había ido bien y ya se había ido acomodando de alguna manera, dijéramos. Y dices: [reproduciendo lo que dice la enfermera] "ya no me dejan tomar según qué decisiones, tampoco lucharé para poder tomar según qué decisiones", y de alguna manera ya se han acomodado. "¡Ah, no, no, esto al médico!", "¡ah no, no, esto al médico!". [...]*
- V4c *[...] A nivel de hospitalización... Yo hablo por donde trabajamos nosotros, tenemos autonomía hasta un cierto punto, porque entonces ya viene un punto que es el médico el que entra. Y según qué decisiones puedas tomar, pueden tener alguna consecuencia. Y, a veces, tienes que saber hasta dónde puedes llegar, aunque quizás tú eres hábil y suficientemente capaz para hacer algo más, pero te tienes que frenar porque sabes que entonces el papel del médico... Que no tendría que ser así, porque hay cosas que quizás nosotras pasamos más tiempo con los pacientes, pero entonces ya es el médico quien ocupa el lugar y toma la decisión final. (...) Quiero decir que vosotras [se refiere a las enfermeras de servicios extrahospitalarios] quizás tenéis más autonomía. Pero yo la autonomía la encuentro bastante limitada en el sitio donde yo estoy.*
- W13n *Muchas veces el plan de trabajo te lo hacen ellos... [se refiere a los médicos]*



## Responsabilidad hacia la persona atendida

Las enfermeras de salud mental sienten una gran responsabilidad por las personas atendidas, y aún más si son menores o padecen situaciones graves. Así, situaciones como la contención física se pueden convertir en un dilema ético.

- Y4a *[...] la alerta en adolescentes y niños, para mí, también es muy grande. Que es mucha responsabilidad, no lo sé. Es el paciente protegido, ¿no? Es la protección de los menores. [...] El tema de las autolesiones, el tema de conductas de riesgo... Y al irte a casa un viernes, quizá... [...] estás un poco en tensión de pensar que... "ostras, no sé si he hecho un buen abordaje, no sé si debería haber llamado al resto del equipo..." Y qué, ¿sabes? Y... a veces te vas... a veces te ha llegado una autolesión, que sabemos que no siempre acaban mal, pero existe el riesgo. Y te vas a casa pensando, "¿lo habré hecho bien?"...*
- T4a *[...] para mí lo más crítico eran estos momentos de... de contención... más allá de la verbal, ¿no?... de llegar a la contención física. Para mí, eran momentos muy duros de... desde la ética... desde preguntarme: "¿yo quién soy?". Incluso así: "¿yo quién soy para contener o para pedir una contención a una persona?". Pero desde el punto de la ética, ¿no?... ¡Uf!... Eso, a mí, me machacaba mucho... Salir de allí y decir: "¿yo he contenido a una persona, ¿no?" No yo, sino que el equipo la hemos contenido. Sin embargo... en fin... ¿quién soy yo para llegar a este punto? Claro está que se hace en pro de ayudar al paciente, evidentemente. Y que no se haga daño, y que no se pueda hacer daño ni se pueda... Y después mejoran y todo, ¿no? Sin embargo, aquel momento para mí era uno de los puntos críticos en la hospitalización.*

Los componentes del grupo consideran que el enfermo psiquiátrico está estigmatizado por la sociedad y por los profesionales, fruto del miedo y el desconocimiento. Las enfermeras de salud mental pueden, con sus comentarios, favorecer este estigma.

- W3k *Los compañeros [refiriéndose a los enfermeros de otros servicios] nos dicen: "¿Todavía trabajas en salud mental? ¡Qué pena!" [...]. La enfermedad todavía provoca rechazo. Lo pagan los pacientes. ¡Cuidadito cuando hablamos!...*

- X18b *Exacto, yo creo que todo eso es el desconocimiento, el miedo. Si la gente supiera más, no tendrían tanto miedo.*
- X19e *Pero en psiquiatría, cuando lo conoces todo bien, pierdes el miedo. Llegas con prejuicios porque... el trabajo es más normalizado de lo que la gente piensa. Además, lo que nos hace mucha gracia es: "los pacientes, esa gente". "Perdona, no, ¡esta gente no! Tú eres susceptible de tener una enfermedad mental en cualquier momento".*
- V12g *[...] Sobre el estigma de los profesionales de salud mental, con respecto a los pacientes de salud mental, yo creo que lo hay. Y creo que es algo que se tiene que combatir. Y, realmente, las enfermeras y los enfermeros somos personas que nos socializamos mucho antes de nuestra vida académica. Por lo tanto, todo este proceso de socialización en el cual se incluyen los estereotipos y todo lo que vamos oyendo sobre la salud mental durante toda nuestra vida, llega antes, y se va sedimentando de alguna manera antes de nuestra formación académica. [...] Creo que el estigma existe y que existe entre los profesionales de enfermería y, en general, de salud mental con los pacientes.*
- V19a *[...] Tengo la impresión, que nadie se ofenda, pero que una parte del estigma lo ponemos nosotros porque hemos estado hablando, me ha parecido oír muchas quejas, más que algo constructivo. No sé, cuando hablamos de anécdotas de nuestro trabajo hablamos de agresiones y de cosas raras. ¿Cómo queremos que la gente tenga otro...? Si cuando hay una agresión... Nosotros tenemos incidentes cada año pero no todos los días, ¿no? O sea, sí que hay y más que en otros servicios, pero es la excepción del día, del mes... No es una cosa que te pase. Que tienes que estar preparado porque es una cosa posible, pero que lo trabajas y que hay muchas menos que hace unos años. Sí, pues eso es lo que tenemos que transmitir... Creo que nosotros ayudamos un poco para que el estigma se mantenga... [...]*

En el contexto de tutorización de alumnos, observan que los estudiantes que han tenido experiencias familiares previas o que priorizan rotar en un servicio de salud mental, "viven" mejor las diferentes situaciones y se muestran con menos prejuicios hacia la persona atendida.

- X18g *Yo, mi experiencia es siempre preguntar: "¿has tenido algún contacto con psiquiatría?". Esa es una de mis frases favoritas. Porque te sorprende mucho cuando muchos han tenido un contacto a*

*nivel de familiares y el vínculo que han hecho hace que entren con más miedo o menos. O que ellos ya tengan una experiencia personal. Entonces eso también marca mucho.*

X18o *Eso es que, claro, a mí me preocupan mucho los estudiantes que están en cuarto de enfermería y vienen con un montón de prejuicios y van con una mente muy cerrada. Eso es lo que a mí me preocupa más, porque la enfermería ha de tener una mente abierta para poder...*

X18r *[...] también he notado un cambio ahora que, por ejemplo, escogen ir a la parte de subagudos y alta dependencia. Entonces el que ha escogido venir y quiere venir, eso es genial.*

### **Satisfacción con el trabajo**

Hay un consenso muy generalizado entre los participantes sobre la satisfacción de trabajar en el contexto de salud mental. Opinan que les gusta mucho trabajar en salud mental y utilizan la palabra “engancha”. Declaran que un profesional sabe muy pronto si le gusta o desagrada la especialidad.

W10f *A mí me parece que la gente que trabaja en salud mental trabaja porque le gusta, porque lo ha decidido.*

V24e *Pienso que es un trabajo que te tiene que gustar porque, si no puedes trabajar con el paciente, no puedes hacer un trabajo bien hecho y no puede ir bien de ninguna manera.*

Relacionan la satisfacción con el trabajo que realizan con el aspecto vocacional, el reconocimiento que reciben de las personas que atienden y la mejora de la salud de los usuarios.

V24k *Además, eso te lo encuentras cuando vas por la calle. Nosotros, que somos una comunidad muy pequeña... Los pacientes se te acercan, te saludan, te abrazan... Como a uno más de la familia. Entonces es cuando dices: “si en un momento dado dudé, ahora veo que lo hice bien”.*

X20i *Hombre, y cuando te recuerdan con cariño. Bueno, eso es lo más satisfactorio que queda ¿no?, un buen recuerdo de... Y que cuando pintan bastos, cuando están más nerviosos, cuando ellos están peor, pacientes que te han ingresado muchas veces, que tú vas allí y haces la intervención y que*

*gracias a todo lo que ya has trabajado con él, que ya las intervenciones pues que tú hagas con él; eso también es satisfactorio, pues todo lo que has ido haciendo durante todo este tiempo, aunque sea con diferentes ingresos, también tiene su...*

Se intuye, por los argumentos que ofrecen los participantes, que la satisfacción es servicio-dependiente. No consideran gratificante trabajar en el hospital, por el contrario, en los servicios comunitarios el trabajo es más autónomo y resulta más gratificante. En este servicio la satisfacción se genera, tal como se ha referido anteriormente, al poder comprobar la mejoría de la persona atendida, pero también por la capacidad de poder prevenir recaídas.

X15o *Cuando te mueves por el PSI, te das cuenta de que es muy gratificante, ¿no? Ver a aquellos pacientes que has visto dentro tan mal y los ves en su casa con su familia, con no sé qué, con una..., es que no parecen las mismas personas, y tú dices: "¡ostras!". Y poder realizar el control allí, claro que también para el paciente es muy importante, lo que estamos haciendo es que esta persona no se desgaste ni a nivel mental ni intelectual, los estamos preservando...*

V18e *[...] Pero es cierto que fuera [refiriéndose al trabajo extrahospitalario] las cosas son más fáciles. Las vacaciones son más fáciles, pueden poner más normas [te lo tienes que combinar con este o aquel], pero siempre es más fácil que en el turno de la mañana o de la tarde. Es lo que tenemos y se trabaja mucho, mucho. No diré más o menos [en comparación con el hospital], se trabaja muchísimo, pero se trabaja diferente. El trabajo es muy agradecido. A nivel autónomo, quiero decir, es mucho más agradecido.*

El trabajo en equipo genera una satisfacción reconocida por los profesionales en periodo de prácticas.

V19b *[...] Nosotros tenemos gente que viene a formarse y la impresión que nos dice la gente que acaba la rotación, lo que nos dice es que, si no preguntas, no sabes quién es el médico, quién es el psicólogo, quién es el enfermero... Porque realmente todos trabajamos muy a la una y el equipo es muy interdisciplinario. Y entonces, una cosa a comentar es que todas las semanas hay reunión de equipo en la que todos proponemos. Hay una pizarra donde todos apuntamos y proponemos casos y damos nuestra opinión, cada uno expresa su necesidad de lo que sea.*

## Reconocimiento por la persona atendida

El reconocimiento se vincula al agradecimiento de los usuarios. La mayoría cree que esto se debe a tres efectos: al vínculo que se establece con ellos (seguimiento a largo plazo, relación terapéutica), al hecho de poder observar su mejoría y al agradecimiento que reciben de los usuarios por el trato que les han dispensado.

- V19b *[...] sabes si estás haciendo bien el trabajo si te viene un paciente al cabo de un tiempo y te dice: "Ostras. Vengo para que veas que todavía estoy bien, que sigo bien." O una familia que viene de vez en cuando a verte para explicarte... Creo que es esta la base de...*
- Y3i *Yo quería añadir que, incluso, hay gente que, claro... como ingresan muy mal... después recuerdan, recuerdan sus conductas inadecuadas... y hasta te piden perdón después, y todo eso. Y bueno, cuando se marchan están agradecidos.*
- V20a *[...] nosotros sí que lo vemos en infantil, quizás, no sé si más en adultos o en infantil, pero tenemos mucho feedback por parte de las familias: que nos vienen a ver, que nos traen a los niños, todo eso. Sí que es verdad que hay un grupo que no acaban de mejorar nunca, pero la mayor parte sí que mejoran. Y un poco es lo que recibimos. Es muy a largo plazo, no es como cuando tomas un antibiótico, que causa efecto enseguida. Es una cosa tan a largo plazo que, a veces, piensas: "No, no, no consigo objetivos reales". Pero no es cierto.*
- V24II *Yo pienso que, en muchos casos, somos los referentes de nuestros pacientes. Y cuando tienen un problema, a mí es una de las cosas que me reprochan, que hago asistencia extra con eso, porque llaman a tu puerta y te dicen: "No estoy bien". Y es a ti a quien buscan.*

## Reconocimiento por la dirección y otros profesionales

Hay diferencias con respecto al sentimiento de reconocimiento. Algunas enfermeras se sienten reconocidas por la dirección y los compañeros de equipo, mientras que otras creen que no están suficientemente valoradas o apoyadas por la dirección. La percepción es que los psiquiatras reconocen el trabajo de la enfermera más de lo que lo hacían antes, con algunas excepciones.

- V23h *[...] Estoy muy contenta por la autonomía que nos están dando, pero pienso también que en enfermería ellos [refiriéndose a los médicos] tienen que ver nuestra coherencia, que sabemos y atendemos cada vez más con los medios nuevos. Creo que todo va cambiando, ¿no? Te da más libertad. No sé... Yo en este sentido estoy contenta.*
- Y8f *[...] Cuenta mucho y es muy importante para los médicos lo que decimos las enfermeras, lo que hacemos las enfermeras con el paciente. Nos tienen muy presentes. Y para ellos son muy válidas nuestras actuaciones. Eso también te reconforta y sabes que tienes al compañero... que lo puedes hablar, que lo puedes discutir... hay algunas intervenciones, o bueno, hacia dónde vamos con cada paciente... Eso está muy bien, ¿no?*
- Y1d *Yo estoy en el centro desde hace once años. Y... sí que me considero... una referente [...] Hay equipos de atención primaria que son muy colaboradores, a los que les gusta la salud mental... entonces, pues, hay una predisposición y es fácil. Pero en otros profesionales hay resistencias, no les gusta este campo...*
- X3c *[...] Porque todo el mundo hace todo lo que puede y aporta todo lo que puede y se esfuerza. Pero hay muy poco reconocimiento. Es un trabajo que genera mucho desgaste, las unidades de psiquiatría son muy estresantes. Y no ves que... no ves la permanencia, primero de la dirección que pueda valorar eso y por otro lado no te sientes valorado por ninguna parte.*

Un participante explicita el reconocimiento de la enfermera como parte del equipo, pero no del colectivo enfermero en general. Añade que el reconocimiento se produce a fuerza de ir interviniendo en el equipo de forma deliberada.

- V20a *En cuanto al equipo, yo me siento muy valorado. Lo que pasa es que, al contrario de vosotros, pienso que muchas veces tienes que ir insistiendo: "¡Eh! ¡Que estoy aquí, eh! ¡Que tenéis que contar conmigo, eh! Que me hagáis un plano. ¿Yo no me lavo las manos? Si no tengo ningún lavamanos para poder lavarme, ¿cómo podré administrar una medicación si no me puedo lavar las manos, no?" Pienso que me siento muy valorado, pero que muchas veces no valoran la figura del enfermero.*

Las enfermeras se sienten reconocidas cuando la dirección pide su participación en la toma de decisiones.

V17b *[...] y la verdad es que es la primera vez en mi vida que habrá un posible traslado de planta, de unidad, para mejorarla y ampliarla. Y a enfermería nos han convocado a las reuniones para decidir cómo queremos que sea, cosa que hasta ahora nadie nos había tenido en cuenta. Y yo en urgencias ya había vivido tres traslados de obras y nunca se nos había preguntado a enfermería qué es lo que queríamos, ¿no? En cambio, en este caso, en principio nos han escuchado [...].*

También se enfrentan al desconocimiento de la profesión enfermera dentro del ámbito de la salud mental y a la invisibilidad de lo que se realiza. Creen que la enfermera de otros ámbitos no valora ni entiende suficientemente su trabajo.

X19i *Y te desvaloras. Y te desvaloran [se refiere a enfermeros que no trabajan en salud mental] un poco en plan “es que tú allí no pinchas ni nada”. —“Perdona, yo hago muchas cosas”. Quiero decir, trabajo mucho más con emociones. Y otros tipos de cosas que...*

Los participantes sienten que algunos miembros del equipo menosprecian el criterio o las decisiones determinadas por la enfermera, cosa que puede ocasionar conflictos dentro del equipo. Hay profesionales que luchan por la autonomía de decisión dentro del rol que ocupan y así se lo hacen saber a los médicos.

X21q *Yo mira, ¡no! [se refiere a diferencias de criterio entre médico y enfermera], hay ciertas cosas a las que sí estoy dispuesta, pero el otro [imitando la conversación que ella tiene con el médico] —“mira, yo no lo dejaré, pero que sepas que estoy absolutamente en desacuerdo”. Yo un percal no lo soporto y además creo que hasta es contraproducente para el paciente. Y después qué, ¿realmente nadie tiene capacidad de ver eso? ¿Somos las únicas tontas? Y lo digo o reviento. Y prefiero que reviente el otro. He tenido peloterías con psiquiatras, y fuertes.*

Una participante vincula la satisfacción al reconocimiento por otros profesionales cuando se valora el conocimiento inconsciente que ofrece la experiencia que tiene el colectivo enfermero.

V25f *“Tú que lo sabes todo...”, y tú no te das cuenta de que vas asumiendo y que... Pero cuando vienen los residentes y te hacen esta reflexión: “¿Qué pasa? ¿Todo pasa aquí en el despacho?” Pues sí, pues es*

*verdad, ¿no? Ya no solo el paciente que te tiene como referente. Y te dice... Y te llama: "Oye, que no estoy bien", sino también los propios profesionales del equipo, muchas veces. Y la familia, claro.*

Existe la percepción de que los gerentes no son conscientes de la complejidad de trabajar en salud mental ni de la importancia de tener una formación adecuada.

V2j *[...] Nos encontramos con que no se dan cuenta [se refiere a los gerentes] de la importancia que tiene el hecho de trabajar en salud mental. Que es una especialidad bastante complicada, que se requiere cierta experiencia, un montón de experiencia, pero son los jefes, que no son de nuestro departamento... Dicho de alguna manera, que dicen: "No, no, es que no hace falta. No hace falta que se tenga que hacer reciclaje". Entonces, hay auxiliares a los que no les permiten hacer reciclaje. Y, de entrada no han estado nunca en salud mental y entran en la unidad de agudos. Entonces, el riesgo que suponen, entre comillas, para todos... Y también hace falta que estemos presentes o que vean cuáles son los trabajos que estamos haciendo, qué tareas estamos haciendo y que no es tan fácil como parece.*

Se detecta una diferencia de reconocimiento entre las enfermeras de salud mental de hospitalización y las de entornos más comunitarios.

V16h *Sí, bueno, el CSMIJ. Parece como si a nivel de hospitalización fuera como... A pesar de ser enfermeros, menos valorados de lo que es la parte de consultas. Siempre, en todos los aspectos. Pues a veces, no es que haya una mala relación, pero sí que hay un poco de diferencia, en este sentido. Te sientes un poco menos valorada que lo que es la parte de consultas..*

Sienten que ser enfermera especialista en salud mental comporta una mayor exigencia y, sin embargo, la especialidad no tiene el mismo reconocimiento que otras especialidades en Cataluña.

V1b *[...] yo creo que el hecho de que tengamos la especialidad, en nuestro hospital no se reconoce. O sea, que nos podemos encontrar con que pueden venir varias personas a sustituirnos y no tienen ninguna formación. Y, claro, tú a veces dices: "Ostras, yo he hecho la especialidad, he hecho el posgrado... y no tenemos ningún tipo de reconocimiento ni ningún tipo de valoración".*



- V1e *[...] precisamente ahora estamos intentando ver con quién podemos hablar y por qué vía, qué alternativa tener de cara a poder hacer una bolsa de trabajo para justificar un poco el reconocimiento de nuestra especialidad, ¿no? Porque en otras comunidades existe, ¿no? [...] Sin embargo, aquí no.*
- V2a *[Refiriéndose a la especialidad] [...] de alguna manera no está reconocido, pero sí que se exige más, ¿no? Participación en comisiones, en... docencia, en cursos [...].*
- V11q *De hecho, mucha gente piensa que comadrona es algo más que enfermera, o sea, que no es solo la especialidad, sino que es algo que está ahí en medio, ¿no? Sin embargo, dices: "Soy especialista en salud mental", y no te ponen en el mismo nivel que a las comadronas, ¿no?*
- V12a *[...] A nivel de especialidad, ni siquiera en la tarjeta del hospital o en nuestro contrato o en nuestra nómina consta que seamos especialistas. Somos simplemente enfermeros. En cambio, para una comadrona sí que pone "comadrona"... No pone "enfermera" a secas... ni se les ocurre.*

## **Formación**

Los participantes están de acuerdo con el hecho de que es necesaria una formación específica y la expertez para trabajar en salud mental, pero reconocen que disponer de la titulación de especialista no garantiza la excelencia profesional.

- W6j *Y que siempre hacemos cosas, un máster, un... también tenemos la especialidad. Casi todas tenemos la especialidad.*
- V8g *No soy especialista, formo especialistas desde hace muchos años. [...] Es más, doy clases a otros especialistas al inicio de la especialidad. No pienso que los especialistas sean mejores que los enfermeros que llevan mucho tiempo trabajando, algunos sí, pero no por el hecho de tener un título que ponga que eres especialista en enfermería y salud mental eres mejor enfermero que otro que no lo tiene.*

Las oportunidades de asistencia a jornadas y congresos divergen entre el ámbito comunitario y el hospitalario. En entornos comunitarios, se facilita.

- V18e *Y nada. Y si vas a fuera... Si empiezas a entrar un poco en la rueda, te empiezas a enterar de cosas y te enteras de un montón de cosas que puedes hacer, puedes participar en grupos, etc. Pero porque te llega la información. Es mucho más fácil, claro, porque no te tienen que suplir. Tú cierras tu agenda y lo puedes prever y ya está.*

## EL CONTEXTO ORGANIZATIVO

### Liderazgo enfermero

Con respecto al liderazgo enfermero, hay diferentes opiniones. Mientras algunos opinan que su trabajo es valorado por el equipo directivo, el resto tiene la visión de que la gestión está demasiado jerarquizada, perciben que los directivos locales tienen poco poder de decisión y subrayan que las direcciones han de fomentar el trabajo en equipo y el soporte a las enfermeras. En este sentido, manifiestan que haría falta una línea de trabajo de la dirección que potencie el rol propio de la enfermera dentro del equipo y un modelo centrado en la persona atendida y no en el médico responsable. Específicamente, debaten sobre la administración de medicación sin orden previa escrita del médico y estiman que la vía de mejora pasa por un apoyo claro de quien los representa.

- Y8f *[...] En cambio, el respeto del equipo médico o del equipo de gestión, personalmente, y creo que el equipo de enfermeras también nos sentimos muy integradas y que cuenta mucho nuestro papel...*
- X3c *[...] nosotros no estamos en un proceso de cambio y tal, pero sí que también hay una sensación de abandono, ¿no? Una falta de liderazgo importante a nivel de enfermería; también es verdad que la dirección de enfermería ha hecho muchos cambios últimamente. [...] Pero aparte de eso, realmente hay una falta de liderazgo, falta también, del trabajo de enfermería... muy poca claridad a la hora de lo que ellos esperan de nosotras, ¿no? Y también la gente se siente muy poco valorada. Porque*

*todo el mundo hace todo lo que puede y aporta todo lo que puede y se esfuerza. Pero hay muy poco reconocimiento.*

X14k *Si, pero bueno, el problema es que somos nosotros mismos. Las direcciones que no ayudan en absoluto, porque mira qué perfiles hay en las direcciones, al menos aquí...*

En contextos hospitalarios, los profesionales de los servicios de salud mental se sienten “en tierra de nadie” cuando ven que no está definido quién tiene que hacerse cargo de sus demandas para mejorar el servicio.

V16i *Sí, los que estamos en hospitalización nos encontramos que pedimos una cosa a nuestro coordinador de salud mental y: “Ah no.. es que dependéis de hospitalización”. Pedimos en hospitalización: “No, no, es que tú eres de salud mental” y estás en medio y no sabes... Y, muchas veces, conseguimos algo porque cerramos filas entre todos y decimos: “es que lo queremos, lo queremos”. Mira que somos poquitos, pero lo podemos conseguir. Bueno, lo podemos pedir todos. Pero, claro, la cosa es que eres tierra de nadie. Depende de lo que pidas: no eres de salud mental, no eres de hospitalización. Vale... Pues, ya está. Nos lo hacemos nosotros.*

## **Trabajo en equipo**

De forma genérica, el trabajo en equipo es básico para trabajar satisfactoriamente y hay que potenciarlo. Hay un margen de mejora importante en la comunicación y el consenso entre profesionales, respetando la diversidad de profesiones dentro del equipo. La mejora cualitativa pasa por potenciar periódicamente las reuniones de equipo interdisciplinarias y clarificar las tareas de cada rol.

Y7g *Yo creo que el equipo tiene que estar bien compenetrado porque si no las situaciones estas de riesgo, ¿cómo las gestionas? (...) Es muy importante el equipo porque si no tendrías doble carga de estrés.*

W18m *Enfermería se comunica bastante bien, el personal de enfermería entre ellos, pero con los otros... Nosotros habíamos hecho reuniones de equipo para hablar de discrepancias y cosas que mejorar*

*entre el equipo. Tanto psiquiatra, psicólogo y enfermería, como auxiliar. Y estas cosas van bien, pero se hacen una vez, una vez cada... y lo dejan.*

W19e *Buena, quizás porque mucha gente piensa que el trabajo en equipo es “lo haremos todo entre todos”; y tampoco es eso, en el trabajo en equipo cada uno tiene su rol.*

Consideran que el trabajo en equipo ha mejorado durante los últimos años, pero con algunas excepciones. Relatan que, más que la relación con las personas atendidas, es la insatisfacción en las relaciones de equipo lo que experimentan negativamente, sentimiento que puede convertirse en una razón para plantearse cambiar de servicio.

X10j *[...] Y bueno, actualmente ha habido un cambio con los nuevos fichajes [se refiere a los psiquiatras], ya que cada mañana se presentan en el despacho a ver cómo ha ido la guardia, apuntando..., con más interés. Ha habido un cambio pero es por el tipo de personal, no, no todo. (...) La relación con psiquiatría, yo creo que a nosotros, los de la noche, nos ha cambiado desde hace dos años, ¿eh? ¡Y mejor, eh, mejor! Porque lo delegas todo, todo lo que tú no puedes afrontar, pues llamas y ellos cogen la responsabilidad. ¡Si no hasta ahora todo nos lo comíamos nosotros!*

W2t *[...] Quema más la relación entre equipos que la relación con el paciente.*

W18o *[...] [Refiriéndose al servicio de agudos] la relación con los médicos era o seguirá siendo siempre difícil, a veces porque parece que prevalece el titulín. Pero a veces, muchas veces, la relación con las auxiliares era de como que tú estabas en medio, no sé si sabré explicarme, estamos entre los médicos y ellas. Si entonces tú dabas una orden y se lo tomaban muy mal, como si tú fueras de superior. Y decías: “a ver, vamos a trabajar en equipo, ¿no?”.*

El análisis de los incidentes y agresiones y la aplicación de medidas correctivas han demostrado ser una herramienta para la mejora de la satisfacción en el trabajo en equipo.

V19a *Nosotros en enfermería, muy bien. Hemos tenido suerte. Hacemos una piña a nivel de enfermería y va bien. A nivel médico, sí que hubo una temporada que la cosa no acababa de ir bien: muchos*

*reproches, íbamos cada cual por su cuenta... Y hace un tiempo, la empresa, a raíz de mi agresión (al menos llegó a servir para algo), se hizo como un coach... me parece que es. Nos reunió a todos para trabajar en equipo para que no volviera a pasar. Que ante una experiencia realmente... Pues realmente a partir de ahora, si hay una agresión o incidente, pues ahora se hace un grupo de trabajo donde se habla del tema y de lo que podemos hacer. Enfermería da su opinión...*

### **Coordinación entre servicios**

Los participantes consideran que hay que mejorar la coordinación entre los servicios de un mismo centro y/o entre centros ajenos. Argumentan que la causa de este hecho es la necesidad de una cultura de trabajo en equipo.

W1b *[...] En agudos la coordinación con el personal de otros servicios es complicada.*

W1f *[...] No hay cultura del trabajo en equipo dentro del mismo centro.*

Y1d *Y, de cara al programa, pues... yo he detectado resistencias. Hay equipos de atención primaria que son muy colaboradores, a los que les gusta la salud mental... Entonces hay una predisposición y es fácil. Pero en otros profesionales hay resistencias, no les gusta este campo... y entonces eso lo dificulta y el resultado no es tan bueno como se querría...*

### **Organización del trabajo propio**

Los grupos definen la problemática organizativa en cuatro ejes: las elevadas ratios de personas atendidas por cada enfermera; el hecho de tener que trabajar solo en algunos turnos o servicios, con poco tiempo para dedicarse a las tareas propias de la enfermera (como consecuencia de las elevadas ratios); poca cultura de trabajo en equipo; y carecer de protocolos para unificar la manera de trabajar.

W1e *Tenemos unas ratios brutales. No hay liderazgo de enfermería [...]. No hay cultura del trabajo en equipo dentro del mismo centro. También nos sentimos solas a veces...*

- Y6e *[...] Pero estás tú sola como única enfermera y te van a mirar a ti y, claro, no les vas a decir: "no, no, estoy revisando la medicación". O sea, es inviable una enfermera con 80 pacientes. Es todo el rato... O sea, es que como te falle algo ya... ya no vas a poder en toda la tarde.*
- X11k *Dicen que el 80% de las contenciones [se entiende que físicas] verbalmente se solucionarían, y con eso, ¿no?, dices: "sé que no puedo estar una hora y media aquí batallando con esta persona intentándola convencer, ¡hombre no! Claro, tienes que optar por: "¡venga, va!, ¡venga la contención mecánica!". Porque dices: "ostras, es la hora de los partes". Y ¿sabes? Es que hay un personal tan escaso... que solo con que se te complique algo, es que ya mal...*
- W1k *Cada uno trabaja a su estilo. Lo ideal sería tener todos los mismos protocolos.*
- Y6k *Sí que son pacientes psiquiátricos, pero están somáticos. Y claro, son 42 pacientes para una enfermera y todos superdependientes. La medicación es todos en boca, casi todos con espesante, y la tienes que dar toda a la misma hora.*

El vacío existente en las funciones de las enfermeras implica que no se trabaje con la misma calidad en los diferentes centros.

- V10f *[...] yo que empecé hace unos meses, le dije: "Vale, llevo toda la vida haciendo salud mental, sí. He cambiado de servicio, estoy aprendiendo otra cosa, pero ¿no tenéis nada escrito para una persona que llegue nueva de lo que hacéis? Ya no te estoy diciendo de competencias, no competencias, del día a día. Digo, es que llegará alguien nuevo y no sabrá qué hacer." No hay ni pautas del médico. O sea, enfermería está administrando cada día medicación sin pautas por escrito y se hace por rutina, y nadie dice nada. Hay una supervisora y una jefa de enfermería... No hay valoración de enfermería en salud mental. Es que yo me quedé alucinada. Dije: "¿No tenemos una hoja de valoración de enfermería en salud mental? ¿En el ordenador? ¿En el programa informático? ¿Dónde está todo? Ostras... no me lo puedo creer".*
- V13c *[...] ¿cuál es el otro problema? Pues que todos funcionamos de un modo diferente. Como cada uno depende de una cosa diferente, todos funcionamos diferente. Quiero decir, yo estoy haciendo*

*unas cosas que una compañera del pueblo del lado no puede hacer, ¿no? Porque su equipo no se lo reconoce. Pero si fuéramos a nivel legal, lo que hace ella o lo que hago yo no está reconocido en ningún sitio... Y el hecho de depender de diferentes instituciones, hospital de las monjas, el otro de un centro concertado, el otro de una mutua privada, etc. pues también hace que cambie toda la manera de trabajar las capacidades que tienes, ¿no? Pero la manera de lo que puedes hacer o puedes llegar a hacer también varía, casi siempre...*

Esta indefinición de las funciones de las enfermeras implica que en ocasiones se les pida asumir tareas o tomar decisiones que son propias de otras profesiones.

V1d *[...] además, el trabajo que estamos haciendo y la presión que tenemos, no solo hacemos de enfermeros: hacemos de administrativos, hacemos de porteros... Muchas veces nos encontramos diciendo que somos los porteros más caros de los hospitales. Porque nos pagan para ser enfermeros, pero estamos haciendo de porteros. No es el caso de mi turno, porque en mi turno hay más personas, pero sí que en un turno de tarde tienes que estar controlando permisos, salidas, las visitas de los familiares y... claro, una o dos personas están exclusivamente controlando la puerta cuando somos tres. Pues, claro... eso te exige más de lo que tienes que hacer.*

En ámbitos comunitarios las tareas se organizan de forma más autónoma. Se destaca un modelo de un centro como favorecedor del rol autónomo de la enfermera.

V15 *Es más, tú puedes prever que tienes un paciente, supones que te puede dar un cierto problema y esto te lo programas en un momento determinado. O sea, tú puedes prever muchas cosas. Te puedes permitir, si los compañeros... hacer una visita con alguien más, si está el terapeuta o quien esté libre... le puedes decir al del lado...*

V21f *[...] yo venía de trabajar con un modelo mucho más actual en el que había enfermeras referentes en las unidades de agudos, auxiliares referentes... donde cada día llegaba el médico por la mañana, te sentabas y tenías tus pacientes y uno a uno, y tal... La enfermera referente tenía, incluso, un horario por la mañana que tenía parte de la tarde, que era cuando podíamos recibir a los pacientes y hacer visitas y acoger a los familiares de los pacientes ingresados...*

Aunque opinan que se trabaja poco interdisciplinariamente, consideran útil la consulta conjunta con otros profesionales cuando se puede trabajar con visión enfermera.

X9h *Nosotras algunas cosas sí que las hacemos, las entrevistas conjuntas, sobre todo cuando citas a un paciente, y después también a veces detectas cosas y es una manera de... durante la visita médica, de consensuar cosas y que se aprueben cosas... porque a veces haces intervenciones, el paciente tampoco se lo acaba de, no acaba de ver o no acaba de... yo qué sé, sobre todo cuestiones de higiene o de medicación y tal. Nosotras pensamos que la visita sirve para asegurar las cosas y también un poco para conocer entrevistas con la familia, para conocer más el perfil y tal.*

Hay experiencias de participación de las personas atendidas en las decisiones del trabajo diario dentro de una entidad de salud mental.

V16i *[...] el año pasado hicimos unos grupos en los que preguntábamos a los pacientes qué podíamos hacer para mejorar el entorno, y de estos grupos salieron ideas como un huerto que tenemos en el patio [...] haces grupos y vuelven a salir estas cosas... les haces decir que son personas, no son enfermos dentro de una sala donde están encerrados y no tienen nada más que hacer que estar allí y aguantar hasta que tengan permiso y puedan salir. Sino que se hacen cosas. Los miramos, los tenemos en cuenta...*

## Condiciones laborales

Los participantes sienten que la crisis ha afectado más al colectivo enfermero que a otros colectivos profesionales, ha provocado reducción de plantillas y, consecuentemente, una mayor carga asistencial. Se ha contratado a tiempo parcial y se ha producido una pérdida de poder adquisitivo.

W12j *Pero es que otras cosas han aumentado: [refiriéndose al aumento de plantilla] han aumentado los psiquiatras, han aumentado los psicólogos. Son las enfermeras las que no lo han hecho.*

Y6a *Nosotras teníamos al principio tres enfermeras por la mañana porque una tenía que hacer urgencias y con los recortes nos la han quitado. Tenemos dos enfermeras y, claro, sigue habiendo ingresos por la mañana. O sea, que una, de vez en cuando, tiene que ir a urgencias a hacer ingresos.*



W12a *[...] Yo cuando estoy de vacaciones a mí no me cubren. Claro, allí están un mes sin enfermera.*

W12c *Nosotras, la que se queda a trabajar lo hace por tres. Porque como son tres agendas...*

El aumento de ratio de profesionales enfermeras que se ha dado en algunos centros se experimenta como una mejora organizativa.

V15n *Bueno, mira, en el tiempo que hace que yo estoy allí, que yo acabé la carrera, yo he visto triplicar o más los puestos... Es decir, se creó la figura del coordinador de enfermería, se dotó de enfermeros... que son muy, muy pocos y se tiene que mejorar. Sin embargo, como mínimo, cada unidad tiene un enfermero, cosa que antes había un enfermero por pabellón.*

Es un trabajo en el que se pueden vivir situaciones de estrés e inseguridad. En algunos servicios, los enfermeros han de trabajar solos, aunque los protocolos establecen, por seguridad, que siempre debe haber más de un profesional.

X5a *Pero a nivel de riesgo, los de seguridad, claro, jeso parece abismal! [se refiere al hecho de que la enfermera trabaje sola]. Nosotras [...] yo nunca estoy sola. Por protocolo no nos podemos quedarnos solos en la unidad, siempre es: enfermera y auxiliar o dos auxiliares. ¿Nunca te puedes quedar sola, no? Siempre ha sido así.*

V13d *[...] ¿No sé vosotros, pero yo que estoy en agudos y pienso en mis compañeros, todo el tema del estrés que supone a nivel de seguridad, de riesgos personales, vale? Porque yo como afectada de una forma muy grave de un paciente mental que me vino de una forma muy grave, todo el tema de seguridad en el enfermo mental sigue estando muy y muy... Y, realmente, al menos a nosotros... Lo que decíamos: cada institución funciona de manera diferente, cada unidad de agudos es diferente, cada uno tiene la ratio de profesionales que le toca, cada uno tiene personal menos o más formado, etc. Pero, en nuestro caso, realmente, por toda una serie de factores físicos, ambientales, de seguridad, de pulsadores, de cobertura, de pacientes muy graves que..., de camas que no están bien clavadas en el suelo... Pero hay un estrés que realmente es... Lo hay. Y eso, quiero decir que sólo lo compartes con los de salud mental, pero que realmente todo el tema del estigma hace que lo hayamos llevado...*

Las enfermeras/os especialistas en salud mental reciben menos dinero por su trabajo que las de otras especialidades.

V11i *En este hospital, las comadronas cobran un plus y nosotras no. Tan solo con eso, en la dirección no hay manera que entiendan que... "¿No estáis viendo que estáis pagando a las matronas?" Pues no, no...*

Se percibe que la dirección facilita a los facultativos médicos más ayudas para su desarrollo curricular (poner en marcha proyectos, asistencia a congresos...).

X3c *Se le valora mucho, aunque ellos se quejan [se refiere al colectivo médico, del cual habla en este mismo párrafo], se valora mucho más y tiene muchas más oportunidades a la hora de hacer cosas el colectivo de los médicos que el colectivo de enfermería. Porque si el colectivo de médicos se plantea una opción de alguna línea de actuación, quiere poner en marcha alguna acción, a los médicos les resulta mucho más fácil y es que en enfermería estamos cortados. Con el tema: "no hay dinero, no hay dinero", pues con eso lo resuelven todo, ¿no?*

X5u *Tú lo ves, a nivel médico sí que lo hay, que hay como un reconocimiento y también hay como una valoración [...]. Pero lo que es a nivel de enfermería, no... Incluso con la sola asistencia a congresos nosotras tenemos que hacer virguerías. Y es que no... No hay facilidades [...]. Siempre tienes que presentar algo y hay veces que, bueno, por lo que sea, no tienes nada preparado y tal, ¿a ver y por qué los médicos no se tienen que preparar ni presentar nada y nosotros tenemos la obligación de presentar algo? ¿Por qué?*

X5u *[Refiriéndose al hecho de que a menudo tienen que hacer tareas que no son propias del rol de enfermería] Y además es curioso cómo las direcciones de enfermería dejan que eso pase. Porque claro, son enfermeras como nosotros y, claro, es una sensación de que no hay alguien que realmente vele por el desarrollo de la profesión.*

Se percibe la redistribución de recursos de forma irregular y con "capitalocentrismo".

X13b *Yo veo a otros compañeros de otros hospitales de Barcelona que, cuando me dicen que con menos pacientes que nosotros, por la mañana cuatro enfermeros y cuatro auxiliares... ¡Oh!, dices. Que por*

*la noche dos enfermeros fijos, y nosotros uno. ¿No? Y todo es así: en las urgencias hay enfermero y auxiliar, allí un enfermero solo. Dices: "¿dónde estoy trabajando, no?".*

Se detecta en diferentes ámbitos una falta de espacios para poder desarrollar adecuadamente el trabajo en grupo.

- V17d. *Yo monto el grupo en medio de la sala de estar, allí treinta personas. Treinta no, pero veintiséis sí. Y familiares y pacientes y todo el mundo. Y bueno, también es verdad que después hacemos un poco de supervisión de trabajo con psicólogos, entre el equipo de enfermería que formamos el grupo. (...) El día que está la sala, pues fatal, no se hace. Porque dos personas allí al fondo haciendo un grupo y de repente la otra en la otra punta... pues tampoco lo veo. Pero bueno, son cosas de ir... viendo qué se puede hacer.*

## REPERCUSIONES DEL CONTEXTO ORGANIZATIVO

### Repercusiones del contexto organizativo en el trabajo

El débil liderazgo enfermero y la no explicitación de los roles delegados y propios de la enfermera comportan una falta de homogeneización de su trabajo. A menudo, otros profesionales piden a las enfermeras realizar tareas administrativas, en detrimento de las intervenciones propias de enfermería. Además, la reducción de personal de enfermería y la consecuente carga asistencial provoca una falta de tiempo para llevar a cabo tareas propias relacionadas con la atención a la persona atendida.

- W1k *Cada uno trabaja a su manera. Lo ideal sería tener todos los mismos protocolos.*
- Y8g *[...] Gestionamos muchas cosas. Y, así, perdemos mucho tiempo gestionando. Todo el día gestionando, todo el día. Pero, claro está, además, muchas veces (no se dan cuenta, eh, pero lo tenemos que decir) piensan que somos sus secretarías y no lo somos [refiriéndose a los médicos].*
- X7c *Yo supongo que eso, como todos los hospitales, pero aquí la parte administrativa te ocupa, y la parte de psiquiatría te ocupa mucho tiempo. Entonces dices: "¿Y la atención a los pacientes?"; pues creo*

*que se deja un poco de lado. (...) Y da rabia eso. Da rabia porque a mí, personalmente, me gustaría tener más tiempo y prestarles más atención, pero a veces no puede ser y vas siempre corriendo.*

Los grupos relatan que no hay protocolización en situaciones en las que se requiere un médico y este no está presente, y que experimentan una falta de apoyo. Un ejemplo claro es la desprotección legal de la enfermera en caso de administración de medicación cuando no hay una pauta escrita.

V22k *[...] pero... ¿Si no tienes médico de guardia? Tienes que ir como arrastrándote: [imitando la conversación con el médico] —“Por favor, ¿lo puedes ver?, ¿lo puedes visitar?”. Es que, oye, por favor, ¿qué es esto? No... Lo que es enfermería aquí se tiene que plantar porque siempre vamos como lo que tú dices.*

V24a *[...] Es vía telefónica. Hasta el día de hoy, el problema que hemos tenido es el tema de la prescripción. Cuando nosotras, por ejemplo, el tema medicamento... Evidentemente que tenemos dos medicaciones flojitas. Cuando está agitado y lo llamas [refiriéndose al médico] es porque el problema es grande.*

El hecho de que la especialidad no esté reconocida comporta que las direcciones contraten profesionales sin formación específica en salud mental, profesionales que no ven la necesidad de especializarse porque pueden seguir ejerciendo. Mientras tanto, los profesionales formados en la especialidad se van a trabajar fuera de Cataluña.

V1b *Entonces, dices, a ver, de qué nos sirve una formación, una especialidad, si entonces en el momento de trabajar ves que te dan la misma importancia que a una persona que acaba una carrera. Con todo el respeto, pero, claro, no tiene ningún conocimiento ni ninguna... formación.*

V1e *[...] Estamos formando a gente, gente muy buena, muy potente que estudian la especialidad y luego cuando tú quieres contratar a especialistas, no los hay. Porque realmente marchan todos fuera. [...] Primero nos tienen que reconocer lo que somos.*

V10g *[...] la gente joven, hoy por hoy, nadie piensa en especializarse en salud mental porque detrás no hay nada que les motive a hacerlo. Te dicen “no, yo voy trabajando, con contrato. Voy trabajando*

*en salud mental porque me contratan, me contratarán. Me voy formando y con los años, mira, voy acumulando, pero no haré la especialidad porque no, porque no me supondrá ningún beneficio.”*

### **Repercusiones del contexto organizativo en la persona atendida**

Las repercusiones funcionales del contexto organizativo en el trabajo se vinculan claramente a las repercusiones de la persona atendida. Existe la sensación de no poder atender adecuadamente a la persona y a la familia, lo que repercute en la calidad de la atención y la salud de los usuarios.

- X11c *[...] después tampoco puedes hacer intervenciones de excelencia porque es que no tienes tiempo. Es que yo la frase que más digo es: “¡ahora no puedo, no ahora no puedo!”. Y no porque no tenga ganas de hablar con aquella persona.*
- X3c *[...] Y después la unidad de psiquiatría se ha quedado muy pequeña, hay una sensación de amontonamiento allí dentro. Los pacientes están muy agobiados, y eso, claro, genera muchos más, muchos más... conflictos más angustiosos y eso hace que enfermería tenga que ir más allá y que, claro, después las ratios son las que son, claro, ¿no?*
- Y7e *[...] Y, desde adultos, sería bueno que pudiéramos mejorar. Está claro. A veces, sanamos al paciente. Pero si trabajáramos más con las familias, quizás mejoraríamos mucho más a los pacientes. Y, por la sobrecarga que comporta, te centras en el paciente. No se puede. Intervienes, pero de forma puntual cuando la familia está desbordada, y después agudiza el paciente y después requiere un ingreso o previo o post-out. En infantil eso sí que se tiene más presente.*

Las aportaciones inciden en que el sistema de funcionamiento actual de la red psiquiátrica de adultos es básicamente hospitalario, medicalizado y más impersonal, de manera que, partiendo de una visión fragmentada de la persona, la “psiquiatrizada”. Como consecuencia de ello, se atiende preferentemente a las personas descompensadas, por la falta de desarrollo de la atención comunitaria, donde la enfermera podría efectuar el seguimiento y el acompañamiento del usuario, prestar una atención centrada en la persona y la familia, incidir en sus estilos de vida, formar grupos... Es decir, se observa un enfoque poco preventivo y poco integrador de la persona atendida.

- X15p [Refiriéndose a la persona con enfermedad mental] *...quitarlos un poco de la red psiquiátrica, porque si no se los psiquiatriza de una manera que...*
- X16g *Hombre, es que mientras la medicina esté por... por patologías, o sea, vamos disgregando a la persona. Todo lo que dicen de la visión holística, ¡vamos! En los hospitales es totalmente irreal...*
- X14b *Hombre, ¡lo que es la enfermería de aquí está totalmente dejada de lado totalmente, pero totalmente! Porque a nivel, a nivel de comunitaria es que no hay casi nada más. Es que no se les puede ofrecer nada, a los pacientes nuestros se los atiende cuando están descompensados. (...) Te llegan los pacientes y muchas veces entran en esta rueda giratoria que... normalmente son estilos de vida no saludables y aquí es la mano de una enfermera que... si una enfermera pudiera ir haciendo grupos, no para ir apoyando, para ir vinculando al paciente... Pues ir controlando, pues todo eso yo creo que haría mejorar muchísimo. Pero es que yo me he dado cuenta de que muchos de nuestros pacientes empiezan con medicación, empiezan a comer mal... pero es que muchos son pacientes que tienen un psiquiatra que los ve cada tres semanas o así, pero nadie trabaja estilos de vida. ¿Quién los trabaja? Nadie.*
- X15d [Referint-se al PSI, Programa de Seguimiento Individualizado] *Y está muy bien para la familia y además está fuera del sistema. Quiero decir, está fuera del CAP. Y es más fácil hacer una alianza terapéutica con el paciente porque estás fuera y estás en su terreno. Es más fácil, ¿no?, poder dirigir al paciente, y dirigir al paciente a nivel médico (...) y ayudar con las cosas que necesite porque, claro, el PSI tiene esta doble función. Un poco vincular el sistema sanitario al que se va manteniendo algo inestable, pero también ayudar con aquello que para él es importante, estos son los dos objetivos del PSI.*

Existe la opinión de que la estabilidad de plantilla repercute en la calidad de la atención al paciente. La rotación de enfermeras en los diferentes servicios afecta a los profesionales y las personas atendidas. A pesar de ello, el aumento de ratios enfermeras se ha convertido en una ventaja en pro de la seguridad de los usuarios y de la prevención de conflictos de rol.

- Y5d *[...] Pero, claro, también es verdad que juego con la ventaja de que ahora conozco al paciente y puedo ver cuando él está mal y cuando está bien, cosa que no nos pasaba antes, que íbamos de*

*pabellón en pabellón, y quizás no reconocíamos cuando un paciente estaba mal porque no lo conocíamos para nada.*

- V16d *Yo cuando estaba trabajando en agudos, empezamos que solo había una enfermera por cada planta y el fin de semana, que hacíamos guardias de doce horas, éramos solo una enfermera para las tres plantas, con lo que muchas veces delegabas tu trabajo, incluso a psiquiatras. No podías hacer otra cosa y estabas ahí para las cosas urgentes. Y pasamos a dos enfermeros por planta y, de hecho, se comprobó que se redujo el riesgo, pero porque podías pasar tiempo con los pacientes. En ese sentido, el que tú te pudieras sentar cuando el paciente estaba intranquilo, que le veías... hizo que se redujeran considerablemente las contenciones, el riesgo y el resto... Así que todo eso pasa por la ratio.*

La estigmatización de la persona atendida afectada por un problema de salud mental todavía está muy presente. Puede originarse también a partir de los comentarios de los propios trabajadores, cuando transmiten la idea de que se sufren más agresiones en determinados servicios. A veces, la estigmatización supone un riesgo en la seguridad de los usuarios por la falta de evaluación de la organicidad.

- V19b *[...] Eso del estigma del paciente de salud mental y el nuestro... Y yo, aquí escuchando a todos, me da la impresión, que nadie se ofenda, pero que una parte del estigma lo ponemos nosotros porque hemos estado hablando, me ha parecido oír muchas quejas, más que algo constructivo. No sé, cuando hablamos de anécdotas de nuestro trabajo hablamos de agresiones y de cosas raras. ¿Cómo queremos que la gente tenga otro...? Si cuando hay una agresión... Nosotros tenemos incidentes cada año pero no todos los días, ¿no? O sea, sí que hay y más que en otros servicios, pero es la excepción del día, del mes... No es una cosa que te pase. Que tienes que estar preparado porque es una cosa posible, pero que lo trabajas y que hay muchas menos que hace unos años [...].*

- X17d *Pero, ¡cuántas veces nos han derivado pacientes que son psiquiátricos y realmente hay una desorganización, una descompensación orgánica total que han tenido que correr hacia la UCI! Yo siempre digo: "tenemos el diagnóstico de esquizofrenia o el diagnóstico de bipolar", y ¡venga!, todo hacia psiquiatría. Intoxicaciones por litio, bueno, la tira, hasta que te llegan, hasta que te llegan allí y haces analítica y "¡hostia, si tiene una intoxicación!" Después corriendo al hospital [dice el nombre del hospital de referencia] a hacer diálisis.*

El hecho de no cambiar el modelo de actuación genera, a juicio de alguno de los participantes, consecuencias en las personas atendidas.

V21f *[...] todo este modelo se está retroalimentando y el personal de enfermería de un lado para otro, ha ido danzando de un lado para otro, se está mimetizando y se está intentando llegar a consensos comunes, pero está costando muchísimo porque hay unos hábitos adquiridos por una parte y por la otra. Pues, que cuesta mucho cambiar hábitos. Yo creo que, en general, cuesta mucho. Y está costando muchísimo y lo paga el paciente. Hay pacientes que a veces te dicen algunas cosas...*

### **Repercusiones del contexto organizativo en el ámbito personal y familiar**

Independientemente del servicio donde se esté ubicado, hay un aspecto del rol que interfiere en la capacidad de sentirse realizado: a menudo se pide a las enfermeras realizar tareas que no les son propias. La gestión, la relación con el resto del equipo y el cambio de las decisiones enfermeras por parte de algunos profesionales de otras disciplinas tienen un peso importante y constituyen algunos de los motivos por los que dejarían el trabajo.

X21o *Es que eso [la satisfacción] tampoco va relacionado directamente con ellos [se refiere a los usuarios], o sea que va relacionado con la gestión y quien la lleva a cabo. Cuando tratas con ellos se te pasa todo, porque no es el problema realmente; quiero decir, vas quemado por otras cosas.*

X21p *Tiene relación con las relaciones entre compañeros, de la estructura, de...*

Esta parte administrativa que la enfermera lleva a cabo provoca que falte tiempo para las tareas propias de escucha, acompañamiento y contención, frustra a la enfermera y le crea un sentimiento de culpabilidad porque va en detrimento de la calidad de la atención a la persona atendida.

X7c *[...] aquí, la parte administrativa te ocupa, y la parte de psiquiatría te ocupa mucho tiempo. Entonces dices: "¿Y la atención a los pacientes?". Pues creo que la dejas un poco de lado. [...] Y da rabia eso. Da rabia porque a mí, personalmente, me gustaría tener más tiempo y prestarles más atención, pero a veces no puede ser y vas siempre corriendo.*



X12c *[...] Claro, es que yo son los días que más estrés paso [se refiere a los fines de semana] y para ellos son los días que están más nerviosos, son días que ellos ven que son fin de semana, que muchos se han marchado y que ellos están encerrados. Allí tienen una sensación de estar encerrados muy grande por las características de la unidad y tal. Y claro, es como ir dando mensajes de "ahora no puedo", "ahora no sé qué", "bueno, después lo miraremos". Y tal y cual. La verdad es que te marchas a casa realmente muy mal, porque tienes la sensación de que has ido allí a despachar trabajo. Y te genera mucha insatisfacción eso...*

Las enfermeras se sienten desinformadas, la dirección enfermera no siempre establece redes efectivas de comunicación con el fin de informar a todo el personal de los cambios en la forma de trabajar. Eso puede crear malestar, un ambiente negativo en el trabajo.

X22o *Pero cambian las cosas y yo de muchas cosas me entero porque [escenifica la conversación] —"¡ay! ¿No has hecho eso?" —"sí, porque ahora tenemos que hacer el cribado de..." —"¡ah!". Y dices: "¿pero eso de dónde ha salido?". Pero a mí nadie me ha informado, ¿no pueden enviar un correo? No, funciona el boca a boca: "a partir de ahora no sé qué", y si estás en este momento allí, bien; y si no...*

Algunos servicios pueden causar sensación de inseguridad en el trabajo, de no control de la situación, sobre todo cuando la enfermera trabaja sola o por la disposición arquitectónica de algunas unidades. En servicios como el de agudos las enfermeras pueden tener la sensación de alerta constante, miedo, estrés, tensiones que acaban afectando a su salud.

X4c *[...] Entonces claro, dices... ¿quién no te dice que mientras tú estás duchando a esta gente, otro no se cuelgue de la ducha?, ¿no? Es que claro, ¿no? Entonces, ¿de quién será la culpa? ¿Tuya? Porque claro, en principio tienes los recursos necesarios para que eso no pase, ¿no? Las medidas de seguridad, las cámaras, tal... pero claro, si tú tienes que estar dentro de un lavabo una hora duchando a dos señoras... claro, quiero decir, ¿no? Hay esos temas de responsabilidad que piensas: ¡"que no pase nada!, porque..."*

Y2c *Yo llego allí [se refiere al servicio de agudos] y me empiezan por la mañana pero... muchas situaciones muy, muy extremas de... hasta el punto de... la compañera me ha dicho: "he tenido miedo".*

*Yo, de verdad que he tenido pocas veces miedo, pero hoy he tenido miedo de ser agredida y hoy ha sido un día de estos de...*

Y2d *La perspectiva del CSM es diferente y podemos tener situaciones complicadas pero (...) las situaciones de riesgo no son iguales tampoco... Mi perspectiva es que en agudos, en hospitalización en general, estás mucho más en una situación de estrés constante... de alerta, tienes que estar alerta.*

Y2i *Eso te desgasta la salud y la vida.*

Se experimenta estrés y una falta de apoyo de las direcciones y del centro colegial ante situaciones conflictivas y agresiones, así como una falta de desarrollo de proyectos de segundas víctimas.

V13e *[...] Pero hay un estrés que tenemos que realmente es... Lo hay. Y eso, quiero decir que solo lo compartes con los de salud mental, pero que realmente todo el tema del estigma hace que lo llevemos... He hablado con la jefa de enfermería, con el jefe de personal, de seguridad, y bueno... Mira... Aquí dicen: "vamos tirando, vamos tirando... denuncia tú al paciente". ¿Cómo que denunciar tú al paciente? ¡Ah!, al Colegio de Enfermería, a ver que... Te falta apoyo... en un problema de agresiones. Ojo, Ojo... porque tienes a la empresa para que realmente te apoye, pero no nos apoyará.*

V14b *[...] Pero lo primero que te dicen es: "¿Qué has hecho mal?". ¿Perdón? La víctima soy yo, no sé hasta qué punto...*

El estrés que generan las agresiones en el entorno laboral y la disponibilidad que han de tener las enfermeras/os de salud mental por falta de planificación de personal pueden ser razones para dejar el trabajo.

V15g *Y eso una vez, vale. Pero cuando te vas encontrando con los años con que una vez es una agresión, otra vez otro incidente, etc. Y ves que van pasando los años y que la cosa sigue igual. Tampoco... Te quemas de tal modo que dices: "qué ganas tengo con los años... Soy especialista, sí, sí... Pero tengo ganas de ir, perdón por las que estáis en consultas, a unas consultas porque...".*

V25h *Es que enfermería es una profesión realmente muy bonita pero que, quiero decir, a veces con los años... (...) pueden hacer que la acabes aburriendo porque (...) a nivel de suplentes y mandos no*

*tienen un planning establecido de días. Es una llamada por teléfono: ahora ven, ahora no vengas. Y entonces, evidentemente, te puede gustar mucho pero llega un momento que...*

Desde el punto de vista laboral, no ven adecuadas las diferencias de carga asistencial, horas de trabajo, sueldo, etc. que se establecen entre centros y servicios. Algunas personas no se pueden permitir cambios de servicio para no perder el estatus económico.

X13b *Yo veo a otros compañeros de otros hospitales de la capital que cuando me dicen que con menos pacientes que nosotros, por la mañana cuatro enfermeros y cuatro auxiliares. ¡Oh, dices! Que por la noche dos enfermeras fijas, y nosotros una. ¿No? Y todo es así: en las urgencias hay enfermero y auxiliar, allí un enfermero solo. Dices: "¿dónde estoy trabajando, no?". Y mira que pensaba que era lo mejor que había aquí. Quiero decir... Ostras, no sé, a mí me genera frustración.*

W11e *[...] Yo me planteo ir a la extrahospitalaria y no puedo permitírmelo económicamente. ¡Porque no es lo mismo cobrar fines de semana y festivos que no cobrarlos!*

El horario laboral y la dificultad para compaginarlo con la familia han hecho que una de las participantes se planteara cambiar de trabajo.

X21g *[...] entre guardias, findes, festivos, renuncias a mogollón de cosas en el ámbito familiar, de la vida social, de amigos, vas todo el día con el móvil. Hacen una calçotada y tú: "¡No, este finde no!; "no, que me han pedido un cambio". [...] Pienso que es un trabajo muy sacrificado, sobre todo a nivel personal por la recompensa económica que recibes.*

L21k *Y llegar a casa y que te digan los niños: "ay, mamá, es que quizás cuidas mejor a los que están en el hospital que a nosotros, ¿eh?". Y tú, bueno...*

W10k *[...] Llega un momento en que valoras otras cosas. Valoras... yo qué sé, otras cosas; por ejemplo, los que estamos en extrahospitalaria, que no haces fines de semana, y tú valoras después cosas, condiciones de trabajo que también pesan.*

## PROPUESTAS DE MEJORA EN RELACIÓN CON LAS PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS DEL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Los participantes verbalizan la necesidad de aumentar el número de enfermeras y potenciar la enfermería de salud mental en la atención primaria y comunitaria.

W11o *Más enfermeras, no puede ser que en diez años... Más cantidad de enfermeras en la primaria, seguro. ¡Porque si la red se tiene que basar en la comunitaria, se tendría que notar!*

Considerarían positiva la rotación de las enfermeras entre los diferentes servicios de salud mental, porque ayudaría a ver el trabajo desde otras perspectivas, a no quedarse estancado, a saber trabajar en equipo.

W15i *[...] a veces, no sé, yo pienso que para que haya una buena red, tendríamos que ir todos a una. Yo ponerme más en la piel de lo que hacen en TMS [se refiere a Trastornos Mentales Severos] y los de TMS donde estoy yo. Y que, si hace falta, de vez en cuando alguien que hace el mismo horario o lo que sea, de forma pactada o lo que sea, hacer un cambio; a mí me parecería perfecto. Digo, bueno, otro sitio.*

W15j *Desconectar porque son trabajos que mentalmente son muy agotadores. Y a veces hacer un cambio te ayuda a desconectar.*

W15k *Al paciente lo puedes ver en diferentes contextos y va bien ver el trabajo de otros sitios, no quedarte estancado ni viciarte con los compañeros. ¡No!, es que tiene que haber aire. Y te tienes que formar [...]. Hay que ser flexible. Y se tiene que trabajar en equipo y nosotros trabajamos en salud mental y tenemos que dar ejemplo. Nos hemos apoyado nosotros mismos y aparte tenemos que saber trabajar en equipo.*

En algunos hospitales se ha perdido la figura de una enfermera especialista en salud mental en urgencias. Algunas participantes creen que habría que restituirla, ya que supondría una mejor atención a la persona atendida en el ámbito de salud mental.

W3s *No recuperamos atención de enfermería urgente. [...] Ellos, [se refiere a los profesionales que trabajan en urgencias] no quieren a nuestros pacientes.*

W3u *Tenemos la especialidad y no se atiende bien a los pacientes en urgencias.*

W3y *Debería haber una enfermera especialista en urgencias.*

Creer que se necesita potenciar y regularizar las reuniones interdisciplinarias para comparar los puntos de vista y mejorar las relaciones de los diferentes profesionales que atienden a los usuarios de salud mental.

W18m *Enfermería se comunica bastante bien, el personal de enfermería entre ellos, pero con los otros... Nosotros habíamos hecho reuniones de equipo para hablar de discrepancias y cosas que mejorar entre el equipo. Tanto psiquiatra, psicólogo y enfermería, como auxiliar. Y estas cosas van bien, pero se hacen una vez, una vez cada... y lo dejan.*

Opinan que sería bueno luchar para que los profesionales que no llegaron a tiempo para obtener la especialidad en salud mental tengan una segunda oportunidad de homologarla. Es responsabilidad de las propias enfermeras que los profesionales que trabajan en salud mental sean especialistas.

V12a *[...] A nivel de la especialidad, pues eso, sí que se hizo una repesca y la gente que pudimos entrar en el 2010, tenemos la especialidad, pero hubo mucha gente que tiene muchísimos años de experiencia que quedaron fuera y que tampoco tienen la opción, ahora mismo, de decir: "pues ahora voy a hacer la especialidad."*

V12b *Se tiene que luchar para que haya una segunda repesca o alguna cosa acreditativa de manera extraordinaria, ¿no?*

V9b *[...] Por ejemplo, yo no pude acceder a lo del 2010 por pocos meses [refiriéndose al examen para acceder a la especialidad]. Hay un pool de enfermeros y personas que nos dedicamos a esto desde hace muchísimos años, con nuestros másteres y nuestras cosas que... ahora, por ejemplo, yo no podría dejar mi vida, hacer el examen, estar dos años cobrando 700 euros...*

V9I *[...] Y yo creo que deberíamos empezar a tener todos nuestra especialidad, para a partir de ahí... esto que decías tú también de "es culpa nuestra que..." No. No es culpa nuestra, es responsabilidad nuestra. Evidentemente no es culpa, para nada.*

A lo largo de las intervenciones de los participantes han ido surgiendo implícitamente otras propuestas de mejora. Así, en el desarrollo de su trabajo diario las enfermeras de salud mental piden mayor autonomía, potenciar las funciones propias y mejorar aspectos como el conflicto de rol. Con respecto al contexto organizativo, desean recibir la misma remuneración económica que las enfermeras de otras especialidades y sentirse más apoyadas por los órganos de gestión. También piden de manera unánime un aumento de coordinación entre servicios, aumentar el poder de decisión de la enfermera dentro del equipo y más liderazgo enfermero en la dirección de los hospitales.

## 4.2. Resultados de los grupos focales de enfermeras gestoras: categorización y codificación

Se han transcrito literalmente los discursos de los participantes y se han analizado los datos cualitativamente desde julio 2017 hasta julio de 2018. En el análisis del grupo de enfermeras gestoras se han detectado divergencias en las argumentaciones de los participantes, lo cual ha generado una codificación de conceptos ligeramente diferente a la de las enfermeras sin cargos de gestión.

Con relación a los objetivos iniciales del estudio, los participantes se han centrado mayoritariamente en el contexto organizativo, el soporte organizacional y sus vivencias como gestores, además de introducir pequeños incisos relativos a los aspectos de compromiso profesional y calidad de vida. Finalmente, se ha establecido la siguiente categorización y subcodificación:

**Tabla 19**

**Categorización y codificación del grupo focale enfermeras gestoras del ámbito de la salud mental de Cataluña**

<b>El trabajo de la enfermera gestora de salud mental</b>	Funciones de la enfermera gestora en salud mental Autonomía Satisfacción con el trabajo Reconocimiento La especialidad en salud mental
<b>El contexto organizativo</b>	Modelos de gestión enfermera en salud mental Liderazgo de la enfermera gestora en salud mental Organización del trabajo propio
<b>Repercusiones del contexto organizativo</b>	Repercusiones en el trabajo Repercusiones en los profesionales Repercusiones en el ámbito personal Repercusiones en el ámbito familiar
<b>Propuestas de mejora</b>	

## EL TRABAJO DE LA ENFERMERA GESTORA DE SALUD MENTAL

Dentro de esta categoría se han agrupado los discursos en torno al rol de la enfermera gestora en salud mental, que han sido subdivididos en cinco códigos.

### Funciones de la enfermera gestora en salud mental

Los participantes definen sus responsabilidades basándose en tres funciones: gestión laboral, gestión económica y aspectos asistenciales. Presentan un enfoque muy amplio que contempla tanto la microgestión como la macrogestión.

Z5c *[...] tienes que poder conjugar todas estas facetas, estar en todas partes y tener los tres sombreros puestos. Es decir, pensar con criterios económicos, ya que son los que justifican... pensar con criterios asistenciales porque tienen que ver... porque son la esencia de nuestro trabajo, y has de tener muy en cuenta los aspectos laborales de la gente que está trabajando [...]. Entonces todos los dispositivos han de funcionar hacia la misma línea, y después, cada servicio... [...] cada momento estás enfocando y desenfocando... Desde una perspectiva más micro y vas subiendo. Y tienes que despachar con todo el mundo.*

Estas funciones que relatan tienen matices diferentes según la estructura organizativa de cada entidad y el modelo de gestión.

Z5c *Yo creo que en función de cada centro y de cómo lo tiene, es la estructura organizativa, es la que determina las competencias de cada gestión [...].*

Z4a *[...] Pero ya buscaré a una persona que pueda ir a quirófano. Y esto es mi trabajo de gestión, el poder mover las fichas y que al final funcione [...].*

En el contexto de la gestión de recursos humanos, la función de los gestores es contratar personal para sus servicios, buscando profesionales valorados por su motivación, implicación y compromiso, y no solo por su currículum.

Z13e *[...] Nosotros el otro día hicimos en el hospital la sesión "¿Cómo distingues tú a un mejor profesional? ¿Por qué piensas en una persona y no en otra?". Y salió un 0% el currículum... por así decirlo. Era la parte más pequeña de un profesional en que te fijabas. Porque está claro, la motivación, el compromiso, la implicación... Todos estos valores que son clave, a nivel de gestión, para sacar adelante una unidad... y para trabajar el profesionalismo [...].*

En función del tipo de gestión de la empresa, los gestores enfermeros han de asumir la responsabilidad cuando no está el director médico.

Z2b *La verdad es que no hay demasiados problemas pero, realmente, desapareció la figura de jefe de enfermería y cuando no está el director, la adjunta [la enfermera] es la coordinadora de todo: psi-*



*quiatras, psicólogos... y todo eso. Es un modelo que ya hace años que está funcionando y la verdad es que a nosotros no nos ha ocasionado muchos problemas.*

Z2h *[...] Porque cuando falta el director tampoco hay un jefe de área ni un coordinador. Entonces lo tengo que asumir yo. Entonces, cuando se marcha de vacaciones, tengo que quedarme yo como responsable del servicio.*

### **Autonomía**

La estructura organizativa de cada centro y el acuerdo entre los profesionales directivos determinan en gran parte la libertad de decisión de las enfermeras gestoras, libertad que los participantes denominan "margen de maniobra". En algunos casos explicitan que sienten una elevada exigencia y control no proporcionales a la libertad de decisión.

Z5c *[...] Yo creo que la estructura organizativa te marca qué tipo de abordaje tienes que hacer en tu trabajo y qué margen de maniobra tienes. Entonces, a veces sí que es verdad que las exigencias quizás no se corresponden con el margen de maniobra. Es decir, que uno tiene que presentar todo el resultado de lo que uno es responsable, pero en mi caso, como estamos en esta estructura que, además, es un hospital muy jerárquico y burocratizado, tienes que dar muchas explicaciones en muchos despachos diferentes, ¿no? Entonces yo creo que esta es una de las dificultades que tienes. Tienes la aplicación máxima; y el margen, a veces, no es el máximo.*

### **Satisfacción con el trabajo**

Se manifiesta de forma general la consideración de que el rol de gestión que ejercen es voluntario y transitorio. Se consideran, ante todo, enfermeras y enfermeros.

Z23k *Yo no olvido que hoy por hoy estoy aquí, pero mañana estaré ocupando mi puesto de enfermera. Por eso, con estas compañeras de las que yo soy la jefa y me llaman jefa, mañana no seré su jefa, y a lo mejor una de ellas es la jefa. Entonces esto es algo que yo lo tengo muy claro y muy interiorizado.*

Z25b [...] [Reproduciendo la conversación que tuvieron tiempo atrás con enfermeros] —“Buena, los que sois jefes, no sois enfermeros”. —“Buena, es que los supervisores, vosotros...”. —“¿Perdona? Yo soy enfermera igual que tú. Lo único que ahora mismo hago el rol de gestión, después por la tarde quizás hago asistencia porque no hago gestión” [...].

En general, todos los gestores están satisfechos con su trabajo. Esta satisfacción se fundamenta en el soporte y reconocimiento que reciben de la dirección y de los profesionales de enfermería, y en un buen clima laboral.

Z21 *Yo allí [dice centro donde trabaja]... Ostras... No paramos de hacer cosas. Estamos cargados de proyectos, estamos todo el día maquinando historias y pienso que estamos en un momento muy exitoso, muy brillante y muy dulce. Pienso que la sensación es esta y un clima bonito. Sobre todo pensando en los pacientes, hacemos de cosas... Y la dirección en enfermería nos apoya, en cualquier cosa que nos inventamos, desde montar un huerto hasta cualquier cosa que estamos montando allí [...].*

Z22f [...] *De 50 personas, diría que hay tres con aquellas con las que choco frontalmente y con las otras 47 se pueden hacer cosas, se puede soñar, se puede pensar, se pueden poner en marcha cosas... Muy buen clima de trabajo. No sé si me cuida tan bien la institución como estas 47/50. Es decir, a mí me tratan muy bien: me animan, me ayudan, me arropan y me apoyan en todo. Y, entonces, es agradable trabajar así. Ahora hay una carga económica, eso me presiona (sobre todo las neuronas), pero veo reconocido también mi trabajo [...].*

Z25 [...] *mis sensaciones son fluctuantes: a veces me siento muy bien... Los momentos de bajón son los que me encuentro con estas dificultades... pues que determinados colectivos parece que se resisten a la presencia de tus posibles intervenciones. Pues ahí es cuando me viene el bajón.*

## **Reconocimiento**

Los participantes opinan que hay poco reconocimiento de los servicios de salud mental ubicados en los hospitales y poco reconocimiento de los enfermeros asistenciales respecto a otras especialidades.

- Z20f *[...] Hombre, yo los enfermeros, la mayoría tiene una especialidad en salud mental. Por lo tanto, están todos muy contentos de trabajar y lo único que reclaman es lo que os he dicho al principio, ¿no? El hecho de que... a nivel del hospital, ¿eh? Pues que se les reconozca que tienen una especialidad como las comadronas. Ya no tanto a nivel económico, sino a nivel de decir que en salud mental... hay algo, un poco de... [...].*
- Z6a *A mí, como gestor, lo que me interesa es toda esta parte. Me peleo con todo el mundo por despachos y tal. Es mi tarea diaria. Por la promoción de la propia especialidad y dignificarla y de... conseguir que tenga la entidad que merece. Para mí, es mi foco de interés y no es fácil. Pienso que es una fortaleza y, al mismo tiempo, una debilidad en estos momentos, porque no tenemos suficientes especialistas.*

Los gestores explicitan que se ha de reconocer el trabajo de las enfermeras debido a la atención de calidad que ofrecen; destacan el carácter multidisciplinario de la atención.

- Z27b *Yo solo quiero decir una cosita. A nivel de enfermería, si separamos... Yo creo que hay personas que están muy bien atendidas, muy bien... O sea, con una calidad de atención alta. Pero, también, considero que la calidad de atención también forma parte de todo el abordaje multidisciplinario. Es decir, trabajamos por equipos y, como nosotros actuamos sobre una parte de aquella persona, trabajamos de una manera global, de una forma... [...] Al final eso repercute en la atención global. Hombre, yo creo que aquí hay un liderazgo muy importante de todo lo que es la atención a personas de los servicios de los enfermeros. Y de eso sí pueden aprender muchísimo otras disciplinas.*

### **La especialidad en salud mental**

Los cambios recientes en el grado universitario y en la formación de los enfermeros son positivos; suponen un periodo de transición que los participantes experimentan como muy lento. Consideran que la especialidad de enfermera en salud mental actualmente carece de reconocimiento profesional y laboral.

- Z6b *[...] Pero ahora que lo hablabais, una de las cosas que me preocupa bastante y me preocupa mucho asistencialmente y como gestora es todo el tema de la especialidad. [...] Por ejemplo, este año no*

*tengo residente de enfermería y más que nada no lo tienes porque no está reconocida la especialidad. Y esto es lo que, como gestora, quieres, que la gente venga y se quede a trabajar en salud mental, pero no se quedan.*

Z6c *[...] Pienso que es una fortaleza y, al mismo tiempo, una debilidad en estos momentos, porque no tenemos suficientes especialistas y porque con eso (no sé cómo os las estáis apañando), pero no sé si hacemos bien o hacemos mal, defendiendo algo que después llevado a la realidad no se da y arreglando escenarios con unos batiburrillos muy diversificados de los profesionales donde de rebote hay más o menos calidad asistencial.*

Z7k *[...] Actualmente se están impulsando las especialidades y todos lo vemos. Eso supone una mejora brutal para lo que es el ámbito de la salud mental. Pero esta respuesta sabemos que vendrá, pero vendrá cuando venga... Estamos justo en medio de este periodo de impase en que la respuesta profesional y laboral no ha llegado a nivel, como mínimo, autonómico. No existe.*

Z-12k *Claro... porque el primer documento donde hicimos el análisis de la especialidad que hicimos desde la sociedad, que fuimos a presentar a la ministra Molina, ya explicaba que especialidad sin reconocimiento era la cosa más absurda que podía haber. Y de eso han pasado muchos años...*

Los gestores desean contar con especialistas comprometidos y motivados, animan a los estudiantes de pregrado que muestran interés por la salud mental a realizar esta especialidad.

Z13e *[...] La universidad que, bueno... cuando eres tutora también... exacto y salen los alumnos y te dicen: "Ostras, a mí me gusta la salud mental". Y están en cuarto y acaban de hacerlo. Te encuentras con muy poquitos que tengan claro que quieren hacer la especialidad. Muy poquitos. Es lo que tú dices... "Bueno, mejor pruebo un poco y después ya veré". Yo siempre les digo: "Hombre, si lo tienes claro, lo tienes que hacer, por eso, porque pasarás por delante de otro, seguramente".*

## EL CONTEXTO ORGANIZATIVO

### Los modelos de gestión en el trabajo del gestor enfermero en salud mental

En Cataluña existen diferentes modelos de gestión de los centros sanitarios y de salud mental, y cada uno comporta un modelo de gestión enfermera diferente. En algunos centros ha cambiado la dirección del equipo y se ha suprimido la figura de dirección de enfermería. Estos modelos, aunque inicialmente crearon reticencias, son valorados positivamente.

- Z1h *[...] El gerente de nuestro hospital decidió que esto de la dirección de enfermería y dirección médica... pues que no. Y, entonces, hay una única dirección, con lo cual yo no soy directora de enfermería, sino que soy la subdirectora del ámbito. Y está generando muchos problemas... Claro. Porque claro... esto me sitúa a mí por encima de los médicos, psicólogos [...].*
- Z2c *[...] Nosotros tenemos un modelo similar. También desapareció la figura... en salud mental, eh, solo... de jefe de enfermería y hay un director que es un psiquiatra, un médico y un adjunto a la dirección que es una enfermera que es, en teoría... dijéramos, son como dos separados. Sin embargo, bueno... si una es adjunta, la otra es dirección. Lo hacemos donde queremos. La verdad es que no hay demasiados problemas; pero, realmente, desapareció la figura de jefe de enfermería y, cuando no está el director, la adjunta [la enfermera] es la coordinadora de todo: psiquiatras, psicólogos... y todo eso. Es un modelo que ya hace años que está funcionando. [...]. La única desventaja está en la relación jerárquica que se establece entre dirección y coordinadores enfermeros. Se considera un coliderazgo por necesidad.*
- Z2h *[...] nosotros, realmente, no tenemos reconocido este modelo, pero es hacia donde queremos ir también. Por eso coincido con vosotros e incluso es una propuesta más de la dirección médica. Nosotros tenemos el director, el jefe de servicios y, después, estoy yo. Pero ya no hay nadie más. Tampoco hay coordinadora, supervisora... ni nada de eso.*

Hay modelos basados en la estructura organizativa y otros en jefes de procesos. Los participantes los valoran positivamente en la medida en que haya una buena relación entre los componentes del equipo y un margen

de autonomía de gestión. Los modelos basados en jefes de procesos han sido considerados como experiencias positivas siempre que haya un coliderazgo.

- Z5d *Yo creo que en función de cada centro y de cómo lo tiene, la estructura organizativa es la que determina las competencias de cada gestión [...]*
- Z6b *[...] Yo creo que las dos maneras de gestionar son fiables... están bien dependiendo del tipo de institución. Por ejemplo, en [dice el municipio donde trabaja] tenemos la dirección de enfermería, un poco como tú has dicho. No hay tanta burocratización, pero está la dirección de enfermería, la dirección médica y la dirección financiero-económica. Salud mental, donde estoy yo, depende completamente de la dirección de enfermería [...].*
- Z7e *Yo creo que muchas cosas dependen de las personas, ¿no? Comentabais... Yo dentro del mismo centro he vivido cambios de modelo y, al final, siempre pienso lo mismo: al final es cuestión de las personas. [...] En nuestro caso, teníamos una dirección de enfermería que entonces la perdimos porque empezaron con todos los temas de procesos... Y entonces únicamente estaba el director médico. Y todo eran directores de proceso y jefes de proceso, ¿no? [...].*
- Z-3d *A nosotros nos pasó al revés. El problema fue que... pues cuando... Al principio cuando empezamos a trabajar y tal, había un director de enfermería y un director médico. Entonces se cambió el modelo. Y entonces, toda la enfermería es la que puso mucha resistencia para que no fuera realidad, que el director fuera un médico y no una enfermera. Esta gestión tiene ventajas y desventajas. Ventajas que si los dos adjuntos a dirección y... el médico, dijéramos el jefe médico y la jefa de enfermería, se portan bien y lo gestionan bien, no hay ningún problema. Pero si uno tiene un poco más de jerarquía que el otro, quiere decir que cuando se quiera una enfermera o un psiquiatra, ¿a quién se escogerá? Entonces este modelo tiene ventajas e inconvenientes.*
- Z4e *[...] Yo creo que este modelo es el que, en mi opinión personal, y ya no todo, incluso de director general, da igual el cargo, ¿no?, si no un coliderazgo... Porque ayer incluso decía: "yo no digo que ella esté por encima de ti, es que tiene que ser al 50% [...].*

## Liderazgo de la enfermera gestora en salud mental

Los participantes centran sus argumentos en torno al liderazgo de la enfermera gestora en dos vertientes: liderazgo del equipo de enfermeras y liderazgo dentro del equipo directivo. Se considera que hay diferentes estilos de liderazgo, porque cada gestor pone el acento en aquello que cree que potencia al equipo. Una de las gestoras cree que para conseguir un buen clima de trabajo es importante informar a los trabajadores de las razones que sustentan las decisiones que la dirección toma.

Z22f *Tenemos los condicionantes económicos que tenemos, que muchos los hemos salvado con mucha transparencia, y por eso me he referido a la información. De eso soy una firme defensora: cuanto más informada esté la gente, más se explica por qué se toman decisiones. Entonces, te ahorras muchas argumentaciones, ¿no? [...].*

Una de las participantes aplica un liderazgo muy participativo y se siente apoyada por el equipo.

Z23k *[...] tengo un estilo de gestión en el que hago partícipe a mucha gente y entre todos sacamos las castañas del fuego. ¿Y si me siento apoyada por mí equipo? [...] Pues casi que recibo más apoyo por parte de las compañeras de la unidad. [...] Entonces, el respeto, el potenciarlas a ellas. O sea, si yo digo: "vamos a saltar", ellas dicen: "¿hasta dónde?" Pero si una de ellas dice: "vamos a saltar", soy yo la que digo: "¿hasta dónde?" Y esto, yo creo que a la larga, en general, se va notando.*

Otro gestor explicita un estilo de liderazgo basado en el coliderazgo y la conciliación de vida laboral y familiar.

Z25b *A nivel personal, yo sí que estoy... No puedo decir que estoy mal... estoy muy bien. También es verdad que tengo el apoyo de... Sobre todo, a mí me ha ayudado mucho la parte médica, o sea, la parte facultativa. Entonces, para trabajar conjuntamente... es decir, para hacer cosas más... O sea, la dirección de enfermería sí, pero para poder coliderar el servicio... Eso ha facilitado poder... no ser una lucha continua médico - enfermera, sino poder llegar a entender que no pasa nada [...]. Pienso que podemos tener capacidad para conciliar. Pienso que yo le doy mucha importancia a conciliar la vida familiar y laboral. Es decir, son un servicio que podemos fácilmente gestionar las agendas, autogestionarse [...]. Bueno, yo creo que eso también facilita un poco que la gente pueda trabajar más cómoda contigo.*

A veces se cuenta también con la figura de enfermera gestora que no solo coordina y/o dirige a enfermeras, sino también a otros perfiles profesionales, y que visualiza el servicio como un solo cuerpo.

Z2g *[...] yo no solo coordino enfermeras sino también todo lo que son diplomadas, es decir, trabajadora social, terapeuta ocupacional, educadoras, etc. Muchas diplomaturas. Soy la responsable. Entonces, al final... pues... tomas muchas decisiones y trabajas mucho como subdirectora. Porque cuando no está el director tampoco hay un jefe de área ni un coordinador.*

Las enfermeras todavía no forman parte de todas las direcciones de los centros. Las que lo hacen ven la importancia de estar allí, y de que la enfermera esté informada y se tenga en cuenta su opinión. Si eso no se produce, ocurre que otros profesionales toman decisiones que corresponden a la gestora enfermera.

Z17a *[...] Yo porque tengo más posibilidad de entrar en el tema económico porque no puede ser de otra manera, porque es un servicio muy pequeño [...] Es más fácil. Yo antes trabajaba en [dice el nombre del hospital], yo también lo veía muy complicado y lo que hago ahora en el mismo cargo. Yo soy enfermera gestora igual que lo podría ser allí, pero allí, claro, allí tienes por encima más cargos. Yo no podía con según qué cosas. Pero aquí, como es un servicio pequeño, ahora puedo. Claro, y cuando estás... por ejemplo, cambia el sistema de pago en salud mental... el consejo te invita a ir... Ostras... todo aquello, los médicos... te miran con cara rara. Ya iba a... yo incluso pensé: quizás no me toca, quizás no me toca estar ahí porque ahora... Bueno, cuando llegas al final dices: es que tenemos que estar ahí. Pero claro, tenemos que estar ahí.*

Z17h *[...] Una cosa que has dicho, con la que estoy completamente de acuerdo, es que depende mucho de cuántas personas tengas arriba, pero también depende mucho, un poco, del espíritu filosófico. Es decir, que la presencia enfermera no tiene que ver tampoco... No necesariamente tiene que ver con el hecho de que tú estés al final de una carrera jerárquica total en tu centro, sino que la persona a la que le corresponda se acuerde de que existen las enfermeras y que te tenga en cuenta [independientemente de que el tema tenga algo que ver contigo o no]. En la gestión sanitaria, evidentemente, debe haber enfermeras pero, a veces, por ejemplo, yo trabajo con un jefe económico y yo le digo lo que necesito: hay cosas que puedo negociar y hay cosas que las negocia él. Y ya está. Hay cosas que son de suministro, que evidentemente yo sé lo que*



*tengo que pedir, y otras cosas: "eso ya te lo buscas tú, ¿sabes?". O pedir una posición nueva, o... Yo puedo pedir mis requerimientos, pero después hay sitios donde yo no necesito estar porque no son cargos, no son puestos decisorios. Lo que sí necesito es tener una adecuada información.*

En la misma línea, en algunos centros la dirección enfermera y la médica tienen diferente peso de decisión, sobre todo en la gestión económica.

Z16g *En mi empresa, la dirección de enfermería y la dirección médica no tienen ni mucho menos el mismo peso. Los organigramas es un dibujo y puedes poner lo que tú quieras. Puedes vender... Pero desde dirección general ni desde gerencia se le da este peso y desde ámbitos políticos quizás se le tendría que dar este peso. (...) Al equipo de enfermería me lo dejan gestionar como yo quiero, pero la parte económica está en la gestión económica de mi empresa, en mi ámbito es nula. A mí... Yo tengo que luchar, luchar, luchar por conseguir un enfermero. Y desde dirección médica que no lo aprueban. Pero mi grado de... mi peso en aquella decisión es muy, muy bajo. Y eso creo que desde ámbitos más generales, más políticos, más de organización, de departamento... quizás se tendría mirar.*

De todos modos, algunos gestores creen que la dirección de sus hospitales va cambiando positivamente: cada vez hay mayor presencia enfermera y están más abiertos a las necesidades de los enfermeros de salud mental, que reciben un mayor soporte que antes. Un factor que está influyendo en este cambio es la formación que actualmente tiene la enfermera, que la equipara con los demás profesionales de dirección.

Z20f *Yo, en estos momentos, la dirección que tengo ahora es mucho mejor. Voy teniendo cambios desde hace dos años y ahora en la dirección hay mucha más implicación con todos los de salud mental. Cosa que yo tenía la sensación de que antes no pasaba, ¿no? Por lo tanto, yo no me puedo quejar ahora. En estos momentos, de todo lo que pido se me da lo que se puede. Porque a veces tampoco depende directamente de la dirección de enfermería.*

Z18b *(...) Tener más formación está ayudando a que todos podamos entrar más en los ámbitos donde se toman decisiones. Bueno, es una opinión.*

Desde una posición de liderazgo, las enfermeras gestoras pueden dar su visión, cosa que les permite sugerir cambios en la composición del servicio a partir de las necesidades.

- Z5b *Claro... si puedes estar ahí es cuando tú puedes decir: "no, no, más psiquiatras no. Más enfermeras, más trabajo social, más..."*
- Z18e *[...] Porque cuando salió un programa nuevo de Catsby... Porque claro, esto son cosas que yo me he dado cuenta ocupando este puesto y es el tema del dinero. No sé... Yo sé cuánto recibimos del Catsby y se dónde se invierte. Entonces sé del dinero que recibimos, qué porcentaje se va a recursos humanos, qué porcentaje se va a alquiler de bloques, de los espacios, de limpieza, de mantenimiento... Y ya sé con cuánto podemos contar.*

En los nuevos modelos de gestión, menos jerárquicos que los tradicionales, se van reduciendo los conflictos de rol de la enfermera gestora con otros miembros de los comités directivos.

- Z3a *[...] se pasaron unas encuestas a los profesionales asistenciales para ver si realmente encontramos ventajas al tener una dirección compartida con este modelo. [...] Y se preguntó a todo el servicio, a ver, este liderazgo compartido... Y la verdad es que sorprendió que, principalmente, la gran mayoría decía que sí que veía ventajas. Es verdad que el tanto por ciento más alto de los profesionales que no veían ventajas eran los médicos, los psiquiatras [...].*
- Z3b *Nosotros, sobre todo el problema nos lo encontramos con los psiquiatras de la antigua escuela. Los psiquiatras más nuevos, más jóvenes y esto... en ningún momento se cuestionó nada, ¿eh? [...] Ahora ya es una dinámica más y ya están acostumbrados y ya está... Pero bueno...*
- Z7e *[...] yo en este proceso, lo que he vivido es que de alguna manera las direcciones de enfermería no son muy bien recibidas, ¿no? No son muy bien recibidas. Y en este periodo en que no hubo directora de enfermería... hombre, yo sí que he visto dificultades al hacer mi trabajo. Porque a mí me piden toda una serie de responsabilidades y de gestiones que yo después sí que tengo problemas con el colectivo médico o con el director del proceso, porque parece que sientan que estamos en aquella línea de "eso no es tuyo, o "tú no eres asistencial" [...].*

## Organización del trabajo propio

La organización del trabajo de los gestores enfermeros es diferente en cada servicio y depende de la estructura de cada entidad. Hay una apuesta por la actividad comunitaria con dispositivos al margen del hospital. De hecho, los dispositivos comunitarios tienen la coordinación bien reconocida y en ocasiones liderada por profesionales enfermeros.

Z1g *El hecho de ser jefe de enfermería de muchos sitios, hace que las tareas [de los gestores enfermeros] se reduzcan muchísimo porque también están las figuras de los coordinadores, sobre todo en la parte de comunitaria. Hace que se reduzca mucho más en la parte hospitalaria.*

Independientemente de la influencia que la enfermera pueda tener en la toma de decisiones del centro, los participantes opinan que hay que mejorar el mecanismo de transmisión de la información de dirección a los trabajadores para aplicar cambios.

Z17h *Pero básicamente, quizás... lo que falla muchas veces... No es solo la toma de decisiones, que también falla, es decir, la influencia a la hora de tomar decisiones, sino que lo que falla, a veces, son los mecanismos de transmisión de la información. Porque es mucho más fácil aplicar cosas si tienes la información adecuada. Hay veces que se corta el flujo de información en alguna parte y te llega solo la orden concreta que, quizás, uno la encuentra injustificada o injustificable, y entonces aquello se tiene que arreglar como se pueda [...].*

La mayoría de participantes explican que, por diferentes razones, centran la gestión económica en el ahorro y no en la inversión.

Z18f *Yo creo que formación ya la hay. Porque en realidad todos los gestores somos unos cracks del ahorro. Eso es gestión económica. Lo que nos cuesta más es la gestión de la inversión, o bien porque no tenemos ninguna capacidad decisoria o bien porque no estamos acostumbrados a invertir. A invertir, es decir, a disponer que al final del año te digan: "sobran 8 mil euros. ¿Qué hacemos?". Tenemos mucha habilidad en la gestión del ahorro y muy poca en la inversión del ahorro, porque no estamos habituados y nos tenemos que acostumbrar.*

Actualmente, la mayoría de las direcciones de recursos humanos no contemplan la especialidad en la contratación. En su opinión, si la tuvieran en cuenta se crearían falsas expectativas con respecto al reconocimiento económico.

Z8f *Y un tema importante... en recursos humanos... No nos dejan [se refiere a la dirección] hacer los cambios internos de trabajo y poner: "se valorará la especialidad". Eso no nos lo dejan poner: "se valorará la especialidad". Y yo creo que es por un tema que no crean que, a la larga, los especialistas cobrarán más.*

Saben que la enfermera tiene dos recorridos diferentes: la especialidad mediante la prueba EIR, o el máster universitario y el doctorado. Los gestores detectan desinformación sobre las implicaciones de cada opción.

Z8c *[...] Yo creo que se ha juntado todo: especialidad y, al final del grado, con el tema de Bolonia, parece que todos tienen que acabar siendo doctores. Yo creo que el estudiante que hoy termina no sabe hacia dónde ir. [...] ¿Qué tiene que ver hacer la especialidad en psiquiatría con hacer el doctorado?*

Finalmente, se considera que la contratación se realiza en función del número de profesionales especialistas que se necesitan para poder mantener la acreditación docente de los centros.

Z12o *O sea, como gestor has de tener un porcentaje de especialistas trabajando. ¿Por qué? Porque tienes una acreditación docente en caso de que tengas residentes. Tienes una acreditación que para mantenerla debes mantener el número de especialistas.*

## REPERCUSIONES DEL CONTEXTO ORGANIZATIVO

### Repercusiones del contexto organizativo en el trabajo

La falta de reconocimiento económico y laboral de la especialidad de salud mental en la mayoría de centros de Cataluña provoca que un gran número de los nuevos especialistas vayan a trabajar fuera de Cataluña,

de forma que los centros tienen problemas para completar una plantilla especialista y poder mantener la acreditación docente.

Z7k *Por lo tanto, te encuentras con que tu empresa necesita mantener la acreditación docente para formar a muchos especialistas, pero después no puedes devolverlo y dejas de ser atractivo para la gente que has formado.*

Los especialistas que se van formando cada año en Cataluña marchan a otras comunidades autónomas, bien porque las enfermeras proceden de fuera de Cataluña, bien porque la especialidad no se reconoce económicamente en Cataluña, a diferencia de lo que pasa en otras comunidades.

Z8a *Por lo tanto te encuentras o bien que tu empresa necesita mantener la acreditación docente para formar a muchos especialistas pero, después, no puedes devolverlo y dejas de ser atractivo para la gente que has formado.*

Z14b *[...] De los que salen, la mayoría... Bueno, no sé si la mayoría, pero muchos se van de nuestra comunidad. En mi hospital, por ejemplo, [explicita el tipo de organización donde trabaja] nosotros no puntuamos en la bolsa de trabajo de otras comunidades. Por lo cual, esto es algo que también nos influye negativamente. No sé si vuestros hospitales puntúan en bolsas de trabajo.*

Z15a *Pero no obstante... una realidad... Yo, por lo menos... Nosotros empezamos en el 2012 a formar residentes. Todavía no se ha quedado ninguno. Todas eran de fuera, ¿eh?*

Z15n *Perdemos credibilidad también cuando resulta que se convocan 130 y tantas plazas de salud mental, ¿y cuántas plazas han quedado desiertas?*

Los nuevos especialistas a menudo llegan a la especialidad de salud mental como segunda opción, debido a que no han podido escoger cursar la de comadrona. Este hecho, según lo manifiestan los componentes del grupo, puede ocasionar que finalicen la especialidad con una buena formación, pero sin el espíritu y la motivación necesarios para seguir trabajando en salud mental. Uno de los participantes opina que, independientemente de que los residentes lleguen por casualidad o no a salud mental, los gestores han de creer en ellos y sacar lo mejor de ellos.

- Z10g *Ahora tenemos esta especialitis aguda fulminante. Tenemos gran cantidad de comadronas frustradas que tienen un miedo terrible a trabajar. Pero, claro, como se requiere especialidad, pues resulta que tienes especialistas porque has de contratar especialistas porque tienes una acreditación docente por un lado, tienes... Tienes que hacer todas estas cosas para contratar especialistas que "no es que yo quisiera hacer comunitaria, pero no llegué". Pues se van a salud mental y contrato para ti. Y tienes a la persona menos motivada del mundo que tiene una especialidad estupenda.*
- Z14d *[...] Pero creo que lo primero es que nosotros mismos nos lo creamos. [...] Sí que habrá comadronas que terminarán haciendo salud mental, pero a lo mejor son buenas, a lo mejor les gusta. Pero a lo mejor se meten en salud mental perinatal. Es decir, siempre nos vamos a encontrar con especialistas que no sean buenos, pero también creo que nuestra función como gestores es poder sacar lo mejor de cada una de las personas.*

Quieren dejar atrás la lucha de perfiles de los diferentes gestores de dirección para centrarse en que el servicio funcione y enfocar las necesidades reales según los diferentes perfiles profesionales.

- Z5c *[...] Yo creo que es entender lo que necesita el servicio y apuestas... pues si necesitamos psicólogos, pues necesitamos psicólogos. No pasa nada. No voy a pedir más enfermeras si estamos bien, si necesito psicólogos. Visualizar que no es una lucha constante médicos-enfermeras, sino que es un trabajo mutuo en bien del servicio para dar la mejor atención posible...*

### **Repercusiones del contexto organizativo en los profesionales**

En el grupo se considera que la crisis ha afectado especialmente al colectivo de enfermeras, en comparación con la restante organización hospitalaria. De ahí la reducción de plantilla de coordinadores y profesionales asistenciales.

- Z1h *[...] No tengo coordinadoras porque llegó la crisis, perdimos autonomía en gestión y todo este contexto [...].*

Se expresan opiniones controvertidas con respecto a algunos criterios que se piden a los enfermeros para trabajar en salud mental, en el sentido de si son adecuados para el funcionamiento de los servicios. El requisito de pedir la especialidad en salud mental para contratar a los nuevos enfermeros puede suponer un cambio en la plantilla, porque se da más relevancia a la formación que a la buena disposición y experiencia de los profesionales que no son especialistas. Además, estos cambios laborales pueden empeorar el clima laboral.

- Z11e *Yo estoy pidiendo que tengan especialidad. Estoy descartando a buenos profesionales y volvemos estar en un periodo de transición. Habrá gente que se quedará sin puestos de trabajo y que se los habrá ganado, pero no tendrá una especialidad, y habrá gente de 35/40 años que habrán pasado por una especialidad en la que cayeron porque toparon con ella sin querer, porque iban para comadrona y resulta que acabarán aquí y tendrán una plaza automáticamente.*
- Z11g *Y claro... desde el punto de vista laboral es totalmente injusto. Contratas a gente que no tiene experiencia porque tiene un título. Y dejas de contratar a gente que tiene experiencia y tiene formación porque se la ha currado durante años, pero no tiene el título de especialista. Por eso ahora estamos en una situación injusta laboralmente.*
- Z6c *[...] Pienso que es una fortaleza y, al mismo tiempo, una debilidad en estos momentos, porque no tenemos suficientes especialistas y porque con eso (no sé cómo os las estáis apañando), pero no sé si hacemos bien o hacemos mal, defendiendo algo que después llevado a la realidad no se da y arreglando escenarios con unos batiburrillos muy diversificados de los profesionales donde de rebote hay más o menos calidad asistencial.*

La invisibilidad del servicio de salud mental y su falta de reconocimiento en los servicios ubicados en el hospital afecta a los profesionales enfermeros.

- Z9j *Yo creo que hemos de trabajar como gestores y también coincido mucho con nuestra dirección, es nuestro reconocimiento, porque la gente, de base se siente mal. Porque a salud mental puede ir cualquiera. Somos el último mono del hospital... Los que estamos en el mundo general. A lo que pasa en salud mental no se le da la misma importancia que a lo que pasa en la UCI.*

Algunos gestores ven que las enfermeras de salud mental necesitan más tiempo para dedicarse a las tareas propias.

Z25b *¿Cómo los veo a ellos? Pues los veo que... Pues necesitan más tiempo para dedicarse a lo que realmente son, ¿no? Enfermeros. Porque acaba todo el mundo necesitándolos para su tiempo y para llevar a cabo su rol propio queda todo como muy reducido. Hay que hacer muchos malabares.*

La falta de autonomía de gestión económica hace que las enfermeras gestoras no puedan incentivar como querrían a los trabajadores.

Z13e *[...] Porque yo soy de las gestoras que creo que yo decido lo que decido [refiriéndose a trabajar como gestora], pero cómo hacer las cosas lo tienen que decidir los profesionales, y todavía me gustaría trabajar más con unidades donde pueda tener... o pueda dar yo a los profesionales la... bueno... la responsabilidad o el compromiso de tomar decisiones y también con incentivos y todo eso... y ahora no puedo porque no manejo los dineros del todo. Así que el que lo hace bien, lo hace bien, y puedan tener un poco más de implicación, pero eso cuesta mucho [...].*

Un reflejo de la falta de reconocimiento de las especialidades en Cataluña es que las plazas catalanas son las últimas que se escogen en el ámbito estatal.

Z16d *Las últimas plazas, las de Cataluña. Y de las plazas de Cataluña, pues se quedaron algunas de salud mental que no se cubrieron. Entonces empezamos con que no es una cosa de salud mental sino de la comunidad. Porque claro... si quedan 30 plazas y 26 de las que quedan son de Cataluña... dices... algo falla.*

### **Repercusiones del contexto organizativo en el ámbito personal y familiar**

Los participantes creen que viven una situación complicada por ser considerados “no asistenciales” y llevar a cabo la gestión de recursos.



Z7e *[...] yo sí que he visto dificultades a la hora de hacer mi trabajo. Porque a mí me piden toda una serie de responsabilidades y de gestiones que yo después... sí que tengo problemas con el colectivo médico o con el director del proceso porque parece que sientan que estamos en aquella línea de "eso no es tuyo" o "tú no eres asistencial..." ¡Como que no soy asistencial! No estaré prestando atención directa, pero yo tengo que apañarme con toda la información que se mueve dentro de las diferentes plantas, porque si he introducir mejoras de cuidados o tengo que introducir mejoras organizativas, yo he de tener... ¿no? Entonces yo en este proceso... [...].*

Se percibe una elevada implicación y mucho esfuerzo en la formación de enfermeras especialistas. Las tutoras y gestoras se desgastan cuando las residentes no están suficientemente motivadas porque no escogieron salud mental en primera opción.

Z14e *[...] Trabajar con gente que tienes trabajando, que como muy bien han dicho por aquí, los tienes que ver una temporada y durante esta temporada tú les estás pidiendo motivación, implicación, mejora de la calidad asistencial, y poner en marcha proyectos... con gente que está esperando la oportunidad para saltar a otro lugar. [...] Por ejemplo, en mi caso, yo soy la responsable de docencia, no solo de los aspectos asistenciales y laborales, sino de la parte de docencia, y eso implica un desgaste brutal a la hora de formar a gente que no tienes claro... o sea no se trata de que yo dude de la especialidad, se trata que mi día a día es cada julio despedir a gente que quizás se va a otra comunidad o bien se va a otra especialidad. Pero de estos me puedo quedar con muy pocos.*

La autonomía es un valor añadido al trabajo de gestor:

Z22g *Pero también es verdad que tengo un margen de maniobra que me hace que yo esté contento. Y para mí, mirar más arriba de esto pues me cuesta, me cuesta ver hasta dónde llega porque quien me transmite la información es él y, depende de lo que me dice, pues yo estoy más contento o menos.*

Verbalizan aspectos de su cargo que les inducen a replantearse si les compensa seguir como gestores de enfermería. Uno de estos aspectos es la falta de margen de maniobra en la planificación de personal. La gestión de personal adecuado al servicio genera estrés.

- Z21a *[...] me formo e invierto conmigo en todas las... formaciones dedicadas al liderazgo y al coaching y a cuidar a los demás... Es mi foco de interés, el de potenciar el talento, de captar el talento, de premiar la meritocracia... Pero esta parte estúpida de la planificación de personal [se refiere a las coberturas, la gestión de vacaciones, etc.] a mí me quita mucho potencial y me incapacita por momentos y me pone rabioso como me estoy poniendo ahora cuando hablo.*
- Z9h *[...] Porque no puede ir cualquier persona, ya que mucha gente que está trabajando en salud mental está muy bien, pero has de hacer una formación y te tiene que gustar porque yo, a veces, he sufrido mucho como gestora al irme a mi casa dejando gente allí que han estado toda su vida en cirugía y que no entienden ni al enfermo y que, si pasa algo, no saben qué hacer.*

Los participantes manifiestan que tienen la sensación de estar obligados a gestionarlo todo, con una elevada dedicación horaria y una disponibilidad permanente para la resolución de imprevistos. Esta disponibilidad de 24 horas afecta al estado de ánimo y a la vida personal y familiar.

- Z2c *[...] Que tiene la dificultad... que la dificultad que creo yo que tiene la gestión es que nosotros estamos conectados 24 horas porque no hay coordinación de tardes ni coordinación de noches. Entonces, son necesarios tus servicios excepto el fin de semana. Bueno... está bien pero quiere decir que... bueno... que todo el día estás pendiente. Siempre.*
- Z22g *[...] Una de las cosas que me harían abandonar esto sería la dedicación, que muchas veces, depende de las temporadas, es bestial.*
- Z24b *[...] Porque a veces sí que tienes estas subidas y bajadas con los picos de trabajo. Y entonces, muchas veces, dices: "este móvil que llevo las 24 horas del día está acabando con mi vida". Hay fines de semana que lo echaría al río. Este es un problema que nos pasa a todos. Porque son 24 horas al día y fines de semana que tienes... es insoportable, y piensas: "así no podremos seguir mucho tiempo".*

## PROPUESTAS DE MEJORA

Los gestores manifiestan que los enfermeros especialistas en salud mental han de percibir el nivel económico correspondiente y de forma uniforme en toda Cataluña, como muestra de reconocimiento y prestigio profesional.

- Z10d *[...] La forma de dignificarla un poco más [se refiere a la profesión de enfermera de salud mental] es poniendo en las plazas que nosotros buscamos a gente y que se requiere especialidad. Es una manera de dignificarla.*
- Z20h *[...] lo que piden los enfermeros es que, si no puede ser a nivel económico, lo entendemos porque es lo que tenemos. Y yo pienso que, si es a nivel económico, debería ser para todos los hospitales de Cataluña, el reconocimiento de la especialidad. O como mínimo a nivel interno nuestro, que la gente sepa que allí va el que quiere trabajar con este paciente. Y el paciente de salud mental tiene el mismo derecho que el de cirugía, de tener una enfermera como es debido y no cualquier persona que pueda estar allí.*

Algunos gestores solicitan mayor movilidad de horario y puesto de trabajo para sus enfermeros. La rotación en diferentes servicios y el hecho de compartir trabajo y experiencias con otros profesionales puede ser un mecanismo para la mejora continua.

- Z20i *[...] Y lo que yo a veces veo, que la principal dificultad que tienen es cuando han de cambiar el horario de puesto de trabajo. [...] Son gente que llevan muchos años trabajando en unidades de hospitalización y la verdad es que empiezan a estar un poco cansados, ¿no? Son gente a la que le gusta trabajar, le gusta la salud mental, pero sí que hay la dificultad, por ejemplo, con el tema horarios... Claro, en hospitalización siempre mañanas, tardes, los fines de semana... y no poder ir a comunitaria, donde tienen un horario un poco más de mañanas y todo eso. Sí que a la gente le gustaría más poder moverse más en diferentes ámbitos, en lugar de estar siempre en hospitalización [...].*
- Z27b *[...] Tienes que salir un poco fuera para ver qué hacen en otras partes y ponerte en contacto con otra gente, porque pienso que siempre puedes sacar buenas ideas y buenos... de lo que hacen los*

*demás, y si no nos movemos, pues... Yo pienso que siempre saldrán cosas para ir mejorando y que, seguramente, hacemos cosas de las que no nos damos cuenta hasta que vemos cómo lo hace otro, qué podemos cambiar para que el paciente esté mejor atendido, ¿no?*

A algunas enfermeras gestoras les gustaría tener una mayor autonomía de gestión asistencial y económica para poder empoderar e incentivar a los equipos. Quieren diseñar los procesos y gestionar el ahorro poder decidir cómo gestionar la inversión.

Z25b *[...] Por ahora, mi lucha es tener autonomía de gestión. No tanto para no tener... sino para no tener que pasar por tantos filtros para llegar a solucionar las cosas, porque al final creo que todo es torpeza. [...] También sobre todo me gustaría para poder potenciar un estilo de gestión más de... como decía antes, de profesionalismo, de empoderar, y que el profesional que se dedica a la asistencia pueda tener más tiempo para participar en proyectos, para participar en espacios, comisiones, grupos de mejora... porque al final se va definiendo cada uno intentando qué es aquello que más le gusta, y poder facilitárselo. [...] Yo creo que disponer de lo que ingreso para poder gestionar con incentivos y poder tener reconocimiento en el lugar de trabajo, desarrollo personal, pero también gestionado por incentivos económicos.*

Z19k *Pero para tomar decisiones no ha de ser solo económico, ¡eh!, sino también asistencial.*

Los gestores de los servicios de salud mental proponen puntos de encuentro para compartir propuestas, planificar conjuntamente, ser visibles para las direcciones y luchar por la autonomía.

Z16e *[...] Pero yo sí que pienso que quizás tenemos pocos espacios, los gestores, como estos donde nos reunimos y poder tener más fuerza [...].*

Z17c *[Refiriéndose a la presencia de enfermeras en los consejos asesores de los hospitales] O sea, en el consejo asesor de la unión del consorcio, ¿por qué cojones no está una enfermera? ¿Por qué solo están los gerentes, los médicos?*

Los participantes creen que en la formación de grado es necesario adquirir competencias relativas a la gestión económica y a la dirección de empresa.

- Z18e *También nos tenemos que creer que nosotros podemos controlar la economía, que podemos controlar... Y eso cuesta (...). Yo creo que es muy importante que las competencias a nivel de gestión sean muy completas en cuanto a formación. Lógicamente lo que tú dices es formación en dirección...*
- Z4d *(...) Yo siempre digo que en las carreras falta esta parte económica. Y muchas veces, cuando hablo de dinero con compañeros, la respuesta que obtengo es (a compañeros gestores, ¿eh?): "¡uy... a mí no me hables de dinero!". Y si no sabemos el poder del dinero y saber cuánto recibimos y dónde lo invertimos... es que siempre estaremos a expensas de los demás.*



# 5

## Discusión

Estudiar el contexto organizativo en entornos laborales de salud implica investigar los factores internos y externos relacionados con las organizaciones sanitarias. Específicamente comporta estudiar el entorno, las personas del entorno y sus relaciones, sus intereses, los servicios, los recursos, los riesgos y las oportunidades, entre otros elementos. En este trabajo se ha estudiado el contexto organizativo de las enfermeras del ámbito de la salud mental en Cataluña con un proyecto de dos fases: la primera fase mediante un estudio de diseño analítico transversal conducido durante el año 2016 con una participación de 310 enfermeras; y la segunda, mediante un estudio de diseño fenomenológico con cinco grupos focales en los que participaron 50 enfermeras asistenciales y gestoras durante el año 2017.

El **perfil de los participantes**, en la primera fase, es de una mujer de edad media de 39 años que vive en pareja y/o con hijos, con quince años de experiencia como enfermera y en torno a 12 años en el ámbito de la salud mental, con contrato indefinido y con una percepción de nivel económico muy baja, por debajo de cinco, y que manifiesta que la crisis ha afectado a su trabajo rebajando las condiciones laborales, que ahora son peores.

La media de edad obtenida y los años de experiencia de las enfermeras son muy similares a los del estudio de Torralbas y Granero, del año 2016, con enfermeras de este mismo ámbito [23]. En nuestro estudio también predominan las enfermeras con contrato fijo, como ocurre en la investigación de Torralbas y Granero, y en ambos estudios son muy similares otras características, como el tipo de jornada, puesto de trabajo y el turno.

La mayoría de las enfermeras ha manifestado que posee una formación específica en salud mental y casi seis de cada diez han declarado que utilizan la evidencia científica siempre o a menudo en su trabajo. Este es un aspecto que hay que potenciar, porque el conocimiento, las habilidades y el soporte son factores interrelacionados que se deben promover [23].

Con respecto a la **percepción de calidad de vida relacionada con la salud** de los participantes, los resultados son favorables desde el punto de vista físico, sobre todo en los participantes de la Región Sanitaria de Gerona. En cambio, en el componente mental las puntuaciones quedan por debajo del valor medio estandarizado, con puntuaciones más favorables también en Gerona. Los participantes que trabajan en centros de titularidad privada presentan de forma significativa una peor percepción de la salud mental. En relación con estos datos, varios autores han observado que la salud física y mental percibida está asociada a la satisfacción profesio-

nal [24,25]. Además, es un hecho conocido que el estrés sostenido predispone al deterioro de la calidad de vida percibida [26]. Aunque el estrés y el desgaste profesional no se han estudiado en la presente investigación, una posible explicación de los resultados obtenidos es que, en aquellos entornos con mayor sobrecarga de trabajo y peores condiciones laborales, se percibe más estrés laboral crónico, más desgaste profesional, menos bienestar y, como consecuencia de ello, una percepción de salud más baja [27,28].

En cuanto a la **satisfacción y valoración del trabajo propio**, los resultados en las dos fases del estudio coinciden. En la primera fase, las enfermeras han manifestado que su trabajo está bien valorado por las personas atendidas, por las familias de estas personas, por sus compañeras, por el resto del equipo y también por sus mandos. En los grupos focales, las enfermeras de salud mental han manifestado que aman la profesión, refieren de manera unánime la satisfacción de trabajar en este ámbito y se sienten reconocidas por los usuarios y sus familias. Estos datos son muy positivos, porque existe una amplia evidencia de que sentirse reconocido por usuarios y compañeros y sentirse satisfecho con el trabajo implica una menor intención de abandonar el trabajo y un mayor empoderamiento de las enfermeras, con mayor cohesión y colaboración en el trabajo [29,30].

Del análisis de los discursos se desprende que las enfermeras del ámbito de la salud mental ejercen el trabajo partiendo de una visión holística y de manera personalizada, centrada en la persona que cuidan, y con una percepción de gran responsabilidad. Aunque se han producido muchos cambios sociales, los participantes consideran que persisten algunos prejuicios relacionados con la enfermedad mental y el miedo en situaciones de desequilibrio.

Las enfermeras de salud mental no trabajan del mismo modo a lo largo del territorio catalán, hecho que dificulta el establecimiento de protocolos de normalización de actuaciones en sus diferentes ámbitos de trabajo y, consecuentemente, la definición de su rol. Consideran más gratificante el ámbito de salud mental comunitaria que el hospitalario, porque en aquel gozan de mayor autonomía y reconocimiento en el desarrollo de sus funciones, y les permite ver el proceso de mejora de la persona atendida, prevenir recaídas y observar la mejoría del paciente, aunque sea a largo plazo. Los factores que influyen en la calidad de la atención a las personas, como la indefinición del rol de la enfermera de salud mental, la estabilidad de plantilla y la carga asistencial, también son elementos clave en la satisfacción o percepción de estrés y seguridad en la enfermera.



Con respecto a la **percepción de compromiso en el trabajo o *engagement***, las puntuaciones globales obtenidas son más altas que la media normalizada del instrumento UWES-17, es decir, se han obtenido resultados favorables en relación con el compromiso que indica percepción de estado mental positivo, conexión afectiva y energía para ser capaz de asumir el trabajo. Por dimensiones, las puntuaciones más elevadas corresponden a la dedicación (sentimiento de entusiasmo y orgullo por el trabajo propio), seguido por el vigor (energía, resiliencia y persistencia) y finalmente la absorción (sensación de que mientras se trabaja el tiempo pasa rápido), todas con puntuaciones ligeramente superiores a las medias normalizadas. Así, globalmente y por dimensiones, los resultados son positivos. Indican que las enfermeras están comprometidas con su trabajo y suponen una atención de calidad, porque se ha observado que la calidad asistencial de las enfermeras mejora a través del compromiso, cosa que también ocurre en las unidades de salud mental. Aunque para promover el compromiso hay que disponer de soporte laboral, se reconoce que un liderazgo auténtico puede promover el compromiso de las enfermeras [31,32]. Además, el entorno de trabajo percibido puede provocar un aumento del compromiso laboral y facilitar el empoderamiento de las enfermeras, aspecto importante para incrementar la participación activa de las enfermeras en el trabajo y conseguir una gestión efectiva desde los mandos [33].

Por otra parte, se considera que el compromiso de las enfermeras con las personas atendidas es un elemento fundamental de la atención psiquiátrica hospitalaria, esencial para la seguridad, la hospitalización y el desarrollo de una cultura de atención de calidad [34].

En la escala de **valoración del contexto laboral y organizativo**, cuatro de cada diez enfermeras han valorado su entorno de trabajo como favorable; tres de cada diez, como entorno mixto; y tres de cada diez, como desfavorable. Se trata de resultados más positivos que los del estudio de Fuentelsaz et al. [22], realizado en unidades médico-quirúrgicas y en cuidados intensivos de hospitales españoles, pero menos favorables que los del estudio de Bullich-Marin et al. [35], llevado a cabo en unidades sociosanitarias, en el cual la mayoría de centros fueron valorados como entorno favorable.

En cuanto a las dimensiones del contexto laboral y organizativo, se sitúan en puntuaciones intermedias. Las puntuaciones más positivas corresponden a las relaciones, el liderazgo y los fundamentos de enfermería, mientras que las menos positivas son las de dotación de personal y participación. Esta última dimensión también ha sido menos valorada en otros estudios [22,36]. Específicamente, se ha observado que el entorno laboral de las enfermeras de salud mental es diferente al de otras enfermeras que trabajan en entornos gene-

rales. Se considera que si se pudieran mejorar las áreas específicas del entorno de la salud mental, también mejorarían aspectos del contexto organizativo, como la participación, el liderazgo y los fundamentos enfermeros, y, a su vez, la satisfacción laboral de las enfermeras [36].

En el análisis cualitativo, una gran parte de los participantes destaca la jerarquización y, en consecuencia, el bajo poder de decisión de los líderes enfermeros. Este hecho se da con mayor intensidad en contextos hospitalarios. Las condiciones laborales se han visto afectadas por la crisis económica: reducción de plantillas (trabajar solo), aumento de carga asistencial y pérdida de poder adquisitivo. Pero el aumento de la ratio de profesionales y la estabilidad de plantilla en algunos centros se percibe como una mejora organizativa y de la calidad de la atención a la persona atendida.

Se ha evidenciado una fuerte **relación entre el compromiso laboral y el contexto organizativo**, en el sentido de que, cuanto más favorable es la percepción del entorno, más altos son los niveles de compromiso laboral percibido. Este hecho se ha observado en entornos clínicos e indica que, tanto el entorno de la práctica profesional, como el empoderamiento de las enfermeras, influyen positivamente en el trabajo. Además, el entorno de la práctica profesional también podría influir indirectamente en el compromiso laboral a través de la mediación del empoderamiento [37]. Esta última variable no se ha estudiado en el presente trabajo, pero sí se ha detectado que la valoración de los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionada con la salud es mayor cuanto más favorable se considera el contexto organizativo.

Las **enfermeras gestoras del ámbito de la salud mental** destacan específicamente la relevancia de “estar” (refiriéndose a la participación en los cargos de gestión), porque así pueden sugerir cambios en la composición del servicio enfermero a partir de las necesidades que se detectan. Valoran poder dar su visión y que no lo haga otro profesional no enfermero en su lugar. Sin embargo, reconocen que, frente a decisiones de gestión económica, su voz siempre tiene menor peso que la de los directivos médicos. Advierten, asimismo, una disminución de los conflictos de rol del enfermero gestor ante los demás miembros de los comités directivos. Refieren que un factor que ha influido positivamente en ello es la equiparación de los estudios académicos de enfermería con los de otras profesiones. Finalmente, afirman que el contexto de crisis de los últimos años ha provocado la reducción de la plantilla de coordinadoras y enfermeras asistenciales de salud mental, que, a juicio de los gestores, no disponen en su jornada laboral del tiempo necesario para dedicarse a tareas propias de la profesión y no están suficientemente reconocidos en el ámbito hospitalario.

Los gestores destacan que, si tuvieran mayor autonomía en la gestión económica, incentivarían a sus trabajadores. Otros autores también destacan el rol fundamental de las enfermeras gestoras y el estrés que presentan a causa de la falta de recursos y responsabilidad [38], y sugieren que se puede mejorar su situación y aumentar la satisfacción laboral con un mayor control del trabajo y una mayor participación en la toma de decisiones [39], aspectos también señalados en los discursos de las enfermeras gestoras que han participado en este estudio.

Las enfermeras gestoras han explicado que ejercen un tipo de liderazgo participativo y relacional, poniendo el foco en el clima laboral. Varios autores han observado que el tipo de liderazgo que ejercen las enfermeras gestoras, por sí mismo, puede influir en la satisfacción y bienestar de las enfermeras asistenciales [40], porque las prácticas de liderazgo que focalizan las relaciones, como por ejemplo el liderazgo transformacional, están asociadas a un aumento de satisfacción laboral de las enfermeras, según se ha demostrado [40,41]. Este tipo de liderazgo también puede ser beneficioso en la implementación de prácticas basadas en la evidencia en el ámbito de la salud mental [42].

### **Limitaciones y fortalezas**

La limitación más importante del presente estudio es el diseño transversal, que imposibilita establecer relaciones de causalidad entre las distintas variables. No obstante, cuantitativamente se han establecido fuertes asociaciones entre los constructos.

El diseño mixto, cuantitativo y cualitativo, ha posibilitado la triangulación de los resultados, hecho que ha aumentado la fiabilidad de la información y la validez de los resultados y las recomendaciones [43].



# 6

## Conclusiones de la primera fase del estudio

El **perfil sociodemográfico** de los participantes en la primera fase del estudio es de una mujer de 39 años que vive en pareja y/o con hijos. Dos terceras partes de los participantes trabajan en centros de salud mental de la Región Sanitaria de Barcelona; la parte restante queda distribuida entre Gerona, Tarragona y Lérida, de mayor a menor representación.

La valoración media del nivel económico es muy baja: se sitúa por debajo de 3 sobre 10 (puntuación de máxima valoración económica). Los participantes consideran que la crisis económica ha afectado a su trabajo porque ha comportado unas condiciones laborales peores y una disminución de los recursos laborales, con una valoración de casi 8 sobre 10 (puntuación de máxima afectación).

La media de experiencia en la profesión enfermera es de 15 años, con 12,6 años de trabajo en el ámbito de salud mental.

Casi dos terceras partes de los profesionales tienen jornadas completas, excepto en la Región Sanitaria de Tarragona, donde más del 90% trabaja a tiempo completo.

El turno de trabajo mayoritario en la muestra global en Barcelona es el turno de mañana; en Tarragona es prevalente el turno deslizante; en Gerona, el de mañana y deslizante; y en Lérida predomina el *corretornos*.

Siete de cada diez participantes tienen contrato indefinido. El área de Tarragona tiene más participantes con contrato indefinido y en Gerona hay menos participantes en esta situación en comparación con el resto de Cataluña. Alrededor del 70% de las enfermeras del estudio trabaja en centros concertados, sobre todo en el área de Tarragona.

Las enfermeras de salud mental consideran que su trabajo está bien valorado por los usuarios, por los familiares, por las propias compañeras, por el resto del equipo y también por los mandos.

Más de la mitad ha referido que a veces ha tenido conflictos a causa del trabajo y un 38,7% ha manifestado que nunca los ha tenido.

La mitad de la muestra se ha planteado algunas veces abandonar la profesión y un 5,5% a menudo se lo plantea.

Prácticamente el 90% manifiesta que tiene formación específica en el ámbito de la salud mental; en el área de Lérida el porcentaje es inferior.

El 58,4% manifiesta que aplica la evidencia científica siempre o a menudo en su trabajo, sin diferencias significativas por áreas.

**Calidad de vida a nivel físico físico:** las puntuaciones en general son favorables, sobre todo en el área de Gerona, con tendencia a la significación. Trabajar toda la jornada, tener una jornada muy reducida o tener un turno rotatorio está asociado a una percepción de salud física peor.

**Calidad de vida a nivel mental:** las puntuaciones quedan por debajo del valor medio estandarizado, con puntuaciones más favorables en Gerona con tendencia a la significación. No hay relación entre la percepción de salud mental y la duración de la jornada, ni tampoco con el turno. Los participantes que trabajan en centros de titularidad privada presentan de forma significativa una percepción de la salud mental peor.

**Engagement o compromiso en el trabajo:** la puntuación global de la subescala es de 4, lo que indica que experimentan bastantes veces sentimientos positivos hacia su trabajo. De las tres subescalas de este constructo, las puntuaciones más elevadas corresponden a la dedicación, seguidas por el vigor y la absorción. No hay diferencias ni por áreas ni por sexos.

**Contexto laboral y organizativo:** globalmente, un 42,6% ha valorado su entorno de trabajo como a favorable, un 28,4% como entorno mixto y un 29% como desfavorable. Los datos más favorables corresponden al área de Gerona y los más desfavorables al área de Tarragona, con tendencia a la significación estadística.

En relación con las dimensiones del contexto laboral y organizativo, se sitúan en puntuaciones intermedias. Las puntuaciones más positivas corresponden a las relaciones, el liderazgo y los fundamentos de enfermería; las menos positivas corresponden a dotación de personal y participación.

Se ha observado una fuerte relación entre el compromiso laboral y el contexto organizativo, en el sentido de que, cuanto más favorable es la percepción del entorno, mayores son los niveles de compromiso laboral percibido.

La valoración de los componentes físico y mental de la calidad de vida relacionada con la salud es más alta cuanto más favorable se considera el contexto organizativo.

La valoración positiva de un componente del contexto organizativo está correlacionada con niveles más altos de compromiso y de todas las dimensiones que lo componen, y también con niveles más altos de calidad de vida relacionada con la salud física y, de manera más relevante, con la salud mental.

El componente físico de la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales de salud mental de Cataluña, medido con el cuestionario genérico SF-12, está asociado de manera independiente con la duración de la jornada laboral (mejor salud física percibida en jornadas reducidas del 75%), con el turno de trabajo (mejor trabajando en turno de mañana o jornada partida) y con la evaluación del contexto organizativo (mejor en un entorno favorable).

El componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales de salud mental de Cataluña, medido con el cuestionario genérico SF-12, está asociado de manera independiente con la duración de la jornada laboral (mejor en jornadas muy reducidas, inferiores al 50%), con el turno de trabajo (mejor trabajando en turno de mañana), con la evaluación del contexto organizativo (mejor en un entorno mixto y mucho mejor en un entorno favorable) y con el compromiso laboral del profesional medido con el cuestionario UWES (mejor calidad de vida mental cuanto mayor se considera el compromiso).



# 7

## Conclusiones de la segunda fase del estudio



## 7.1. Enfermeras asistenciales

### **El trabajo enfermero en el ámbito de la salud mental**

Las enfermeras de salud mental aman su especialidad. Refieren de manera unánime la satisfacción de trabajar en este ámbito y se sienten reconocidas por los usuarios y sus familias. Consideran que ejercen el trabajo partiendo de una visión holística y de manera personalizada. Trabajan las emociones con la escucha, el acompañamiento, la contención, etc., de forma que consiguen una relación terapéutica con estas herramientas como rasgo diferencial respecto a otros perfiles de la profesión enfermera. Reconocen que para conseguir este rasgo diferencial se requiere un conocimiento y una formación específicos.

Sienten una gran responsabilidad por las personas atendidas, sobre todo cuando se trata de situaciones graves o en el manejo del paciente pediátrico. Experimentan la contención física como una acción que se puede convertir en un dilema ético. Aunque ha habido muchos cambios en el ámbito social, los participantes consideran que persisten ciertos prejuicios respecto a la enfermedad mental y miedo en situaciones de desequilibrio. De hecho, en algunos casos se menciona que los mismos profesionales, con sus propios comentarios, pueden favorecer el estigma. Manifiestan que hay que liberarse personalmente y como profesionales de estos prejuicios.

Las enfermeras de salud mental no trabajan del mismo modo a lo largo del territorio catalán, lo cual dificulta el establecimiento de protocolos de normalización de actuaciones en sus diferentes ámbitos de trabajo y, consecuentemente, la definición de su rol. Esta es una de las causas de que a menudo se les pida dedicar una parte de su jornada a tareas administrativas o delegadas, y de que sientan que no pueden disponer de suficiente tiempo para concentrarse en la relación terapéutica con la persona atendida.

Crean que el trabajo de la enfermera de salud mental hospitalaria es diferente al de ámbitos comunitarios. Este ámbito se considera más gratificante, ya que manifiestan que allí gozan de mayor autonomía y reconocimiento en el desarrollo y la organización de las funciones propias, y les permite ver el proceso de mejora de las personas que atienden, prevenir recaídas y observar la mejoría de los usuarios, aunque sea a largo plazo.

Afirman que la formación específica es importante para trabajar en salud mental, aunque son conscientes de que la especialidad por sí sola no es una garantía absoluta. Apuestan por una formación constante y valoran también la experiencia.

Se percibe que es necesario que algunos altos mandos de los centros sean más conscientes de la especial complejidad de los cuidados en este ámbito.

### **Contexto organizativo**

Hay una gran variabilidad en los equipos respecto a la percepción del liderazgo enfermero. En este sentido, consideran que la organización de los equipos determina parcialmente la satisfacción con las direcciones. Una gran parte de los participantes destaca la jerarquización existente en los equipos y, en consecuencia, el bajo poder de decisión de los líderes enfermeros. Este hecho se ve más reforzado en contextos hospitalarios. Para las enfermeras de salud mental, trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas es básico; consideran que su participación ha mejorado durante los últimos años, aunque hay un margen de mejora en la comunicación, en su poder de decisión y en el consenso, respetando la diversidad de profesiones dentro del equipo.

Las condiciones laborales se han visto afectadas por el contexto de crisis económica: reducción de plantillas (trabajar solo), aumento de carga asistencial y pérdida de poder adquisitivo. Pero el aumento de la ratio de profesionales y la estabilidad de plantilla en algunos centros se consideran una importante mejora organizativa y de la calidad de la atención. Existe una gran variabilidad en las condiciones de trabajo de las enfermeras de salud mental en cuanto a horarios, sueldo, organización del centro, forma de trabajar, etc., y se hace patente la dificultad para cambiar del ámbito hospitalario al comunitario.

Existe la percepción de que el desarrollo curricular (formación, capacidad investigadora, participación en jornadas...) del enfermero en contextos hospitalarios recibe un trato diferente respecto al que trabaja en ámbitos comunitarios. Se reconoce que en extrahospitalaria hay una mayor disposición de información, mayor autonomía para gestionar la agenda y más tiempo para atender a los usuarios.

Se valoran positivamente las iniciativas centradas en la persona, aquellas en que se da voz al usuario e incentivan su participación en las decisiones de trabajo.

## **Repercusiones del contexto organizativo**

Las repercusiones funcionales del contexto organizativo en el trabajo se vinculan claramente con las repercusiones a la persona atendida y al profesional. Así, los factores que influyen en la calidad de la atención, como la indefinición del rol de la enfermera de salud mental, la estabilidad de la plantilla y la carga asistencial, también son elementos clave en la satisfacción o percepción de estrés y de seguridad en la enfermera.

La indefinición del rol y la falta de protocolos normalizados provocan en la enfermera desprotección (ante las demandas de la dirección o de otros profesionales para realizar tareas que no les son propias), frustración e insatisfacción, ya que todo ello comporta una disminución del tiempo que pueden dedicar a las tareas propias, como la escucha y el acompañamiento.

En general, las enfermeras gozan de mayor autonomía y reconocimiento en ámbitos extrahospitalarios. Opinan que los servicios hospitalarios de salud mental actuales siguen el modelo tradicional medicalizado, fragmentado, basado en la recuperación de descompensaciones de los usuarios y no en su prevención, a diferencia del modelo comunitario, que satisface mucho más a la enfermera porque le permite trabajar con la persona y la familia en su entorno, desde un enfoque integrador.

El no reconocimiento de la especialidad en Cataluña comporta que las direcciones no tengan la necesidad de contratar a personas formadas, lo que puede repercutir en la calidad de la atención y en la seguridad de las personas atendidas. Entretanto, los especialistas que se forman en Cataluña suelen marchar a otras comunidades autónomas.

Un punto que hay que tener presente en las personas que trabajan en salud mental es que se deber ser cuidadoso cuando se habla de los usuarios, a fin de evitar la perpetuación del estigma social que sufren y que puede suponer un riesgo para su seguridad.

## 7.2. Enfermeras gestoras

### **El trabajo de la enfermera de salud mental**

Las gestoras se sienten en primer lugar enfermeras y ejercen el cargo voluntariamente y sabiendo que es transitorio. Desde un enfoque amplio que engloba la microgestión y la macrogestión, diferencian sus responsabilidades en tres funciones: gestión laboral, económica y asistencial. Estas funciones, junto con la libertad de decisión de los gestores, están matizadas por la estructura organizativa de cada entidad o centro. Las enfermeras gestoras pueden incluso tener que asumir tareas de dirección cuando está ausente el director y sienten una elevada exigencia y control. Este escaso margen de decisión en la planificación les crea malestar. A pesar de todo, manifiestan satisfacción, que se fundamenta en el soporte y reconocimiento que reciben del resto del equipo directivo y de los profesionales asistenciales, y en el buen clima laboral.

En cuanto a recursos humanos, valoran a los profesionales con motivación, implicación y compromiso, y consideran que el currículum de los aspirantes a ser contratados, por sí solo, no es una garantía de calidad asistencial suficiente. Opinan que hay que reconocer la formación y la alta calidad de la atención que ofrecen los servicios de salud mental y, de forma genérica, de la enfermera de salud mental respecto a las de otros servicios. Una parte del agravio que sienten se debe a la falta de reconocimiento profesional y laboral de la especialidad en salud mental. Los gestores desean contar con especialistas comprometidos y motivados y poder reconocerlos y potenciar.

### **Contexto organizativo**

En Cataluña existen diferentes modelos de gestión de los centros de salud mental, cada uno con una gestión enfermera diferente. Algunos están basados en la estructura organizativa, otros en jefes de procesos y en algunos incluso se ha suprimido la figura de enfermera directora. La mayoría de participantes los valoran positivamente si se cumplen dos factores: buena relación entre los miembros y margen de autonomía de gestión.

Sobre el estilo de liderazgo, cada gestor aporta su visión de lo que para él es esencial para ejecutar el cargo: algunos apuestan por una gestión muy participativa, otros destacan la importancia de que el equipo se sienta

informado, otros enfatizan el coliderazgo y la conciliación de la vida laboral y familiar, etc. En general, destacan la relevancia de “estar ahí” (refiriéndose a la participación en los cargos de gestión) porque así pueden sugerir cambios en la composición del servicio enfermero a partir de las necesidades que se detectan. Valoran poder dar su visión y que no sea un profesional no enfermero quien lo haga en su lugar. Sin embargo reconocen que, en las decisiones de gestión económica, su voz siempre tiene menos peso que la de los directivos médicos.

Los participantes notan que se ha producido un cambio generalizado en las direcciones hospitalarias a favor de la presencia enfermera y de las necesidades de este colectivo de salud mental. Se detecta una disminución de los conflictos de rol del enfermero gestor con otros miembros de los comités directivos. Un factor que ha influido positivamente en ello es la equiparación de los estudios académicos de enfermería con los de otras profesiones.

En el plano organizativo, se destacan aspectos concretos: opinan que hace falta un enfoque en la transmisión de información desde la dirección a los trabajadores, verbalizan la necesidad de una cuota de profesionales especializados para mantener la acreditación docente de los centros y reivindican que los gestores enfermeros puedan centrarse en la gestión económica de la inversión y no solo en el ahorro. Están satisfechos con la calidad asistencial prestada, aunque existe un margen de mejora, y destacan la enfermería comunitaria como un ámbito con una coordinación enfermera bien reconocida.

### **Repercusiones del contexto organizativo**

La organización de los servicios determina y condiciona el trabajo de los gestores y los servicios de salud mental ubicados en ámbitos hospitalarios. Los participantes afirman que el contexto de crisis de los últimos años ha provocado la reducción de la plantilla de coordinadores y enfermeros asistenciales de salud mental. Estos, según la opinión de los gestores, no disponen del tiempo necesario durante su jornada laboral para dedicarse a tareas propias de la profesión y no están suficientemente reconocidos en el ámbito hospitalario. Los gestores destacan que si tuvieran más autonomía en la gestión económica incentivarían a sus trabajadores.

Es un hecho constatado que muchos especialistas en salud mental han escogido la especialidad como segunda opción y finalizan sus estudios con relativa motivación para trabajar en salud mental. Además, hay

una gran proporción de recién graduados que marchan a trabajar a otras comunidades autónomas debido a la falta de reconocimiento económico y laboral que existe en Cataluña. Este hecho dificulta que los gestores puedan contratar personal en sus servicios, circunstancia que puede alterar el clima laboral. Viven la dicotomía de que, por una parte, se les recomiende contratar a especialistas antes que a personal experto con años en el servicio y, por la otra, de que se incorpore al servicio personal sin experiencia previa en salud mental.

En el terreno personal, trabajan más satisfechos si se les da mayor autonomía. Les desgasta formar especialistas que no estén suficientemente motivados en el campo de la salud mental. Las dificultades que han provocado que en alguna ocasión se plantearan abandonar este trabajo, vienen marcadas por la gran dedicación y disponibilidad horaria que implica la función de gestor y por la falta de mejoras en el servicio de recursos humanos (entendiéndolo como la gestión de personal adecuado al servicio).



# 8

Propuestas de mejora

La triangulación de los datos del estudio del contexto laboral y organizativo de las enfermeras de salud mental ha posibilitado observar muchas coincidencias entre los resultados de los datos cuantitativos y cualitativos. Ello ha permitido elaborar las propuestas de mejora siguientes, relacionadas con el trabajo enfermero en el ámbito de la salud mental:

**En relación con la calidad asistencial:**

- Potenciar el modelo de atención centrado en la persona con enfermedad mental y su familia y entorno, con una visión más integradora, más preventiva y menos medicalizada.
- Incentivar la continuidad asistencial para la mejora continua de la atención favoreciendo la disponibilidad de tiempo enfermero para hacerla posible.
- Mejorar la coordinación entre niveles y profesionales de la misma disciplina y de otras disciplinas.
- Aumentar la incorporación de la evidencia científica en los cuidados enfermeros.

**En relación con el rol enfermero:**

- Favorecer el rol propio de la enfermera en el ámbito de la salud mental otorgándole mayor autonomía y reducir los conflictos de rol.
- Potenciar la atención enfermera en todos los ámbitos y especialmente en el ámbito comunitario y el trabajo en equipo interdisciplinario y multidisciplinario.
- Aumentar el reconocimiento de la especialidad de Enfermería en Salud Mental con las mismas condiciones laborales que el resto de especialidades, evitando la fuga de enfermeras especialistas fuera de Cataluña.
- Fortalecer el liderazgo de las enfermeras asistenciales y gestoras.
- Empoderar a los equipos multidisciplinarios con mayor autonomía de gestión.
- Establecer la posibilidad voluntaria de efectuar rotaciones de puesto de trabajo en distintas áreas y niveles como mecanismo para la mejora continua de la capacidad de compartir que se establece entre profesionales.
- Proponer espacios para compartir propuestas, líneas de trabajos planificadas conjuntamente, etc. para avanzar en la profesión y unificar criterios.



**En relación con el contexto organizativo:**

- Mejorar la comunicación a todos niveles, potenciando espacios de encuentro.
- Disminuir la carga asistencial para mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida de las enfermeras.
- Mejorar las condiciones laborales aumentando los recursos humanos (mejora de ratios enfermera/persona atendida) y recuperar el poder adquisitivo perdido con la crisis económica.
- Aumentar la estabilidad laboral de los profesionales.
- Dar oportunidades para el desarrollo profesional en todos los entornos sanitarios.
- Dar oportunidades de participación y liderazgo en todos los entornos de salud.



# 9

## Referencias bibliográficas

1. Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V, editors. Public Health Approach on Mental Health in Europe. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES); 2000.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. [Internet] Estratègies 2017-2020. Pla Director de salut mental i addiccions [última consulta 6 junio 2019]. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017\\_2020.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf)
4. Cibanal J. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. Rev Española Sanid Penit [Internet]. 2007;9:34-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202007000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202007000200001)
5. Pacheco Borrella G. Entrevista a D. Marciano Tomé Alonso, Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. [Internet] 2005; Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n1/12articulo.php>
6. Brimblecombe N, Nolan P. Los Servicios de salud mental en Europa (traducido y revisado por Rosado S). Barcelona: Associació Catalana de Salut Mental; 2014.
7. Canadian Federation of Mental Health Nurses. Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing. Standards of Practice. Toronto: Canadian Federation of Mental Health Nurses; 2014.
8. Salanova M. Psicología de la salud ocupacional. Madrid: Síntesis editorial; 2009.
9. Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. J Adv Nurs. 2004; 48(6):622-31.
10. McTiernan K, McDonald N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. J PsychiatrMent Health Nurs. 2015; 22(3):208-18.
11. Roche M, Duffield C, White E. Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. Int J Nurs Stud. 2011; 48(12):1475-86.
12. Choi J, Boyle DK. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. Int J Nurs Stud. 2014; 51(11):1441-9.
13. Leal Docampo P, De Pablo Jarque I. Rehabilitate in psychiatry, Does it burn nursing staff out? Rehabilitar en psiquiatria ¿quema al personal de enfermería? Entermeria Glob. 2014; 168-79.
14. Sabater Mateu P, Garrido Aguilar E, Puig Llobet M, Vilchez Estevez M, Moreno Jiménez A, Coletas Juanico J. Retroalimentación docencia-asistencia-docencia. Estudio sobre burnout en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. Rev d'innovació docent Univ RIDU. 2015; 7:1-14.

15. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya [internet]. [última consulta 30 julio 2015]. Disponible en: <http://www.coib.cat/Detail.aspx?tipus=noticia&idDetail=5228>
16. Gandek B, Ware J, Aaronson N, Apolone G, Bjorner J, Brazier J, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1171-1178.
17. Schaufeli WB, Salanova, M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of Engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies* 2002; 3:71-92.
18. Salanova M, Schaufeli WB. El Engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros* 2004; 61:109-134.
19. UWES Utrecht Work Engagement Scale. Escala Utrecht de Engagement en el trabajo. Occupational Health Psychology Unit. Utrecht University; 2003.
20. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health*. 2002; 25(3):176-88.
21. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(2):274-80.
22. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E; Consorcio RN4CAST-España. [Work setting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN-4CAST-Spain project]. *Enferm Intensiva*. 2013; 24(3):104-12.
23. Torralbas J, Granero A. Formació, docència i recerca en les infermeres de Salut mental de Catalunya [consultado 25 junio 2018]. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/771e78c4-651e-4e57-972f-19b00cd20f25>
24. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005; 62(2):105-12.
25. Benach J, Gimeno D, Benavides FG, Martínez JM, Torné Mdel M. Types of employment and health in the European union: changes from 1995 to 2000. *Eur J Public Health*. 2004; 14(3):314-21.
26. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, D'Agostino RB. Job strain and health-related quality of life in a national sample. *Am J Public Health*. 1994; 84(10):1580-5.
27. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20(4):305-13.
28. Grau Martín A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. [Influence of personal, professional and cross-na-

- tional factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007)]. *Rev Esp Salud Publica*. 2009; 83(2):215-30.
29. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Adm*. 2003; 33(5):271-83.
  30. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(2):297-314.
  31. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *J Nurs Manag*. 2016; 24(2):E101-11.
  32. Van Bogaert P, Wouters K, Willems R, Mondelaers M, Clarke S. Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20(8):679-86.
  33. Fan Y, Zheng Q, Liu S, Li Q. Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care. *J Nurs Manag*. 2016; 24(5):646-55.
  34. Delaney KR, Shattell M, Johnson ME. Capturing the Interpersonal Process of Psychiatric Nurses: A Model for Engagement. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017; 31(6):634-640.
  35. Bullich-Marín I, Miralles Basseda R, Torres Egea P, Planas-Campmany C, Juvé-Udina ME. [Evaluation of the nurse working environment in health and social care intermediate care units in Catalonia]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016; 51(6):342-348.
  36. Roche MA, Duffield CM. A comparison of the nursing practice environment in mental health and medical-surgical settings. *J Nurs Scholarsh*. 2010; 42(2):195-206.
  37. Wang S, Liu Y. Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *J Nurs Manag*. 2015; 23(3):287-96.
  38. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Leocadio MC, Van Bogaert P, Cummings GG. Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2018; 27(7-8):1346-1359.
  39. Lee H, Cummings GG. Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2008; 16(7):768-83.
  40. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018; 85:19-60.

41. Bass BM, Avolio BJ. Improving Organizational Effectiveness Through Transformational Leadership. London: SAGE Publications; 1994.
42. Aarons GA. Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(8):1162-9.
43. Guerrero-Castañeda RF, Lenise di Prado M, Ojeda-Vargas MG. Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Investigación Universitaria* 2016; 13(4):246-252.



Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya