

### **Cómo citar este documento**

Huizing, Evelyn; Molino Contreras, José Luis; Rigol Cuadra, Assumpta; Padilla Obrero, Leonor; Betolaza López de Gámiz, Encarnación; Serna Montero, Luna; López Cócera, José Antonio; Pérez Vera, Ana María. Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental basada en el enfoque de recuperación. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0688.php>

## **OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL DE ESPAÑA SOBRE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS A PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL BASADA EN EL ENFOQUE DE RECUPERACIÓN**

### **NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS AUTORES**

Evelyn Huizing <sup>1</sup>, José Luis Molino Contreras <sup>2</sup>, Assumpta Rigol Cuadra <sup>3</sup>, Leonor Padilla Obrero <sup>1</sup>, Encarnación Betolaza López de Gámiz <sup>4</sup>, Luna Serna Montero <sup>5</sup>, José Antonio López Cócera <sup>6</sup>, Ana M<sup>a</sup> Pérez Vera <sup>6</sup>

1. Enfermera especialista en salud mental. Servicio Andaluz de Salud
2. Enfermero especialista en salud mental. Doctor en enfermería. Facultad de enfermería Universidad de Cartagena
3. Enfermera especialista en salud mental. Doctora en enfermería. Facultad de enfermería Universidad de Barcelona
4. Enfermera especialista en salud mental. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
5. Enfermera especialista en salud mental. Servicio de Salud de las Islas Baleares
6. Enfermero/a especialista en salud mental. Servicio de Salud de Castilla la Mancha

### **NOMBRE COMPLETO DE LA ORGANIZACIÓN PRODUCTORA**

Servicios de Apoyo del Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Programa de Salud Mental.

## RESUMEN

### Objetivo

Conocer la opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre la prestación de cuidados de enfermería a pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación, en relación con edad, sexo, formación en salud mental, años de experiencia laboral, trayectoria laboral en salud mental, conocimiento previo y/o formación en recuperación y comunidad autónoma.

### Metodología

Estudio descriptivo, utilizando combinación de muestro por bola de nieve y por cuota.

Se enviará el cuestionario a 1015 enfermeras de salud mental de todas las CCAA. Se identificarán a 19 enfermeras como colaboradoras, a través de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental, que a su vez identificarán a un número de enfermeras ponderado por habitantes de CA. Estas enviarán el cuestionario a 10 enfermeras, distribuido según el tamaño del estrato dentro de la población (asistencial, gestión, docencia). Cada investigador del equipo de investigación tendrá asignadas 2 ó 3 CCAA y se ocupa del seguimiento de las respuestas. Se utilizarán las preguntas del Recovery Self Assessment - Registered Nurse versión (RSA-RN). Se hará una traducción al castellano y adaptación al contexto español del RSA-RN. Se les preguntará a las enfermeras que indiquen en que grado están de acuerdo en que los ítems deberían reflejar las actividades, valores y prácticas de su servicio.

Se estudiará la correlación entre la opinión de las enfermeras sobre la prestación de cuidados desde la perspectiva de recuperación y variables socio-demográficas de las enfermeras.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El término recuperación, “recovery” en inglés, es difícil de delimitar, ya que no existe una definición universal aceptada. En la literatura se aborda el concepto de recuperación como “modelo”, “filosofía”, “paradigma”, “movimiento”, “visión” o “enfoque”<sup>1</sup>. Sin embargo, sí existe un amplio consenso en que la definición estaría en torno a lo dicho por uno de los fundadores intelectuales del movimiento de la recuperación, William Anthony<sup>2</sup>: “La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”. Por tanto, una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin necesariamente recuperarse de su enfermedad (recuperación clínica)<sup>3,4</sup>.

El paradigma de la recuperación se aleja de la patología, de la enfermedad y de los síntomas y se acerca a la salud, a la fortaleza y al bienestar, y las relaciones de ayuda entre profesionales y pacientes se alejan del formato experto - paciente. Por esta razón, los servicios basados en la recuperación se apoyan en las cualidades personales de profesionales, al mismo tiempo que en su formación académica, y cultivan habilidades como la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia. Este movimiento destaca la importancia del lenguaje, las historias que se construyen y su significado, por su importancia como mediadores del proceso de recuperación<sup>3,4</sup>.

Las personas no se recuperan solas, por lo que la recuperación está estrechamente relacionada con los procesos de inclusión social y la capacidad de disfrutar de un rol social en el medio comunitario y no en servicios segregados.

El apoyo entre iguales, ayuda mutua, es fundamental para avanzar en el proceso de la recuperación, al igual que el apoyo de la familia y otras personas allegadas.

Al ser un proceso profundamente personal, la recuperación será posible en la medida en que la persona con enfermedad mental vaya retomando el control de su vida o, al menos, piense que esto es posible<sup>3,4</sup>.

Los servicios basados en la recuperación se apoyan en dos hechos. Primero que no todos los problemas mentales son crónicos y, segundo, que las personas con más probabilidades de recuperarse son las que tienen una motivación muy fuerte para cambiar sus vidas. Esta motivación está muchas veces condicionada por la actitud, y el comportamiento, de las personas de su entorno, apoyándoles en sus ambiciones personales y en la esperanza de tener una vida mejor<sup>5</sup>.

La recuperación representa la convergencia de diferentes ideas (empoderamiento, autogestión, derechos de las personas con discapacidad, inclusión social y rehabilitación), bajo un solo encabezado que señala una nueva dirección para los servicios de salud mental. Les proporciona un nuevo fundamento, convirtiéndose en el principio organizativo clave de los servicios de salud mental en muchos de los países occidentales<sup>3,4</sup>.

En este sentido, la Convención de las Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidad 6 refleja los principios de la recuperación, especialmente algunos artículos representan esta perspectiva: El derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art.19); la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información (art.21); la salud (art. 25), haciéndose referencia al derecho de recibir una atención de la misma calidad que a las demás personas ; la habilitación y rehabilitación(art.26); el trabajo y empleo (art.27) y el nivel de vida adecuado y protección social (art. 28), haciéndose referencia al derecho a la mejora continua de sus condiciones de vida.

Actualmente existe un impulso institucional importante al empoderamiento en salud mental. La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que el empoderamiento es un concepto esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades: “las personas deben ser empoderadas para mejorar su propia salud, hacer que interactúen con los servicios sanitarios y que cooperen activamente en el manejo de su enfermedad”<sup>7</sup>.

La OMS y la Comisión Europea reconocen que el empoderamiento de las personas que padecen problemas de salud mental y las que ejercen su cuidado es una prioridad para las próximas décadas<sup>7, 8</sup>.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 9 recomienda desarrollar un espacio de trabajo nuevo, paralelo y simultáneo al trabajo clínico, en pie de igualdad con las personas con enfermedad mental y sus familiares, para hacer realidad los conceptos de empoderamiento y el paradigma de la recuperación.

Se considera que la recuperación es posible para todo el mundo, pero cada persona asume este proceso de crecimiento y cambio personal de diferente manera.

Para que la recuperación tenga el impacto que merece, los profesionales necesitan entender qué significa y, junto con pacientes y familiares y allegados, respaldar activamente su implementación en los servicios.

El papel de los profesionales es distinto en función de su orientación terapéutica, por lo que en servicios con enfoque de recuperación se comportan más como entrenadores personales, “ofreciendo sus habilidades profesionales y conocimientos, a la vez que aprende del paciente como experto por experiencia”.

La vivienda, el empleo, la educación, las actividades de ocio y la participación en la sociedad se convierten en los principales objetivos. Estos son los verdaderos pilares del proceso de inclusión social, que van más allá de la integración social y los tratamientos, bien sean físicos, psicológicos o sociales, sólo son útiles si ayudan a conseguir estas metas.

La meta profesional es por tanto ofrecer a la persona información sobre recursos, habilidades, redes y apoyo que sirvan para gestionar su propia enfermedad en la medida de lo posible y ayudarle a acceder a los recursos que estime necesarios para vivir su vida<sup>3,4</sup>.

Los profesionales y los servicios de salud mental por sí solos no pueden hacer realidad la recuperación ya que la llevan a cabo las propias personas usuarias y sus familias. Sin embargo, los profesionales pueden crear las condiciones en las cuales las personas se sientan con poder de decisión, para que la autogestión personal pueda desarrollarse, evitando en todo momento la

creación de condiciones en las que la práctica de la recuperación resulte imposible<sup>3,4,10</sup>.

Este posicionamiento está también relacionado con la seguridad del paciente. En la soluciones de seguridad de la Organización Mundial de Salud (OMS) de la Joint Commission 11 (Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente), la solución 3 hace referencia a la Comunicación durante el traspaso de pacientes. La participación de los pacientes y las familias en el proceso de atención se está reconociendo, cada vez más, como un aspecto importante de la prestación de atención. El paciente y su familia son la única constante, y por ende están en condiciones de desempeñar un papel fundamental para asegurar la continuidad de la atención.

Este documento identifica varias oportunidades de participación del paciente y de la familia, que están en línea con el enfoque de la recuperación, como por ejemplo: Generar oportunidades para que los pacientes y sus familiares formulen cualquier pregunta sobre la atención sanitaria o expresen sus preocupaciones a los prestadores de atención sanitaria; Ofrecer a los pacientes la oportunidad de leer su propio registro médico, como estrategia para la seguridad del paciente ; y Hacer participar a los pacientes y a sus familias en las decisiones sobre su atención, al nivel de participación que ellos escojan.

Diferentes estudios identificaron las características claves que deben tener los profesionales para trabajar desde la perspectiva de recuperación: mostrar una actitud de apertura, colaborar de igual a igual, centrarse en recursos internos de la persona, mostrar reciprocidad y tener la voluntad de ir más allá<sup>12, 13</sup>.

Además, estas características generales deben estar combinadas con un alto nivel de habilidades relacionales: empatizar, atender-cuidar, aceptar, reconocimiento mutuo, animar a asumir riesgos responsables, tener actitudes positivas de cara al futuro y crear relaciones que inspiren esperanza. De cualquier modo, conseguir prácticas orientadas a la recuperación significaría conseguir un cambio en la cultura y en la organización de los servicios<sup>12, 13</sup>.

La perspectiva de recuperación se ha convertido principalmente en el principio organizativo clave de los servicios de salud mental en los países anglosajones (EEUU, Nueva Zelanda, Escocia, Canadá, Australia). Estos países tienen una cultura diferente a los países mediterráneos, con otras estructuras y roles familiares y además con un recorrido del movimiento asociativo de familiares y usuarios diferente. Sin embargo, los principios de recuperación han sido ampliamente aceptados por los usuarios y los familiares, por lo que probablemente haya más en común que de diferencia entre la cultura anglosajona y mediterránea en este aspecto.

La perspectiva de recuperación ha sido ampliamente aceptada por las enfermeras, por representar valores y competencias muy ligados a los cuidados, como la relación entre enfermera y paciente centrada en la persona, el enfoque holístico, el uso de la narrativa y el dialogo más natural, las relaciones basadas en la empatía y el calor humano, la promoción de la salud y la relación con personas usuarias en contextos varios, dentro y fuera de los servicios.<sup>14,15,16,17</sup>

Esta aceptación se ve reflejada en el desarrollo de teorías enfermeras basadas en la recuperación como el modelo Tidal<sup>18,19,20,21,22,23</sup> y la Recovery Alliance Theory<sup>24,25</sup>, además de guías y recomendaciones de cuidados basadas en

este paradigma<sup>14, 26</sup>, aunque es preciso reconocer que queda todavía mucho por recorrer y debatir en este ámbito<sup>27,33</sup>.

Con respecto a la gestión y planificación en enfermería, la recuperación ha sido la piedra angular de documentos importantes como la Revisión Escocesa de enfermería de salud mental<sup>28,29</sup>, y de la Dirección de enfermería de salud mental de Inglaterra<sup>30</sup>.

Con respecto a los instrumentos de apoyo en la implantación de servicios basados en la recuperación, la Universidad de Yale (EEUU) ha desarrollado el cuestionario de autoevaluación Recovery Self Assessment (RSA)<sup>31</sup>. Es un instrumento de 36 ítems, basado en los 9 dominios de la recuperación, diseñado para valorar el grado en que los servicios han implementado prácticas basadas en la recuperación. Este instrumento traduce los principios de recuperación en medidas prácticas, permitiéndole detectar las fortalezas y las áreas de mejora, al estar dividido por 5 factores o subescalas.

El cuestionario tiene una puntuación en una escala Likert 1 a 5, de muy en desacuerdo a muy de acuerdo, donde una puntuación más alta indica que el servicio se ajusta más a la perspectiva de recuperación.

Este instrumento tiene diferentes versiones; para proveedores, para gestores, para pacientes y para familiares.

El RSA de los proveedores es para todas las categorías profesionales y unidades, pero se entiende que va más dirigido a los servicios comunitarios. Por este motivo, en el 2008 se ha desarrollado una versión de proveedores para enfermeras diplomadas, la RSA-Registered Nurse versión (RSA-RN).<sup>32</sup>

Los autores adaptaron las preguntas al entorno hospitalario, donde trabaja un porcentaje más alto de enfermeras de salud mental en comparación con el entorno comunitario. En el estudio del desarrollo de este instrumento encontraron datos más favorables hacia el enfoque de recuperación en enfermeras con más tiempo de trabajo como enfermera diplomada y con más edad<sup>32</sup>. Esto probablemente por su mayor capacidad de adaptar sus cuidados a las necesidades de los pacientes. También encontraron que la formación en rehabilitación psicosocial y recuperación, y el trabajo en un servicio basado en la recuperación tenían un efecto positivo en la incorporación de esta perspectiva en la práctica de las enfermeras. Al mismo tiempo encontraron que más años de experiencia como enfermera de salud mental no significaba una actitud más positiva hacia la recuperación. Los autores barajan la hipótesis de que los profesionales de salud mental formados antes de los años 90 aprendieron una visión más pesimista sobre la evolución de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia (un especie de "espiral hacia abajo", refiriéndose al deterioro del paciente). Sin embargo, la evidencia de las últimas décadas demuestra que no hay que tener una visión tan pesimista, ya que muchas personas con trastornos mentales graves se recuperan. Las enfermeras con experiencia en otras especialidades se han incorporado probablemente con una visión más positiva hacia las posibilidades de recuperación de las personas con algún trastorno mental. Aunque en los servicios de hospitalización sea más compleja incorporar la perspectiva de recuperación, al ingresar los pacientes en estos servicios en momentos de gran inestabilidad, los autores sugieren que la colaboración, e intercambio, entre servicios comunitarios y servicios de hospitalización haga que los servicios hospitalarios puedan transformarse en servicios basados en la recuperación.

En este sentido hallaron una correlación positiva entre enfermeras de servicios de hospitalización que habían trabajado anteriormente en servicios comunitarios y una actitud más favorable hacia la recuperación.

Este estudio encontró las 5 mayores puntuaciones en las subescalas "Objetivos de vida" y "Elección" y las 5 peores puntuaciones en "Participación activa de los usuarios".

Por último, y en relación a la importancia de formación en el enfoque de recuperación, encontraron que las enfermeras que entienden el concepto de recuperación, al haber recibido formación sobre el tema, fueron capaces de crear entornos basados en la recuperación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009; 16:539 -545
2. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11 -23.
3. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery a Reality Sainsbury Centre for Mental Health 2008
4. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisational change. Sainsbury Centre for Mental Health 2010
- 5 Mental Health Providers Forum. Recovery Star Approach. Disponible en: <http://www.mhpf.org.uk/programmes-and-projects/mental-health-and-recovery/recovery-star> [Consultado 22 de noviembre 2011]
6. ONU. Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad ( CDPD); 2006. Nueva York
7. User empowerment in mental health. A statement by the WHO Regional Office for Europe. 2010.
8. Mental Health Declaration for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid. El Ministerio 2007
- 10 Kartalova-O'Doherty Y, Tedstone Doherty D. Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19: 3 -15
11. Organización Mundial de Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. The Joint Commission; 2007
12. Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009; 16:539 -545
- 13 Lakeman R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study *Journal of Mental Health* 2010; 19(1): 62 -74
14. Caldwell B A, Sclafani M, Swarbrick M, Piren K. Psychiatric nursing practice & de recovery model of care *Journal of Psychosocial Nursing* 2010; Vol. 48: No. 7

- 15.** Shanley E, Jubb-Shanley. The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 734 -743
- 16** Jubb-Shanley M, Shanley E. Trialling of the Partnership in Coping system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 226 -232
- 17.** Happell B. Lead by vision, not by limitations: Recovery and the mental health nursing profession. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19:1 -2
- 18.** Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 2001; 8:233-240
- 19.** Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings *Issues in Mental Health Nursing* 2010; 31:171 -180.
- 20.** Buchanan-Barker P. & Barker P. J. The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery 2008; *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 93 -100
- 21.** Cook NR, Philips BN, Sadler D. The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005; 12: 536-540
- 22.** Brookes N, Murata L, Tansey M. Guiding practice development using the Tidal Commitments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2006; 13 : 460 -463
- 23.** Barker P. The Tidal model. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* Jul 2002; 40 (7): 42-50.
- 24.** Shanley E, Jubb-Shanley. The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 734 -743
- 25.** Jubb-Shanley M, Shanley E. Trialling of the Partnership in Coping system *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2007; 14: 226 -232
- 26.** Roe D, Swarbrick M. A recovery-oriented approach to psychimедication: Guidelines for nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2007; 45(2), 35-40.
- 27.** Happell B. Lead by vision, not by limitations: Recovery and the mental health nursing profession. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19:1 -2
- 28.** Health Department. Rights, relationship and recovery. The report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. Main Report. Scottish executive. NHS Scotland 2006.
- 29.** Health Department. Rights, relationship and recovery. The report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland. Delivery action plan. Scottish executive. NHS Scotland 2006.
- 30.** From values to action: The Chief Nursing Officer's review of mental health nursing. 2006.
- 31.** O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evan A, Davidson L ( 2005) From rhetoric to routine: Assessing perceptions of recovery-orientated practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2005; 2884:378-386
- 32** Mcloughlin KA, Fitzpatrick JJ. Self-reports of recovery-orientated practices of mental health nurses in state mental health institutes: development of a measure. *Issues in mental Health Nursing* 2008; 29:1051-1065



## HIPÓTESIS

¿Cuál es la opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre los cuidados prestados a los pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación de forma global y diferenciada por las 5 subescalas del cuestionario RSA-RN?

## OBJETIVOS

Objetivos: generales

- Conocer la opinión de las enfermeras españolas sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación

Objetivos: específicos

- Analizar la opinión de las enfermeras de salud mental de España según las 5 subescalas (Objetivos en la vida, Participación activa de usuarios, Diversidad en opciones de tratamiento, Elección y Servicios personalizados) del cuestionario RSA-RN
- Delimitar la opinión sobre los cuidados prestados desde el enfoque de recuperación según las variables socio-demográficas de las enfermeras seleccionadas por el equipo investigador ( edad, sexo, modalidad de formación en especialidad, formación, años de experiencia laboral, trayectoria laboral en salud mental, conocimiento previo y/o formación en recuperación)
- Conocer la opinión de las enfermeras de salud mental de España según las 5 subescalas del RSA-RN diferenciada por Comunidad Autónoma

## METODOLOGÍA

· Diseño

Se trata de un estudio descriptivo correlacional en el que se pretende conocer la opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre la prestación de cuidados a los pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación, diferenciado por los 5 subescalas del cuestionario RSA-RN, y su posible relación con edad, sexo, modalidad de formación en especialidad, formación, años de experiencia laboral, trayectoria laboral en salud mental, conocimiento previo y/o formación en recuperación y comunidad autónoma.

· Población diana

Diplomadas universitarias de enfermería que trabajan en el área de salud mental (asistencial, gestión y docencia) en las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) y las 2 Ciudades Autónomas de España. El ámbito de trabajo se distribuye en las siguientes categorías: Asistencial, Gestión y Docencia.

Aunque el modelo de atención a la salud mental en el territorio español no es homogéneo, sí se puede identificar una serie de unidades y dispositivos asistenciales comunes que se pueden agrupar en dos áreas, Hospitalización y Comunitario.

- Asistencial: Unidades de Hospitalización: breve, media y larga estancia (atención día y noche) y Unidades/Programas Comunitarios: (atención ambulatoria y en régimen de hospital/programa de día).
- Gestión: Dirección o subdirección de enfermería, jefatura de bloque de enfermería, supervisión de enfermería, asesor técnico.
- Docencia: Profesores del área de salud mental de las Escuelas Universitarias de Enfermería, Profesores Unidades de formación de la especialidad de enfermería en salud mental.

· Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo

Se utilizará una combinación de muestro por bola de nieve y muestreo por cuota. Se enviará el cuestionario a todas las CCAA a un total de 1015 enfermeras de salud mental, de las aproximadamente 4000 enfermera de salud mental estimado por la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). Para conseguir una precisión del 3% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 20% y que el tamaño total de la población es de 4.000, será necesario incluir 584 unidades experimentales en el estudio. Teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandonos es del 15% sería necesario reclutar 688 unidades experimentales en el estudio. Sin embargo, por la complejidad de la técnica de bola de nieve es posible que se pierda un porcentaje mayor por lo que se deja la estimación de la muestra en 1015. Esto se hace para garantizar que en función de la tasa de respuesta se puedan obtener los indicados en el cálculo, suspendiendo la distribución en el momento que se logre la tasa. El tamaño muestral está ponderado por el porcentaje que representan los habitantes de cada Comunidad Autónoma (CA) en el conjunto de España según los datos del INE 2011. Se identificarán a 19 enfermeras (17 CA y 2 Ciudades Autónomas) a través del listado de socios enfermeras de la ANESM que a su vez identifican a un número de enfermeras proporcional según los datos disponibles del censo de población correspondiente a cada Comunidad, de manera que la muestra quede en proporción al número de habitantes, ya que no es posible establecer esta afinación proporcional por el criterio de número de enfermeras al no estar este dato disponible. Se realiza esa distribución basándonos en que la ratio de enfermera de salud mental presenta pocas oscilaciones en las distintas comunidades. Cada una de las enfermeras contactadas por este sistema enviarán el cuestionario a 10 enfermeras/os de su CA, teniendo en cuenta los porcentajes asignados a los subgrupos según el tamaño del estrato dentro de la población; asistenciales (80%), gestoras (10%) y docentes (10%), incorporándose ellos mismos en la muestra del subgrupo correspondiente. En la Rioja, Ceuta y Melilla, al tener

una muestra menor de 10, se enviará solo a enfermeras asistenciales; 7, 2 y 2 respectivamente. Cada investigador del equipo de investigación tendrá asignadas 2 ó 3 CCAA del cual hará la captación de los colaboradores, envío de cuestionario y seguimiento.

- Criterios inclusión y exclusión

Inclusión:

- Diplomadas Universitarias de Enfermería que trabajan en el área de salud mental, tanto a nivel asistencial, de gestión y docencia.

Exclusión:

- Enfermeras con experiencia en salud mental y/o con el título de especialista en salud mental que no están en el momento de la recogida de datos trabajando en el área de salud mental.

- Enfermeras Internas Residentes de salud mental en periodo de formación.

Es preciso señalar que aunque exista la especialidad de enfermería en salud mental, en muchas de las CCAA no está creada esta categoría en el catálogo de puestos de los servicios de salud por lo que actualmente hay enfermeras con y sin la especialidad de salud mental trabajando en las unidades de salud mental.

- Instrumentos

1) Las preguntas del cuestionario RSA-RN con una escala likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), adaptado al entorno español.

Este cuestionario se utiliza para evaluar hasta que punto se prestan cuidados basados en el enfoque de la recuperación. Es un cuestionario de 36 preguntas, con 5 factores o subescalas: 1) Objetivos en la vida: prácticas relacionadas con ayudar a las personas en recuperación a conseguir sus metas personales (11 preguntas), 2) Participación activa de usuarios: participación de usuarios en el desarrollo y evaluación de los programas y tratamientos (8 preguntas), 3) Diversidad en opciones de tratamiento: tipo y clase de tratamientos y programas ofertados (6 preguntas), 4) Elección: enfocado a prácticas que apoyan el trabajo conjunto entre usuarios y profesionales y a toma de decisiones de los usuarios, además de desalentar la coerción por parte de los profesionales (6 preguntas), 5) Servicios personalizados: prácticas adaptadas a la persona en recuperación (5 preguntas)

Estas 5 subescalas reflejan los 9 dominios de la recuperación (1. Renovar esperanza y compromiso. 2. Redefinir el yo. 3. Incorporar la enfermedad, 4. Estar involucrado con actividades que tienen sentido o encontrar sentido a la vida, 5. Superar estigma, 6. Asumir el control, 7. Estar empoderado y ejercer la ciudadanía, 8. Manejar los síntomas y 9. Estar apoyado por otros).

Es un cuestionario diseñado y validado en los EEUU, donde llevan varias décadas impulsando el trabajo desde la perspectiva de recuperación en los servicios de salud mental. EL RSA tiene diferentes versiones, para evaluar desde el punto de vista de los proveedores de servicios (tanto en general para todas las categorías como para enfermeras diplomadas), para gestores, para

pacientes y para familiares, hasta que punto se trabaja desde la perspectiva de recuperación en un servicio determinado.

Aunque en España se está empezando a debatir sobre este enfoque, enmarcado en la línea de Empoderamiento de la Oficina Europea de la Organización Mundial de Salud y recogido en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en varios de los Planes Integrales de Salud Mental de las Comunidades Autónomas, actualmente hay pocos servicios con una clara apuesta por el trabajo desde la perspectiva de recuperación. Por este motivo se quiere conocer el posicionamiento de las enfermeras de salud mental ante la perspectiva de recuperación para poder diseñar estrategias para impulsar este enfoque que está señalado una nueva dirección para los servicios de salud mental, proporcionando un nuevo fundamento a estos servicios, en muchos de los países occidentales. Los datos de este estudio pueden servir para asesorar tanto a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, como a las CCAA, para diseñar líneas de trabajo sobre sensibilización, formación e implantación de intervenciones basadas en la recuperación.

Se hará una traducción al castellano y adaptación al contexto español de las 36 preguntas del RSA-RN por un grupo de expertos conformado por enfermeras especialistas en salud mental. Posteriormente se pedirá a un panel de 5 enfermeras especialistas en salud mental que puntúen el nivel de claridad de cada pregunta del cuestionario en una escala de 1 a 4 (1 = no está claro, 2= incapaz de valorar la claridad sin una revisión, 3= claro, pero podría beneficiarse de pequeñas modificaciones, 4= muy claro). Por último se pasará las preguntas a dos personas bilingües expertas en salud mental para que hagan la traducción del castellano al inglés para así poder detectar posibles desviaciones ocurridas en la adaptación. El cuestionario tendrá en su introducción una breve explicación de la perspectiva de recuperación basado en los documentos del Sainsbury Centre for Mental Health de Inglaterra.

## 2) Hoja de datos sociodemográficos

### · Procedimiento

Dividir los socios Enfermeros de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental por Comunidad Autónoma (CA). Designar las enfermeras colaboradoras en cada CA y las dos Ciudades Autónomas según el número establecido de la muestra. Ponerse en contacto con estas enfermeras y pedirles que manden el cuestionario a 10 enfermeras: 8 asistenciales, 1 de gestión y 1 de docencia. Se enviará el enlace del cuestionario por correo-e y se recogerán los datos en un entorno virtual.

### · Variable de estudio:

Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre cuidados prestados a los pacientes con trastorno mental desde el enfoque de recuperación. Este variable vendrá determinado por los valores obtenidos en su puntuación global y en sus 5 factores o subescalas (Objetivos en la vida, Participación activa de usuarios, Diversidad en opciones de tratamiento, Elección y Servicios personalizados)

- Variables socio-demográficas de las enfermeras:

1. Sexo: hombre/mujer
2. Edad: en años
3. Comunidad Autónoma/ Ciudad Autónoma:
4. Diplomatura Universitaria de Enfermería: año graduación
5. Formación postgrado:
  - Especialidad: Si (antigua especialidad/acceso extraordinario/ vía EIR)/NoOtra formación postgrado:
  - Máster relacionado con salud mental: Si/No
  - Licenciatura: Si: Psicología, Antropología, Otros (especificar) /No
  - Doctorado: Si/No
6. Trayectoria laboral salud mental:

Actual:

- Asistencial:
- Unidad de Hospitalización: breve, media y larga estancia (atención día y noche): Si/No
  - Unidad/ Programa Comunitario: (atención ambulatoria o en régimen de hospital/programa de día): Si/No.
  - Otros, especificar
- Gestión (Dirección o subdirección de enfermería, jefatura de bloque de enfermería, supervisión de enfermería, asesor técnico): Si/No.
- Docencia (Profesores titulares del área de salud mental de las Escuelas Universitarias de Enfermería, Profesores Unidades de formación especialidad enfermería salud mental como actividad principal): Si/No

Anterior asistencial (Dispositivo asistencial de salud mental dónde ha trabajado anteriormente de forma estable (> 2 años)):

- Unidad de Hospitalización: breve, media y larga estancia (atención día y noche): Si/No
  - Unidad/ Programa Comunitario: (atención ambulatoria o en régimen de hospital/programa de día): Si/No
  - Otros, especificar
7. Conocimiento del enfoque de recuperación: Si/No
  8. Formación en enfoque de recuperación: Si/No
  9. Formación en rehabilitación psicosocial: Si/No

- Análisis de datos

Se realizará estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello se usarán frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas según sigan o una distribución normal (tras la aplicación del test de Kolmagrov-Smirnov o Shapiro-Wilk ( $n < 50$ )) se verán resumidas mediante  $Mdn \pm SD$  o  $P50 [P25 - P75]$  (mediana, rango intercuartílico) respectivamente. Se realizará una comprobación de los grupos de estudios mediante test  $X^2$  o el test exacto de Fischer cuando sea necesario para las variables cualitativas. La comparación de las variables cuantitativas según los grupos de estudio, se efectuará mediante la t- Student para muestras

independientes o U-Mann-Whitney (según sigan o no distribución normal). El nivel de significación estadística, se establecerá en  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realizarán con el paquete Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.) versión 19.0.

#### - Plan de trabajo

El proyecto se desarrollará en las siguientes fases:

- Fase inicial: actualización de la bibliografía, coordinación del equipo investigador con organización de las tareas y diseño de la base de datos. (3 meses)
- Fase de adaptación RSA-RN al entorno español: traducción, adaptación etc. (12 meses)
- Fase de selección de la muestra. (4 meses).
- Fase de estudio: Se procederá al envío del cuestionario y la hoja de datos sociodemográficos. (5 meses)
- Fase de análisis de los resultados: Los datos de la escala y la hoja de datos sociodemográficos serán procesados en una base de datos diseñada para ello. Seguidamente se realizará el tratamiento estadístico de los datos y la obtención de conclusiones. Por último, se iniciará la discusión de los resultados y su revisión. (6 meses)
- Fase de difusión de los resultados: Incluye la elaboración y preparación de comunicaciones en congresos nacionales e internacionales y publicaciones en revistas de impacto. (6 meses).

#### - Aspectos éticos

El proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios Éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008). Ha sido presentado para su aprobación por el Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio ya que la identificación de los participantes solo estará consignada por el número de caso que se le haya adjudicado, cumpliendo de esa forma la legislación española sobre la protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

#### - Limitaciones

El muestreo no probabilístico produce estimadores sesgados, ya que personas muy populares dentro de la población tienen mayores oportunidades de ser seleccionadas. También hay poca representatividad entre los resultados y por ende no se puede extrapolar hacia la población. Por este motivo se ha calculado una muestra muy amplia con el objetivo de minimizar al máximo estas desventajas.

