

ORIGINAL

Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa

Rocío Morano-Báez^{a,*}, María Jesús Albar-Marín^a, Manuel García-Ramírez^b,
María Milagros Prieto-Guerrero^c y Alejandro Antonio García-Nieto^c

^aUnidad de Investigación, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, Sevilla, España

^bFacultad de Psicología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^cDirección de Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 24 de octubre de 2008; aceptado el 25 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Estrés ocupacional;
Investigación acción
participativa;
Colaboración;
Enfermería;
Enfoque psicopolítico

Resumen

Objetivo: Describir una práctica colaborativa centrada en el afrontamiento del estrés en profesionales de enfermería hospitalaria.

Método: La práctica se centra en la contextualización de los problemas y en el diseño e implementación de acciones usando el enfoque psicopolítico y la metodología de investigación acción participativa (IAP).

Los participantes han sido profesionales de enfermería de 4 unidades de medicina interna del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Se ha utilizado el cuestionario ISTAS, entrevistas y grupos de discusión, mediante los cuales enfermeras e investigadores han valorado, definido, propuesto e implementado diferentes acciones para mejorar sus condiciones de trabajo.

Resultados: Las situaciones problemáticas identificadas con el cuestionario se relacionan con las exigencias psicológicas, el conflicto de roles y la estima. La principal causa del estrés en los profesionales es la falta de personal, según la opinión de los supervisores. En los grupos de discusión se decide intervenir sobre tres situaciones: a) necesidad de presencia continua del celador en las unidades para la movilización de pacientes no autónomos; b) necesidad de controlar el horario de visitas y el número de familiares que acompañan a los pacientes, y c) necesidad de mejorar los registros de las actividades implantados al personal de enfermería.

Conclusiones: Entre las fortalezas del uso del enfoque psicopolítico y de la IAP en el contexto hospitalario destacan la movilización de los profesionales y el desarrollo de conciencia crítica. Entre las debilidades, las barreras derivadas de la rigidez del modelo burocrático. Estas barreras suponen un desafío para el cambio y el desarrollo organizacional.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: romoba81@gmail.com (R. Morano-Báez).

KEYWORDS

Occupational stress;
Participatory action
research;
Collaborative
practice;
Nursing;
Psychopolitical model

Coping with occupational stress among nursing staff by participatory action research**Abstract**

Objective: To describe a collaborative practice focused on coping with the occupational stress among nursing staff in a hospital setting.

Method: These practices focus on the contextualization of the problems and the design and implementation of actions using the psychopolitical model and the participatory action research (PAR) methodology. Participants were the nurses of 4 units of internal medicine at the public hospital "Virgen Macarena" in Seville. We have used the ISTAS questionnaire, interviews and discussion groups through which nurses and researchers have assessed, defined, proposed and implemented different actions in order to improve their work conditions.

Results: Problematic situations detected by the questionnaires are associated to psychological demands, role conflicts and esteem. The main cause of stress in healthcare professionals is the lack of staff, according to the opinion laid by supervisors. In the discussion groups, nurses accorded to get involved in three situations: a) the need of the continuous presence of an orderly to move patients which aren't autonomous; b) the need of controlling visit hours and the number of accompanying people with each patient; and c) the need to improve the registration of the activities assigned to nursing staff.

Conclusions: Among the strength of the psychopolitical model and PAR in a hospital context we must emphasize on the mobilization of professionals and the development of a critical consciousness. Among the weakness, those derived from bureaucratic processes. These barriers imply a challenge for change and organizational development.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Qué se conoce

El modelo transaccional vincula el estrés con las características del contexto; sin embargo, las intervenciones planteadas se han centrado en las estrategias de afrontamiento del trabajador, careciendo de éxito en la práctica.

Qué aporta

La psicología comunitaria con el modelo psicopolítico plantea un modo diferente de actuación. Planteamos un trabajo participativo en una organización jerárquica como la hospitalaria en el que éste no es común, lo que supone un cambio.

Introducción

La mayoría de las intervenciones en el estrés ocupacional en profesionales de enfermería han partido de la perspectiva transaccional, que lo define como un estado de tensión o *displacer*¹, consecuencia del desequilibrio entre las demandas planteadas por el contexto laboral y los recursos de los que dispone el profesional para enfrentarse a ellas. La mayoría de las intervenciones se han centrado en un nivel individual y dirigido a paliar los efectos del estrés en los profesionales y son escasas las actuaciones a un nivel organizacional para reducir la presencia de estresores. Como consecuencia, las intervenciones han mostrado una

efectividad limitada. Desde la psicología comunitaria, el enfoque psicopolítico ofrece un marco adecuado para analizar los procesos de estrés laboral sobre la base de las relaciones de poder y plantear intervenciones dirigidas a superar las limitaciones del modelo transaccional.

Nelson y Prilleltensky (2005)² definen el modelo psicopolítico como el intento de discernir los efectos opresores y emancipadores del quehacer psicológico, y promover el bienestar a través del incremento del poder en las personas y colectivos. Tener poder permite disfrutar de un estado de *bienestar*, mientras que carecer de él conduce a la *opresión*^{2,3}.

El *poder* se refiere a una combinación de oportunidades, que ofrece el contexto laboral (determinantes estructurales y externos), y capacidades (habilidades y conocimientos), que permiten a los individuos influir en el curso de los eventos² y satisfacer sus necesidades³. Así pues, el poder es un elemento clave del enfoque psicopolítico, que es observado en un continuo desde la falta de poder u opresión a la potenciación o *empowerment*. El enfoque psicopolítico parte de una visión ecológica de éste para el análisis de los problemas psicológicos. La perspectiva ecológica exige una visión contextual de los problemas y requiere un conocimiento en profundidad de los escenarios en los que tienen lugar. Atribuye el desarrollo de los problemas psicológicos a las dinámicas multinivel en los individuos sometidos a condiciones opresoras e insalubres^{4,5}. Estas asunciones permiten observar los problemas psicológicos en términos de consecuencias derivadas de la exposición continuada a la vivencia de la opresión y las condiciones sociopolíticas, ambientales y estructurales en términos de condiciones opresoras. De acuerdo con este enfoque, el estrés laboral puede ser observado como la consecuencia de trabajar en

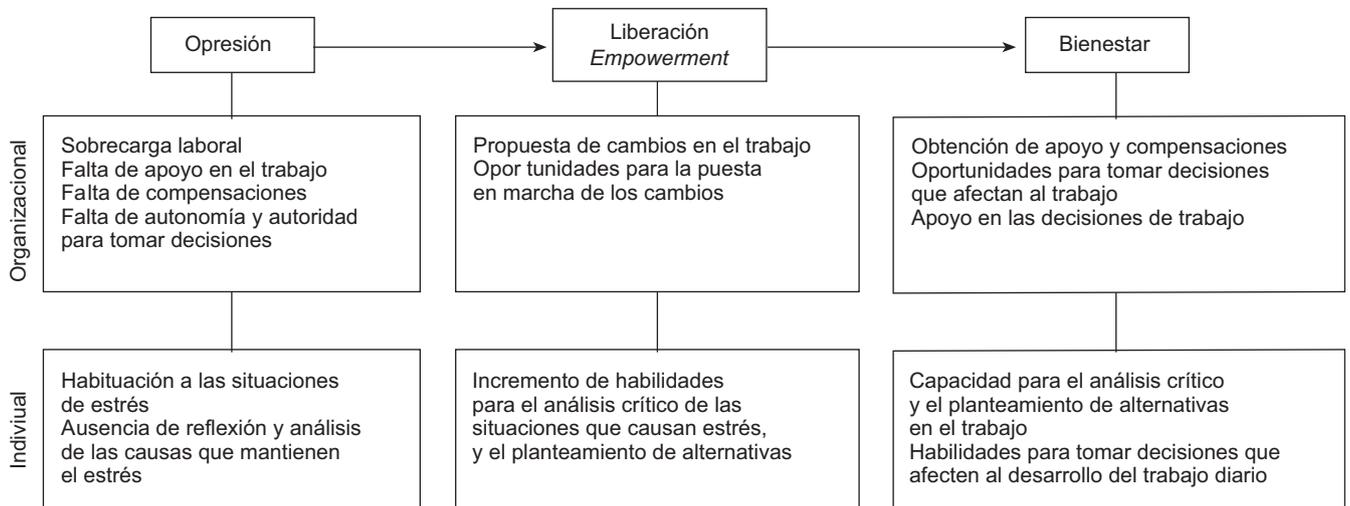


Figura 1 Modelo de afrontamiento de estrés ocupacional en enfermería basado en la perspectiva del poder. Fuente: elaboración propia sobre la base de la propuesta de Nelson y Prilleltensky, 2005².

condiciones laborales injustas e insalubres, que son interiorizadas (opresión interiorizada) por los profesionales a través de un proceso de habituación, que genera la naturalización de dichas condiciones².

En el trabajo de enfermería, características identificadas en la literatura médica como estresores, tales como sobrecarga laboral, falta de apoyo, de compensaciones, de participación en la toma de decisiones y de autonomía⁶, son condiciones habituales de trabajo que pueden ser consideradas la dimensión política de la opresión. La interiorización de estas condiciones provoca que los profesionales las naturalicen y consideren inmutables, lo que constituye la dimensión psicológica de la opresión. En consecuencia, las condiciones laborales habituales del trabajo de enfermería (tradicionalmente denominadas estresores) pueden ser vistas como situaciones de opresión y su afrontamiento entenderse como un proceso de liberación tanto individual como organizacional (fig. 1).

La liberación es un proceso de incremento de poder (*empowerment*) a través del cual se obtiene un mayor dominio sobre los propios asuntos⁷, lo que conduce a realizar actividades que previamente trascendían las propias habilidades⁸. Debe entenderse como un proceso a través del cual los profesionales llegan a tener la capacidad de controlar las características del trabajo y de lograr sus propios objetivos para conseguir una mayor calidad de vida⁹. Además, el *empowerment* supone el desarrollo de conciencia crítica sobre las condiciones de trabajo y se relaciona con el cambio individual y organizacional a través de la participación¹⁰. La conciencia crítica consiste en un proceso dialéctico en el que las personas cambian a medida que van definiendo las condiciones de carencia en sus vidas, como expresiones de injusticia social. Para los profesionales de enfermería hospitalaria, supone el incremento de sus habilidades para analizar críticamente las condiciones laborales que les causan opresión y merman su bienestar.

La investigación acción participativa (IAP) constituye una metodología idónea para plantear intervenciones en el estrés ocupacional desde este enfoque. Permite el análisis crítico de las condiciones de trabajo y el desarrollo de habilidades en los profesionales para gestionar cambios en la organización¹¹. Además, supone la participación de estos

profesionales en todas las etapas de la intervención¹²⁻¹⁴. El objetivo es hacer posible que los profesionales descubran que poseen recursos para ser su propio agente de cambio, de este modo se pretende que asuman el control de su trabajo y procuren resolver sus problemas. Más que dar soluciones de expertos a los problemas, se trata de hacer que los sujetos aprendan a resolverlos por sí mismos¹⁵. De este modo, las personas objeto de estudio son tratadas como colaboradoras y, al mismo tiempo, el investigador actúa como participante involucrado con las personas que está estudiando. De esta manera, se genera un conocimiento basado en un proceso de influencia mutua¹⁶ en el que la investigación y la intervención se interrelacionan.

Sobre la base de lo anteriormente descrito, presentamos la experiencia de una investigación e intervención sobre el estrés laboral de profesionales de enfermería desde el modelo psicopolítico. Los objetivos de nuestro trabajo han sido los siguientes: a) determinar las causas concretas del estrés en enfermería redefiniéndolas en términos de opresión; b) diseñar e implementar acciones dirigidas a reducir el estrés, y c) llevar a cabo un proceso de *empowerment* en los profesionales de enfermería, a través de la transformación de los patrones psicológicos y políticos de la opresión.

Método

Se ha utilizado la metodología de IAP, empleando técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. La intervención se ha realizado con profesionales de enfermería pertenecientes a 4 unidades de hospitalización, de Medicina Interna, del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, durante los años 2006-2007. El estudio parte de la preocupación de la dirección de enfermería por el aumento del nivel de absentismo en los profesionales de enfermería, problema que es comunicado a la responsable de enfermería de la unidad de investigación, para su análisis y propuesta de soluciones. Aunque no se puede objetivar que la causa de este incremento en el absentismo sea el estrés, se observa que son las unidades con mayores cargas de trabajo las que presentan unos índices más elevados. Además, en la

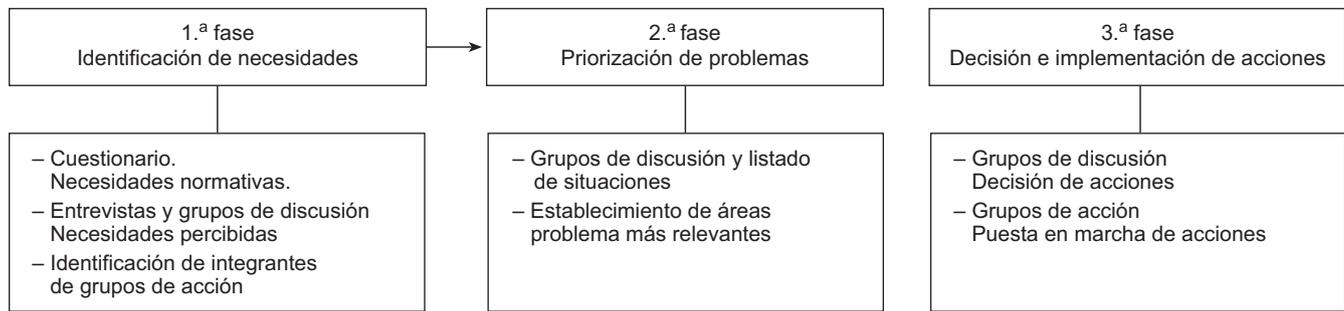


Figura 2 Fases de la práctica para reducir la opresión en el personal de enfermería.

literatura de enfermería hay numerosos estudios que proporcionan evidencia de la asociación entre estrés y absentismo¹⁷⁻¹⁹. Por ello, se redefine el absentismo como un problema de estrés y se propone intervenir en éste desde el modelo psicopolítico de la psicología comunitaria, utilizando la metodología de la IAP. Para ello, se implicó a los diferentes niveles jerárquicos de la organización en las distintas fases del estudio (fig. 2).

1. Primera fase: determinación de las situaciones estresantes. Identificación de los problemas.

Para la identificación de los problemas que generaban estrés en los profesionales de enfermería en las unidades asistenciales se utilizaron medidas objetivas y subjetivas, sobre la base de los criterios de necesidad normativa y percibida definidos por Bradshaw (1972)²⁰. El ambiente de trabajo fue valorado mediante las variables incluidas en el cuestionario Ista-21²¹. Por otra parte, mediante *entrevistas* y *grupos de discusión*, se recogió información de los problemas percibidos por los profesionales en su contexto de trabajo y se contextualizaron las primeras. La realización de los grupos de discusión proporcionó a los profesionales la oportunidad para que narrasen sus condiciones de trabajo. Más acostumbrados a responder encuestas, cuestionarios, etc., muestran su sorpresa ante las preguntas de su relación con las condiciones de trabajo. El comentario “es la primera vez en 20 años que me preguntan cómo estoy en el trabajo” fue bastante frecuente.

Cuestionario Ista-21: este instrumento evalúa 20 dimensiones psicosociales laborales (características organizacionales), más la dimensión “doble presencia”. Además, registra síntomas de estrés (conductuales, cognitivos y somáticos) y satisfacción con el trabajo. Se entregaron 81 cuestionarios a los profesionales de enfermería de las 4 unidades participantes que llevaban al menos un año en la unidad, con el objetivo de que conocieran bien el funcionamiento de ésta. Se entregaron mediante reuniones en las que se les proporcionaba información (oral y escrita) sobre los objetivos del estudio. A través de estas reuniones los investigadores comenzaron a establecer relaciones de confianza con los profesionales. Además, se inició el desarrollo de conciencia crítica y *empowerment*, que fue facilitado por el proceso de narración de sus historias².

Entrevistas semiestructuradas individuales: un profesional de enfermería realizó las entrevistas a los supervisores de las 4 unidades asistenciales. El guión fue elaborado

por miembros del grupo de investigación con el asesoramiento de un psicólogo experto en el tema de estudio, y estaba dirigido a identificar la percepción que tenían los supervisores del estrés en sus unidades y sus causas, así como las dificultades que tenían en la gestión de éste. Estas entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas por miembros del grupo de investigación y validadas por los participantes.

Grupos de discusión: se condujeron 2 con el personal de enfermería (diplomado y auxiliar) que llevaba al menos 1 año en la unidad, de 3 unidades hospitalarias (1 cerró por obras). En total participaron 11 personas que se mostraron dispuestas a colaborar en las fases posteriores y a liderar en sus unidades las propuestas que se decidieran. Establecimos un debate en torno a los resultados obtenidos con el cuestionario. De este modo, los propios profesionales contextualizaron los problemas en sus unidades de trabajo. La participación en su análisis favorece el desarrollo de conciencia crítica y *empowerment*²². La información que se obtuvo fue grabada, transcrita y analizada por los investigadores y validado por los participantes.

2. Segunda fase: priorización de las situaciones problema.

Grupos de discusión: ante la dificultad para intervenir en todas las situaciones problemáticas identificadas, éstas se priorizaron sobre la base de la importancia concedida a ellas y las posibilidades percibidas de cambio. Participaron 11 personas. Además, con el objetivo de contar con la opinión de todo el personal, se les pasó un listado de las situaciones que debían priorizar de mayor a menor importancia.

3. Tercera fase: decisión e implementación de las acciones.

Se llevaron a cabo 3 grupos de discusión, uno en cada unidad. En ellos participaron un total de 18 profesionales, 6 por cada grupo. En esta fase se discutieron las posibles soluciones a los problemas priorizados y se crearon los grupos de acción²³ para la puesta en marcha de las propuestas. La realización de estos grupos de discusión supone una estrategia de incremento de poder, ya que se desarrolla la habilidad de analizar y solucionar problemas^{22,24}.

Para el análisis de los datos se utilizó la aplicación informática del cuestionario Ista-21 y el programa Atlas-ti. Para las entrevistas, el análisis de los datos siguió los pasos indicados por Miles y Huberman (1994)²⁵, reducción de datos, presentación de datos o extracción y verificación de conclusiones. En la reducción de los datos, éstos fueron separados en unidades siguiendo criterios temáticos. Dichas

Tabla 1 Entrevistas de supervisores. Códigos y citas

Código/definición	Algunas citas asociadas
Carga/trabajo: “Desbordamiento de trabajo en las unidades por las características del enfermo y la falta de personal”.	<p>“El problema allí más, que te encuentras más de cara es, normalmente las cargas de trabajo para lo que es número de personas”.</p> <p>“... por el volumen de ingresos y por el volumen de intervenciones sí es cierto que se ve detrás, si se sabe leer, que hay muchas cargas asistenciales, sobre todo en el turno de la tarde”.</p>
Dificultad/formación: “Problemas y obstáculos para realizar cursos de formación, a pesar de ser uno de los objetivos a cubrir”.	<p>“... el tema de la formación es complicado porque el personal se retranquea mucho. Primero porque, si es algo fuera de aquí realmente los días no se están cubriendo [...] no me cubren a esa persona, y si la cubren es complicado, más en los días en que estamos”.</p> <p>“El tema de formación, pues a costa del compañero. Hay veces que no pueden subir a la formación porque se sienten mal”.</p>
Gestión/RR. HH.: “Dificultades del supervisor para gestionar al personal de la unidad (i. e. cubrir bajas, facilitar la formación, conceder días libres o festivos)”.	<p>“... yo creo que lo que más problema, lo que más tiempo te lleva, son los recursos humanos, lo que está relacionado con la plantilla. Pues eso, que estén todos los huecos cubiertos, eso”.</p> <p>“... por ejemplo, bueno, ‘dame este día yo te lo devuelvo’, en eso sí yo me llevo muchísimo tiempo”.</p> <p>“... yo les respondo, porque vamos yo muevo Roma con Santiago para poder darle ese día”.</p> <p>“... jugando continuamente con la planilla, jugando continuamente”.</p>
Material/trabajo: “Gestión de los recursos materiales de la unidad”.	<p>“A veces, a veces nos vemos... Ahora tenemos sobre todo problema con los sueros, que a veces, no se por qué, o con algún medicamento en concreto, pero normalmente no solemos tener problemas con los recursos. Lo que pedimos, vienen viniendo con regularidad”.</p>
Objetivo/dificultades: “Dificultades para llevar a cabo los objetivos marcados por la dirección. Percepciones de no participar en la toma de decisiones relacionadas con su trabajo”.	<p>“... el problema son los registros, son tan incómodos, tanto registro, tanto papel y tanta cosa. [...] hay cada vez más, y cada vez va a haber más, y la gente ve un formato nuevo y se echa a temblar: por dios, otro papel no”.</p> <p>“Es la idea que tienen ellos, que lo pone alguien que evidentemente no está ahí trabajando, evidentemente este formulario no lo ha podido hacer una persona que esté aquí”.</p>
Registro/inapropiados: “Elaboración de los registros sin contar con el personal que los aplica”.	<p>“... por eso mismo porque como no son trabajadores a pie de cama no está todo ahí registrado, hay cosas que no sirven para nada y cosas que faltaban. Entonces lo que han hecho es un reajuste, pero la hoja está ahí, es una hoja incómoda”.</p> <p>“... no me parece normal hacerle el alta a una persona que viene un día a hacerse un... que te digo yo, ingresos reglados, que vienen a hacerse una prueba y se van. [...] vamos a hacérselo a los pluripatológicos de verdad, a los que de verdad merezcan la pena, a los que en atención primaria tengan que seguir, que llevan una úlcera, pero a todo el mundo ¿para qué?”</p>
Trabajo/equipo: “Colaboración entre los diferentes grupos profesionales que trabajan en la unidad”.	<p>“... es difícil hacerles entender que bueno, cuando se les llama es porque hay una necesidad que hay que cubrir, entonces ellos (los celadores) lo ven de otra manera, en fin”.</p> <p>“Con los médicos es un poco más complicado. Los médicos ya es un estamento que aquí concretamente, yo no sé en otros sitios, pero aquí, van a su libre albedrío”.</p>

RR. HH.: recursos humanos.

unidades se categorizaron basándose en las preguntas de la entrevista realizada, y se llevó a cabo la codificación de cada categoría. Por último, se extrajeron las conclusiones oportunas para cada categoría. Las categorías y los códigos fueron elaborados y consensuados por dos integrantes del grupo de investigación. Los grupos de discusión fueron sometidos a un análisis de contenido manual que siguió la misma lógica descrita para las entrevistas.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Virgen Macarena.

Los participantes han firmado el consentimiento informado en las diferentes fases del proyecto y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Resultados

Como parte importante de la metodología de IAP hay que señalar que en cada una de las fases se elaboraron informes con los resultados, que fueron entregados tanto a la dirección como a los profesionales de enfermería. De este modo se validaba la información y se mantenía a todos los implicados informados del proceso. A continuación se detallan los resultados de cada una de las fases.

1. Primera fase: determinación de las situaciones estresantes. Identificación de los problemas.

Cuestionario Ista 21: de los 81 cuestionarios entregados se recogieron 33 cumplimentados correctamente (tasa de respuesta del 40,74%), 29 pertenecientes a mujeres y 3 a varones. El grupo de edad más numeroso se encontró entre 36 y 45 años ($n = 17$). Hay 16 diplomadas universitarias de enfermería, 16 auxiliares de enfermería y 1 supervisora de planta. Veinte profesionales tienen un contrato fijo y 13 son eventuales. El turno mayoritario es el rotatorio ($n = 23$), con 8 personas fijas de mañana, 1 persona fija de noche y 1 persona con horario irregular. Las 21 dimensiones medidas se dividen en problemáticas (porcentaje de trabajadores expuestos a la situación más desfavorable superior al 33,3%) o favorables (porcentaje de trabajadores expuestos a la situación más favorable superior al 33%). En nuestro estudio, las problemáticas aparecen relacionadas con las exigencias psicológicas, el conflicto de roles y la estima. Las favorables se relacionan con el apoyo social en la empresa y con la calidad de liderazgo. En cuanto a los síntomas de estrés y satisfacción, la muestra se sitúa en un nivel de exposición desfavorable para la salud, por encontrarse en esta situación más del 50% de la muestra (el 56,16% para los síntomas conductuales de estrés; el 54,8% para los somáticos; el 60,27% para los cognitivos y el 62,86% para la satisfacción con el trabajo).

Entrevistas semiestructuradas: partiendo de las propias palabras de los supervisores se crearon siete códigos (tabla 1). A través de ellos observamos cómo los supervisores consideran como principal causa de estrés la falta de personal. Plantean que las cargas de trabajo son elevadas, por el aumento de demandas de los pacientes y familiares y del trabajo burocrático. Muchos de los registros que el personal tiene que cumplimentar se perciben inadecuados al duplicar la información recogida sobre el paciente. Por otro lado, hacen

referencia a la dificultad para llevar a cabo la formación en horario laboral, ya que el asistir a ésta supone aumentar las cargas de trabajo en los compañeros. En relación con los objetivos anuales de la unidad, resaltan la necesidad de aumentar la participación del personal de las unidades en su definición. También consideran un factor de estrés añadido, la falta de material en determinadas ocasiones. En cuanto a las relaciones entre diferentes grupos profesionales, consideran que el trabajo en equipo existe entre diplomadas y auxiliares, pero falla con el resto de los profesionales. Estas cuestiones mencionadas por los supervisores coinciden en gran medida con las descritas por enfermeras y auxiliares en los grupos de discusión.

Grupos de discusión: del análisis de contenido del debate suscitado en relación con los resultados del cuestionario resultaron 22 situaciones que se agruparon en siete áreas problemáticas: a) organización del trabajo; b) coordinación con otros profesionales; c) trato de los familiares y de los pacientes con los profesionales; d) oportunidades de formación; e) falta de habilidades; f) problemas estructurales (p.ej., política de visita de familiares), y g) infraestructura (p.ej., falta de espacio físico, mobiliario o material) (tabla 2).

2. Segunda fase: priorización de las situaciones problema.

Grupos de discusión: las siete áreas identificadas fueron priorizadas, sobre la base de la importancia dada a éstas y a la percepción de posibilidades de cambio. Éstas fueron listadas para que todo el personal de las unidades decidiera las 3 situaciones sobre las que intervenir, resultando las siguientes: a) necesidad de la presencia continua del celador en las unidades para la movilización de los pacientes no autónomos; b) necesidad de controlar el horario de visitas y el número de familiares que acompañan a los pacientes (muy elevado por ser un hospital de "puertas abiertas"), y c) necesidad de mejorar los registros de las actividades implantados al personal de enfermería. Se decidió intervenir sobre tres situaciones para llevar a cabo una acción diferente por unidad.

3. Tercera fase: decisión e implementación de las acciones.

Una vez elaboradas las propuestas por el personal de enfermería, éstas fueron transmitidas a la dirección de enfermería, que autorizó la puesta en marcha de una serie de acciones con ajuste a los recursos disponibles. En la tabla 3 se presentan las propuestas del personal y las acciones que se están llevando a cabo por lo que no han podido ser evaluadas.

Discusión

Hemos presentado una intervención para el afrontamiento del estrés ocupacional que parte de la redefinición del problema de estrés en términos de opresión y utiliza como metodología la IAP.

En primer lugar, la utilización del enfoque psicopolítico y de la IAP ha supuesto un cambio en las intervenciones tradicionales en el estrés laboral, al darle un mayor protagonismo a los profesionales en la solución de sus problemas. Han participado en un proceso descrito por Watts y Abdul-Adil (1998)²⁶ que evoluciona, desde un estado acrítico hasta el de liberación. Por ejemplo, en relación con las reiteradas quejas por el exceso del

Tabla 2 Grupos de discusión. Áreas problemáticas y citas asociadas

Áreas problemáticas	Algunas citas asociadas
Organización del trabajo	“El tema de las altas, que muchas veces no se ha ido todavía el enfermo cuando ya te ha llegado el otro”. (P1) “No estaría mal que se replanteara el tema de los registros en el sentido de que se están introduciendo en muy poco tiempo muchos, y en muchos o en todos se refleja lo mismo. Entonces no es que sea más trabajo sino que en sí la cantidad de registros repiten mucha información”. (P3)
Coordinación con otros profesionales	“Muchas veces ves a alguien que está mal, llamas al médico y el médico no es ya voy, sino por qué me llamas, qué quieres, explícame lo que tiene el enfermo”. (P1) “Muchas veces hay que hacer cambios posturales y como no hay un celador en cada unidad, sino que es compartido... Pues es que nosotras no podemos porque después tenemos las espaldas...” (P4)
Trato de familiares y pacientes con los profesionales	“Hay una falta de respeto de los familiares y los pacientes hacia nosotras. Luego viene el médico y a él no le hablan igual”. (P4)
Oportunidades de formación	“Tenemos problemas para hacer los cursos, porque no nos cubren y entonces lo que hacemos es a expensas del compañero, que se queda solo en la planta”. (P2) “Te lo exigen, pero no te ponen los medios para formarte”. (P3)
Falta de habilidades	“Hay gente que nunca ha utilizado el ordenador y no sabe cómo hacerlo”. (P2)
Problemas estructurales (p. ej. política de visita de familiares)	“Es un problema que haya siempre tanta gente en la planta, que tienes que estar diciendo ‘sálgase, sálgase...’” (P3) “Es que vienen del quirófano y entran 10 familiares en la habitación, pero no comprenden que acaba de salir de una operación, por qué no entráis de dos en dos, y lo entienden, pero al rato vuelven a entrar todos”. (P3)
Infraestructura (p. ej. falta de espacio físico, mobiliario, material)	“Lo que tampoco es lógico es que esté la medicación donde las historias, y es que no tiene sentido. Porque cuando estás preparando la medicación, ahora viene el médico porque necesita una historia y te tienes que mover, tienes que coger suero...” (P3)

Tabla 3 Propuestas y acciones para el cambio organizacional

Propuesta	Acción
Elaboración de un tríptico para entregar a los familiares, en el que se recogerían las normas a tener en cuenta durante su estancia en el hospital (p. ej. presencia de un solo acompañante por paciente; silenciar los móviles). Estas normas serían definidas por el personal. Para recoger las sugerencias de todos los turnos deberían poner por escrito sus aportaciones.	<i>Control del número de familiares</i> Se establecieron grupos de acción en las unidades, formados por diplomadas, auxiliares y supervisores, para poner en marcha la propuesta y evaluar su funcionamiento. No obstante, el control de familiares se puso en marcha en más unidades de las contempladas en nuestro proyecto y por una persona ajena a éste. El tríptico que se utiliza no es el elaborado por el personal.
Incorporar un celador en una de las unidades del estudio y establecer un registro para la medición de sus actividades.	<i>Presencia continua del celador en las unidades</i> Se ha incluido el celador, aunque sólo los fines de semana. No obstante, se han medido en todas las unidades las actividades desempeñadas por este grupo profesional. En este estudio ha participado todo el personal auxiliar.
Revisión de los registros de las actividades que realiza enfermería para unificarlos en la medida de lo posible y evitar repeticiones.	<i>Revisión de los registros</i> Se ha creado un grupo de acción en una de las unidades, que está llevando a cabo su revisión y modificación para pilotar su funcionamiento.

trabajo burocrático, las enfermeras pasan a la propuesta de unificar registros para facilitar su trabajo y se implican en la elaboración de éste.

En segundo lugar, a diferencia de las intervenciones tradicionales en el estrés ocupacional²⁷, las acciones propuestas por los profesionales sobre los cambios en las

condiciones de trabajo, han sido derivadas a la dirección de enfermería y han tenido su apoyo, lo cual ha facilitado el acceso a los recursos necesarios para ponerlas en marcha. Sin embargo, una limitación de la intervención es que la comunicación con la dirección se ha llevado a cabo a través de las investigadoras, por la dificultad que supone ajustar las

agendas de todos los implicados para organizar encuentros. En futuros estudios se recomienda la creación de una coalición, ya que tal como muestran algunos autores²⁸ es la mejor manera de crear relaciones entre diferentes grupos o niveles jerárquicos para la solución de un problema común y el logro de un cambio social. Mediante la coalición, las enfermeras asistenciales, los supervisores y la dirección habrían trabajado juntos, debatiendo abiertamente los problemas y los recursos disponibles para solucionarlos.

Por otro lado, debemos resaltar las barreras que nos hemos encontrado ya que suponen un desafío para el cambio y el desarrollo organizacional²⁹, tal como la rigidez del modelo burocrático que guía a la mayoría de las organizaciones públicas. En este tipo de organizaciones es muy difícil llevar a cabo acciones para el cambio si éste no está determinado desde estructuras superiores. Además, al ser organizaciones dinámicas (esto es, movimiento de personal asistencial y supervisores, cambios en el turno de trabajo u obras de mejora) se puede atribuir a la intervención resultados que son debidos a variables no contempladas en ésta³⁰. En nuestro trabajo, los turnos del personal y la dificultad para realizar reuniones fuera del horario laboral ha hecho que dilatemos en el tiempo nuestras acciones, lo que ha supuesto que ocurran cambios en la institución paralelamente a la intervención que nos han obligado a hacer múltiples adaptaciones. Para futuras actuaciones, recomendamos establecer un calendario de acciones más preciso, aunque con suficiente flexibilidad para adaptarse a las circunstancias de la población de estudio. Por último, tenemos que destacar la importancia de la IAP, que da participación a los trabajadores en la solución de sus problemas. Este aspecto ha resultado muy novedoso para los profesionales de enfermería que están acostumbrados a niveles de participación muy bajos en la gestión de su trabajo.

Financiación

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2006 (CS68/06).

Asociación Sanitaria Virgen Macarena

Agradecimientos

En primer lugar agradecemos a todas las profesionales de enfermería, tanto diplomadas como auxiliares, así como a los supervisores/as, su implicación en las diferentes fases de este estudio. Agradecemos también a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y a la Asociación Sanitaria Virgen Macarena por confiar en este proyecto y proporcionarle financiación, ya que de este modo se ha hecho posible.

Los resultados preliminares del estudio titulado "Propuesta de un modelo de Buenas Prácticas Contextuales en Prevención del Absentismo entre Profesionales de Enfermería Hospitalaria", financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2006 (N.º de expediente 68/06) han sido presentados en las siguientes jornadas y congresos:

XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería y 6.º Coloquio Bidual Joanna Briggs. Córdoba, España; 12–15 de noviembre de 2008. *Entidad/grupo organizador*: Investen-lsc III. *Tipo de participación*: comunicación oral. *Título*: Elaboración de Buenas Prácticas en Prevención del Absentismo en Enfermería. Puesta en

marcha de acciones. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío; Prieto Guerrero, María Milagros y García Nieto, Alejandro Antonio.

2nd International Conference on Community Psychology. Lisboa, Portugal; 4–6 de junio de 2008. *Entidad/grupo organizador*: ISPA. *Tipo de participación*: comunicación oral. *Título*: Cambio Organizacional para Disminución del Estrés en Profesionales de Enfermería Hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús y Morano Báez, Rocío.

VI Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales. A Coruña, Galicia, España; 14–16 de mayo de 2008. *Tipo de participación*: comunicación oral. *Título*: Propuesta de un Modelo de Buenas Prácticas en la Prevención del Absentismo entre Profesionales de Enfermería Hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío y Prieto Guerrero, María Milagros.

V Jornadas de Investigación del Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla, España; 8–10 de noviembre de 2007. *Entidad/grupo organizador*: Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen Macarena. *Tipo de participación*: póster. *Título*: Evaluación de factores de riesgo psicosocial en enfermería hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío; Prieto Guerrero, María Milagros; García Rubio, J.

XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid, España; 14–16 de noviembre de 2007. *Entidad/grupo organizador*: Investen-lsc III. *Tipo de participación*: póster. *Título*: Evaluación de factores de riesgo psicosocial en enfermería hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío; Prieto Guerrero, María Milagros; García Rubio, J.

XVI Congreso de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. Pamplona, España; 21–23 de marzo de 2007. *Entidad/grupo organizador*: Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública. Gobierno de Navarra. Ministerio de Administraciones Públicas. Ayuntamiento de Pamplona. Universidad Pública de Navarra. *Tipo de participación*: comunicación oral. *Título*: Propuesta de un modelo de buenas prácticas contextualizadas en la prevención del absentismo entre profesionales de enfermería hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío; Prieto Guerrero, María Milagros; Sánchez Medina, María Nieves; De Salzar Mir, Adolfo; García Nieto, Alejandro Antonio.

IV Jornadas de Investigación del Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla, España; 19 y 20 de diciembre de 2006. *Entidad/grupo organizador*: Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen Macarena. *Tipo de participación*: comunicación oral. *Título*: Propuesta de un modelo de buenas prácticas contextualizadas en la prevención del absentismo entre profesionales de enfermería hospitalaria. *Autores*: Albar Marín, María Jesús; Morano Báez, Rocío; García Rubio, Jesús; De Salazar Mir, Adolfo; García Nieto, Alejandro Antonio; Arellano Bravo, Eduardo; Hedo Moreno, Germán; Sánchez Medina, María Nieves; Prieto Guerrero, María Milagros.

Bibliografía

1. Brown C, O'Brien KM. Understanding stress and burnout in shelter workers. *Prof Psychol Res Pr*. 1998;29:383–5.

2. Nelson G, Prilleltensky I. *Community Psychology. In pursuit of liberation and wellbeing*. New York: Palgrave MacMillan; 2005.
3. Della Porta D, Diani M. *Social movements: An introduction*. Oxford: Blackwell; 1999.
4. Brofenbrenner U. *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
5. Prilleltensky I, Nelson G. *Community psychology: Reclaiming social justice*. En: Fox D, Prilleltensky I, editors. *Critical psychology. An introduction*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997. p. 166–84.
6. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex*. 2002;44:33–44.
7. Rappaport J. *Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology*. *Am J Community Psychol*. 1987;15:121–48.
8. Adams R. *Self-Help, social work and empowerment*. London: McMillan; 1990.
9. Powell TJ. *Working with self-help*. Silver Spring: National Association of Social Workers; 1990.
10. Flyvbjerg B. *Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again*. New York: Cambridge University Press; 2001.
11. Fals-Borda O. *Conocimiento y poder popular*. Bogotá: Siglo XXI; 1985.
12. Park P. *What is participatory action research? A theoretical and methodological perspective*. En: Park P, editor. *Health education and health behaviour*. Toronto: OISE Press; 1993. p. 257–87.
13. Meyer J. *New paradigm research in practice the trials and tribulations of action research*. *J Adv Nurs*. 1993;18:1066–72.
14. Rasmussen S. *Action research as authentic methodology for the study of nursing*. En: Thorne S, Hayes VE, editors. *Nursing praxis*. Beverly Hills: Sage; 1997. p. 254–66.
15. Hombrados MI, Gómez L. *Potenciación en la intervención comunitaria*. *Intervención Psicosocial*. 2001;10:55–69.
16. Chavis DM, Wandersman A, Stuckey PE. *Returning basic research to the community. A relationship between scientist and citizen*. *Am Psychol*. 1983;38:424–34.
17. Moncada S. *Salud laboral*. En: Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gil M, Maset P, Navarro V, editors. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1998.
18. Niedhammer I, Bugel I, Golberg M, Leclercq A, Guèguen A. *Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: A prospective study*. *Occup Environ Med*. 1998;55:735–41.
19. Hemingway M, Smith C. *Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1999;72:285–300.
20. Bradshaw J. *The concept of social need*. *New Soc*. 1972;30:640–3.
21. Moncada S, Llorens C, Kristensen TS. *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método Istas-21 (CoPsoQ) [consultado marzo 2006]*. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS); 2004. Disponible en: http://www.profei.com/Centre_doc_2006/PSICOSOCIAL/Metodo_ISTAS21.pdf
22. Suárez-Balcázar Y. *La psicología comunitaria en las comunidades hispanas de Estados Unidos*. En: González AM, editor. *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis; 1998. p. 107–19.
23. Balcázar F. *La investigación-acción participativa en la psicología comunitaria: principios y retos*. *Apuntes de Psicología*. 2003;21:419–35.
24. Fawcett SB, White G, Balcázar F, Suárez-Balcázar Y, Paine A, Seekins T, et al. *A contextual behavioral model of empowerment: Case studies with people with physical disabilities*. *Am J Community Psychol*. 1994;22:475–96.
25. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: An exemplar sourcebook*. Newbury Park: Sage; 1994.
26. Watts R, Abdul-Adil J. *Promoting critical consciousness in young African-American men*. *J Prev Interv Community*. 1998;16:63–86.
27. Ivancevich JM, Matteson MT, Freedman SM, Phillips JS. *Worksite stress management interventions*. *Am Psychol*. 1990;45:252–61.
28. Berkowitz W, Wolff T. *The spirit of the coalition*. Washington, DC: American Public Health Association; 2000.
29. McConkie ML. *Organization development in the public sector*. En: Huse EF, Cummings TG, editors. *Organization development and change*, 3rd ed. St. Paul: West; 1985. p. 418–26.
30. Buckwalter KC, Grey M, Bowers B, McCarthy AM, Gross D, Funk M, et al. *Intervention research in highly unstable environments*. *Res Nurs Health*. 2009;32:110–21.