

El abordaje de las enfermedades crónicas y la motivación de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria

The approach to chronic diseases and Primary Health care nurses motivation



Autora: Leyre Rueda García
Directora: María Madrazo Pérez
4º Curso de Grado en Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería
"Casa de Salud Valdecilla"
Universidad de Cantabria

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Estado actual de la cronicidad.....	3
2.2. Objetivos.....	3
2.3. Estrategia de búsqueda de la bibliografía.....	3
2.4. Descripción de los capítulos	4
CRONICIDAD.....	6
3.1. Qué son las enfermedades crónicas	6
3.2. Factores de riesgo y determinantes de la salud que contribuyen a desarrollar enfermedades crónicas.....	6
3.3. Datos epidemiológicos e impacto socioeconómico	11
ABORDAJE DE LA CRONICIDAD	14
4.1. Abordaje actual de la cronicidad	14
4.2. Necesidad de cambios en el abordaje de la cronicidad	16
MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	20
5.1. Emociones negativas en el ámbito laboral	20
5.2. Afrontamiento de adversidades	23
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	31

RESUMEN

Los cambios en el estilo de vida de las distintas poblaciones han ocasionado que las enfermedades crónicas acompañen a las personas durante largos años y se produzcan, cada vez con mayor frecuencia, entre individuos de muy diversas edades y condiciones.

La forma de enfocar la incidencia y prevalencia de la cronicidad ha cambiado en los últimos años, pues se ha comenzado a buscar sus causas allí donde no se había dirigido la mirada hasta el momento: políticas públicas, injusticias sociales, existencia de oportunidades a causa de haber nacido en un país o en otro, accesibilidad a alimentos de calidad... Son solo algunos factores que podrían no ser tan intuitivos a la hora de descifrar el complicado entramado de la cronicidad y que serán abordados en este trabajo.

Así como la cronicidad en sí ha ido cambiando con el paso de los años, también lo ha de hacer la forma de atenderla en el servicio sanitario. Los profesionales de enfermería del ámbito de Atención Primaria cumplen con un papel esencial a la hora de procurar cuidados a las personas con alguna enfermedad crónica. El trabajo en equipo y la motivación son factores fundamentales, aunque no siempre valorados, para que dichos cuidados sean de calidad.

ABSTRACT

Changing lifestyles of different populations have caused that chronic diseases accompany people during years and happen between various individuals every time with more frequency.

The way in which incident rate and prevalence of chronic diseases are focused has changed recently, as its causes are now sought wherever they had not been looked for before: public policies, social injustices, the existence of opportunities with just being born in one or another country, accessibility of high-quality food... These are just a few factors that will be tackled in the present work, some of them not very intuitive when the time comes to resolve the complicated scheme of chronic diseases.

As chronicity itself has been changing over the years, the way in which it is attended in the health service has to change too. Primary Health care nurses fulfill an essential role when it is time to provide people with chronic care. Teamwork and motivation are key aspects not always appreciated, but necessary to provide high-quality care.

Palabras clave: enfermedad crónica, motivación, enfermeros, Atención Primaria.

Key words: chronic disease, motivation, nurses, Primary Health care.

INTRODUCCIÓN

2.1. Estado actual de la cronicidad

Cualquier individuo es susceptible de desarrollar, con el tiempo, alguna enfermedad crónica que vaya a acompañarle a lo largo de los años, aunque sea de forma lenta y progresiva. Un alto porcentaje de la población mundial muere cada año a causa de las consecuencias de estas enfermedades, siendo gran parte de estas personas menor de sesenta años. El contexto sociopolítico y socioeconómico presente, además del patrón epidemiológico que predomina en sociedades como las de occidente, ayuda a explicar la prevalencia e incidencia de los casos de cronicidad.

Esta situación apremiante requiere de cambios a la hora de abordar la cronicidad y de dotar a los profesionales de enfermería de lo necesario para hacer frente a estas circunstancias.

2.2. Objetivos

Objetivo general

- Exponer la necesidad de cambios en el ámbito de Atención Primaria a la hora de abordar las enfermedades crónicas.

Objetivos específicos

- Explicar en qué se fundamentan las enfermedades crónicas.
- Sugerir modificaciones en la manera de encarar este tipo de enfermedades por parte de los profesionales de enfermería desde un punto de vista motivacional y de afrontamiento.

2.3. Estrategia de búsqueda de la bibliografía

La búsqueda de la información para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo de la siguiente manera:

- En primer lugar se consultó el repositorio académico en abierto de la Universidad de Cantabria, UCrea, con el fin de conocer un poco mejor el procedimiento a seguir para la realización de un Trabajo de Fin de Grado.
- A continuación se definieron las palabras clave a partir de los descriptores MeSH y DeCS.
 - MeSH: “nurses”, “motivation”, “Primary Health care”, “chronic disease”. Dada la dificultad de encontrar artículos o documentos que relacionaran directamente el aspecto motivacional con el campo de la enfermería en Atención Primaria de Salud en algunas bases de datos, se suprimió el descriptor “motivation”, pasando entonces a obtener cerca de 220 resultados en la base de datos PubMed.

- DeCS: Atención Primaria, motivación, enfermedad crónica, enfermeros.
- Se han empleado esas palabras clave en las distintas bases de datos a las que se puede acceder a partir del acceso remoto a la Biblioteca de la Universidad de Cantabria, siendo las más usadas PubMed y Google Académico.
- Las búsquedas de los artículos se han realizado usando filtros que permitieran obtener documentos tanto en español como en inglés y con una antigüedad máxima de seis años, exceptuando algunos como, por ejemplo, un glosario de epidemiología y una revisión bibliográfica que a pesar de datar de fechas anteriores, aportaron información útil y necesaria.
- Se ha consultado, igualmente, materia impartida a lo largo de la carrera universitaria en asignaturas como “Educación y Promoción de la Salud” y “Atención a la salud de la comunidad”.
- La información de tipo cuantitativo y los datos más objetivos se han obtenido a partir de fuentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria (2015-2019) y la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud del 2012 publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Se han consultado dos tesis doctorales del ámbito de Psicología y un cuaderno de investigación en Psicología Social.
- Tuve la oportunidad de asistir a una charla sobre cronicidad impartida por enfermeros y médicos del Servicio Cántabro de Salud el pasado mes de marzo que me ayudó a afianzar conocimientos y a convencerme sobre lo que quiero expresar con la realización de este trabajo.

2.4. Descripción de los capítulos

- **Capítulo I. Cronicidad**

En el primer capítulo se aportan datos sobre enfermedades crónicas a nivel global. En algunos casos más concretos se especifica si se está hablando de datos a nivel mundial, europeo, nacional... o incluso de la comunidad cántabra. También se explica cómo los factores de riesgo y los determinantes de la salud contribuyen a la aparición de este tipo de enfermedades, contextualizando toda la información con datos epidemiológicos y dedicando una breve reseña al impacto socioeconómico que provoca la cronicidad.

- **Capítulo II. Abordaje de la cronicidad**

A pesar de que este capítulo está subdividido en dos secciones, ambas plasman cómo ha ido cambiando la cronicidad con el paso del tiempo, así como la forma de entenderla y de prestar cuidados a los pacientes. Se menciona el uso de modelos para la gestión de la cronicidad, planes para el desarrollo de estrategias y otros conceptos como el del paciente experto o los cuidadores informales.

- **Capítulo III. Motivación de los profesionales de Enfermería**

Se dedica el último capítulo del trabajo a las sensaciones, actitudes, opiniones... de los enfermeros de Atención Primaria y cómo esto afecta a sus funciones a la hora de atender a pacientes con patologías crónicas. Se habla acerca del “burnout”, la peor forma posible en la que pueden presentarse las emociones negativas en el contexto laboral, además de las estrategias motivacionales y de afrontamiento que se puede aprender a desarrollar de forma individual.

CRONICIDAD

3. Capítulo I

3.1. *Qué son las enfermedades crónicas*

3.2. *Factores de riesgo y determinantes de la salud que contribuyen a desarrollar enfermedades crónicas*

3.3 *Datos epidemiológicos e impacto socioeconómico*

3.1. **Qué son las enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas son aquellas que afectan a las personas a lo largo de su vida, progresando lentamente y produciendo cerca de un 65% de las muertes en todo el mundo ¹. Estas enfermedades afectan tanto a hombres como a mujeres, en forma de diabetes, obesidad, cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades cardiovasculares.

A continuación se describen las características de este tipo de enfermedades:

- ❖ Su comienzo es gradual y silente, y está relacionado estrechamente con formas de alimentación equivocadas y escasa actividad física, es decir, con un estilo de vida deficiente ². Por tanto, se puede decir que su origen tiene múltiples causas.
- ❖ El curso clínico de estas enfermedades se caracteriza por ser intermitente, pues la persona puede experimentar remisiones y recaídas, y ver mermada de manera importante su calidad de vida y la de la persona cuidadora, si la hubiera.
- ❖ Puede manifestarse más de una enfermedad crónica en un individuo, que en ningún caso será transmisible ³.
- ❖ Generan una importante repercusión, no solo a nivel psicosocial e individual, sino a nivel sanitario, ya que requieren de numerosos cuidados que ocasionan una gran demanda sanitaria ².

3.2. **Factores de riesgo y determinantes de la salud que contribuyen a desarrollar enfermedades crónicas**

Como ya se ha puntualizado, este tipo de enfermedades afecta tanto a hombres como a mujeres, así como a todos los grupos de edad y distintas regiones. Tanto niños como adultos son vulnerables ante el hecho de padecer alguna enfermedad crónica. Como afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles [crónicas] se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos”* ³.

Los factores de riesgo que contribuyen a padecer una enfermedad crónica se pueden clasificar en función de si son conductuales o fisiológicos ³, aunque en su aparición influyen otros aspectos y cabe la posibilidad de que estos factores se clasifiquen de más formas.

- **Factores de riesgo conductuales.**
 - Tabaquismo.
 - Inactividad física.
 - Dietas perjudiciales.
 - Consumo excesivo de alcohol.

- **Factores de riesgo fisiológicos.**
 - Altas cifras de tensión arterial.
 - Sobrepeso u obesidad.
 - Altas cifras de glucemia en sangre.
 - Hiperlipidemia.

Además de estos factores de riesgo, existen los determinantes de la salud, aquellas condiciones que influyen en las diferencias en el estado del mismo, tanto a nivel individual como colectivo ⁴. Los determinantes sociales de la salud, por su parte, son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, y tales circunstancias explican la mayor parte de las inequidades sanitarias ⁵.

Parece obvio y fácil de entender el hecho de que ciertos aspectos condicionan la salud o, más bien, las posibilidades que pueden tener las personas de prevenir complicaciones a largo plazo (ya sea porque les es posible mantener una dieta saludable, porque tienen acceso a atención sanitaria, o incluso porque una situación económica estable genera menos estrés en los individuos). Pero resultan especialmente reveladores los datos que advierten sobre las diferencias en salud entre países, o entre individuos de un mismo país, explicados a continuación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), apoyada por epidemiólogos como Richard Wilkinson y Michael Marmot, ya puso de manifiesto en el año 2003 cómo ciertos factores del entorno empiezan a afectar directamente a la salud desde la infancia. Dichos factores reflejan la injusticia social presente en los distintos países y poblaciones, y están relacionados con las políticas públicas ejercidas durante años. Son “las causas de las causas”. Algunos de estos factores incluyen la escala social, el estrés, los primeros años de vida, la exclusión social, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, los alimentos y el transporte ⁶:

- **Escala social.** Aquellos individuos situados en una posición baja dentro de la misma son más susceptibles de padecer enfermedades y su esperanza de vida es menor. Esto no hace alusión únicamente a los grupos de poblaciones más pobres, sino que esas diferencias también existen dentro de categorías laborales de una misma clase social, por ejemplo.
- **Estrés.** Está relacionado directamente con una precaria salud mental y muertes prematuras. Las circunstancias que viven los individuos pueden producir un estrés perdurable, ansiedad, aislamiento social..., lo cual tiene repercusiones en la salud. Si a estos hechos se les añade una baja posición dentro de la jerarquía social, la situación empeora.
- **Primeros años de vida.** Como se ha mencionado anteriormente, determinadas circunstancias que se dan en la infancia repercuten directamente en la salud adulta. El curso de un embarazo y una infancia sin

sobresaltos, además de la existencia de un buen apoyo emocional, ayudan a tener un funcionamiento físico, una madurez y un desarrollo cognitivo correctos. Unas relaciones emocionales deficientes, una estimulación insuficiente... pueden desembocar en absentismo escolar o bajo rendimiento académico, y en conductas problemáticas y/o de riesgo en la edad adulta.

- **Exclusión social.** La pobreza absoluta, que es la falta de necesidades materiales básicas para poder vivir, es un riesgo real para personas sin hogar, refugiados, minorías étnicas, discapacitados, desempleados, trabajadores inmigrantes..., por lo que sigue existiendo en numerosos países hoy en día. Tal nivel de pobreza impide a una persona el acceso a la educación, al transporte o a una vivienda digna. Todo esto significa ser excluido y marginado socialmente, y está estrechamente relacionado con el riesgo de enfermar o de morir de forma prematura.
- **Trabajo.** No solo es importante el hecho de tener un empleo, sino las condiciones del mismo y las relaciones interpersonales que existan dentro de él. El grado de exigencia, las pocas oportunidades de emplear destrezas personales y la poca autonomía prestada para la toma de decisiones, son solo ejemplos de circunstancias que aumentan el estrés laboral y el riesgo de padecer dolores musculares, enfermedades cardiovasculares y absentismo laboral.
- **Desempleo.** Los efectos que produce sobre la salud tienen que ver con alteraciones psicológicas, como depresión y ansiedad, y con problemas económicos. Sentir que el empleo de uno mismo está siendo amenazado, o tener un trabajo inestable, ya son hechos suficientes para sufrir esos efectos y otros, como el aumento de la susceptibilidad ante enfermedades cardíacas.
- **Apoyo social.** Las relaciones interpersonales sanas ayudan a las personas a sentirse apreciadas y cuidadas, además de poder favorecer la aparición de conductas saludables, algo que tiene efectos muy positivos sobre los individuos. Aquellos que experimentan un apoyo social y emocional deficiente no desarrollan tanto bienestar como los que sí cuentan con ello, y sí más depresión y más riesgo de complicaciones a lo largo de procesos como el embarazo y mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas.
- **Adicción.** El consumo de drogas sirve como una escapatoria para muchos individuos que están pasando por momentos económicamente y/o socialmente difíciles, pero solo empeora tal situación y acentúa las desigualdades que existen en el ámbito sanitario. Tanto el alcohol como el tabaco parecen producir efectos relajantes y alivio en los consumidores, pero tal sensación es solo un espejismo. A la larga tiene consecuencias para la salud y puede provocar muertes prematuras.
- **Alimentos.** La malnutrición se puede definir como una “*nutrición inadecuada por su falta de equilibrio o de variedad*” ⁷, y por tanto, puede existir tanto en situaciones de consumo excesivo como en situaciones de consumo insuficiente de alimentos. La posibilidad de seguir una dieta variada, equilibrada y adecuada es determinante para el bienestar de las personas y en el ámbito de la promoción de la salud. Resulta interesante señalar que el

hecho de poder acceder a alimentos nutritivos y saludables aporta más información sobre lo que las personas comen, que la educación para la salud que hayan recibido. Las mejoras en economía, vivienda y sanidad condujeron a una transformación epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las crónicas, y con todo esto se produjeron más cambios, sobre todo en la dieta de la parte occidental de Europa: se incorporaron más azúcares y grasas, aumentando la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y ciertos tipos de cáncer. Se hará hincapié en este aspecto más adelante.

- **Transporte.** Utilizar el transporte público, caminar o montar en bicicleta resulta beneficioso de distintas maneras: a la hora de hacer más ejercicio físico; reduciendo el número de accidentes mortales, ya que se reduciría el número de vehículos circulantes; aumentando el contacto social y reduciendo la emisión de gases a la atmósfera. No obstante, determinadas zonas no cuentan con un servicio eficaz de transporte público, o incluso este es inexistente, sobre todo en regiones rurales.

Aunque no cabe duda de que el sector sanitario y la falta de atención sanitaria simbolizan un determinante más de la salud, de todo lo anterior se deduce que las condiciones en las que una persona nace, se desarrolla, vive, trabaja... producen una morbilidad y unos índices de mortalidad significativamente altos ⁸. Estas diferencias en las condiciones de vida son consecuencia de políticas deficientes, malas gestiones y acuerdos económicos improcedentes. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ⁹ enunció tres principios para subsanar la situación, que siguen vigentes hoy en día:

1. Mejorar las condiciones de vida de las personas: en las que estas nacen, crecen, trabajan, envejecen...
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, dinero y recursos, a nivel local, nacional y mundial.
3. Definir la magnitud del problema, evaluando las intervenciones y ampliando la base de los conocimientos, además de dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a los individuos sobre tales determinantes.

No obstante, no siempre se han tenido en cuenta estos factores a la hora de explicar el porqué de enfermar o de desarrollar una determinada enfermedad crónica, es decir, a la hora de explicar el concepto de causalidad: no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando, en los países desarrollados, el número de muertes debidas a enfermedades crónicas superó a aquellas producidas por enfermedades infecciosas. Hasta entonces, el hecho de que una persona enfermara era atribuido a una única causa existente que era inmutable, que actuaba siguiendo siempre un mismo patrón y que cada vez que se presentaba, producía la enfermedad. Esta observación era útil a la hora de valorar enfermedades, por ejemplo, de tipo transmisible, pero fracasó al intentar dar soluciones relacionadas con enfermedades no transmisibles, donde las relaciones lineales o de causa-efecto no son tan claras, ya que intervienen numerosos factores que entonces no se estaban teniendo en cuenta ^{10, 11}. Solo cuando se contempló ese hecho, es decir, la posibilidad de que hubiera múltiples causas para distintas enfermedades, surgió el planteamiento de que existieran unos factores de riesgo, que ya se han explicado anteriormente. Se comprendió que el hacer ejercicio, el sobrepeso, o condiciones como el hacinamiento, el nivel socioeconómico o la falta de agua, por poner

algunos ejemplos, influyen en la salud de las personas y la pueden determinar, y que la enfermedad no se debe únicamente a la presencia de un germen o algún tipo de bacteria.

Volviendo al concepto de los determinantes sociales de la salud, estos tratarían de explicar las desigualdades sociales en salud, esas diferencias entre poblaciones que están definidas social, económica, demográfica o geográficamente ^{2, 6, 8}. Son factores de naturaleza ambiental, económica, social... que pueden contribuir a predecir el estado de salud de las personas. Si bien ya se ha reflejado con anterioridad que, en muchas ocasiones, las enfermedades crónicas no entienden de edad o grupos de población, todo lo anterior demuestra que vivir en un ambiente determinado, con unos hábitos determinados y cierta predisposición genética, influye a la hora de padecer una enfermedad crónica.

Existen unas teorías actuales en el marco de la epidemiología que tratan de explicar, desde distintos puntos de vista, cómo se producen hoy en día tales desigualdades sociales en salud ^{4, 12}. Ayudarán a respaldar los factores del entorno que afectan a la salud, explicados anteriormente.

a) La teoría psicosocial

Esta teoría refleja cómo el estrés psicológico influye directamente en la salud, cuando es producido al vivir situaciones desesperadas, cuando se tiene algún cometido que se percibe como insuperable, o cuando no se tiene apoyo social. Su hipótesis central se sostiene en la afirmación de que los factores estresantes sociales, tanto crónicos como agudos, son patógenos, ya que afectan a la función neuroendocrina, algo que haría al huésped más susceptible de enfermar; desencadenan comportamientos perjudiciales para la salud, como el consumo de sustancias psicoactivas, cambios en la dieta y la alimentación y relaciones sexuales de riesgo.

La oportunidad de poder desarrollar una favorable “cohesión social” es vista como una ventaja psicosocial, pues tiene capacidad de mejorar la salud poblacional, ya que influye en las normas y en el fortalecimiento de los vínculos en el contexto social. No obstante, como se puede suponer, formar parte de ciertos grupos sociales puede resultar perjudicial para sus miembros, como cuando se llevan a cabo conductas de riesgo. Asimismo, sus actos también pueden resultar dañinos para otros grupos.

Se deberían reforzar aquellas medidas que contribuyen a aumentar el apoyo social para las personas, en lugar de tratar de reducir la exposición a factores que aumentan la sensación de estrés.

b) La teoría de la producción social de enfermedad

Su hipótesis central se basa en que las decisiones económicas y políticas de las instituciones crean privilegios para determinados sectores poblacionales, así como desigualdades económicas y sociales entre todos ellos. Estos privilegios y esta situación de desigualdad se ven perpetuados a lo largo del tiempo, convirtiéndose en las causas elementales de las desigualdades sociales en términos de la salud.

Esta teoría contempla la necesidad de “actuar”:

- Ante la falta de justicia social y una necesidad de cambio de las políticas y normas sociales y económicas.
- Ante la ausencia de equidad social.

- Ante la necesidad de crear un marco sistemático que esboce la responsabilidad del Gobierno a la hora de promocionar y proteger la salud.

Sin embargo, esta teoría no ofrece soluciones objetivas o directas de salud pública para vencer las desigualdades sociales que pone de manifiesto.

c) Teoría del análisis multi-nivel

Esta teoría muestra cómo los métodos estadísticos evalúan si el estado de salud de los individuos está determinado por características de su zona de población, y no únicamente por factores individuales o familiares. Tiene como objetivo, por tanto, expresar estadísticamente cómo las variables contextuales influyen sobre las actitudes o los comportamientos a nivel individual, de forma que sea posible tener en cuenta el efecto de las variables sociales y económicas sobre el individuo ¹³.

Se puede tomar como ejemplo un estudio de los grupos de trabajo de sociología del Centro de Estudios Andaluces ¹³, cuyo propósito es investigar sobre la relación entre la satisfacción a nivel personal de los andaluces y el bienestar social conseguido. Los resultados más reveladores evidenciaron que en las provincias con una renta mayor había un menor nivel de satisfacción a nivel personal, mientras que en provincias más pobres ocurría lo contrario: había un mayor nivel de satisfacción a nivel personal. Dos hipótesis tratan de explicar estos resultados: la primera defiende que la relación entre un mayor capital y bienestar subjetivo no se explica únicamente por el nivel de ingresos, sino a través de la percepción de la situación personal. La segunda hipótesis intenta aclarar que el bienestar psicológico no depende tanto de los bienes materiales o el nivel económico, sino de la consecución de logros a nivel personal o relacional, es decir, de factores inmateriales.

Esta última teoría representa una posibilidad efectiva de analizar la realidad social.

3.3. Datos epidemiológicos e impacto socioeconómico

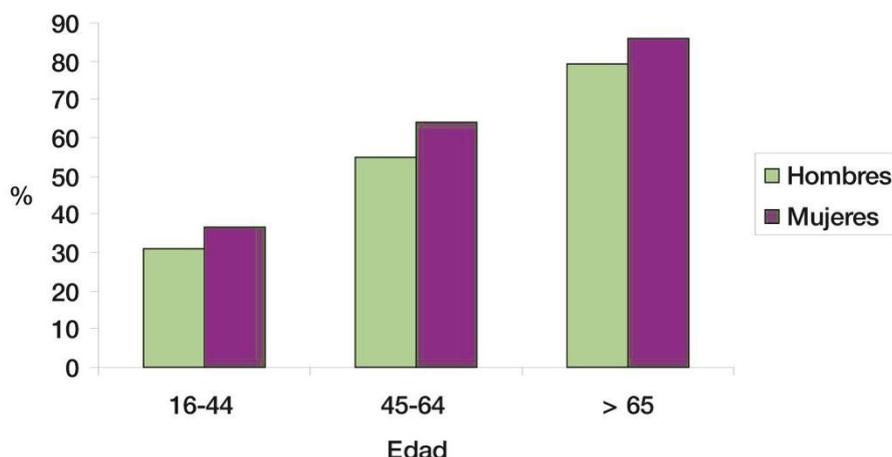
En 1996, entre un cuarto y un quinto de la población europea mayor de 15 años padecía algún tipo de enfermedad crónica. Actualmente, algunas de ellas, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o las patologías respiratorias se han convertido en la primera causa de morbimortalidad en el continente europeo, siendo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer las que originan el 48% y el 21%, respectivamente, de las muertes producidas por Enfermedades No Transmisibles (ENT) o crónicas ¹⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado informes para lograr la prevención y el control de este tipo de enfermedades, además de establecer unos objetivos globales que tratarán de conseguir su reducción para el año 2025.

Todo apunta a que la cronicidad seguirá contribuyendo a la mortalidad y discapacidad en Europa. Se cree que para el año 2030 la morbilidad asociada a enfermedades crónicas en los países desarrollados alcanzará el 89% ¹⁵ y que patologías como la demencia o el deterioro cognitivo seguirán en aumento, debido al envejecimiento de la población (**Anexo A**).

En España se está dando un aumento de la esperanza de vida y un descenso de la natalidad y mortalidad en amplios grupos de edad, lo que conlleva a un incremento constante de la población anciana ^{14, 16}. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el crecimiento natural

de la población se volverá negativo para el año 2020 y la población mayor de 64 años pasaría a constituir cerca del 32% del total de España en el año 2049 ¹⁴.

Las principales patologías causantes de muertes en España son similares a las existentes en el resto de la Unión Europea: enfermedades respiratorias, del sistema circulatorio y cánceres ^{14, 17}, prevaleciendo sobre todo en mujeres. De hecho, son ellas quienes padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas (**Figura 1**).



*Figura 1. Prevalencia de problemas crónicos por edad y sexo (en porcentaje)
Encuesta Europea de Salud (EES) 2009*

Esta situación actual se debe, en parte, a cambios demográficos y epidemiológicos producidos a lo largo del pasado siglo XX ^{2, 14}. Por una parte, la transición demográfica encuentra su explicación en dos causas ya mencionadas: el descenso de la fecundidad y la mortalidad en el país, y aunque ya se ha aclarado que el envejecimiento no tiene por qué relacionarse directamente con las enfermedades crónicas, estas sí se vuelven cada vez más frecuentes con la edad, en detrimento de los procesos agudos. Por otra parte, el cambio en el patrón epidemiológico responde a cuestiones que también han sido anteriormente tratadas: con el paso de los años las causas de enfermedad y de muerte han ido mutando, y los determinantes de la salud han ido ganando peso a la hora de explicar esta transición. A estas modificaciones se debe el hecho de que el patrón epidemiológico dominante actualmente se corresponda con la presencia de enfermedades crónicas.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de los años 2011-2012, se estima que, en Atención Primaria, un 40% de los pacientes pluripatológicos presentan por lo menos tres enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 37% sufre deterioro cognitivo y el 34%, deterioro funcional. A partir de estos datos se deduce que el 80% de las consultas de Atención Primaria tienen como causa las enfermedades crónicas ^{2, 14}.

Con la edad, los problemas asociados a la movilidad y a la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y/o de autocuidado se ven incrementados, originando un gran deterioro funcional en la población anciana, lo que a su vez hace necesaria la presencia de un cuidador profesional o informal que supla de alguna manera las funciones de autocuidado, movilización y realización de tareas cotidianas. Es en este grupo de edad donde aumenta la prevalencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, observándose que esta situación se da con mayor frecuencia en zonas económicamente deprimidas y no tanto en zonas más acomodadas ¹⁴.

En Cantabria, según datos del Instituto Cántabro de Estadística (ICANE) del 2014, la esperanza de vida al nacer es de 83 años, situándose de forma ligeramente superior a la esperanza de vida a nivel nacional, que es de 80 años (**Anexo B**). Los problemas crónicos más frecuentes en la comunidad, tanto en hombres como en mujeres, según la ENS, son la hipertensión, la artrosis, la hiperlipidemia y el dolor de espalda crónico^{2,14}.

¿Cómo afecta la cronicidad a la economía? Una alta prevalencia de enfermedades crónicas está relacionada con un mayor absentismo laboral, una mayor incapacidad permanente y obstáculos a la hora de desempeñar determinados empleos¹⁴. Aspectos como la mortalidad, morbilidad y una menor esperanza de vida afectan negativamente al PIB y al crecimiento económico de un país. Además, hay que tener en cuenta que el coste de las enfermedades crónicas impacta de manera notable sobre el PIB. No es tanto el envejecimiento o la longevidad de la población de un país lo que ocasiona gastos al mismo, sino la coexistencia de varias enfermedades en cada paciente, debido a la alta demanda de servicios. Existe una clara relación entre costes en salud y multimorbilidad^{2,14}.

Es posible que, si se hace partícipe al propio paciente del autocuidado y de la toma de decisiones respecto a su patología mediante la promoción y educación para la salud, y se hace un uso pertinente de las tecnologías relacionadas con la salud, se reduzcan los costes relacionados con la salud.

ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

4. Capítulo II

4.1. Abordaje actual de la cronicidad

4.2. Necesidad de cambios en el abordaje de la cronicidad

4.1. Abordaje actual de la cronicidad

Los cambios producidos en las enfermedades crónicas durante los últimos años han ocasionado, a su vez, modificaciones en las necesidades de los pacientes, poniendo de manifiesto la importancia de cambiar la forma de entender estas patologías y, como es lógico, la forma de abordarlas.

Tradicionalmente, el sistema sanitario estaba diseñado y estructurado para encarar los síntomas presentes y tratar de restablecer un nivel óptimo de salud sin tener en cuenta a la persona como un ser multidimensional, es decir, sin tener en cuenta todos los aspectos que la conforman física, intelectual, emocional e incluso espiritualmente. Los cuidados aportados eran básicamente instrumentales, simplistas y no individualizados; la atención se brindaba de forma fragmentada y no de manera integral. Además, no se contaba con las múltiples necesidades reales de los pacientes.

El papel de los profesionales de enfermería también ha dado un giro con el paso de los años, pues ha cambiado el enfoque y la orientación de la función asistencial. En un primer momento, los cuidados estaban dirigidos *hacia la patología*, es decir, buscaban paliar unos síntomas mediante determinados procedimientos que eran concebidos exclusivamente como de apoyo ante las decisiones y funciones de los profesionales médicos. Aunque la enfermera Florence Nightingale (1820-1910), pionera de la enfermería moderna, ya había construido los pilares de la enfermería como disciplina científica, el salto definitivo que impulsó a esta profesión al mundo científico no se dio hasta después de la Segunda Guerra Mundial, momento en el que se creó la OMS. Comenzaba aquí un cambio de paradigma de la profesión: tras la aplicación del método científico en el desempeño de la misma, se dio un aumento de las fuentes de conocimiento, una búsqueda más activa respecto a por qué hacer las cosas de una manera u otra, es decir, una búsqueda de fundamentos; se ganó una mayor autonomía..., aunque aún debían darse muchas modificaciones. Fue entonces, y en momentos posteriores, cuando los cuidados enfermeros comenzaron a dirigirse *hacia la persona*. Dicha “persona” empezó a verse como un ser único, a pesar de tener características compartidas con el resto de seres humanos, que, por tanto, debía recibir cuidados individualizados y diferenciados del resto de personas, debía de ser tratado individualmente y teniendo en cuenta su ambiente, su entorno y las dimensiones, ya descritas anteriormente, que lo conforman.

Hoy en día aún queda mucho por hacer a este respecto. Los cuidados de carácter sanitario que se ofrecen en el marco de la atención a la cronicidad aún están fragmentados y en muchas ocasiones siguen orientados a la enfermedad, y no hacia el paciente. Además, no se hace partícipes a las personas de la enfermedad crónica que padecen, ni de las decisiones que pueden tomarse respecto a la misma. Los pacientes, en numerosas ocasiones, siguen adoptando una actitud pasiva como respuesta a un modelo sanitario paternalista que se va perdiendo gradualmente, pero que sigue vigente en la forma de trabajar de muchos profesionales sanitarios. Como consecuencia, las personas no tienen la suficiente información

para hacer frente a los síntomas con los que pueden convivir, y dependen del sistema sanitario, muchas veces en su totalidad, para manejar distintas situaciones de la vida cotidiana. De esta forma, en muchas ocasiones la atención sanitaria se convierte en un hecho puntual, no se brinda de manera regular y continua, o se da únicamente cuando un proceso agudo agrava la sintomatología de la enfermedad crónica que ya estaba instaurada. Por lo tanto, no se realiza un seguimiento adecuado para el paciente.

Existen distintos modelos que suponen una alternativa estratégica para buscar la forma de encarar las enfermedades crónicas mediante la continuidad de los cuidados y la integración de nuevos servicios, modelos que han sido creados en Estados Unidos y que han influido considerablemente en Europa¹⁴. El Modelo de Cuidado Crónico o *Chronic Care Model (CCM)* es uno de los más conocidos. Fue desarrollado por Edward Wagner y colaboradores del *MacColl Institute for Health-Care Innovation* de Seattle a finales de los años noventa, y aún hoy en día es considerado como una guía que trata de mejorar la atención sanitaria a los pacientes con enfermedades crónicas mediante la unión de personas bien informadas y conocedoras de su enfermedad crónica con profesionales pro-activos y con iniciativa⁴. Este modelo considera que deberían existir seis elementos fundamentales si se pretenden conseguir progresos al atender enfermedades crónicas^{4, 14}:

- Recursos comunitarios.
- Organización del sistema sanitario.
- Apoyo para lograr el autocuidado.
- Apoyo para la toma de decisiones.
- Rediseño del sistema asistencial.
- Sistemas de información clínica.

El CCM no pretende ofrecer un catálogo de soluciones. Su propósito es la exposición de ideas de mejora frente al reto que suponen las enfermedades crónicas. Tras más de quince años después de su creación, y a pesar de que ha sido necesario ir actualizándolo, hay evidencia suficiente para demostrar que genera resultados. Así, se sabe que los distintos modelos pueden mejorar los resultados clínicos, la utilización de los recursos sanitarios y la calidad de la atención prestada. No obstante, aún no se ha dado con la fórmula para trasladar todas estas propuestas e iniciativas a la práctica. No está claro si los elementos de los distintos modelos son verdaderamente determinantes a la hora de mejorar la atención a la cronicidad.

A partir del CCM se han creado otros modelos, otros instrumentos que buscan fomentar una mejor gestión de la cronicidad. En el caso de España, se ha desarrollado el “Instrumento de Evaluación de Modelos de la Atención ante la Cronicidad” (IEMAC), el cual permite evaluar las distintas organizaciones en sus niveles macro, meso y micro. El nivel macro incluye la formulación de políticas y estrategias de empresa y la asignación de recursos; el nivel meso hace referencia a la gestión de las distintas organizaciones, centros y programas asistenciales; el nivel micro hace alusión a la actividad clínica entre profesionales sanitarios y sus pacientes¹⁸.

IEMAC ha sido creado con el propósito de medir el avance de las distintas organizaciones hacia una mejor atención a la cronicidad de forma factible y con suficiente sensibilidad. Está pensado como un instrumento orientativo que busca emprender diferentes estrategias y programas de cronicidad, impulsando a su vez la puesta en marcha de un conjunto de intervenciones sobre un mismo territorio y permitiendo conocer el estado de las distintas organizaciones sanitarias, aparte de qué es lo que se hace en dichas organizaciones y cómo se hace. Se trata de una herramienta dinámica que, aunque precisa de actualizaciones y cambios

futuros, puede hacer posible que se le dé un nuevo enfoque a la atención a la cronicidad y a la evaluación de los resultados. De hecho, distintas investigaciones han revelado que herramientas que ya existían previamente no podían cumplir con este objetivo ^{18, 19, 20}.

A pesar de todo esto, es menester esperar para comprobar de forma realista el alcance de las aportaciones de este tipo de instrumentos y si, como ya se ha mencionado, estos modelos son verdaderamente efectivos a la hora de encarar la cronicidad.

4.2. Necesidad de cambios en el abordaje de la cronicidad

Teniendo en cuenta todo lo anterior, resulta lógico señalar que la atención sanitaria debería reorientarse hacia la satisfacción de las variadas necesidades de los pacientes y sus cuidadores, de forma continuada y global u holística, apoyando la prevención, promoción y educación para la salud y fomentando siempre el autocuidado y la calidad de vida de las personas. Una atención integral pasa por considerar el contexto situacional de los pacientes además de sus necesidades, para así poder elaborar planes de cuidados totalmente individualizados. Además, es necesario localizar aquellas intervenciones que no cumplan con estas premisas, y lo contrario, es decir, detectar aquellas que realmente supongan un avance a la hora de abordar las enfermedades crónicas ².

Si se quiere hablar acerca de la necesidad de cambios en la atención a la cronicidad, resulta imprescindible hacer alusión a la Atención Primaria de Salud, aquella que puede definirse como *“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”* ²¹. Representa el nivel básico de atención y la continuidad de los cuidados a lo largo de la vida de las personas y pone de manifiesto que el domicilio de los pacientes, es decir, su propio entorno, es el medio perfecto para que pongan en práctica el autocuidado y mejore su bienestar; por lo que habría que evitar aquellas hospitalizaciones o desplazamientos a los servicios de urgencias que fueran inapropiados. Como se puede intuir, este nivel de atención también ha sufrido una transformación con el paso de los años. Además de todo lo reflejado anteriormente, es importante indicar que, previamente, los cuidados prestados respondían a unos protocolos elaborados para atender unas patologías determinadas y a unas Normas Técnicas Mínimas incluidas en la Cartera de Servicios, normas que tenían en cuenta parámetros como el número de visitas recibidas por parte de los profesionales y no los resultados finales de la atención a esos pacientes visitados. Es decir, se evaluaba el proceso, pero no los resultados.

El pasado año 2014, un conjunto de enfermeras presentó en la comunidad asturiana un “Plan de Ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica”, una propuesta con la que se buscaba, precisamente, abordar la cronicidad de forma que se tuvieran en cuenta los cambios acontecidos en la población a lo largo de los últimos años ²². Dicho plan expone que los enfermeros especializados en Atención Primaria deberían liderar un modelo de Gestión de Cuidados encaminado a atender a personas en estado de fragilidad o vulnerabilidad, con algún tipo de discapacidad funcional y/o impedimento para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o instrumentales, con recursos socioeconómicos escasos, con necesidad de ayuda para manejar su sintomatología o su régimen terapéutico..., es decir, personas que pudieran requerir de una atención casi constante a lo largo de su proceso. Los enfermeros de Atención Primaria deberían desarrollar su profesión de manera que perfeccionaran las competencias necesarias para el manejo de este perfil de pacientes, y deberían actuar como gestores de los cuidados tanto en la consulta como en el domicilio. ¿Es, entonces, necesaria la reciente figura de la enfermera gestora de

casos en Atención Primaria? ¿O es que no se están teniendo suficientemente en cuenta las capacidades potenciales de los enfermeros y futuros enfermeros de este ámbito?

Como se ha mencionado con anterioridad, se debería evitar la variabilidad a la hora de atender la cronicidad entre los profesionales de Atención Primaria, lo cual podría lograrse mediante la formación e instauración de guías clínicas, repercutiendo esto favorablemente en la salud de la población. Además, de esta forma, se estaría promoviendo un uso adecuado de la metodología enfermera y del método científico.

Para llevar a cabo este proyecto se definieron unos elementos clave y unos requisitos ²².

Elementos clave

- ✓ Se intentará llegar a un modelo de atención proactivo y coordinado entre los distintos niveles asistenciales y con los servicios sociales.
- ✓ El eje central es el paciente y se le tiene en cuenta de forma integral e individualizada, adaptando los cuidados a cada momento del proceso.
- ✓ Se fomentará la capacidad de las personas de desarrollar el autocuidado y la responsabilidad sobre sí mismos y se evitará la dependencia de los profesionales sanitarios. Todo esto ayudará a que desarrollen su empoderamiento, es decir, su capacidad para decidir y resolver dificultades, en oposición a un estado más pasivo.

Requisitos necesarios

- ✓ Usar protocolos y guías clínicas propuestos por los enfermeros.
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo entre los distintos profesionales sanitarios de Atención Primaria, quienes tendrán las responsabilidades y actividades correctamente definidas.
- ✓ Adecuar la herramienta informática, la plataforma OMI-AP, a los nuevos cambios y necesidades.
- ✓ Definir indicadores de resultados desde la calidad y la eficiencia, proporcionando feedback o una respuesta que favorezca el cumplimiento de las intervenciones por parte de los profesionales.
- ✓ Adaptar los recursos de los enfermeros en los centros de salud según cómo sean los cuidados y su complejidad.
- ✓ Potenciar las capacidades de los enfermeros de Atención Primaria para gestionar y llevar a cabo eficazmente los cuidados de los pacientes con patología crónica a través del compromiso institucional.

Quedan aquí plasmados los requisitos y propósitos de este plan porque simplifican y reflejan de manera apropiada los cambios necesarios en la atención a la cronicidad.

Se han hecho más intentos por lograr el cambio en lo que a este asunto se refiere: la sanidad pública vasca ha tomado medidas frente a la necesidad de reformar los modelos asistenciales. En 2011 se constituyó la “Organización Sanitaria Integrada Bidasoa” (OSI Bidasoa), que logró integrar los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada en uno solo. Meses después se crearon tres Organizaciones Sanitarias Integradas más. ¿Qué supone la formación de estas OSI? Con ellas, es posible la creación de un sistema formado a partir de un hospital comarcal y los centros de salud de un área determinada, un sistema que se halla bajo una sola gobernanza y que tiene los mismos objetivos y sistemas de gestión, incluida la gestión económica. Ambas estructuras consensuan unas rutas asistenciales determinadas en las que las actividades enfocadas al paciente quedan definidas.

Se quiso comprobar, a través de un estudio realizado después de dos años, si las cuatro OSI existentes en el País Vasco pudieron llegar a desarrollarse eficazmente, encontrándose dos principales barreras¹⁹: en primer lugar, todas las modificaciones que suponen el paso de un modelo asistencial a otro, implican un marco temporal concreto en el que puedan afianzarse las iniciativas que se pretenden evaluar; en segundo lugar, la escala de evaluación de IEMAC no favoreció a este sistema, ya que, como se ha explicado anteriormente, parte de la evaluación de esta herramienta consiste en medir determinados resultados, con los cuales las OSI aún no contaban, por no haber dispuesto del tiempo suficiente para realizar evaluaciones sistemáticas de esos posibles resultados.

Todo esto demuestra la dificultad que implica instaurar todas las intervenciones propuestas, el cómo proceder para tal instauración y cuantificar cuánto tiempo llevaría.

Anteriormente, se ha hecho alusión a la importancia que tiene el hecho de dotar a los pacientes de responsabilidad e información acerca de la enfermedad crónica que padecen para que así ganen en términos de independencia y autonomía, calidad de vida, toma de decisiones, etc. Dicha importancia radica en que solo de esta forma se puede controlar adecuadamente la enfermedad. Recientemente, y con este propósito, ha surgido la figura del paciente experto, el cual se puede definir como *“aquella persona que, afectada por un proceso crónico, se hace copartícipe y corresponsable de la gestión de su propia salud, es capaz de identificar los síntomas y de responder ante ellos, y de adquirir herramientas que le permitan gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad”*²³. Asimismo, esta persona contrae la responsabilidad de dirigir grupos formados por pacientes que están afectados por la misma enfermedad crónica y que pueden beneficiarse de las experiencias y los conocimientos de otros, con el valor añadido de que se les presenta una oportunidad de sociabilización.

Los Programas del Paciente Experto son una adaptación de un programa inicial que surgió en la Universidad de Stanford y que lleva desarrollándose cerca de treinta años: se trata del *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP). Adaptaciones del mismo se han implantado en países como Reino Unido, demostrando su efectividad^{24, 25}.

La Atención Primaria de Salud no ha de olvidarse de otro pilar fundamental al que también han de estar dirigidos sus cuidados: la familia, o los cuidadores informales de las personas que padecen alguna enfermedad crónica. De hecho, el empoderamiento al que antes se ha hecho mención debería propiciarse tanto en los pacientes como en las personas que los rodean y que comparten, en muchas ocasiones, su día a día. Es indispensable dotar a los cuidadores de las herramientas necesarias para que sean capaces de comprender e interiorizar aspectos de la enfermedad de aquel que está bajo su atención, solo así se estará garantizando su integración en los cuidados de su familiar y se le estará haciendo partícipe de los mismos. Llevar a cabo una valoración adecuada del cuidador, detectar si existe algún grado de sobrecarga, su nivel de información, cómo repercuten los cuidados que brinda en su propia vida... son solo algunas actividades que conciernen a los enfermeros y a los profesionales sanitarios, en general^{2, 14}.

El perfil típico de la persona cuidadora en España responde al de una mujer de mediana edad que normalmente reside en el mismo domicilio de la persona a la que cuida². En muchas ocasiones esta mujer es la esposa de la persona receptora de los cuidados, o la hija, y la atención que presta afecta a su salud, tanto física como mental; a su actividad laboral, a su tiempo de ocio y a su situación socioeconómica. Los planes de apoyo que se han venido desarrollando hasta la actualidad contemplaban la instrucción sobre ciertos cuidados y cómo llevarlos a cabo, pero, como se puede deducir por lo explicado hasta ahora, esto no es suficiente. Se han de incluir programas que contemplen la atención al propio cuidador, es decir, que den la oportunidad de escucharlo activamente y de atender sus demandas, para

poder evitar en lo posible su frustración, fatiga y una probable renuncia a seguir atendiendo las necesidades de la persona dependiente de sus cuidados¹⁴.

Todo lo expuesto hasta el momento ayuda a constatar la necesidad apremiante de introducir cambios a la hora de atender la cronicidad. Las enfermedades crónicas comparten factores de riesgo que pueden ser reducidos con ayuda de la educación, promoción y prevención para la salud de las personas, herramientas que, además, resultan más económicas para el Estado que el abordaje en sí de las enfermedades crónicas. Si bien ya se están produciendo modificaciones, como se ha podido ver, aún es necesario seguir adelante con un cambio de enfoque en la atención sanitaria que tenga verdaderamente en cuenta al paciente y a su condición integral, y no tanto a la enfermedad, garantizando la continuidad en los cuidados y el empoderamiento de pacientes y sus cuidadores, formando adecuadamente a los profesionales sanitarios y fomentando la investigación en el área de la cronicidad.

MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

5. Capítulo III

5.1. Emociones negativas en el ámbito laboral

5.2. Afrontamiento de adversidades

5.1. Emociones negativas en el ámbito laboral

Como se ha podido advertir en los anteriores capítulos, la Atención Primaria de Salud representa ese primer nivel en la atención sanitaria, un primer contacto con los individuos en un ambiente comunitario y familiar. Se han aportado datos sobre la situación de la cronicidad a nivel europeo, nacional y de la comunidad cántabra, además de plasmar cómo se ha estado abordando esta problemática hasta el momento y los cambios que ya se están produciendo, o que están por producirse, en el abordaje de la cronicidad.

El amplio papel de los profesionales de enfermería de Atención Primaria pasa por la prevención, promoción y educación para la salud de la población, tarea complicada en el ámbito de la cronicidad, que supone un difícil reto. De hecho, ¿podría afectar de alguna forma a estos profesionales sanitarios la continua lucha contra la cronicidad? ¿Podría la ausencia de resultados, con el paso del tiempo, perjudicar no solo a los pacientes, sino a los enfermeros que son responsables de sus cuidados? Y lo que es más importante, ¿quién se plantea estas cuestiones?

Determinados profesionales son más vulnerables ante el hecho de padecer estados de estrés, depresión o ansiedad, como respuesta a una prolongada exposición a relaciones intensas con otros humanos. Es el caso, sobre todo, de profesionales del campo de la educación y la sanidad²⁶. El término inglés “burnout” se emplea para definir esta situación: “*es la consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas actitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas. Supone un coste personal, organizacional y social importante*”²⁷. Esta palabra se utilizó inicialmente dentro del argot anglosajón de los deportistas, que intentaban describir una situación en la cual la persona no lograba alcanzar su meta personal por mucho que se hubiera entrenado para ello, viendo así incumplidas sus expectativas, aunque fue utilizada por primera vez en 1974 por el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger en el contexto de un estudio sobre servicios sociales y actitudes de profesionales sanitarios^{26,27}.

Por lo tanto, el “burnout”, el estar “quemado” o “desgastado”, define un síndrome, un conjunto de síntomas que se desarrollan como resultado de una situación de demanda y estrés laboral excesiva. Factores como el agotamiento, una prácticamente inexistente realización personal, frustración..., son generados de forma crónica y sostenida en el tiempo, produciendo a su vez una sintomatología que resulta perjudicial tanto en la esfera física como en la psicológica de la persona que lo padece. Cabe destacar que, según algunos autores, incluso la capacidad de experimentar sentimientos positivos como la empatía en el entorno laboral durante un tiempo prolongado podría contribuir a la aparición de este síndrome^{28,29}.

Se trata de un proceso silente, gradual, que da comienzo cuando las demandas laborales sobrepasan los recursos y herramientas con los que el profesional cuenta para plantar cara a las situaciones derivadas de su empleo. Este proceso se va agravando a medida que pasa el tiempo, pudiendo llegar a producir absentismo laboral, pérdida de motivación en el desempeño de sus funciones, pérdida de interés por los pacientes... Tanto la salud del profesional en cuestión como la calidad de los servicios prestados por él se ven afectados, algo que no podrá cambiar hasta que se introduzcan modificaciones en el contexto laboral.

El “burnout” está relacionado estrechamente con conceptos como el estrés, la depresión, la insatisfacción laboral o el aburrimiento, si bien no son sinónimos^{26, 27}.

- El estrés no tiene por qué estar ligado al empleo, mientras que el término “burnout” es exclusivo de este ámbito y hace alusión a un estrés crónico.
- No todos los autores establecen una clara diferenciación entre “burnout” y depresión, si bien se considera que, en el primer caso, la persona experimenta un ánimo decaído producido únicamente por cuestiones de su entorno laboral.
- La insatisfacción laboral suele aparecer asociada al síndrome, pero esta no siempre guarda relación con alto cansancio emocional.
- El aburrimiento puede darse en diversas situaciones en las que no exista “burnout” y sin embargo sí haya una ausencia de motivación, cambios positivos o alicientes que el profesional necesita.

Lo descrito anteriormente refleja cómo los distintos términos coexisten y forman este síndrome, poniendo de manifiesto su evidente relación con el cansancio emocional experimentado en el entorno laboral.

¿Por qué se produce el “burnout”? Distintos estudios han revelado que el eficiente trabajo en equipo ayuda a prevenir su aparición^{26, 27}. Aquellos profesionales que no disfrutan de ello o que no tienen la oportunidad de hacerlo no sienten la motivación, realización personal o el bienestar emocional que sí experimentan quienes se ven envueltos en un ambiente positivo de trabajo en equipo. Asimismo, normalmente son las mujeres quienes están más cansadas emocionalmente, probablemente por la conciliación del empleo y la vida familiar²⁶. Se ha encontrado un factor contradictorio e igualmente interesante respecto al “burnout” entre la bibliografía, y es que, por un lado, algunos autores consideran que el empleo estable genera más agotamiento y despersonalización, sobre todo si transcurren años de profesión en los que los objetivos de los profesionales no se ven cumplidos. No obstante, por otro lado, hay autores que declaran que son los empleados recién incorporados a su puesto de trabajo (muchos de ellos, jóvenes) y los contratados temporalmente quienes están expuestos a una mayor probabilidad de padecer “burnout”, al no estar emocionalmente preparados para afrontar las diversas situaciones que su empleo les presenta, ni estar acostumbrados a gestionar sus propios sentimientos en ese contexto^{26, 27}. Cabe destacar que son los empleados más jóvenes los que mayor importancia le atribuyen al hecho de trabajar en equipo.

El “burnout” se ha estudiado en diversos ambientes, y aunque es cierto que este síndrome se produce con frecuencia en el ámbito sanitario, no hay mucha información respecto a su prevalencia en Atención Primaria. El pasado año 2014 se publicó un interesante estudio descriptivo en el que participaron 282 enfermeros y médicos de 22 centros de salud, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS), a quienes se les pidió que cumplimentaran

un cuestionario sobre intervenciones preventivas y de promoción de la salud. Si bien, a simple vista, este estudio no guarda relación con el “burnout”, se obtuvieron conclusiones prometedoras respecto a las actitudes de los distintos profesionales hacia esas intervenciones en su entorno de trabajo, lo cual sí puede ayudar a aclarar algunos aspectos de este síndrome en Atención Primaria. A continuación se exponen brevemente ciertas características de este estudio³⁰.

De todos los encuestados, cerca de un 61% son enfermeros, y un 68% desarrollaba entonces su función en un centro de salud urbano. Alrededor de un 54% de los profesionales pensaba que poseía los conocimientos pero no las destrezas suficientes para desarrollar intervenciones de prevención y promoción de la salud, y aunque un 63% había recibido formación en ese campo en los últimos cinco años, un 63% de los encuestados opinaba que la oferta en ese ámbito era insuficiente. De los 282 encuestados, 262 ponían de manifiesto la “necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro” y 271 le concedían importancia a las actividades de prevención y promoción de la salud.

Es importante señalar que la mayoría de los profesionales participantes percibía barreras a la hora de desarrollar este tipo de intervenciones, vistas como carga de trabajo adicional, es decir, como trabajo “extra” que no forma parte de sus funciones habituales. Esto podría explicar el hecho de que algunos autores tengan en cuenta las actitudes de los profesionales sanitarios como obstáculos que impiden la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Otro hallazgo de este estudio muestra que los profesionales de enfermería perciben más oportunidades de mejora, pero también más barreras, a pesar de que son ellos quienes llevan a cabo una mayor educación para la salud. A este hecho se le dio la probable explicación de que enfermeros con mucha experiencia en Atención Hospitalaria vayan a Atención Primaria con una menor experiencia en intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

Finalmente, y como dato anecdótico, las conclusiones obtenidas de este estudio permitieron perfilar un tipo de profesional que podría suponer el cambio necesario en Atención Primaria, con una actitud favorable hacia las nuevas oportunidades de mejora, cuyas características son las siguientes: sexo femenino, desarrollo de su profesión en el entorno rural, obtención de la titulación hace menos de cinco años, poca experiencia profesional, contrato temporal.

Todo lo expuesto anteriormente plantea una posible relación entre la actitud de los profesionales sanitarios y la posibilidad de desarrollar ansiedad, decaimiento, baja realización personal, etc., con el tiempo. Si lo aportado por este artículo pudiera ser extrapolado a otras poblaciones, se podría afirmar que una gran mayoría de dichos profesionales considera, paradójicamente, una parte fundamental de su trabajo como una carga o un añadido, algo que podría acabar afectando tanto a su rendimiento laboral como a su estado físico y mental, y es aquí donde cobra importancia el concepto del “burnout”. Una de las conclusiones del artículo citado es la de proporcionar a los profesionales sanitarios, sobre todo a los enfermeros, de los medios necesarios para desarrollar habilidades que ayuden a hacer posibles las intervenciones de prevención, promoción y educación para la salud. Pero, ¿es suficiente con aportar recursos para mejorar ciertas destrezas, sobre todo cuando aquellos que deben desarrollarlas lo perciben como una obligación añadida en su día a día? Quizás sea igualmente importante aclarar por qué estas intervenciones son fundamentales y por qué es necesario que estén incluidas en la forma de trabajar de todo profesional sanitario del ámbito de Atención Primaria. De esta forma, concediéndole un porqué al trabajo diario, es decir, dando una explicación y un sentido a toda función enfermera, los profesionales podrían percibir de forma más positiva este tipo de intervenciones, algo que resultaría estimulante y a la vez motivador.

Resulta lógico pensar que, a la hora de llevar a cabo una tarea, no solo se necesitan determinadas herramientas, sino un fundamento o razón que explique por qué actuar, y la motivación suficiente para hacerlo.

Por supuesto, el “burnout” no siempre es sinónimo de baja motivación. También puede estar ligado a emociones positivas, como la empatía, que con el paso del tiempo acaban produciendo un desgaste tanto emocional como físico en el trabajador, como ya se ha señalado anteriormente. Además, hay casos en los que las personas no están comprometidas con sus funciones porque valorarían más positivamente estar desempeñando otro trabajo, situación en la que, a priori, parece difícil intervenir aunque sea desde un punto de vista motivacional. Igualmente, habría que indagar sobre por qué determinados profesionales consideran las intervenciones de prevención, promoción y educación para la salud como un trabajo extra. No obstante, el objetivo del capítulo de este trabajo es, en parte, esclarecer qué es el “burnout” y por qué podría producirse, sin mayores pretensiones.

5.2. Afrontamiento de adversidades

Es posible darle la vuelta a esta situación si las demandas emocionales a las que los profesionales de enfermería tienen que enfrentarse son interpretadas como un reto, sobre todo cuando existen recursos de tipo laboral y personal, en lugar de como una barrera que han de superar. Luis Manuel Blanco Donoso, perteneciente a la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, defiende esta idea a través de un estudio realizado junto a otros profesionales del grupo de investigación “Estrés y Salud”. A través del mismo tratan de demostrar que si estas demandas no son percibidas como un obstáculo, es probable que produzcan satisfacción y una mayor implicación en las tareas, más que cansancio o decaimiento³¹. La conclusión más importante de esta investigación es la falta de asociación entre el “trabajo emocional” que experimentan los enfermeros en su día a día y la sensación de bienestar, es decir, los profesionales que participaron en este estudio no manifestaban sensaciones placenteras como respuesta a las emociones vividas durante su jornada laboral. Los autores consideran que se deberían recoger estos aspectos dentro de las medidas de prevención en riesgos laborales, asegurando el refuerzo de las habilidades y fortalezas emocionales, porque solo así se podrá aprovechar al máximo el potencial de los profesionales y se contribuirá a evitar situaciones de estrés y agotamiento.

El hecho de encarar el estrés con éxito depende de factores como la regulación de las propias emociones, el cambio de actitudes o los recursos de afrontamiento con los que la persona cuenta^{28, 29, 31}, lo cual explica por qué una determinada situación laboral podría acabar produciendo “burnout” en un profesional, pero no en otro. Las estrategias de afrontamiento deben abordarse desde tres niveles^{32, 33}:

- **Nivel individual.**
 - Desarrollar estrategias que ayuden a impedir todo lo posible el estrés mantenido en el trabajo. Este asunto será abordado con más detenimiento posteriormente.
 - Considerar el uso habitual de herramientas que permitan a los profesionales autoevaluarse en este aspecto, pues así se harán conscientes de su propia situación y de los cambios a introducir, en caso de ser necesario.

- **Nivel grupal.**
 - Como ya se ha indicado con anterioridad, se deberían apoyar iniciativas que ayuden a potenciar el trabajo y apoyo en equipo y las habilidades sociales.
- **Nivel organizacional.**
 - A un nivel más global, el objetivo es tratar de eliminar los elementos productores de estrés del ambiente de las distintas organizaciones.

Como se puede deducir a partir de lo expuesto, las características de la personalidad cumplen con un papel importante a la hora de que el síndrome de “burnout” se acabe produciendo o no, aunque esto dependa de más factores. Parece que determinadas características personales, como el optimismo; el apoyo social, un estilo de afrontamiento efectivo, la toma de decisiones, la resiliencia o cierta predisposición biológica sirven de protección frente al estrés ^{28, 29, 32, 33}.

Existen diversos tipos de estrategias a partir de las cuales las personas pueden responder ante una situación indeseada en el ámbito laboral. A continuación, se muestran las existentes según la *Escala de Estrategias de Afrontamiento del Estrés Asistencial* ³²:

- **Estrategias desadaptativas.** Se ponen en práctica cuando la persona en cuestión ve como una opción evadirse del problema a través de actos como fumar o consumir alcohol de manera más frecuente que antes de la aparición de la situación estresante.
- **Estrategias de resolución de problemas.** En este caso la persona implicada decide detenerse a valorar la situación y buscar una solución en consecuencia.
- **Estrategias de resignación.** Implican no hacer nada. La persona decide esperar para comprobar si la situación cambia por sí sola o a causa de algún factor externo.
- **Estrategias de distanciamiento.** Se pondría en práctica en aquellos casos en los que, por ejemplo, la persona decide dedicarle más tiempo a otros asuntos, como determinadas actividades en su tiempo libre, para no pensar en el problema existente.

Hay otros métodos que se están popularizando en la sociedad occidental con el paso de los años, aunque siempre han estado ahí como opción no solo para combatir el estrés, sino para llevar una vida más sana. Se trata de técnicas como el yoga, la meditación o el *mindfulness*. Este último concepto, más novedoso, consiste en prestar “atención plena” al momento presente, sin juzgar pensamientos, focalizando la atención en aspectos como la respiración o las sensaciones físicas ³⁴. Aunque se requiere de más estudios y datos concluyentes en el ámbito de Atención Primaria, estas técnicas podrían ayudar a reducir el síndrome de “burnout”, pues es sabido que son capaces de producir otros efectos en quienes las practican, como regulación de comportamientos agresivos, aumento del autocontrol o mayor sensación de bienestar, además de resultados a nivel físico si se mantiene el hábito, sobre todo del yoga ^{35, 36}.

A continuación se muestra un ejemplo de un programa de *mindfulness*, perteneciente a un estudio que llevaron a cabo varios profesionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona con un grupo de profesionales de Atención Primaria (**Tabla 1**). Los resultados del estudio concluyeron una reducción importante del malestar psicológico, así

como del “burnout”, resultados que se prolongaron durante, por lo menos, los doce meses siguientes, manifestando que muchos de los participantes introdujeron estas técnicas en su día a día ³⁷. Como ya se ha explicado, empleadas con regularidad, estas técnicas simbolizan un mayor bienestar tanto físico como psicológico. En el mejor de los casos se incorporarían dentro del “repertorio” de las personas para afrontar situaciones adversas, aumentando así su efectividad a la hora de luchar contra las dificultades o imprevistos de su vida.

Tipo de meditación	Explicación de la actividad
Atención en la respiración	Los participantes se sientan quietos y con los ojos cerrados. Centran la atención en la respiración, sin intervenir sobre ella: en la inhalación, exhalación... Cuando algo les distrae, deben volver a centrar la atención en su respiración, sin pararse a valorar tales pensamientos ni juzgarlos de ninguna forma.
Exploración del cuerpo	Los participantes se tumban boca arriba y con los ojos cerrados. Centran la atención en las distintas partes del cuerpo, siguiendo un orden concreto, además de en las sensaciones que puedan tener a nivel corporal. Cuando un pensamiento les distrae, deben volver a prestar atención en el cuerpo, sin juzgar ni valorar los pensamientos que han surgido.
Conciencia abierta	Los participantes se sientan quietos y con los ojos cerrados. Se centran en la respiración, después en las sensaciones corporales, en los sonidos y finalmente en los pensamientos. Han de percibir cómo todo esto va cambiando, sin valorar el porqué de los cambios ni hacer juicios. Cuando algo les distraiga, volverán a focalizar la atención en estas sensaciones.
Caminando	Los participantes caminan muy despacio haciendo círculos, centrando su atención en las sensaciones físicas del movimiento en los pies y en la quietud del cuerpo. Cuando se distraigan con otro tipo de pensamientos, volverán a focalizarlos en esos aspectos sin juzgar ni valorar tales pensamientos.
De amor y compasión	Los participantes se sientan quietos y con los ojos cerrados. Centran su atención en las emociones que les evocan personas conocidas con las que mantienen distintos tipos de relaciones: amor, cariño, neutralidad, conflicto... Explorarán cómo reaccionan sus mentes en cada caso, sin elaborar juicios, únicamente aceptando las emociones surgidas.
Yoga consciente	Los participantes realizan una tabla de estiramientos del tipo <i>hatha yoga</i> ^{35, 36} , combinando partes dinámicas con otras estáticas en tensión o relajación. Tratarán de focalizar su atención en las sensaciones físicas que surgen de las posturas y en su respiración, percibiendo cómo reacciona su mente y si se distrae o no.

Tabla 1. Instrucciones para las distintas meditaciones y el yoga del programa de *mindfulness* ³⁷

A modo de conclusión, se puede decir que actualmente hay una falta de información respecto a las emociones negativas de los profesionales de enfermería en el ámbito de Atención Primaria. Si bien el abanico de dichas emociones es muy amplio, su manifestación más grave es el síndrome de “burnout”, sobre el cual sí van aumentando los datos disponibles en la bibliografía. Para frenar esta situación se deberán introducir cambios tanto globales u organizacionales como individuales. Las distintas instituciones han de tomar conciencia sobre cómo afectan aspectos como la falta de motivación o realización personal a la calidad de los servicios prestados, sobre todo cuando todo ello puede desembocar en un mayor absentismo

laboral. Todo profesional que sea susceptible de vivir estas situaciones ha de ser capaz de detectarlas, si llegan a darse, además de poder emplear distintas estrategias de afrontamiento efectivas que sean percibidas por ellos mismos como algo normal o habitual en su día a día. Ejemplos de estas estrategias pueden ser el planteamiento de distintas alternativas como respuesta ante los problemas, así como la búsqueda de apoyo, la incorporación en su vida diaria de técnicas beneficiosas como el yoga o la meditación y el uso provechoso del tiempo de ocio, tiempo que ayude a “desconectar” de la rutina y que, en definitiva, aporte momentos de felicidad y satisfacción personal.

“Si tu única herramienta es un martillo, tiendes a tratar cada problema como si fuera un clavo”
(Abraham Maslow).

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se han tratado temas de especial relevancia para la sociedad y la sanidad de hoy en día. Algunos aspectos, como datos o cifras sobre la cronicidad, pueden ser popularmente conocidos o de fácil acceso para los individuos; otros, como la presión emocional a la que están sometidos los enfermeros, o la relación entre la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados prestados no son factores tan intuitivos para la mayoría de la población. Este hecho le añade más importancia, si cabe, al análisis de la situación actual de la cronicidad.

Este “repasso” por la bibliografía existente puede servir para comprender qué es lo que se ha estado haciendo hasta el momento para combatir la cronicidad y hacia dónde hay que dirigir la mirada a partir de ahora en esta lucha. Es evidente que no es suficiente con recibir a los pacientes en consulta, tomar la tensión y repetir que es necesario cambiar de hábitos. Todo lo que ha sido aquí expuesto revela la necesidad de formar enfermeros que aprecien y, sobre todo, que entiendan e interioricen sus funciones en el ámbito de Atención Primaria de Salud, que valoren el trabajo en equipo y que cuenten con estrategias de afrontamiento eficaces para encarar las arduas situaciones que seguro se encontrarán tras años de profesión. Ha quedado reflejado que no es suficiente con que los profesionales enfermeros se doten de habilidades técnicas. Además, los cuidados de calidad no solo dependen de unos enfermeros mejor preparados, sino de un ambiente laboral que les permita desempeñar sus funciones bajo evidencia científica y siguiendo unas guías clínicas que estén sometidas a instrumentos de evaluación de resultados. Lamentablemente, la cronicidad también depende de las políticas públicas e injusticias sociales que van aumentando la brecha de la desigualdad entre los ciudadanos, lo cual es improbable que cambie en un futuro próximo y añade cierta desesperanza al panorama actual.

A pesar de que el cumplimiento de todas las condiciones necesarias parece una utopía, se están produciendo cambios en la atención a la cronicidad que, si bien en muchos casos aún es pronto para ser evaluados, sí son esperanzadores. Este repaso por los “cimientos” y las diversas causas de la cronicidad ayuda a entender lo complicado de la situación, además de resultar interesante el detenimiento en las sensaciones y emociones de los profesionales enfermeros, aspectos tan fundamentales como descuidados que, sin duda, guardan una estrecha relación con las enfermedades crónicas. Otros aspectos abordados a lo largo de estas páginas han reflejado que ya se han empezado a poner en práctica determinadas estrategias, pero que aún quedan otras tantas por planificar para afrontar de forma eficaz la cronicidad y sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

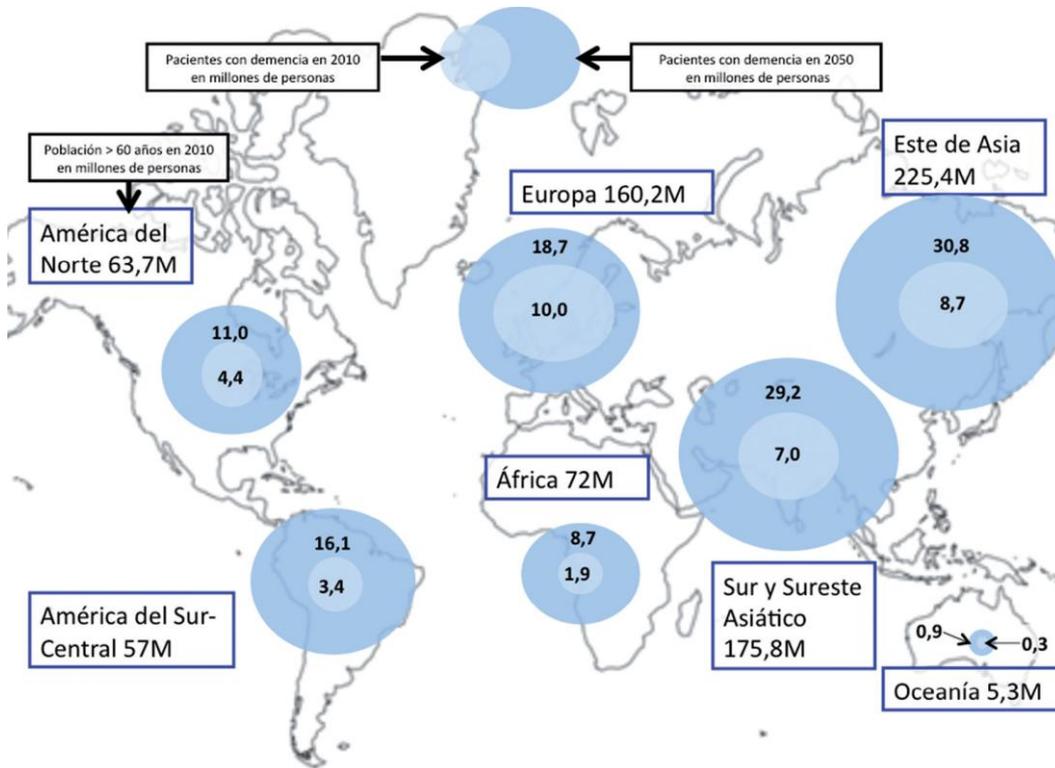
- (1) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2016 [acceso 3 de enero de 2016]. Temas de salud: enfermedades crónicas [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- (2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2012 [acceso 20 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- (3) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Enero 2015 [acceso 3 de enero de 2016]. Enfermedades no transmisibles [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- (4) Nuño-Solinís R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. *Enferm Clin*. 2014; 24 (1): 18-22
- (5) Rubio DC. Causalidad, Derechos Humanos y Justicia Social en la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31 (1): 87-90
- (6) Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados [Internet]. Madrid: Secretaría General Técnica; 2003 [acceso 6 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
- (7) Malnutrición (n) En *Diccionario de la Lengua Española Espasa-Calpe*, 2005. Recuperado de: <http://www.wordreference.com/definicion/malnutrici%C3%B3n>
- (8) Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final. Buenos Aires: OMS; 2009. Número identificativo del informe: 525
- (9) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2016 [acceso 12 de febrero de 2016]. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008 [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/
- (10) Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. 161-189
- (11) Fuentes Castillo C. Los postulados de Koch: revisión histórica y perspectiva actual. *RCCV*. 2007; 1 (2): 262-266

- (12) Krieger N. Glosario de Epidemiología Social. Boletín Epidemiológico [Internet] junio 2002 [acceso 18 de febrero de 2016]; 23 (2): [1-21]. Disponible en: http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf
- (13) Abela J. El análisis multinivel: una revisión actualizada en el ámbito sociológico. Revista Metodología de Encuestas. 2011; 13: 161-176
- (14) Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de atención a la cronicidad de Cantabria [Internet]. Cantabria; 2015 [acceso 12 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- (15) Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization. 2005.
- (16) Reques P. Biogerontología: el marco teórico del envejecimiento. OCW Universidad de Cantabria (Crespo Santiago D. Editor) 2011. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-4.-transicion-epidemiologica/4.2-el-marco-teorico-del-envejecimiento>
- (17) Fernández-Ruiz M, Guerra-Vales JM, Trincado R, Fernández R, Medrano MJ, Villarejo A, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. The ability of self-rated health to predict mortality among community-dwelling elderly individuals differs according to the specific cause of death: data from the NEDICES cohort. Gerontology. 2013; 59: 368-77
- (18) Universidad Miguel Hernánz de Elche, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, MSD. IEMAC-ARCHO [sede Web]. Alicante. [actualizada en febrero de 2016; acceso 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.iemac.org/>
- (19) Toro-Polanco T, Vázquez Pérez P, Nuño-Solinís R, Mira Solves JJ. Evaluación del nuevo enfoque en atención a la cronicidad en las organizaciones sanitarias integradas en el País Vasco. An. Sist. Sanit. Navarr. 2014; 37 (2): 189-201
- (20) Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco T, Contel JC, Guilabert Mora M et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2013; 27 (2): 128-134
- (21) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. 2016 [acceso 3 de marzo de 2016]. Temas de salud: Atención primaria de salud [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- (22) González Álvarez MA, Quinteiro Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014; 2 (3): 36-42
- (23) González Maestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clin. 2014; 24 (1): 67-73.

- (24) Stanford School of Medicine. Patient Education in the Department of Medicine: Stanford Small-Group Self-Management Programs in English [sede Web]. Stanford: Stanford School of Medicine; 2016 [acceso 15 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>
- (25) Ritter PL, Ory MG, Laurent DD, Lorig K. Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an on-line and a small-group program. *Transl Behav Med.* 2014; 4 (4): 398-406
- (26) Falgueras MV, Cruzate Muñoz C, Orfila Pernas F, Sureda Creixell J, González López MP, Davins Miralles J. *Burnout* y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2015; 47 (1): 25-31
- (27) Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11 (39): 257-265
- (28) López Sáez M, Gaviria Stewart E, Bustillos López A, Fernández Arregui S. Cuaderno de investigación en Psicología Social. Madrid: Sanz y Torres; 2013
- (29) Gaviria Stewart E, López Sáez M, Cuadrado Guirado I. Introducción a la Psicología Social. 2ª ed. Madrid: Sanz y Torres; 2013
- (30) Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, Del Pino Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Aten Primaria.* 2014; 46 (9): 483-491
- (31) Donoso LM, Demerouti E, Garrosa Hernández E, Moreno-Jiménez B, Carmona Cobo I. Positive benefits of caring on nurses’ motivation and well-being: a diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52: 804-816
- (32) Sánchez Ramos CL. Estilos de personalidad, afrontamiento y satisfacción en profesionales sanitarios en relación con la salud [tesis doctoral]. Madrid; 2015
- (33) Arrogante Maroto O. Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento [tesis doctoral]. Universidad Nacional a Distancia; 2014
- (34) Simón V, Germer C. Aprender a practicar *mindfulness*. *Papeles del psicólogo.* 2012; 33 (1): 68-73.
- (35) Vidal Melero A. Yoga para ejecutivos: técnicas eficaces de relajación para mejorar el rendimiento en el trabajo. Barcelona: Profit Editorial; 2015.
- (36) Rosales G, Vranjes G. Mi guía de yoga: teoría y práctica, paso a paso. Barcelona: Viena Ediciones; 2013.
- (37) Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit.* 2013; 27 (6): 521-528

ANEXOS

Anexo A. Estimación de los millones de personas que podrían padecer demencia para el próximo año 2050 ¹⁴



Anexo B. Pirámide de población de Cantabria en el año 2014 y proyección para el año 2029 ¹⁴

