Categoría: **IMPULSO PROFESIONAL (TRABAJO ENFERMERO)**

Título:

MODELO INSTITUCIONAL DE SOPORTE EMOCIONAL PARA FORTALECER LA RESILIENCIA Y EL LIDERAZGO ENFERMERO EN ONCOLOGÍA

Premios Enfermería en Desarrollo 2025–2026

1. RESUMEN

Los profesionales de las unidades de oncología trabajan en un entorno emocionalmente exigente, marcado por la exposición continuada al sufrimiento, el acompañamiento al final de la vida y la gestión de situaciones críticas.

Esta realidad incrementa el riesgo de burnout, fatiga por compasión y desgaste profesional, afectando al bienestar del equipo y a la calidad asistencial.

Para dar respuesta a esta necesidad se diseñó un Modelo Institucional de Soporte Emocional basado en liderazgo enfermero, resiliencia profesional y seguridad del paciente.

El modelo se fundamenta en una revisión bibliográfica estructurada y en un análisis organizativo mediante las herramientas Ishikawa, DAFO, CAME y Belbin, que permitió identificar brechas prioritarias y definir una estrategia de intervención. Integra espacios de regulación emocional, formación avanzada en competencias emocionales, circuitos de respuesta rápida ante eventos críticos y un sistema de evaluación continua coordinado por un Comité de Bienestar.

Su implantación pretende fortalecer el bienestar y la resiliencia del equipo, potenciar sus competencias profesionales y contribuir a una atención más segura, humanizada y sostenible.

2. JUSTIFICACIÓN

Los profesionales que trabajan a pie de cama en las unidades de oncología —enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y celadores— desarrollan su actividad en un entorno caracterizado por una elevada carga emocional, exposición continuada al sufrimiento, acompañamiento al final de la vida y toma de decisiones complejas. Esta realidad incrementa el riesgo de burnout, fatiga por compasión y desgaste profesional, con repercusiones sobre el bienestar de los profesionales, la calidad asistencial y la seguridad del paciente (1–10).

Las estrategias nacionales e internacionales de humanización sanitaria reconocen que cuidar a quienes cuidan es esencial para garantizar una atención segura y centrada en la persona. Sin embargo, muchas iniciativas continúan siendo actuaciones aisladas, sin una estructura organizativa que integre el soporte emocional en la práctica asistencial (15–34).

Con el propósito de responder a esta necesidad se diseñó un modelo institucional de soporte emocional basado en liderazgo transformacional y resiliencia profesional, concebido como una estrategia organizativa dirigida a fortalecer el bienestar emocional de los profesionales y favorecer una cultura de cuidado sostenible.

Para fundamentar el modelo se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en bases biomédicas nacionales e internacionales (PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science y SciELO), complementada con la revisión de documentos institucionales sobre humanización, bienestar profesional, liderazgo y resiliencia. La evidencia seleccionada permitió identificar recomendaciones actuales y fundamentar las intervenciones propuestas (1–36) (ANEXO I).

A partir de la evidencia científica y del análisis de la realidad asistencial se desarrolló una metodología secuencial orientada a identificar las necesidades prioritarias sobre las que construir el modelo. El Diagrama de Ishikawa permitió identificar las principales causas del desgaste emocional, agrupándolas en factores asistenciales, organizativos, formativos, relacionales, personales y éticos.

El análisis DAFO evidenció fortalezas relacionadas con la implicación profesional y cohesión del equipo, junto con debilidades estructurales asociadas a la ausencia de espacios de regulación emocional, protocolos específicos y formación sistemática. Posteriormente, la matriz CAME permitió transformar estos hallazgos en estrategias concretas dirigidas a corregir carencias, afrontar riesgos, consolidar fortalezas y aprovechar oportunidades institucionales.

La integración de estas herramientas permitió identificar cuatro brechas prioritarias: ausencia de entornos de regulación emocional, déficit de formación en competencias emocionales, inexistencia de circuitos de respuesta rápida ante eventos críticos y necesidad de reforzar el liderazgo y soporte institucional. Estas brechas constituyeron la base del modelo de intervención.

La metodología incorporó además la definición de los perfiles profesionales necesarios para su implantación y la creación de un Comité de Bienestar multidisciplinar. El análisis de roles mediante Belbin permitió establecer una estructura organizativa basada en la complementariedad de competencias, la representación de los diferentes turnos y la continuidad del modelo dentro de la dinámica asistencial. Asimismo, se identificaron barreras y resistencias previsibles, como la sobrecarga asistencial, la limitación de tiempo o la dificultad inicial para expresar necesidades emocionales, junto con factores facilitadores y alianzas estratégicas con Psicología Clínica, Salud Laboral, Formación Continuada y Enfermería Especialista en Salud Mental, considerados elementos esenciales para la viabilidad y sostenibilidad del proyecto.

Como parte del diseño metodológico se estableció la necesidad de incorporar indicadores objetivos que permitan valorar la evolución del bienestar profesional y medir el impacto del modelo tras su implantación. Para ello, se planteó la utilización de herramientas de evaluación emocional y de calidad de vida profesional dentro de las fases operativas del proyecto, permitiendo establecer una medición inicial, seguimiento periódico y evaluación de resultados.

Finalmente, se analizaron las limitaciones metodológicas del proyecto, relacionadas con la ausencia de datos cuantitativos previos, la dependencia parcial de la observación profesional y las diferencias organizativas entre centros, factores que pueden condicionar su transferibilidad. También se consideró la influencia de los recursos disponibles, la cultura organizativa y la implicación institucional. Estas limitaciones orientan futuras fases de implementación y validación del modelo en otros contextos asistenciales.

La metodología empleada permitió establecer una base diagnóstica sólida para el diseño de un modelo organizativo estructurado, viable y alineado con los principios de liderazgo enfermero, humanización, resiliencia profesional y seguridad del paciente (ANEXO II).

3. DESARROLLO

3.1. DISEÑO DEL MODELO INSTITUCIONAL DE SOPORTE EMOCIONAL

El análisis previo permitió diseñar un modelo institucional de soporte emocional adaptado al contexto asistencial, integrando intervenciones preventivas, formativas, asistenciales y de seguimiento orientadas al bienestar profesional y una atención segura y humanizada. El modelo adopta una visión sistémica basada en liderazgo, formación, acompañamiento psicológico, espacios de regulación emocional y evaluación continua, priorizando su aplicabilidad práctica.

El modelo se articula mediante un mapa de procesos estructurado en cuatro bloques: identificación y escucha, intervención, acompañamiento y evaluación. Sobre esta estructura se integra el ciclo de mejora continua PDCA, permitiendo revisar resultados e introducir ajustes progresivos según las necesidades detectadas.

La implantación del modelo se estructura mediante herramientas de planificación y gestión que garantizan su organización, seguimiento y sostenibilidad. Estas herramientas (mapa de procesos, ciclo PDCA, WBS, cuadro de mando, cronograma, análisis de riesgos e indicadores) se desarrollan gráficamente en el ANEXO 3.

3.2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS E INDICADORES DEL MODELO

Las líneas estratégicas constituyen la estructura central del modelo y orientan su despliegue en la unidad. Su definición deriva del análisis previo de necesidades, brechas y factores condicionantes identificados mediante las herramientas diagnósticas empleadas, permitiendo transformar los hallazgos detectados en un modelo operativo orientado al bienestar profesional, la mejora asistencial y la sostenibilidad del equipo.

Cada línea estratégica se concreta en objetivos operativos, acciones e indicadores que permiten transformar la estrategia en práctica asistencial y establecer un seguimiento sistemático de su impacto.

- ***Línea estratégica 1: Crear un entorno físico seguro para la regulación emocional del equipo***

Objetivo operativo: Habilitar y mantener espacios de calma que permitan la descompresión emocional inmediata tras situaciones de alta carga asistencial.

Acciones clave: Diseño y acondicionamiento del Rincón de la Calma; disponibilidad de espacios alternativos; mantenimiento periódico del material.

Indicadores asociados: Disponibilidad del espacio (100%); uso mensual; satisfacción del personal.

Aplicación en la unidad: Uso del Rincón de la Calma en turnos; accesibilidad inmediata tras eventos críticos.

- ***Línea estratégica 2: Desarrollar competencias emocionales avanzadas en comunicación, duelo y autocuidado***

Objetivo operativo: Fortalecer las habilidades emocionales del equipo mediante formación estructurada y continua.

Acciones clave: Talleres breves; microformaciones en turno; sesiones de psicología; role-playing en comunicación difícil.

Indicadores asociados: Cobertura formativa (≥95%); capacitación percibida (≥90%); satisfacción con la formación.

Aplicación en la unidad: Formación integrada en turnos; sesiones adaptadas a la carga asistencial; coordinación con Formación Continuada.

- ***Línea estratégica 3: Implantar un circuito institucional de respuesta rápida ante eventos críticos***

Objetivo operativo: Garantizar intervenciones inmediatas y diferidas (briefing–defusing–debriefing) tras incidentes críticos o fallecimientos.

Acciones clave: Activación del defusing en 24–48 horas; coordinación con Psicología; seguimiento de casos; registro estructurado.

Indicadores asociados: Activación del defusing (100%); adherencia a sesiones (≥80%); número de casos atendidos.

Aplicación en la unidad: Activación del protocolo tras fallecimientos; sesiones breves en turno; coordinación con supervisión.

- ***Línea estratégica 4: Consolidar un sistema de seguimiento emocional y bienestar profesional sostenible***

Objetivo operativo: Evaluar periódicamente el estado emocional del equipo y coordinar acciones de bienestar mediante un Comité de Bienestar.

Acciones clave: Cribado emocional periódico; reuniones del Comité; análisis de indicadores; establecimiento de acciones correctoras.

Indicadores asociados: Burnout (CBI); satisfacción por compasión (ProQOL); absentismo; rotación.

Aplicación en la unidad: Reuniones trimestrales del Comité; uso del cuadro de mando; seguimiento continuo.

La integración de líneas estratégicas, objetivos, acciones e indicadores garantiza la coherencia y el seguimiento del modelo (ANEXO IV). Posteriormente, se despliega mediante fases operativas que ordenan su implementación hasta su consolidación.

3.3. FASES OPERATIVAS DEL MODELO

Tras definir la estructura estratégica del modelo, su implementación requiere una secuencia ordenada de fases que permita ejecutar los objetivos asociados a cada línea estratégica. Estas fases articulan el despliegue progresivo del modelo y garantizan una transición coherente desde la identificación de necesidades hasta su integración definitiva en la práctica asistencial.

- ***Fase 0. Sensibilización y participación***

Propósito: Generar conciencia, validar emociones y activar la participación del equipo.

Acciones principales:

- Reuniones iniciales de presentación y validación emocional.
- Briefing emocional de arranque para alinear expectativas.
- Captación de profesionales interesados.
- Creación del Comité de Bienestar como referente emocional por turnos.

- ***Fase 1. Diagnóstico emocional y entorno seguro***

Propósito: Obtener una fotografía inicial del estado emocional del equipo y habilitar un entorno de regulación.

Acciones principales:

- Aplicación inicial de CBI, ProQOL y encuesta de expectativas.
- Análisis de resultados y detección de necesidades.
- Habilitación del Rincón de la Calma.
- Integración del briefing operativo en los relevos.

- ***Fase 2. Intervención: habilidades y contención***

Propósito: Capacitar al equipo y ofrecer mecanismos estructurados de apoyo emocional.

Acciones principales:

- Talleres y píldoras formativas sobre comunicación perimortem, duelo, mindfulness, autocuidado y gestión emocional.
- Sesiones psicológicas grupales e individuales.
- Dinámicas de equipo y role-playing.
- Briefing formativo previo a cada actividad.

- ***Fase 3. Consolidación y reconocimiento***

Propósito: Fortalecer la cohesión, el clima emocional y la identidad del equipo.

Acciones principales:

- Dinámicas de cohesión fuera del entorno asistencial.
- Activación del Muro del Reconocimiento.
- Briefing de cohesión semanal.
- Refuerzo del Comité de Bienestar.

- ***Fase 4. Respuesta aguda ante eventos críticos (fase transversal)***

Propósito: Contener el impacto emocional asociado a situaciones críticas independientemente del momento evolutivo del proyecto.

Esta fase tiene carácter transversal y puede activarse en cualquier momento del desarrollo del modelo ante fallecimientos, situaciones complejas o acontecimientos críticos para el equipo. Tras la resolución y seguimiento del evento, se retomará la fase operativa en la que se encontraba el proyecto.

Acciones principales:

- Activación del defusing en las primeras 24 horas.
- Debriefing estructurado en 48–72 horas.
- Coordinación con Psicología Clínica.
- Registro y análisis de incidentes críticos.

- ***Fase 5. Evaluación del impacto***

Propósito: Medir resultados y ajustar el modelo.

Acciones principales:

- Reaplicación de CBI, ProQOL y encuesta de satisfacción.
- Comparación de indicadores pre–post.
- Debriefing evaluativo del programa.
- Ajustes operativos según resultados.

- ***Fase 6. Cronificación y sostenibilidad***

Propósito: Integrar el modelo como estándar de calidad asistencial.

Acciones principales:

- Integración de Psicología en la planificación ordinaria.
- Mantenimiento del Comité de Bienestar.
- Formación continua y acogida emocional a nuevos profesionales.
- Incorporación del semáforo emocional en relevos.
- Reevaluación anual y cierre evaluativo.

La ejecución progresiva de estas fases permite desarrollar las líneas estratégicas definidas y avanzar hacia la consecución del objetivo general del proyecto. La implantación inicial se plantea con una duración de 12 meses, seguida de una fase de mantenimiento permanente, según la planificación temporal recogida en el diagrama de Gantt.

Las herramientas de planificación, seguimiento y evaluación recogidas en el ANEXO III permiten garantizar la trazabilidad, viabilidad y adaptación continua del modelo.

4. CONCLUSIONES

El Modelo Institucional de Soporte Emocional basado en liderazgo transformacional y resiliencia profesional constituye una propuesta organizativa orientada a dar respuesta a una necesidad en las unidades oncológicas: proporcionar un sistema estructurado de apoyo emocional para los profesionales que participan directamente en el cuidado del paciente.

La implantación del modelo permitirá previsiblemente mejorar las condiciones profesionales y asistenciales del colectivo mediante la creación de espacios seguros de regulación emocional, el desarrollo de competencias en comunicación, duelo y autocuidado, y la incorporación de circuitos de respuesta ante situaciones críticas. Asimismo, favorecerá una cultura organizativa basada en el acompañamiento, la seguridad psicológica y la resiliencia del equipo.

Desde la perspectiva del desarrollo competencial, el proyecto contribuye al fortalecimiento de las capacidades de enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y celadores, promoviendo herramientas para afrontar situaciones de elevada carga emocional y favoreciendo un desempeño más seguro, humano y sostenible.

La estructura propuesta facilita su aplicación práctica al integrarse en la dinámica habitual de la unidad mediante un Comité de Bienestar, indicadores de seguimiento y un sistema de mejora continua. Aunque la evaluación definitiva dependerá de su implantación y seguimiento longitudinal, el modelo establece una base reproducible y adaptable a otros entornos asistenciales con alta complejidad emocional. Su enfoque multidisciplinar e institucional refuerza la corresponsabilidad de todos los profesionales implicados en el cuidado, favoreciendo una cultura organizativa basada en el apoyo mutuo.

En conclusión, el proyecto transforma el cuidado emocional del profesional desde una actuación reactiva hacia un modelo preventivo y organizado, alineado con los principios de humanización, liderazgo enfermero y calidad asistencial.