Enfermería en desarrollo
Nº 24, mayo de 2020

Salud sexual contra la vulnerabilidad
Carmen Jurado trabaja en el Hospital Reina Sofía de Córdoba con mujeres en riesgo de exclusión social
pag. 16

'Mariela', la historia épica de una enfermera valiente
Yolanda Guerrero comparte el proceso de escritura de su novela 'Mariela'
pag. 48

Un viaje de 4.500 km

Mbaye Gil quería salir de Senegal para buscar un futuro mejor. Con esta idea llegó a España hace quince años. Hoy es enfermero en el País Vasco
pag. 8

Sumario

Nº 24, mayo de 2020

4 **Opinión**
Víctor Aznar Marcén, presidente de FUDEN, y Yolanda Núñez Gelado, directora de la revista.

8 **Un viaje de 4.500 km hacia la enfermería**
Mbaye Gil quería salió de Senegal para buscar un futuro mejor. Con esta idea llegó a España hace quince años.

14 **Conocimiento contra prejuicios**
Mª Angustias Sánchez ha estudiado los prejuicios sobre la migración.

16 **Salud sexual contra la vulnerabilidad**
Carmen Jurado trabaja en el Hospital Reina Sofía de Córdoba con mujeres en riesgo de exclusión social.

20 **Atención domiciliaria y urgencias extrahospitalaria**
Conocemos el modelo de Andalucía con la experiencia asistencial de Sergio R. López y Enrique Coca

24 **+QCuidar:**
Natividad Comes y Carmen Fuente han creado una empresa de asistencia sanitaria a domicilio.

26 **Telecuidados para pacientes con lesión medular**
Margarita Chozas gestiona la consulta de teleasistencia del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

28 **Formación frente a la disfagia**
Rosa Mª Martínez desarrolla un taller sobre el deterioro de la deglución.

30 **Mediación como estrategia educadora con jóvenes**
Antonio Manuel Barbero estudia en su tesis la eficacia de la figura del mediador para la promoción de la salud

32 **Hazlo bien, hazlo fácil**
Proceso de valoración enfermera. Conclusión

36 **Promoción de hábitos saludables con la población gitana**
Enfermeros del Departamento de Salud Pública de Alicante trabajan contra la exclusión de la comunidad gitana.

40 **Cuidados de salud mental para el paciente con ELA**
Inmaculada Dorado promueve la salud mental de las personas con ELA y sus familiares.

44 **Asistencia emocional para las enfermeras**
Amparo López expone el trabajo de la Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

46 **Relatos sobre la soledad**
'Pequeñas historias, grandes personas' son narraciones de los participantes en una intervención contra la soledad promovida por Jordi Ramón Rizo

48 **'Mariela', la historia épica de una enfermera valiente**
Yolanda Guerrero comparte el proceso de escritura de su novela 'Mariela', una enfermera que se enfrenta a la 'gripe española' de principios del s. XX.

Edita: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, FUDEN
Presidente: Víctor Aznar Marcén
Directora: Yolanda Núñez Gelado
Directora editorial: Amelia Amezcua Sánchez
Redactor jefe: Juan Andrés Siles Rodríguez
Redacción: Irene García Sánchez, Rosa Gisbert, Paloma Pérez Diez
Diseño: Cano Yélamos
Web: enfermeriaendesarrollo.es
Redacción y administración: C/ Veneras, 9. 2º. 28013 Madrid
Teléfono: 915474881
Correo electrónico: enfermeriaendesarrollo@fuden.es
Depósito Legal: M-15637-2013

Léenos todos los días

En mayo de 2020 cumplimos siete años de trayectoria editorial. Desde nuestro número cero, publicado en mayo de 2013, hemos tenido muy presente la importancia de difundir el trabajo de las enfermeras, de ser un medio de comunicación para que el conjunto de la profesión conozca lo que están haciendo otras compañeras, lo cual nos enriquece, y de que la sociedad conozca todo lo que hacemos. Todo ello con el único objetivo de promover a la enfermería. Siete años después de nuestro primer número, ha llegado el momento de renovar los soportes con los que te acercas a Enfermería en Desarrollo, porque queremos seguir estando junto a ti, con un nuevo diseño de la revista y una nueva web.

En este número, te presentamos historias de gran impacto social, como la trayectoria vital de Mbaye Gil, un migrante senegalés hoy enfermero en nuestro país; el trabajo de Carmen Jurado para promover la salud sexual entre las mujeres en riesgo de exclusión; la mediación en salud estudiada por Antonio Barbero para educar a los jóvenes; los cuidados de salud mental para personas con ELA o cáncer de Inmaculada Dorado y Amparo López; los relatos para paliar la soledad de las personas ancianas de Jordi Ramón Rizo; el conocimiento enfermero para hacer frente a los prejuicios contra los migrantes de Mª Angustias Sánchez; los talleres de Rosa María Martínez para prevenir y rehabilitar la disfagia en la infancia y con las personas ancianas; la innovación en la atención domiciliaria y urgencias y enfermeras extrahospitalarias a través de la experiencia de Sergio R. López y Enrique Coca; el emprendimiento de Natividad Comes y Carmen Fuente con +QCuidar; e historias inspiradoras como la escrita por Yolanda Guerrero, con su novela 'Mariela', que narra las visicitudes de una enfermera que lucha contra la gripe española de principios del siglo XX.

Como verás, las historias que te contamos se han visto influidas de forma directa o indirecta por el COVID-19, que ha condicionado nuestras vidas y va a seguir cambiándolas, pero siempre teniendo el cuidado como una de nuestras prioridades. Te invitamos a que hagas un paréntesis en tu día a día laboral, que seguro es apremiante, y conozcas todas las historias que te presentamos en la revista.

Queremos que nos acompañes en este proceso de aprendizaje continuo y evolución que es la enfermería. Para ello, te invitamos a leernos todos los días, pues en enfermeriaendesarrollo.es cada día encontrarás algo nuevo. Y, como colofón, cada tres meses, seguiremos editando nuestra revista. Esperamos que disfrutes mucho de su lectura. ■

Enfermería en Desarrollo como nunca la has visto

Enfermería en Desarrollo es más

Con su nueva web, que responde al crecimiento de todas nuestras líneas de trabajo:

En enfermeríaendesarrollo.es podrás:

Leer todos los artículos de la revista

Enviar tu candidatura a los Premios Enfermería en Desarrollo

Y solicitar el sello a los Equipos Excelentes

Queremos estar + cerca de ti a través de tus pantallas:

+ Móvil
+ Ordenador
+ Tablet
+ Tv

Y además, rediseñamos la revista impresa, +visual:

- Con una nueva experiencia de lectura, más agradable
- Con una presentación renovada
- Con nuevas formas de contar historias, más gráfica
- Con un nuevo diseño que destaca lo atractivo de nuestras historias
- Con más importancia de la fotografía
- Con nuevas formas de transmitir los mensajes a través de la potencia de las ilustraciones
- Con mayor soporte gráfico

Te invitamos a leernos y descubrir la nueva enfermería en desarrollo

Víctor Aznar Marcén
Presidente de FUDEN

Seguimos junto a ti

Lo más complejo de los proyectos no es iniciarlos, sino mantenerlos en el tiempo, a través de su crecimiento sostenido, basado en la innovación y la renovación. Esta filosofía es la que hemos seguido con Enfermería en Desarrollo. Nacimos como una revista y nos hemos convertido en una marca con una importante personalidad e impacto en el mundo de la enfermería y la fisioterapia. En mayo de 2020 cumplimos siete años de trayectoria editorial.

Comenzamos en 2013. En un primer momento, nos centramos en definir bien nuestro contenido y consolidarnos como revista, presentando a nuestros lectores a la enfermería como nunca la habíamos visto antes, con reportajes en los que profundizamos en los aspectos más destacados del cuidado y en los valores de nuestra profesión.

A continuación, dimos un paso al frente, y convocamos los Premios Enfermería en Desarrollo. Fue en 2014. Teníamos el objetivo muy claro: reconocer el trabajo de la enfermería y potenciar, con ello, su visibilidad social. Con humildad, podemos asegurar que lo hemos conseguido, pues nuestro galardón se ha convertido en uno de los más codiciados dentro de la enfermería española.

Posteriormente, el conocimiento obtenido con la organización de los premios, nos llevó a identificar la innovación y la excelencia que las enfermeras imprimen al trabajo en equipo, con otras compañeras y con otras profesiones. Con esta filosofía, definimos el Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes. Ya hemos hecho la primera evaluación y pronto tendréis noticias de la concesión del primer sello.

Lógicamente, la crisis provocada por el COVID-19 ha modificado las prioridades de nuestro trabajo, desde la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. En estos meses, hemos invertido nuestro tiempo, esfuerzo y recursos en apoyar a las enfermeras que están cuidando de las personas con coronavirus. Al mismo tiempo, hemos tenido la capacidad de dar continuidad a proyectos en los que llevábamos meses trabajando, gracias a la implicación del equipo de profesionales que integran Fuden. En el caso de Enfermería en Desarrollo, sabíamos que teníamos un buen contenido y proyectos innovadores. Era el momento de reforzar todo esto mejorando nuestro continente, el marco que lo envuelve todo. Así es como este mes de mayo os presentamos un nuevo diseño de la revista y su nueva web.

Tenéis en vuestras manos una revista que invita a la lectura, con un mayor soporte gráfico, más importancia de la fotografía y nuevas formas de transmitir los mensajes principales de los textos a través de sus ilustraciones.

El rediseño de la publicación lo hemos desarrollado de forma paralela a la nueva web, adaptada a las exigencias y necesidades del tiempo que vivimos, aprovechando todos los recursos de las nuevas tecnologías e internet, empleando el conocimiento adquirido con el desarrollo de la app ED Revista que ahora convertimos en una web pensada para que puedas acceder a todo nuestro contenido desde cualquier pantalla: la de tu ordenador, tu tablet o tu móvil, y, por qué no, la de tu tv; pues la revista integra los últimos proyectos vinculados con la comunicación que hemos puesto en marcha, Frecuencia Enfermera y Fuden Tv.

En un año tan importante para la enfermería, son muchos los proyectos en los que estamos trabajando desde Fuden y la renovación de Enfermería en Desarrollo es uno de ellos. Hoy ve la luz. Y te invito a que nos sigas de cerca porque muchas son las iniciativas que están por venir. Algunos proyectos los hemos adelantado en sus plazos y adaptado para responder a las demandas y necesidades de la enfermería en estos momentos. Es lo que hemos hecho con Fuden Inclusiva. Y también con otros muchos planes que seguiremos presentando en los próximos meses, porque la enfermería sigue y nosotros queremos seguir junto a ti.■

Yolanda
Núñez Gelado
Directora de Enfermería
en Desarrollo

La fortaleza del eslabón más débil

Hace seis meses ninguno sabíamos qué era y ahora determina nuestras vidas, marca casi cada uno de nuestros movimientos y condiciona muchas de las decisiones que tomamos. Empezamos a vislumbrar las consecuencias para la economía, y los cambios que va a provocar en nuestra forma de vida, incluyendo cómo nos relacionamos con los demás.

Desconozco la información previa o si los datos llevaban a pensar que el peligro pudiera ser tan grande. A posteriori, sabemos que entonces infravaloramos los riesgos y la extensión de la amenaza. Como consecuencia de ello, se tardó demasiado en movilizar los recursos imprescindibles.

Thomas Reid, filósofo escocés del siglo XVIII, escribió que una cadena es tan fuerte como lo sea el más débil de los eslabones que la componen. Esta crisis ha puesto a prueba la fortaleza de cada eslabón, de cada persona que forma parte de la cadena. Entre todos, hemos logrado que, aun con abundantes fricciones, se haya mantenido intacta, a pesar de que en varias ocasiones ha rozado su punto de máxima tensión.

¿Cómo se está consiguiendo? Adaptación al cambio, aprendizaje continuo, agilidad y flexibilidad para cuidar a unos pacientes de los que se desconoce casi todo y, al mismo tiempo, capacidad para gestionar nuestros propios miedos y situaciones personales.

Es este un tiempo en el que se nos exige la máxima concentración y rendimiento, en un escenario desfavorable, sin recibir demasiadas veces el material mínimo necesario que garantice nuestra seguridad. Los profesionales también enfermamos y tenemos miedo por nuestra salud y por la de nuestras familias; sobre todo, si pensamos que, por la ausencia de los medios adecuados de protección, podemos ser los responsables de la enfermedad de alguna de las personas a las que amamos.

Hace unos días, escuchaba un podcast de la revista 5W sobre el coronavirus (https://www.revista5w.com/newsroom/podcast-coronavirus), y Agus Morales, director de la revista, contaba cómo le impresionaba ver los momentos de euforia que se producen cuando se da de alta un paciente de la uci o del hospital, entre aplausos y vítores del personal. Contaba cómo le recordaba un ritual que realizaban los africanos al dar de alta a un paciente que había superado el ébola. Cada persona recuperada ponía pintura en la palma de su mano y dejaba su huella en el muro de los supervivientes. No estaba claro si éste era un momento alegre para la persona, que estaba muy abrumada, o si quienes lo valoraban realmente eran los de alrededor, todas las personas implicadas en la lucha contra el virus, que lo necesitaban para seguir creyendo en lo que estaban haciendo. ¡Qué gran verdad!

Nosotros seguimos trabajando, a pesar de un descontento profundo, de un malestar y una frustración que van calando hondo, en cada célula de nuestro ser. Y lo hacemos porque es lo que tenemos que hacer, porque es lo que sabemos hacer, cada uno en el lugar de la cadena que le corresponde.

Cada tarde al oír los aplausos, pienso que nunca sabremos qué hubiera pasado si ese reconocimiento que ahora está provocado por el miedo, hubiera sido acompañamiento, aplauso y apoyo en tantas mareas blancas de los últimos años. Pienso también en cómo sería si no se extinguieran cuando esto pase y se convirtieran en apoyo para volver a levantar lo que de verdad importa, una sanidad pública y de calidad. ■

Un viaje de 4.500 km con destino final en la enfermería

Mbaye Gil quería salir de Senegal para buscar un futuro mejor. Los primeros auxilios que recibió cuando llegó en patera a Tenerife, le hicieron tener claro que quería ser enfermero. Quince años después de llegar a España, lo ha conseguido. Ya se marca nuevas metas.

Dakar y Vitoria están separadas por alrededor de 4.500 kilómetros. Es el camino que Mbaye Gil recorrió siendo un adolescente. Desde hace diecisiete años vive en España. En este tiempo, se ha labrado un presente como enfermero y trabaja en un porvenir donde los cuidados son el eje de su vida. Mbaye tuvo que abandonar Senegal para alcanzar un futuro mejor. «Tenía quince años. Iba al instituto, como cualquier adolescente de cualquier parte del mundo. Pero en mi país la realidad es muy diferente. Mi padre murió cuando tenía siete años... Todo es incertidumbre. No sabes lo que va a pasar mañana. Veía cómo había gente que se marchaba, conseguía llegar a Europa y, después, mejoraba la situación de sus familias. Entonces, tomé la determinación de hacer lo mismo».

Desde su Dakar natal, Mbaye logró llegar a Tenerife. De niño siempre le había ilusionado trabajar en una profesión con la que pudiera ayudar a otras personas, «dar lo mejor de mí», recuerda. Cuando desembarcó en las costas españolas, no esperaba que unos enfermeros de la Cruz Roja le prestaran primeros auxilios. En ese momento, llegar a ser enfermero se convirtió en su principal objetivo en la vida. «Llegamos en malas condiciones, tras sobrevivir días hacinados en una patera: muchos deshidratados, otros muy débiles, con malestar general... Cuando menos lo esperas, ves que hay personas que se preocupan por ti y por tu salud. Fue una sorpresa. Me llamó mucho la atención y me dije que algún día yo quería hacer lo mismo. Lo tuve claro desde entonces. Quería cuidar como a mí me cuidaron». Mbaye consiguió su propósito hace un año. En la actualidad, trabaja en el centro de salud General Castaños de Portugalete. Para afrontar la crisis sanitaria del coronavirus, lo trasladaron al Hospital Universitario de Basurto, en Bilbao. Ha sido un camino de 4.500 kilómetros y de 17 años de superación constante.

Barça Wala Barsakh

Barça Wala Barsakh. Es el lema con el que los migrantes africanos parten desde sus lugares de origen. «Significa: o llegas a Europa o mueres», traduce Mbaye. Con esta determinación y con quince años, decidió buscar un futuro mejor. «Fue en junio de 2005. Salían muchas pateras a España. Mucha gente llegaba y de otras nunca se sabía. Pero las noticias que teníamos de quienes lo lograban es que conseguían trabajo. Poco a poco, fui investigando y hablando con personas hasta ponerme en contacto con los que organizaban los viajes. Les comenté mi situación. Quería marcharme a España. Me preguntaron si tenía dinero. Les respondí que era estudiante y que no tenía nada. Veía a mi madre sufriendo, siempre trabajando para sacarnos adelante. Quería mejorar la vida de mi familia. Me respondieron que sin dinero no me ayudaban y que todo el mundo pagaba 1.500€. Les dije que todo el dinero que ganara en España iba a ser para ellos. Decidieron meterme en una patera. Les pregunté cómo era y me garantizaron que iba a poder comer, dormir tranquilo y llegar bien... Todo fueron engaños», recuerda.

Desde Dakar, Mbaye viajó en agosto hasta Casamance, en el sur de Senegal. De allí parten las pateras, pues los controles de vigilancia son menores. En un primer intento, frustrado, llegaron hasta Mauritania, pero los pescadores que la tripulaban decidieron regresar porque la embarcación se partía. Fueron diez días de angustia. «No sabíamos qué iba a pasar. Tuvimos suerte, porque salvamos el temporal. Pero todos sabíamos a lo que íbamos y lo que podía ocurrir...». De nuevo a esperar. En octubre, lograron salir definitivamente y llegar hasta Tenerife. «Cuando desembarcas te alegras. Estás en Europa. Tu vida va a cambiar, va a ir a mejor. No piensas en los obstáculos que has salvado en el camino ni en los diez días, muy duros, de viaje, con el tiempo en contra. La gente pierde la cabeza, porque ves a personas muertas, flotando con sus chalecos, en el mar, en mitad de la nada. Esto te desmoraliza. Cuando pones pies en tierra piensas que todo ha terminado. Pero no es así. Empieza otro proceso más complicado aún».

Desde cero

«Han pasado muchos años desde ese día, pero lo recuerdo perfectamente. Es como volver a empezar. Entonces no lo sabes, pero todo es mucho más difícil que alcanzar España». El centro de internamiento de extranjeros de Tenerife y el centro de menores fueron los primeros destinos de Mbaye en España. «Primero estuvimos 40 días en el CIE. A muchos de mis compañeros los deportaron. A mí, al ser menor de edad, me llevaron a un centro de menores. Pero yo no quería estar allí. Quería comenzar a trabajar por mi familia y a pagar la deuda que tenía con quienes me trajeron a España. No me importaba estar en la calle. Pedía ayuda para marcharme». Gracias a la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Mbaye viajó hasta Sevilla y desde allí a Valencia. «Me dijeron que encontraría trabajo recogiendo naranjas. Me dieron el billete y 40 euros. No conocía a nadie y no

sabía a dónde ir. Encontré a gente durmiendo debajo de un puente del río Turia. Me acerqué. Les dije que estaba igual que ellos y me dijeron que trabajaban en el campo, pero que no tenían hogar. Estuve seis meses durmiendo en la calle y trabajando en la agricultura. Hacíamos lo que podíamos. Cuando acabó la temporada de recolección, buscamos trabajo en Murcia pero no lo encontramos. Regresamos a Valencia y nos dedicamos al top manta. Era lo que había». Así fue cómo Mbaye envió su primer dinero a casa, mientras aprendía a hablar español. «Había voluntarios que venían al puente los fines de semana a darnos clase de castellano. Yo sé hablar francés e inglés y esto me facilitó todo. Pero la situación era difícil. La venta ambulante es dura. Hay mucha persecución policial. Me detuvieron varias veces y pasé varias noches en el calabozo. Cuando sales, quieres cambiar, pero no puedes y terminas haciendo lo mismo».

No obstante, su voluntad de cambio llevó a Mbaye a marchar a Pamplona para los Sanfermines y desde allí a Bilbao, la que es hoy su ciudad de residencia.

«Después de pagar gran parte de mis deudas, me quedé con diez euros en el bolsillo. Otra vez a comenzar de nuevo».

«Después de pagar gran parte de mis deudas, pues había vivido en Valencia en un piso patera, y de mandar dinero a mi familia, me quedé con diez euros en el bolsillo. Otra vez a comenzar de nuevo. Compré unos calcetines y con ellos empecé a vender, durmiendo en la calle. Luego conocí a otros chicos, que me prestaron 50€ para comprarme unos CD y unas películas, y con esto seguí. Mi primer objetivo fue terminar de pagar el viaje a España. Conseguí que me suministraran más CD y películas. Las vendía a 5€. Ellos se quedaban con cuatro y yo con uno». Tardó tres años en reunir todo el dinero necesario para pagar su deuda. Mientras iba de bar en bar, fue conociendo a gente y aprovechó para aprender bien el idioma, con clases de castellano. «Fue entonces cuando vi que era el momento de comenzar a estudiar».

A por Enfermería

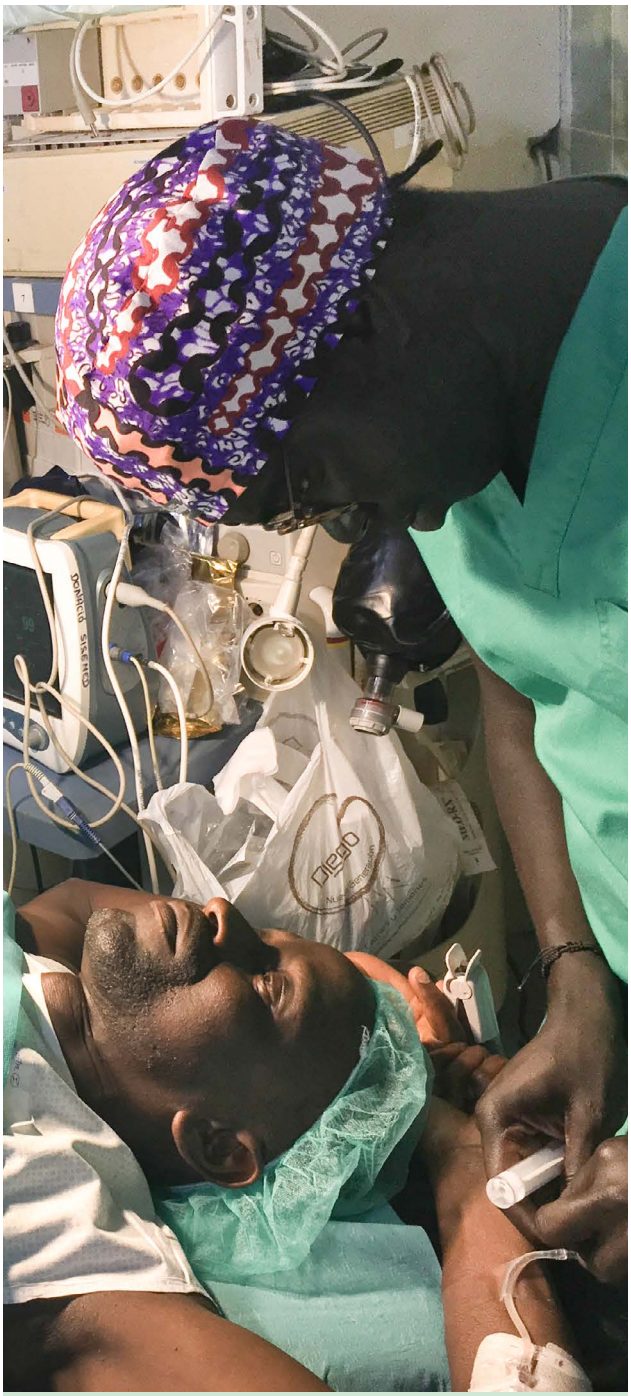
«Yo me preguntaba: '¿No sé cuándo va a llegar mi tiempo?' Pero siempre tenía fe y me respondía: 'Algún día me va a tocar a mí'». Con esta actitud fue cómo Mbaye siguió trabajando por que la suerte llegara algún día. Comenzó a impartir clases de francés y consiguió un contrato en una academia. Esto le permitió regularizar su situación en España. Dejó la venta ambulante y encontró trabajo como camarero. Todo esto, mientras estudiaba Educación Secundaria Obligatoria en un instituto. Esto fue en el curso 2011-2012. «Seguía leyendo mucho y mejorando mi castellano. Mi objetivo era aprobar la selectividad,

«Tenemos una diversidad cultural amplia, pero todavía nos cuesta comprender el mundo de la gente que viene de fuera».

pero un profesor me habló de la prueba de acceso a la universidad para mayores de 25 años y conseguí la plaza en el Grado de Enfermería». Así fue como llegó el golpe de suerte. «Durante mis años de venta ambulante, conocí a una persona que me apoyó mucho. Le dije que quería estudiar y me ayudó a buscar información. Cuando conseguí los papeles, buscamos juntos el instituto en el que estudié. A mí me preocupaba la vivienda y me ofreció su casa. Gracias a él, solo tenía que ocuparme de estudiar y de seguir trabajando para mandarle dinero a mi familia. Con el paso de los años, decidió adoptarme y darme sus apellidos. Él fue mi golpe de suerte. Las cosas pasan cuando menos las esperas y yo tuve la fortuna de encontrarlo en mi vida. Gracias a él pude conseguir mi sueño de ser enfermero».

Enfermero de Atención Primaria

A través de la enfermería Mbaye está canalizando todo su trabajo para mejorar la vida de las personas y de los colectivos en riesgo de exclusión social de su entorno cercano. Esta inquietud la reflejó en la misma Facultad de Enfermería de Vitoria, de la Universidad del País Vasco. En su trabajo fin de grado realizó un programa de educación para la salud para sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. «Es un problema bastante desconocido. Nos quedamos solo en el hecho de la ablación y es necesario profundizar en por qué se realiza; qué etnias y países la practican; cuáles son las consecuencias tanto a nivel físico como, sobre todo, psicológico. Muchas mujeres pueden sufrir estrés postraumático y depresión. Incluso sentimiento de culpa, humillación y vergüenza. Nosotros aquí podemos trabajar con las niñas en situación de riesgo, educar a sus familias y a toda la comunidad, podemos prevenir y evitar que sufran como sus madres». Para lograrlo, Mbaye subraya la labor que las enfermeras pueden hacer desde la consulta de Atención Primaria. «Podemos trabajar mucho con estas personas y establecer una relación de confianza con toda la familia, tanto con el padre como con la madre. Vamos introduciendo, poco a poco, el tema, sin ofender, hablando con ellos las veces que sea necesario, sin que se sientan ofendidos, esperando que sean ellos los que estén dispuestos a hablar. Quizás sea en la tercera o la cuarta entrevista cuando



Sunugaal

Sunugaal es la asociación de cooperación para el desarrollo, puesta en marcha por Mbaye Gil, para contribuir a mejorar la educación y la salud en su país de origen, Senegal. Toda la información sobre su trabajo, puedes verla en sunugaal.org

nosotros podamos explicarles las consecuencias que sufren las mujeres».

Así ha comenzado a trabajar ya Mbaye en su consulta de Atención Primaria, en el centro de salud General Castaños de Portugalete, donde sabe que tiene un ámbito de trabajo muy rico y diverso. «Por supuesto, todo el trabajo de educación para la salud y prevención que podemos hacer con población infantil y adulta. Y, claro está, podemos trabajar la diversidad cultural en la relación clínica con la población migrante. Esto nos puede enriquecer mutuamente, porque podemos aprender mucho ambas partes».
El objetivo de Mbaye es estar cerca de la población migrante. Para ello quiere seguir formándose. «Tenemos una diversidad cultural amplia, pero todavía nos cuesta comprender el mundo de la gente que viene de fuera, considerándome que también vengo de fuera. Como enfermero, puedo visibilizar nuestro trabajo. No solo entre mis compañeros migrantes, sino entre la población autóctona. Tienen que ver que la enfermería puede hacer por ellos mucho más de lo que se pueden imaginar».

El propio Mbaye es un reflejo de los valores que deben identificarnos como sociedad. «El trabajo diario con los compañeros es muy bueno. Es verdad que en ocasiones algunas personas, incluso compañeros migrantes, se sorprenden de ver a un enfermero de raza negra. Llama la atención a primera vista. No estamos acostumbrados, todavía, a ver personas de otras nacionalidades y culturas en determinadas profesio-

nes. Nos queda mucho por avanzar. Y esto es lo que también quiero transmitir: una persona inmigrante no se tiene que quedar en el lugar que dicen las etiquetas. Hay ciertas profesiones que están consideradas solo para la población migrante, pero también podemos acceder a cualquier ámbito del mundo laboral como cualquier otra persona que viva en el país. Querer es poder y si yo lo he conseguido, otros pueden hacerlo».

Regreso a Senegal, quince años después

Desde que abandonó Senegal, con quince años, Mbaye tardó otros quince en regresar y ver de nuevo a su familia. Lo hizo con 30 años y ya como enfermero. Todavía recuerda la angustia y la incertidumbre que su madre vivió. «Cuando abandoné mi casa, tardé seis meses en poder hablar con ella. Pensaba que había muerto, como había ocurrido con mucha gente... Fue muy emocionante volver a verlos», recuerda. Al impacto emocional se unió el profesional. «En algunos casos había mejorado, pero en otros muchos estaba peor. En educación, muchos niños no van al colegio. Y en sanidad, en muchos centros de salud no hay médicos, solo una enfermera o matrona que se ocupa de todo. Pensé, desde Europa y España podemos hacer algo». A su regreso a Bilbao, Mbaye comenzó a colaborar con diversas organizaciones solidarias, como Elastic Family, hasta que decidió poner en marcha la suya propia, Sunugaal. «A nivel personal, estoy ocupándome de la educación de mis sobrinos, pero hay cientos de niños con familias sin medios económicos. Por ello, desde Sunugaal queremos promover un modelo de sociedad donde la gente tenga sus necesidades básicas cubiertas y se sientan libres y autosuficientes. Queremos trabajar para que tengan educación y sanidad para que los niños puedan emplear esa formación y desarrollar su país. Queremos evitar que tengan que abandonarlo en una patera, jugándose la vida para llegar a Europa y una vez aquí superar un proceso mucho más duro, buscándose la vida para sobrevivir. Queremos evitar esa tragedia y que si quieren venir hasta Europa lo hagan en otras condiciones. Esa es nuestra misión», concluye Mbaye.

«En muchos centros de salud no hay médicos, solo una enfermera o matrona que se ocupa de todo».

«Queremos trabajar para que tengan educación y sanidad, para que los niños puedan emplear esa formación y desarrollar su país».

Percepción negativa de la inmigración

Conocimiento contra prejuicios

Mª Angustias Sánchez ha estudiado los prejuicios sobre la migración que tienen los estudiantes de enfermería en Melilla, Ceuta y Granada.

María Angustias Sánchez Ojeda
Doctora en Enfermería y Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla

«Aún tenemos mucho que avanzar tanto en la erradicación de los prejuicios sobre la migración como en las competencias para cuidar a personas de otras culturas»

Las enfermeras tienen los mismos prejuicios y estereotipos sobre migración que el conjunto de la población. Es una de las conclusiones a las que ha llegado, con sus investigaciones, la doctora en Enfermería y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla, María Angustias Sánchez Ojeda. «Todavía tenemos mucho que avanzar para superar los prejuicios y, también, para dotar a las enfermeras de las herramientas necesarias con el fin de que puedan cuidar adecuadamente a las personas migrantes en sus consultas», subraya.

María Angustias tiene varias líneas de trabajo abiertas en torno a la migración. En su tesis doctoral, dirigida por Miguel Ángel Gallardo Vigil, ha estudiado las actitudes prejuiciosas ante los pacientes inmigrantes de los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Granada, en sus facultades de Melilla, Ceuta y Granada. Para conocer sus valores pasó un cuestionario a cerca de 1.000 alumnos. «En general, mostraron una percepción negativa del colectivo inmigrante: el colapso de la sanidad está causado por ellos; se aprovechan de nuestros recursos, entre ellos los sanitarios y sociales; quienes delinquen deberían ser expulsados... En las preguntas, diferencié entre cuatro colectivos: marroquíes, subsaharianos, latinoamericanos y europeos del Este. De ellos, los marroquíes son los peor valorados. Esto es similar a lo que ocurre en el resto de Europa. No obstante, como característica especial, Melilla cuenta con un amplio grupo de población española de origen bereber, que comparte cultura con las personas procedentes de Marruecos, y que no perciben valores negativos en ellos».

Previamente a la tesis, María Angustias había estudiado la actitud frente a la población inmigrante de los enfermeros del Hospital Comarcal de Melilla, donde confirmó la existencia de emociones negativas. Mientras que en la actualidad está participando en un grupo de investigación más amplio, constituido por profesores de Enfermería de las universidades de Almería, Barcelona o Sevilla. De momento, están actualizando los cuestionarios existentes para valorar la percepción hacia los inmigrantes con el fin de elaborar un estudio más global entre los estudiantes de grado. Igualmente, van a profundizar en las competencias culturales de las enfermeras. Además, también trabaja con otras compañeras de Málaga y Toledo. ■

Apuesta por la formación

La formación es una de las claves para reducir los prejuicios de las enfermeras en torno a la migración. Así lo manifiesta la profesora María Angustias Sánchez Ojeda. Ella misma imparte la asignatura de 'Transculturalidad, Género y Salud' en el primer curso del Grado de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla. «Intento transmitir mi pasión por la riqueza de las culturas y la necesidad de corregir la gran cantidad de prejuicios y estereotipos que tenemos la sociedad, no solamente con la inmigración. Ciñéndome a este tema concreto, sobre todo en una ciudad como Melilla y en una profesión como la nuestra tenemos que cuidar a personas procedentes de diversos lugares y no siempre van a coincidir con nuestra cultura». No obstante, con una sola asignatura no es suficiente para cambiar este tipo de conductas, advierte María Angustias. «Así lo comprobé en mi tesis. Pasé un cuestionario antes y después de cursar estos contenidos, y las actitudes se modificaron, pero es necesaria una formación más transversal a lo largo de todo el grado, e incluso profundizar en los planes de cuidados específicos para personas migrantes». En cuanto al ámbito de la asistencia, señala la profesora, «es verdad que contamos con mediadores interculturales con los que salvamos barreras como el idioma, pero si no dispongo de las competencias culturales para atenderlos no seré capaz de hacerlo con éxito».

Enlace a su tesis doctoral:
https://digibug.ugr.es/handle/10481/53791

La diversidad cultural de Melilla y Ceuta

Melilla y Ceuta son ciudades culturalmente diversas. De hecho, conviven hasta cuatro religiones distintas, la cristiana, la musulmana, la hebrea y la hindú. A ello, se unen también etnias como la bereber. Sin embargo, el fenómeno de la migración afecta de forma negativa en ámbitos como la sanidad, debido a la carga asistencial extra que supone. Esta percepción ha sido la hipótesis de partida de las investigaciones desarrolladas por la profesora *María Angustias Sánchez Ojeda* y que se ha terminado confirmando siempre en los resultados de sus trabajos: «Hay que ponerse en situación. En Melilla, suelen entrar cada día, por la frontera, alrededor de 40.000 personas al día. Vienen a trabajar, deambular o mendigar, por ejemplo. Entre otras cuestiones, en Marruecos la asistencia sanitaria es mala y no es pública y muchos optan por acudir al Hospital Comarcal. Como consecuencia de ello, se multiplica la carga asistencial. Esto, lógicamente, incide en la percepción negativa que expresamos sobre la inmigración. Los profesionales sanitarios manifiestan que su sobrecarga se debe, en parte, a estas personas y que ello va en perjuicio de los residentes en Melilla, generando un agravio comparativo entre quienes sí cotizan a la Seguridad Social y quienes no», explica María Angustias.

Salud sexual contra la vulnerabilidad

La enfermera Carmen Jurado es responsable de la consulta de salud sexual del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Con su trabajo, ha desarrollado un espacio en el que trabaja con mujeres en riesgo de exclusión social y situaciones vulnerables, promoviendo su derecho a la salud sexual y reproductiva.

La consulta de salud sexual del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba es «un espacio en el que me acerco a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres en riesgo de exclusión social y situaciones vulnerables. No me quedo solo en el centro sanitario, sino que voy más allá y me acerco a su entorno, a los colectivos y asociaciones locales que las atienden», explica Carmen Jurado Luque, la enfermera responsable y promotora de este servicio. «Trato de ofrecer una atención ágil, multidisciplinar, inclusiva, accesible y adaptada a cada situación con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados, el número de abortos entre esta población o los casos de retirada de hijos tras el parto, así como contribuir a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida o el abordaje de los trastornos sexuales que en muchos casos están relacionados con la misma situación que sufren las mujeres, a las que cuidamos en toda su dimensión».

El trabajo realizado por Carmen Jurado en su consulta suple una necesidad de atención a la salud sexual y reproductiva que en algunos casos no pueden cubrir las consultas de planificación familiar dirigidas a la población en general. «Originalmente, la consulta comenzó para dar respuesta a los problemas de salud sexual de las mujeres y sus parejas que habían tenido alguna enfermedad oncológica, como cáncer de mama, ovario, vulva... Esto afecta mucho a su erótica, su imagen corporal, y a la relación de pareja cuando la tienen, como el ajuste del repertorio erótico. Los tratamientos y la cirugía oncológica afectan a la respuesta sexual en toda su dimensión bíopsicosocial. Por ejemplo, podemos intervenir en las secuelas anatómicas poniendo a disposición de estas mujeres las herramientas necesarias para corregirlas, como el programa de rehabilitación genital», detalla Carmen. «A raíz de esto, de promover la salud sexual, las trabajadoras sociales de mi hospital me expusieron las necesidades de algunas mujeres que acudían al centro para tener a sus hijos y a las que posteriormente se les podía retirar la custodia debido a su situación de vulnerabilidad, con lo que ello supone de sufrimiento. En algunos casos, pueden tener más hijos y pensamos que era necesario realizar con ellas una labor de prevención de los embarazos no deseados. Así comenzamos a funcionar, tratando de darles los recursos necesarios para que

Formación en salud sexual

Carmen Jurado tiene claro que la enfermería tiene mucho que decir a la hora de normalizar la salud sexual de las mujeres en situación de vulnerabilidad. "En todos lados hay mujeres en situaciones vulnerables. Sólo hay que llegar a ellas y observar esas necesidades reales. La preparación de la enfermera es importante en este tema. Existe formación universitaria reglada en salud sexual y reproductiva. La enfermería tiene cabida en este campo, en colaboración con otros profesionales sanitarios".

pudieran manejar su fertilidad», recuerda Carmen. Para ello, constituyeron un grupo de trabajo formado por las trabajadoras sociales del Hospital Materno Infantil de Córdoba, los profesionales médicos del servicio de ginecología y la enfermera experta en salud sexual y reproductiva, es decir, Carmen Jurado. «La colaboración de todos es muy buena. Cuando detectamos un caso hay que dar una respuesta ágil y rápida. Por ejemplo, tenemos a una mujer a la que en un mismo día hay que colocar un DIU, porque si no lo hacemos la perdemos y va a seguir el riesgo de embarazo no deseado. Pues lo solicito y siempre encuentro la colaboración de todos los compañeros. Saben que es necesario hacerlo».

La consulta funciona desde 2011 y en este tiempo Carmen Jurado ha constituido una red de colaboración con más de una veintena de instituciones y asociaciones cordobesas que trabajan con mujeres en riesgo de exclusión social. «Salgo de la consulta y procuro acercarme a donde están las necesidades. El tipo de situaciones de vulnerabilidad es muy amplio y diverso», explica Carmen. «Algunas mujeres vienen porque han sufrido abusos sexuales; otras se encuentran en régimen de internamiento penitenciario; o pueden ser migrantes que tienen pendiente formalizar su estancia en España. Al comenzar a trabajar con ellas también entré en contacto con las asociaciones que tratan de responder a sus necesidades sociales

Carmen Jurado Luque
Enfermera experta en salud sexual
«Con nuestros cuidados facilitamos el bienestar de mujeres que sufren desigualdad»

y poco a poco hemos ido estableciendo cauces de colaboración para dar respuesta a las demandas de estas personas. Así nuestros servicios también han ido aumentando para poder atender todas las demandas que nos han ido realizando. Tras un parto, puede ser importante que conozcan los recursos anticonceptivos; en otras ocasiones hacemos hincapié en enseñarles cómo cuidarse para evitar las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, al estar en situación de prostitución; a veces han sido víctimas de abusos sexuales o maltrato, tienen un trauma o sufren consecuencias negativas o disfunciones sexuales como el vaginismo... A veces son mujeres con deseo sexual hipoactivo, que después de haber pasado ese suceso necesitan retomar su vida y buscan ayuda».

La autoestima es una de las áreas en las que Carmen Jurado suele centrar su trabajo con estas mujeres. «Suelen tenerla baja y pueden tener falsas creencias respecto al manejo de las relaciones sexuales, pues parten de experiencias y procesos educativos en los que les han enseñado a obedecer y a someterse a sus parejas. Entonces, tratamos de que conozcan sus derechos como persona y sus recursos tanto sociales como legales. Siempre tratamos de poner todos los recursos a su servicio, la planificación familiar, la ginecología. Intentamos gestionarlo todo lo antes posible y, si está en nuestra mano, en el mismo día que acuden al hospital. Es una responsabilidad importante la que tenemos todos». Con el tiempo, Carmen Jurado se ha especializado en métodos anticonceptivos específicos, ampliando así la cartera de servicios del propio hospital. «Me he formado en la colocación de implantes subcutáneos. Es un método anticonceptivo de larga duración, pues puede cubrir hasta tres años, resolviendo en todo este período el problema con los embarazos no deseados».

Una de las asociaciones con las que Carmen trabaja es Mujeres en Zonas de Conflicto (MZC). «Ayudan a mujeres refugiadas, procedentes de países en guerra. Te encuentras con situaciones imposibles de imaginar hasta que las conoces. Muchas han sido víctimas de violencia de género, han huido de su maltratador en sus países de origen. Están tratando de sobrevivir y yo les ayudo para que conozcan sus derechos sexuales, eviten las infecciones de transmisión sexual y puedan salir adelante». De esta forma, la ayuda a mujeres en situación de vulnerabilidad a través del cuidado es la clave del trabajo realizado por Carmen Jurado, quien manifiesta su satisfacción por todo el trabajo realizado en estos años. «Me siento muy orgullosa, porque hemos facilitado el bienestar de muchas mujeres, contribuyendo a aliviar su situación. Comenzamos poco a poco, sembrando, y hoy hemos conseguido establecer una red de cuidados para atender a personas en situaciones vulnerables. Hemos puesto en valor su derecho a la atención sexual y reproductiva, facilitando el acceso a los cuidados en esta materia». Si bien, Carmen reconoce que aún queda mucho por avanzar. «Entre todos, tenemos que ser capaces de seguir mejorando la accesibilidad del sistema sanitario y sus profesionales, de fomentar la interacción y la participación ciudadana a través de un trabajo multidisciplinar y facilitador, no solo en Córdoba, sino en todos los lugares donde existan mujeres que sufren vulnerabilidad social, un hecho aún más exacerbado en estos momentos de crisis sanitaria debido al coronavirus».

Menos interrupciones de embarazo

Córdoba es la provincia andaluza con menor número de interrupciones voluntarias de embarazo. «Me siento muy responsable y orgullosa de ello. Es el resultado de trabajar con las poblaciones más vulnerables de mujeres. Puedes prevenir mucho embarazo no deseado e interrupciones del mismo. El hecho de que haya menos abortos es un producto sanitario. Ahorras costes y mucho sufrimiento, sobre todo esto último. Algunos embarazos terminaban en partos cuyos bebés en ocasiones eran retirados de sus madres; otros presentaban discapacidades por problemas genéticos hereditarios de sus progenitores. Moralmente, ahorras mucho sufrimiento», subraya Carmen Jurado.

El trabajo con la diversidad sexual

Además de la consulta de salud sexual, la enfermera Carmen Jurado forma parte de las comisiones de violencia de género y transexualidad del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. «Estamos realizando muchísimo trabajo sobre diversidad sexual, con gran cantidad de actividades en las que estamos participando desde enfermería», explica. «Entre todos coordinamos la demanda de estos chicos y chicas cuando vienen a buscar los recursos sanitarios disponibles. Les informamos de lo que pueden pedir, de lo que tienen a su disposición en las diferentes consultas y, también, de lo que no está disponible o no van a poder encontrar en el hospital. Para ello, coordino con Endocrinología la atención a personas transexuales, tanto infantiles como adultos. Y también me dedico a la formación de formadores. Por ejemplo, hemos participado como docentes en los cursos de actualización de pediatría de Atención Primaria». Así en el hospital cuentan con un servicio de información, asesoramiento y acompañamiento. «Al principio es un impacto, cuando el niño o niña expresa que siente que aquello que se le asignó al nacer no es suyo. Se pueden imaginar las consecuencias emocionales y el impacto en las familias, en una sociedad ordenada en función del sexo. La orientación sexual y la homosexualidad las tenemos más o menos asumidas, pero la identidad aún no. En ocasiones, suele dar vértigo. Aunque las familias quieran que sean felices no saben cómo manejar la situación. Todo esto hay que gestionarlo y esa es nuestra labor. Por ejemplo, a veces los adolescentes solicitan cambiar su aspecto y quieren utilizar los recursos sanitarios para ponerse testosterona, operarse… Y entonces, los padres te preguntan en qué consiste el proceso, si van a operarle, qué le van a hacer… Esto puede provocar miedo e incertidumbre. Así, en la consulta de salud sexual del hospital damos respuesta a todo esto. Además, coordinamos la atención de cada caso concreto con los equipos de salud mental. Es un tema apasionante y duro, en el que me siento muy implicada. Tienen necesidades y yo respondo como enfermera, desde el cuidado, la educación, el asesoramiento, el acompañamiento, etc.».

> «Desde la consulta de salud sexual apoyamos toda la atención sanitaria que requieren las personas transexuales, desde el cuidado, la educación o el asesoramiento»

Como continuidad a todo este trabajo, Carmen Jurado también es voluntaria en la asociación de transexualidad TT Córdoba (Todos Transformando Córdoba), donde trabaja ya desde un punto de vista más global y social. «Intentamos incidir en el aspecto sociológico, para que todos entendamos la diversidad y la elección sexual de cada persona. Organizamos todo tipo de actividades, en los centros sociales. Por ejemplo, colaboramos con una radio local, Radio Dignidad, en el centro social Rey Heredia, donde contamos con un programa específico de transexualidad en el que he participado y en el que han intervenido otras compañeras del Hospital Reina Sofía, como la endocrióloga infantil, Ana Ariza». De hecho, su presencia en este tipo de espacios permite de nuevo a Carmen sacar la consulta del centro sanitario. «En el Rey Heredia también solemos organizar reuniones, en muchos casos con personas nuevas a las que explicamos cómo podemos ayudarles».

Atención domiciliaria y urgencias enfermeras

Conocemos el modelo de cuidados para la atención domiciliaria de urgencias y emergencias en Andalucía, a través de los enfermeros Sergio R. López Alonso y Enrique Coca Boronat, quienes desarrollan su trabajo en la ciudad de Málaga.

Andalucía cuenta con un modelo de cuidados para la atención domiciliaria y emergencias en el que la enfermería está demostrando su capacidad de resolución en el diagnóstico, tratamiento y derivación de los pacientes. Este sistema está consolidado en ciudades como Málaga, donde cuenta con una amplia trayectoria.

De un lado, está el Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA), dependiente del Servicio de Urgencias de Atención Primaria, en el que desarrollan su labor enfermeros como Sergio R. López Alonso. «Con nuestra labor, hemos puesto en valor la autonomía de la enfermera y nuestra capacidad de resolución de problemas», subraya.

Y, de otro, se encuentran los enfermeros del Equipo de Coordinación Avanzada, ECA, vinculado con el Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias, 061 de Andalucía, donde está destinado Enrique Coca Boronat. «Hemos demostrado una capacidad de resolución y autonomía muy grande», reitera, coincidiendo con la opinión de su compañero Sergio. Ambos servicios están gestionados desde el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Málaga.

El Equipo Móvil de Cuidados Avanzados (EMCA)

El Equipo Móvil de Cuidados Avanzados está compuesto por un enfermero y por un técnico en emergencias sanitarias. Son los responsables de prestar la atención domiciliaria de urgencias y para ello se desplazan en una ambulancia con el mismo equipamiento que las medicalizadas. «Tenemos un servicio de 24 horas. El centro coordinador es quien valora si es necesario que acuda el equipo medicalizado o nosotros. En nuestro caso la casuística es amplia. Lo más frecuente son lumbociatalgia; mareos o vértigos; problemas urinarios; crisis hipertensivas; heridas; y, en ocasiones, problemas sociales. Estas incidencias suponen prácticamente el 50% de nuestras intervenciones», explica Sergio R. López Alonso. «En menor medida, atendemos hasta trece tipos de patologías diferentes, como vómitos; artralgias; dolores oncológicos en pacientes terminales; cólicos nefríticos; hipo e

hiperglucemias; sondajes vesical o nasogástricos... Con todo esto completamos el 80% de nuestras intervenciones». Inicialmente, el equipo se desplaza para responder a urgencias vinculadas con patologías leves, pero cuando todos los equipos con médico están ocupados, es la ambulancia de cuidados avanzados la que puede desplazarse ante avisos más complejos. «En ocasiones, también te encuentras con casos más graves de lo inicialmente previsto. También hemos atendido algún tipo de ángor, arritmias, disneas y otras posibles alteraciones cardiovasculares, crisis comiciales o dolores abdominales... En estos casos nos encargamos de una primera atención, mientras damos el aviso y esperamos que venga el equipo medicalizado. O si es alguna sospecha de abdomen agudo directamente trasladamos al paciente al hospital. En ocasiones, hemos visto alguna fractura de cadera en personas ancianas, golpes de calor, deshidrataciones, caídas o quemaduras... La casuística es muy diversa. Todo ello, sin perder la visión enfermera, identificando la gestión ineficaz de la salud, el temor o la adherencia terapéutica, entre otras necesidades de cuida-

El valor añadido de la enfermería. La presencia de la enfermera con capacidad de resolución en urgencias aporta valor añadido al cuidado de las personas que atienden

▲ Sergio R. López Alonso

▲ Enrique Coca Boronat

El origen del modelo

El origen se remonta a la reforma de la Atención Primaria en Andalucía, en 1985, con la introducción de las visitas domiciliarias. Inicialmente, las enfermeras se desplazaban a efectuar curas. Su función era técnica. Con el tiempo, comprobaron que el trabajo podía ser más rico. «Podíamos valorar al paciente, tomar las constantes y responsabilizarnos de otra casuística distinta a la técnica, como patologías leves, lumbalgias, hipertensiones... Así fue cómo comenzamos a trabajar», recuerda Sergio.

línea de investigación

Además de su labor asistencial, Sergio R. López Alonso es doctor en salud pública y profesor del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, en Bormujos, adscrito a la Universidad de Sevilla. Igualmente, ha desarrollado una línea de investigación de la ya han salido varias publicaciones con los pacientes atendidos por la enfermera de urgencias domiciliarias en el Distrito Málaga. Durante más de cuatro años se recogieron datos y se compararon con las asistencias del equipo medicalizado. «Prácticamente el 30% de casos atendidos son similares y, por tanto, podrían haber sido susceptibles de resolverse las enfermeras del Equipo Móvil de Cuidados Avanzados», concluye Sergio.

dos». Además, Sergio destaca la alta capacidad de resolución. «Contamos con una tasa de resolución, in situ, del 92%, sin necesidad de trasladar al paciente al hospital o de requerir la presencia de un equipo medicalizado».

El modelo, cuya implantación comenzó en Málaga capital, se ha extendido a siete de las ocho provincias andaluzas, todas menos Cádiz. Su disponibilidad es especialmente interesante en entornos rurales, dada la dificultad para reclutar médicos presenciales, aunque no telefónicamente, a través del centro coordinador.

Equipo de Coordinación Avanzada (ECA)

De responder a las urgencias, a través del 061, el Equipo de Coordinación Avanzada es uno de los recursos que pueden ser asignados. Igualmente, está formado por ambulancias medicalizadas y por tres vehículos integrados por una enfermera y un técnico de emergencias sanitarias, equipados con los mismos recursos. En total, cuenta con 12 enfermeras. «Inicialmente, vemos urgencias que son demorables o no son consideradas emergencias, siguiendo los protocolos y triajes habituales. Son las que pueden esperar un tiempo prudencial», explica Enrique Coca Boronat. «Por ejemplo, asistencias vinculadas con dolores lumbares, abdominales, molestias generales; valoración de personas que por sus características no pueden desplazarse a un centro sanitario, etc.». No obstante, en caso de ser necesario, también responden ante las emergencias. «Cuando se dan circunstancias de saturación de servicios, al estar todos los equipos con médico ocupados, somos nosotros los que damos cobertura al aviso».

En el caso de las urgencias y emergencias, el modelo también está plenamente consolidado, pues funciona así desde mediados de la década de los 90. Su introducción tuvo lugar inicialmente en Málaga. Desde 2007 también funciona en la ciudad de Sevilla. «Llevamos con mucho rigor la medición de los objetivos, año tras año. Hemos comprobado que el nivel de satisfacción de la ciudadanía, en la calidad del cuidado que reciben, está equiparada al que manifiestan con los equipos de emergencia. La población ya lo tiene muy interiorizado y asimilado. Lo importante es contar con un recurso sanitario que sea capaz de responder a la necesidad de las personas. Esto es lo que nosotros garantizamos como enfermeros», destaca Enrique. La capacidad de resolución es otra de las características. «Somos finalizadores de la atención. Estamos en contacto permanente a través de la telemedicina o vía telefónica con un médico coordinador, pero tenemos la capacidad de ser finalizadores de la asistencia. Podemos decidir si dejamos al paciente en el domicilio; lo llevamos al hospital o lo derivamos a Atención Primaria», completa Enrique Coca Boronat.

Investigación y docencia

Enrique Coca Boronat también compagina su perfil asistencial con la docencia, como colaborador ocasional en las universidades de Málaga y Granada, donde es profesor de algún máster de posgrado. Además, está investigando sobre el entorno del paciente crónico complejo y su utilización de los recursos extrahospitalarios del 061. "No se trata solo de personas mayores, sino también de jóvenes, con patologías que exigen una adherencia a tratamientos y estilos de vida adecuados, para incidir en su calidad de vida, tales como diabetes, hipertensión, hepilepsía, etc. Desde la asistencia extrahospitalaria comprobamos cómo este tipo de pacientes son cada vez más demandantes en este entorno asistencial", explica Enrique.

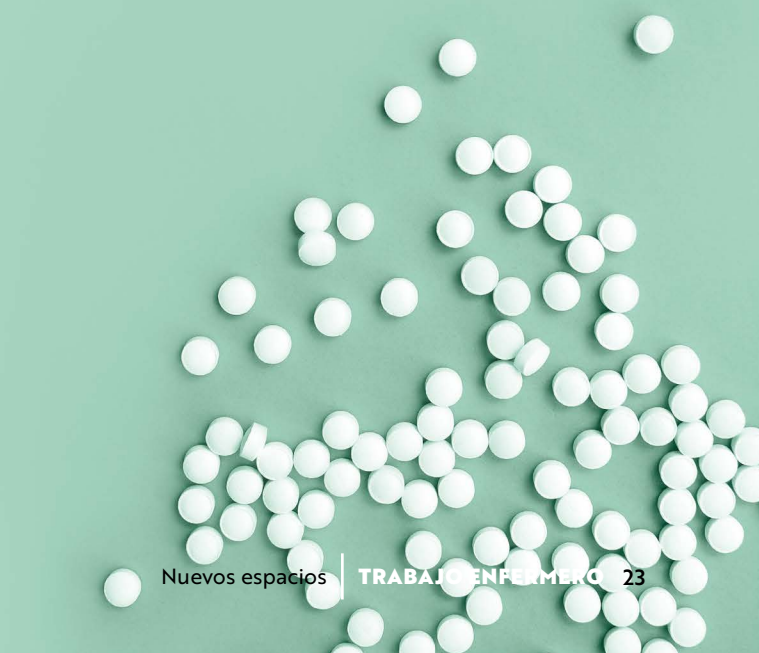
Soporte frente al coronavirus desde enfermería

Otra de las necesidades sanitarias en las que la labor de las enfermeras de urgencias está demostrando su eficacia es la respuesta sanitaria frente al coronavirus. «Desde la Unidad Móvil de Cuidados Avanzados contamos con una unidad que está realizando test en los domicilios, sobre todo en el caso de las residencias de ancianos y de población vulnerable», explica Sergio López Alonso

Mientras que en el caso de Enrique Coca Boronat, en el Equipo de Coordinación Avanzada, están dando soporte a la atención telefónica. «En la sala de coordinación hemos introducido la figura del enfermero, con el fin de atender a la población, sobre todo en la resolución de dudas y como refuerzo del servicio que se está prestando», describe Enrique.

El reto: normalizar las competencias diagnósticas y la prescripción

Una vez demostrada con resultados la eficacia de la enfermería para resolver urgencias domiciliarias, queda pendiente el desarrollo normativo de todo este potencial, legalizando las competencias diagnósticas y la prescripción de medicamentos. «Es importante que se desarrolle el decreto de prescripción enfermera», señala Sergio López Alonso. «En ocasiones se produce un cuello de botella, cuando compruebas que un paciente tiene una medicación que le está afectando negativamente. Es interesante que nosotros tengamos una variedad de medicamentos con los que podríamos resolver muchas de las urgencias. Me estoy refiriendo a diazepam, metamizol, diclofenaco, paracetamol, insulina, buscapina, morfina para pacientes paliativos… Esto nos podría dar muchísima autonomía y podría mejorar la eficiencia del servicio, evitando demoras y esperas innecesarias».



+QCuidar: el emprendimiento como una salida más en enfermería

Texto: **Irene García Sánchez**

+QCuidar es una aventura de las enfermeras Natividad Comes y Carmen Fuente. Es una empresa de asistencia sanitaria a domicilio que ya se ha convertido en referente en la Comunidad de Madrid gracias a su completo servicio de cuidados.

"**He** destinado gran parte de mi vida profesional a desarrollarme en el ámbito de la gestión sanitaria, con más de veinte años dedicados a la gestión hospitalaria. Antes de decidirnos a crear la empresa, tuve la fortuna de participar en un interesantísimo proyecto profesional en los servicios de salud de una comunidad autónoma. Y digo la suerte porque tuve la posibilidad de ver un servicio de salud en toda su amplitud, y de conocer sus fortalezas y debilidades», explica Natividad Comes, una de las emprendedoras de '+QCuidar', acerca de su decisión de enfocar su carrera de enfermera por otro camino.

Junto a ella Carmen Fuente explica cómo en el ámbito sociosanitario la enfermería resulta imprescindible, y además tiene un campo de desarrollo propio de la profesión, motivo principal por el que no dudaron en lanzarse a su propia aventura empresarial con masquecuidar.com, para ofrecer a la población sus servicios. «Es donde realmente pones en marcha todos los conocimientos y todas las habilidades que has ido adquiriendo a lo largo de tu trayectoria, porque te enfrentas tú misma con el paciente, con la persona. Es ahí donde tienes que tomar decisiones que a la larga van a repercutir en la salud del paciente y creo que para una enfermera es el campo más bonito que hay, en mi opinión». Y así hacen en +QCuidar, dan respuesta de manera profesional al ciudadano o a la persona que tenga una necesidad, y lo hacen cuidando desde niños a ancianos, trabajando en equipo multidisciplinar cuya labor ejercen de manera pionera en el nuestro país.

«Tened en cuenta que vivimos en uno de los países

«Tras años de trabajo en la gestión, vimos claro que teníamos la experiencia y los conocimientos suficientes como para devolverle a la sociedad una pequeña parte de lo que habíamos recibido», afirman Natividad Comes y Carmen Fuente.

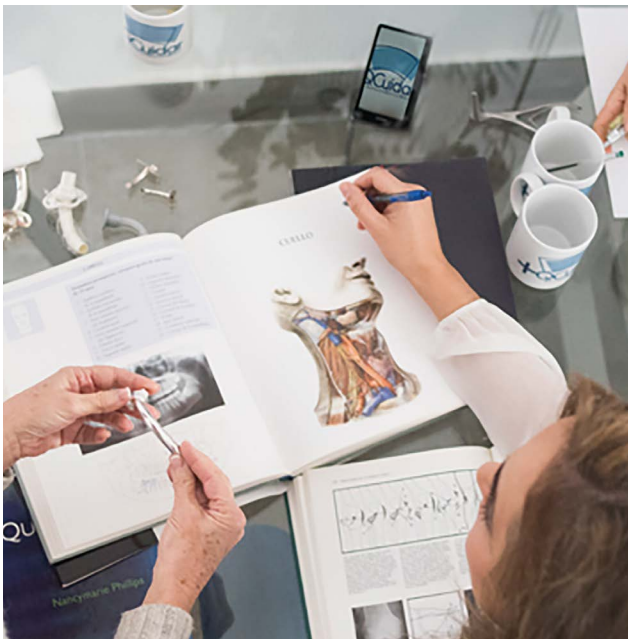
más envejecidos y la prevalencia de enfermedades crónicas cada vez es mayor. Patologías que hace años eran irremediablemente mortales, actualmente son crónicas. Todo eso va generando cada vez más necesidades y dependencias». Por ello, continúa Natividad, «cuando una persona llama a +QCuidar, porque tiene un problema, relativo a algún familiar o a ella misma, programamos una visita al domicilio en la que la enfermera valora las necesidades y propone los recursos y profesionales más adecuados para proporcionárselos. Valora absolutamente todo: el entorno en el que vive, sus familiares, qué tipo de ayudas tiene, la accesibilidad del domicilio, etc.». En base a esto, planifican los cuidados y distribuyen los recursos.

El equipo de +QCuidar cuenta con enfermeras, médicos, logopedas, cuidadores, auxiliares… Ofrecen una atención integral, a través de la gestión de casos, «liderada por la enfermera que ha hecho la valoración y que estará hasta el final de los servicios en dicho hogar», explica Carmen Fuente.

En ocasiones, cuando los profesionales de +QCuidar acuden al domicilio que les ha solicitado servicios se encuentran con que la persona que necesita cuidados ya tiene un cuidador. En ese caso, como cuenta Natividad, «lo que hacemos es formar al cuidador informal que tiene en su domicilio para atenderle, movilizarlo, curarle una herida o lo que sea que necesite. En el momento en que nosotros conseguimos eso, paulatinamente vamos retirando al profesional que hemos incorporado». ■

Más información: Entrevista en Frecuencia Enfermera
frecuenciaenfermera.es/sanara-manana-con-qcuidar/

Entrevista en Fuden Tv:
youtube.com/watch?v=00A8l4DyqEs



Principales demandas

Ambas emprendedoras, Natividad y Carmen, nos cuentan que la mayoría de casos que atienden son de ancianos, y que lo que funciona es el boca a boca «De ofrecer un buen servicio, te van llegando más peticiones. Puede ser desde un anciano con patologías neurológicas como Parkinson, Alzheimer, etc., pero también hay ancianos con problemas derivados de una caída, una fractura, y que a partir de ahí empiezan a surgir cantidad de complicaciones. Pero cada vez más empiezan a llamarnos y a entrar pacientes con cuidados paliativos o en fases terminales, al final de vida. Esto son servicios que nosotras prestamos y que no realiza ninguna otra empresa». Como termina comentando Carmen, «la gente cada vez más quiere terminar sus días en su casa. Quiere estar en su entorno, con sus cosas, con sus recuerdos, con sus familiares». Y ahí es donde destaca +QCuidar. «Desde nuestra experiencia, el paciente agradece enormemente los cuidados que le proporcionamos, y el entorno familiar nos lo demuestra con su reconocimiento antes y después del fallecimiento de su ser querido. Para nosotras es muy satisfactorio, ya que han puesto su confianza y el cuidado de su familiar en nuestras manos. Así, sabemos que hacemos una labor muy importante».

Acompañamiento

Telecuidados para pacientes con lesión medular

Texto: **Irene García Sánchez**

El Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo pone en marcha una consulta de teleasistencia enfermera para poder asegurar una continuidad en los cuidados a sus pacientes dados de alta. Margarita Chozas es la enfermera que gestiona las consultas.

"**Ella** tiene más autonomía que otros muchos profesionales. Es realmente importante». Así nos cuenta Marian Torres Alaminos, una de las supervisoras que puso en marcha el proyecto de la consulta 'Enfermera Teleasistencia' en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, el papel que desempeña Margarita Chozas, o Tita, como cariñosamente la llaman en su centro.

«Tita es la cara visible de esta consulta. La elegimos por su bagaje profesional, trabajando con pacientes agudos con lesión medular, con gran dependencia y ventilación mecánica. Sabe gestionar muy bien, incluso telemáticamente, los miedos y la ansiedad de la gente», continúa Marian, quien nos explica que esta manera de trabajar de su compañera y «la sensibilidad especial que tiene para esas cosas, le ha llevado a que la reclamen para atender el teléfono para las personas afectadas por el coronavirus».

Principales consultas. Resuelven dudas sobre temas respiratorios, urológicos, nutrición y fisioterapia. Informan sobre accesibilidad y nuevos materiales.

Aunque la cara visible o la voz que responde al teléfono de teleasistencia y telecuidados sea la de Tita, el equipo lo integran tres personas más. «Estamos Chus Bocos y yo, como supervisoras, y Ángel Hellín, el director de enfermería, que apostó por el proyecto y nos dio todo su apoyo» afirma Marian.

La iniciativa tiene más de un año de trayectoria, desde enero de 2019. «Queríamos desarrollar la figura de una enfermera de enlace, pero como atendemos a pacientes de todas partes, desde Canarias a León pasando por Salamanca, pues vimos que lo que realmente necesitábamos y podíamos implementar era un servicio de continuidad de cuidados a través de teléfono o correo electrónico».

Uno de los objetivos de la consulta es prevenir complicaciones

De izq. a dcha.: M. Jesús Bocos (Supervisora de Unidad B2), Margarita Chozas (Enfermera de teleasistencia /telecuidados), Ángel Hellín (Director de Enfermeria), Marian Torres (Supervisora de Unidad B3)

cuando los pacientes agudos ya han sido dados de alta y están de vuelta a sus hogares. «Todas las supervisoras vamos informando a Tita, con antelación, sobre las personas que se van a ir de alta. Entonces, ella procura tener una entrevista con ellos y con su cuidador principal, si lo hubiera, para comprobar que se van a su casa preparados. Procuramos que sean lo más autónomos posibles. Si ellos se lo pueden hacer todo, perfecto. Si dependen de cuidadores, que estos sepan lo que tienen que hacer».

Esta es la primera parte de la gestión del caso, como continúa explicando Marian. Comprueban que tienen todos los materiales y elementos necesarios en sus hogares como grúas, sillas, o camas especiales. «Una vez que los pacientes ya se han ido de alta, Tita los llama y comprueba cómo les va. Esto suele hacerlo en la primera semana. Luego a las dos semanas, al mes, a los dos meses».

El servicio de teleasistencia y telecuidados comprende una segunda parte en la que «los pacientes pueden llamar y consultarnos cuando tienen algún tipo de problema como que tienen dificultades para buscar la sonda adecuada, necesitan un informe... Entonces, Tita es un nexo de unión con admisión del hospital. Personas con cirugía plástica, por ejemplo, que no se pueden desplazar y que están a lo mejor en Salamanca, pues tenemos también ámbito de acción con ellos. Nos avisan, nos llaman cuando tienen un problema y nos ponemos en contacto con la enfermera de su centro de salud, y planificamos cuidados y tratamientos juntos». De esta forma, realizan una labor también de consultoría. Así ocurre, por ejemplo, con las heridas que están estancadas o las úlceras por presión, colaborando directamente con el profesional del lugar de residencia del paciente. Con este servicio logran responder a las necesidades del paciente y del sistema de salud, agilizando la atención y evitando duplicidades. ■

Visita al centro comercial

Marian nos explica que «cuando los pacientes están un poco mejor, los animamos a que vayan al centro comercial, como parte del proceso de pre adaptación domiciliaria. Y ellos se quedan... '¿cómo me dices eso?'». Y es que, como bien nos cuenta, «lo que necesitan es saber con qué dificultades se van a encontrar, ya que el hospital está totalmente adaptado, pero fuera no es así». A su vuelta, según la experiencia vivida, les ayudan a recopilar estrategias sobre cómo subirse al autobús, qué hacer si el ascensor no está bien adaptado, cómo acceder a los baños... Y contando, además, con la consulta de Teleasistencia, pueden así vivir más tranquilos y con mayor calidad de vida. ▼

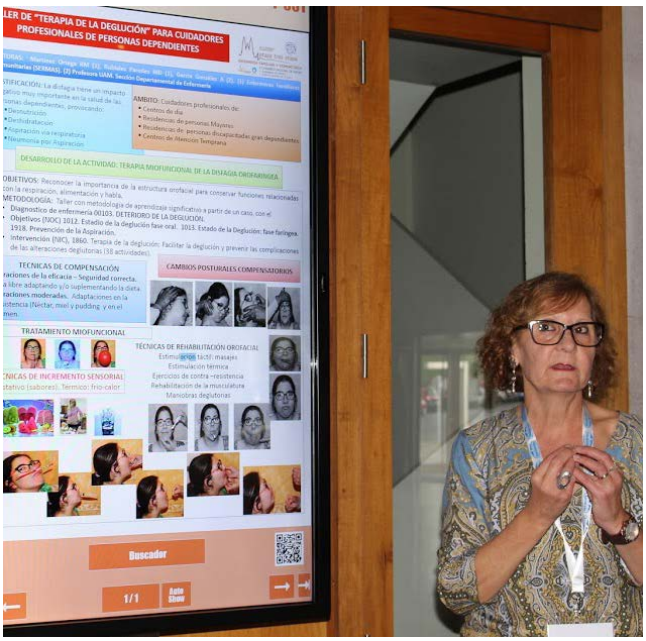
Deterioro de la deglución

Formación para hacer frente a la disfagia

La enfermera Rosa María Martínez Ortega ha desarrollado una formación y un taller específico sobre el deterioro de la deglución. En ellos comparte su experiencia abordando los problemas de disfagia en los niños y adultos.

El deterioro de la deglución, o disfagia, es un ámbito de intervención enfermera. En sus cuidados y prevención profundiza Rosa María Martínez, especialmente en la población donde es más frecuente: la infancia y las personas ancianas. «Es un problema al que no damos la importancia que realmente tiene. Las enfermeras lo vemos mucho en las consultas de Atención Primaria y Hospitalaria, pero no siempre abordamos su rehabilitación». Para demostrar este hecho, Rosa pone como ejemplo el testimonio de una estudiante de Grado de Enfermería que acaba de rotar en su consulta del Centro de Salud de Caramuel, en Madrid. «Me manifestó su sorpresa porque era la primera vez que veía trabajar a las enfermeras los problemas de deglución. ¿Qué conclusión podemos extraer? La formación es un pilar fundamental para la intervención». Para ello, Rosa imparte una serie de talleres dirigidos a los alumnos de la asignatura de Geriatría de la Universidad Autónoma de Madrid,mediante el aprendizaje significativo, conectando las experiencias vividas con relación a la deglución con los contenidos desarrollados. «Trabajo mucho desde la experiencia de los propios profesionales a los que formo. El origen de esta formación fue un encargo de una empresa para formar a la plantilla de sus residencias, centros de día y centros de atención temprana. Al margen de la anatomía y fisiología que se estudia en el Grado, decidí profundizar en cómo llevar esa teoría a la práctica en el momento de la comida, trabajando casos clínicos reales, con un taller práctico para la valoración y los cuidados, aplicando técnicas de compensación técnicas de compensación o rehabilitación de la disfagia».

Rosa traslada a los trasla a los talleres su experiencia en la consulta. «El conocimiento del desarrollo psicomotor del sistema orofacial para la succión y deglución ayuda en la introducción de alimentos para evitar problemas posteriores de alimentación. Hay que respetar las fases de introducción de los alimentos, porque si lo hacemos antes de que el niño esté anatómica y fisiológicamente prepado, la deglución puede ser atípica y aparecer problemas como masticar con la boca abierta, por ejemplo. Insisto mucho en



Formación específica

'Atención y cuidados de enfermería en el deterioro de la deglución. Disfagia' es el nombre del manual escrito por Rosa María Martínez Ortega, editado por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. El título forma parte de las formaciones de FUDEN destinadas a enfermeras de Atención Primaria y Geriatría. «Los contenidos están dirigidos a facilitar a las enfermeras herramientas para el apoyo y cuidado de personas con disfagia y, también, a sus cuidadores», subraya Rosa.

estos aspectos en cada revisión pediátrica. Cuando me advierten de que no mastican o les cuesta tragar, los exploro porque puede ser un problema de anedoides, de paladar hendido o falta de movilidad en el sistema orofacial. Valoro del ronquido, movilidad lingual, praxias faciales, fuerza de succión, etc.». Son numerosos los problemas que se encuentra en su día a día. «Cuando introducimos alimentos, a los 6 meses, les hablo de texturas, de que tienen que trabajar las praxias linguales y labiales; las posturas para comer; los cubiertos idóneos... A veces, cuando escupen la comida es porque la cuchara es demasiado grande».

La prevención y habilidad motora son aspectos que Rosa trabaja con las familias. «Les indico una serie de ejercicios relacionados con la succión y deglución, como las praxias linguales y faciales que intervienen en el desarrollo de la musculatura. Tengo un grupo de Whatsapp. Comparto vídeos y ejercicios para que aprendan a desarrollar la musculatura orofacial. Les pongo ejemplos: un chupachup permite ejercitar la musculatura del orbicular de los labios para comer con la boca cerrada. Luego se lavan los dientes y no pasa nada. O que tengan dos cepillos, uno para cepillarse y otro para estimular los músculos».

Lo mismo ocurre con las personas mayores, a las que Rosa cuida y apoya en las visitas domiciliarias programadas para personas ancianas inmovilizadas. «Enseño a las personas cuidadoras a hacer las texturas de los alimentos y líquidos con espesantes, y a elaborar la comida de forma más variada y atractiva». La clave está en explorar al paciente, ver qué le pasa y ajustar el cuidado a sus necesidades. ■

Promoción de la salud

Mediación como estrategia educadora con jóvenes

Texto: **Irene García Sánchez**

Antonio Manuel Barbero Radío, miembro del grupo PAIDI CTS-969 de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, estudia en su tesis la eficacia de la figura del mediador para la promoción de la salud.

La tesis doctoral de Antonio Barbero busca demostrar el impacto que tiene la mediación como estrategia educadora con adolescentes, empleando la figura del mediador que formando parte del mismo grupo facilita la formación en salud del resto de integrantes del colectivo. Para ello, entre 2012 y 2017, llevó a cabo una investigación cualitativa «entrevistando a 427 jóvenes pertenecientes a 8 institutos y 12 asociaciones juveniles. Sabíamos que, en el sistema educativo, por ser obligatorio, íbamos a llegar con seguridad a todos los jóvenes con cualquier intervención de educación para la salud, pero con el asociacionismo, aunque no pasan todos los chavales, van voluntariamente. Por ello, hay una mayor recepción de las intervenciones de prevención de la salud que tú hagas.» Así comienza a explicarnos cómo organizó su investigación para conseguir una toma representativa de todos los niveles socioeconómicos posibles.

«Los institutos eran de los tres tipos: público, privado y concertado. En cuanto a las asociaciones, buscamos llegar a la mayor diversidad de grupos, tanto políticos, culturales, solidarios, religiosos… Partíamos de la hipótesis de que en el asociacionismo esa receptibilidad es mayor y además hay un mayor potencial de cohesión de grupo y de fomento de la ayuda mutua. Esto es un buen contexto para trabajar la promoción de la salud con ellos». En el proceso estudió las actuaciones mediadoras con jóvenes de 14 a 24. Para ello, contó con la colaboración de 49 profesionales pertenecientes a los diversos grupos, así como con 5 informantes clave. Mª de los Ángeles García-Carpintero Muñoz y José Rafael González López son los dos directores de tesis que acompañaron a Antonio en esta aventura con la que «además de contemplar la mediación en salud como intervención individual o grupal, ha posibilitado la recogida de datos para el diagnóstico en salud de la comunidad» continúa. «El perfil del mediador ha de ser de igual edad, entorno y experiencia que el grupo al que se dirige y también en habilidad social y comunicativa. Detectamos que con la edad sí que hay mayor predisposición y valoración de la mediación formal basada en la experiencia sin importar el factor igual». Aún encontrando diferencias según el estrato social de los jóvenes, otra de las conclusiones es que «el ámbito más efectivo es el asesoramiento de temas psicoafectivos y emocionales y la información sobre sexualidad». ■

Doctor por la Universidad de Sevilla

Antonio Barbero es doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Sevilla. Cuenta con varios másteres y especialidades. Es sexólogo, acupuntor, enfermero del trabajo y funcionario de carrera del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla; donde ejerce la gestión como enfermero jefe de negociado, y la atención a la población mediante la promoción de la salud. Combina esta faceta con la de investigación en la Facultad, y la docencia en las asignaturas 'Ética y Gestión' o 'Género y Salud' del Grado de Enfermería, en la Universidad de Sevilla. Es vocal de la Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria. Ha recibido reconocimientos como el primer premio del Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla 2013, y el Meridiana 2019 al profesorado de la asignatura de Género.

Educación para la salud en Sevilla

Antonio Barbero ha comprobado la necesidad de la mediación en salud desde su labor en la Unidad de Promoción de la Salud de Bellavista-La Palmera en el Ayuntamiento de Sevilla, donde «nos coordinamos y complementamos con los centros de salud», explica.

«La mediación como estrategia de educación para la salud es muy eficaz, pero sin embargo queda en el campo de la prevención y el sistema público de salud suele sacrificarla en favor de la asistencia», aclara. Antonio, quien continúa reconociendo que a pesar de lo fructífera que es la mediación en atención a su estudio, «los recursos humanos de la administración son limitados para ello; y lo que más vende de cara a la sociedad, es la asistencia por cuanto puedes cuantificarla. En cambio, la eficacia y el impacto de las intervenciones de promoción de la salud, no es fácil de medir y ni mucho menos da fruto de un día para otro».

No obstante, hay muchas formas de realizar promoción de la salud, tal y como muestra la experiencia del propio Antonio, implicado en muchas otras acciones y proyectos. Así por ejemplo participa en un programa de radio sobre educación para la salud, emitido en Radius; la emisora de la Universidad de Sevilla. Su nombre ya es una declaración de intenciones 'A tu Salud'. «La verdad es que ya había tenido alguna experiencia en emisoras locales antes de acabar la carrera y me había encantado, por lo que no pude evitar volver a involucrarme en la que considero una iniciativa fabulosa junto a compañeros extraordinarios».

Enlace a la tesis de Antonio Manuel Barbero Radio: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=207619

La figura del mediador

En su experiencia como enfermero que trabaja por la promoción de la salud, en el Ayuntamiento de Sevilla, Antonio ha comprobado «que lo importante es la forma de llegar a la población; no solo para la asistencia sino también para la prevención. El profesional frente a los jóvenes dista mucho de su jerga, de su vocabulario y de sus costumbres. Y aunque tiene que acercarse, es importante hacer uso de alguien como ellos; de su grupo». Aquí es donde entra la figura del mediador. Antonio confiesa que plantearse esta investigación particular, fue una experiencia maravillosa «al darme cuenta de que por mucho que trabajes con los grupos; la cualidad de un agente de su entorno es importante, y de hecho fueron inimaginables las categorías por segmentación identificadas en la tesis para buscar al mediador ideal; resultando hasta 57 subcategorías». Otra de las cualidades importantes que ha de reunir el mediador, es que tiene que ser alguien bien formado: «para ello debe recibir una formación previa por parte del profesional. De esta forma impartes un taller de un número determinado de sesiones y cuando tú no estás es el mediador el que sigue trabajando con el grupo; de una manera más informal, pero transmitiendo un mensaje certero, que es para lo que se le ha formado». Este tipo de metodologías, en las asociaciones «funciona mejor aún», recalca Antonio.

Sección elaborada por el Departamento de Metodología de FUDEN, con el objetivo de hacer visible la relevancia de los cuidados profesionales en la salud de la población y facilitar su aplicación en la labor asistencial.

Por **Antonio A. Arribas Cachá**

Historial de fichas de valoración de enfermería: Patrones funcionales de Marjory Gordon (I). Patrones funcionales de Marjory Gordon (II). Proceso de la valoración enfermera: 1ª, 2ª, 3ª y 4ª fases.

Proceso de valoración enfermera. Conclusión

Finalización del proceso:
Juicio clínico de la valoración enfermera

Una vez desarrolladas todas las fases del proceso de calidad establecido para el desarrollo de la valoración de enfermería, es posible emitir un juicio clínico fundamentado sobre la efectividad de los cuidados de la persona, familia, grupo o comunidad valorados.

VALORACIÓN ENFERMERA MODELO PROFESIONAL DE ESTRUCTURA O DE PROCESO			
PROPIAS			COMPARTIDAS
1ª Fase: OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	**2ª Fase:** ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	**3ª Fase:** EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN	**4ª Fase:** IDENTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA

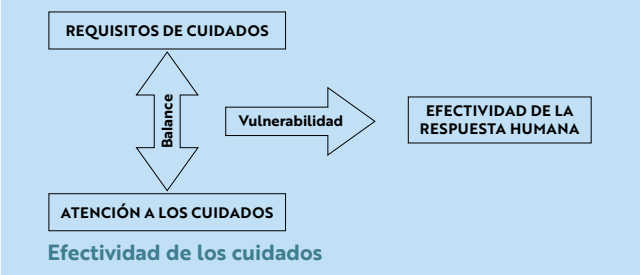
Fases del «Proceso de la valoración enfermera»

Este juicio clínico establece un «objetivo de proceso», al constituir el objetivo de la cuarta y última fase del proceso, un «objetivo de resultado», ya que el objetivo del proceso de valoración y el objetivo final conforman la valoración de enfermería.

Con la formulación de este juicio clínico se finaliza balance entre los requisitos de cuidados y la atención a los cuidados: el proceso de valoración, de manera que en caso de no quedar establecido, el proceso de valoración estaría incompleto.

El objetivo último de la valoración de enferme- ría es conocer la efectividad de los cuidados de la persona, familia, grupo o comunidad, entendida como la capacidad de dar respuesta adecuada a los requisitos de cuidados concre- tos existentes, a través de la formulación de un **juicio clínico** que lo identifique.

Tal y como se ha comentado en capítulos anteriores, la formulación de este juicio clínico se basa en «la efectividad de la respuesta humana», como resultado de la vulnerabilidad existente del balance entre los requisitos de cuidados y la atención a los cuidados:



Una vez conocida la efectividad de los cuidados, es necesario valorar su significación en cada caso para emitir el juicio final. Para ello existen diversos sistemas:

-A través de un patrón de comparación. Este sistema supone disponer de un patrón de medida de comparación como sistema de ayuda para efectuar el juicio clínico concreto de la valoración ajustada a la realidad. Para ello, se debe comparar la información obtenida con los estándares y patrones considerados como de normalidad para cada situación del cuidado reflejada en la información sanitaria.

En este sentido, hay que indicar que no existe un único modelo o patrón de normalidad que pueda ser aplicado a la información sanitaria de manera general, ya que existen numerosos condicionantes y características (culturales, sociales, económicas, familiares...) que deben ser tenidos en cuenta. Por este motivo es necesario utilizar diferentes patrones de normalidad en cada caso, dependiendo de las características aplicables en el contexto en el que se enmarca la valoración que se pretenda analizar.

-A través de datos anteriores. En ocasiones, es necesario comparar la información obtenida con los datos anteriores habituales de la persona para poder sacar conclusiones sobre la situación actual. Se trata de una información muy útil para el análisis de la situación actual, el problema es que precisa un seguimiento y

conocimiento anterior.

-A través de pautas establecidas de manera general. En algunas ocasiones se disponen de una serie de normas o valores establecidos como satisfactorios según la edad de la persona, sexo, ... que son los que sirve de patrón de comparación. Son las que aportan una información más útil al presentar datos concretos y objetivos.

-A través de normas sociales o culturales. En algunas ocasiones son las propias normas sociales o culturales las que van a fijar los patrones normales de comparación. El profesional puede utilizar cualquiera de estos sistemas como elemento de ayuda en la formulación del juicio clínico final de la valoración efectuada, según la conveniencia de cada situación, su propia experiencia, etc. dando por finalizada la valoración.

La formulación de este juicio clínico se realiza en los rangos de: efectividad, alteración y alto riesgo de alteración. Este resultado indicará la conveniencia y el tipo de plan de cuidados que se precisa establecer a través de diagnósticos de enfermería:

-Valoración efectiva. Educación sanitaria y seguimiento. Diseño de un plan de cuidados en base a diagnósticos de promoción de la salud, si se considera necesario.

-Valoración alterada. Establecimiento de un plan de cuidados en base a diagnósticos de enfermería, focalizando en el problema.

-Valoración con alto riesgo de alteración. Establecimiento de un plan de cuidados en base a diagnósticos de enfermería de riesgo.

HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS SANITARIAS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA

Ficha de valoración enfermera nº 11

Estado Nutricional (I)

Historial de fichas de valoración enfermera publicadas anteriormente: Ficha 1. Agudeza auditiva. Ficha 2. Agudeza visual (I y II). Ficha 3. Desarrollo ponderal. Ficha 4. Peso corporal. Ficha 5. Estado ponderal (I y II). Ficha 6. Visión cromática. Ficha 7. Visión estereoscópica (I y II). Ficha 8. Alineación ocular. Ficha 9. Campo visual. Ficha 10 (I y II).

• Concepto y descripción.

Situación corporal de una persona como resultado del balance energético entre la ingesta calórica y adaptaciones fisiológicas tras el ingreso de nutrientes, y las necesidades metabólicas propias de la persona. Es una condición interna del individuo que refiere la disponibilidad y utilización de la energía y nutrientes a nivel celular, y en la que influye tanto la ingesta como la situación de salud de la persona y sus necesidades energéticas. Refleja en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo.

• Herramientas y técnicas sanitarias de valoración.

1. Antropometría.

- Peso.

Percentiles de peso.

Descripción: Ver dato clínico «Estado ponderal» (*Ficha 5*).

Técnica de realización.

Interpretación de resultados. Permite conocer el estado del peso de la persona en relación a la población de su misma edad y sexo, pero no sirve por sí sólo para valorar el estado nutricional.

Cambios ponderales. Ganancia/pérdida de peso en un tiempo. Ver dato clínico «Desarrollo ponderal».

- Pérdida superior a 5% en un mes: malnutrición.
- Pérdida superior al 10% en 6 meses: malnutrición.

- Talla.

Talla para la edad (T/E).

Descripción: El conocimiento de la talla de la persona y su comparación con la talla media de las personas de su misma edad y sexo, permite evaluar el estado nutricional a largo plazo (crónica). No permite evaluar la desnutrición aguda.

Técnica de realización. Una vez obtenida la talla de la persona y el valor de la talla media de la estatura de las personas de su misma edad y sexo según las tablas normalizadas de percentiles, se puede relacionar mediante la siguiente fórmula de talla para la edad (T/E):

$$T/E = \frac{\text{Talla actual}}{\text{Talla ideal en el perceptil 50 para la edad del paciente}} \times 100$$

Fórmula 2: talla para la edad

Interpretación de resultados.

- Normal > 95%.
- Entre 90 y 95%, desnutrido crónico leve.
- Entre 85 y 90, desnutrido crónico moderado.
- Menos de 85 %, desnutrido crónico severa.

- Peso / talla

Índice nutricional.

Descripción: Se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla de la persona con la relación del peso y talla medios de la población de su edad y sexo.

Técnica de realización. Una vez conocidos los datos necesarios, se aplica la siguiente fórmula:

$$I/N = \frac{\text{Peso actual / Talla actual}}{\text{Peso medio / Talla media}} \times 100$$

Fórmula 3: Índice nutricional

Interpretación de resultados. El valor obtenido con este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

- Malnutrición: puntuación inferior a 90.
- Normal: puntuación de 90 a 100.
- Sobrepeso: puntuación de 110 a 120.
- Obesidad: puntuación superior a 120.

Peso ideal.

Descripción: Ver dato clínico «Estado ponderal».

Técnica de realización. «Estado ponderal». Fórmulas 8 y 9.

Interpretación de resultados.

- Bajo peso severo: < 70% del peso ideal.
- Bajo peso moderado: entre 70-80% del peso ideal.
- Normal: entre el 90 y el 110% del peso ideal.
- Sobrepeso: entre el 110 y el 120% del peso ideal.
- Obesidad: por encima del 120% del peso ideal.

Curvas de distribución peso–talla.

Descripción: Ver dato clínico «Estado ponderal».

Técnica de realización.

Interpretación de resultados:

- > percentil 90: obesidad.
- < percentil 10: delgadez.

Índice de masa corporal.

Descripción: Ver dato clínico «Estado ponderal». Técnica de realización. «Estado ponderal». Fórmula 11.

Interpretación de resultados:

- En niños y adolescentes hasta los 18 años se utilizan gráficas ponderadas en función de los percentiles:

- Bajo peso: por debajo del percentil 5 (<p.5).
- Normal: entre los percentiles 5 y 84 (p.5-p.84).
- Sobrepeso o Pre-obeso: entre el p. 85 y 89 (p.85-p.89).
- Riesgo de obesidad: entre percentiles 90 y 95 (p.90-p.95).
- Obesidad: por encima del percentil 95 (>p.95).

- En adultos la interpretación se realiza en función del valor absoluto del IMC, según los siguientes estándares:

- Infrapeso o delgadez severa: IMC inferior a 16.
- Delgadez moderada: IMC entre 16 y 17.
- Delgadez no muy pronunciada: IMC entre 17 y 18,5.
- Normal: IMC entre 18,5 y 25.
- Sobrepeso o Pre-obeso: IMC entre 25 y 30.
- Obeso tipo I u obesidad leve: IMC entre 30 y 35.
- Obeso tipo II u obesidad moderada: IMC entre 35 y 40.
- Obeso tipo III u obesidad mórbida: IMC por encima de 40.

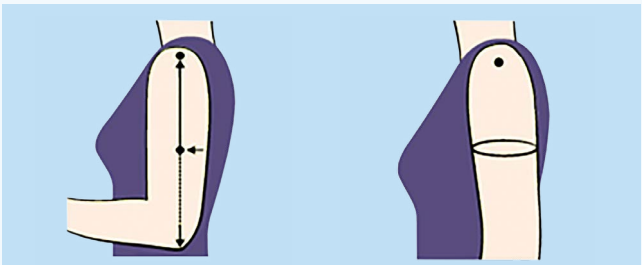
- Perímetros corporales

Perímetro braquial. Circunferencia del brazo. Descripción: Es la medida del contorno del brazo en su punto medio. Es un indicador de la pérdida de masa muscular (desnutrición) de gran valor en niños menores de cinco años, aunque también se utiliza en adultos.

Técnica de realización. Se necesita cinta métrica extensible de precisión de 1mm.

- Localizar el punto medio del brazo: con el niño en posición de pie y con el brazo izquierdo en ángulo recto, localizar y marcar el punto medio (entre el acromion y olecranon) con la cinta métrica.

- Medición de la circunferencia del brazo: con el brazo relajado y extendido a lo largo del cuerpo, rodearlo con la cinta métrica en el punto medio señalado, sin comprimir los tejidos. Realizar la medida cuantificando en cm.



Medición del perímetro braquial. Fuente: Consenso multidisciplinar abordaje nutrición hospitalaria en España

Interpretación de resultados.
- En niños no se interpreta el valor absoluto obtenido, sino la significación de su localización en relación a los valores de la población de la misma edad y sexo. Para ello es necesario disponer de unas tablas normalizadas de valores del perímetro braquial según edad y sexo de la población. Estas tablas pueden reflejar la información en percentiles (p.) o en desviaciones estándar (DS).

Una vez obtenido el percentil o DS correspondiente al valor absoluto del perímetro braquial del niño, es posible interpretar su estado nutricional según los siguientes estándares:

- Obesidad: > +2 DS (p. 97,7).
- Riesgo de obesidad: entre +2 DS (p. 97,7) y +1DS (p. 84).
- Normal: entre +1 DS (p. 84) y -1 DS (p. 16).
- Riesgo de desnutrición: entre -1 DS (p. 16) y -2 DS (p. 2,3).
- Desnutrición aguda: entre -2 DS (p. 2,3) y -3 DS (p. 0,14).
- Desnutrición severa: < - 3 DS (p. 0,14).

- En adultos la interpretación se realiza en función del valor absoluto del perímetro braquial obtenido. Es uno de los recursos para la evaluación del estado nutricional, según los siguientes estándares:

- Perímetro < 23,5 cm., comprobar IMC < 20. Peso insuficiente.
- Perímetro entre 23,5 y 32. Normal.
- Perímetro > 32 cm., comprobar IMC > 30. Obesidad.

Perímetro abdominal.

Descripción. La circunferencia abdominal es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo.
Técnica de realización. Esta medición se realiza con la cinta métrica, directamente sobre la piel, al final de una espiración normal:

- De pie sobre una superficie plana y con los brazos relajados y paralelos a cada lado del tronco. Los pies deben estar separados por una distancia de 25 a 30 cm, distribuyendo el peso entre ambos miembros inferiores.

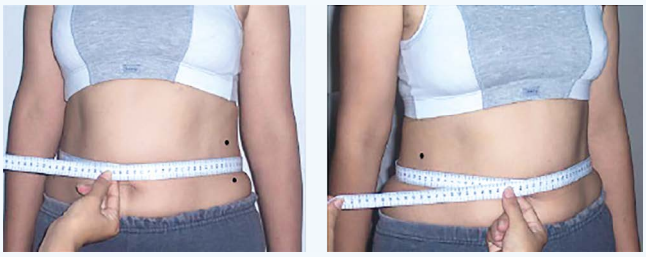
- Situar la cinta métrica en el punto medio entre la parte inferior de la última costilla y la parte más alta de la cadera. Para ello, palpar el borde inferior de la última costilla y el borde superior de la cresta ilíaca, ambos del lado derecho, determinar la distancia media entre ambos puntos y proceder a marcarlo; realizar este mismo procedimiento para el lado izquierdo.

- Colocar la cinta métrica horizontalmente alrededor del abdomen, tomando como referencia las marcas de las distancias medias de cada lado, sin comprimir el abdomen.

- Efectuar la lectura en el punto donde se cruzan los extremos de la cinta métrica.

- Realizar tres medidas y obtener la media.

- Registrar el resultado en centímetros con aproximación de 0,1 cm



Medición del perímetro abdominal

Interpretación de resultados. Se considera signo de obesidad cuando el valor del perímetro abdominal es mayorde88cmenlamujerymayorde102cmenel hombre.

Relación cintura/cadera (RCC).

Descripción. Es un indicador del estado de nutrición muy útil en la descripción de la distribución del tejido adiposo,yaqueproporcionauníndicedeladistribución regional de la grasa corporal. Es útil como predictor de la presencia de posibles alteraciones secundarias a la obesidad, como diabetes o hipertensión arterial.
Técnica de realización. Medir las circunferencias de cintura y cadera.

La circunferencia de la cintura se determina en su zona más estrecha, por encima de la cicatriz umbilical, y la de las caderas, sobre la máxima protusión de los glúteos. La medición se realiza en el plano horizontal, sin comprimir la piel. Una vez terminada la medición, se calcula el índice dividiendo la circunferencia de la cintura o abdominal, entre la de las caderas o glútea:

$$RCC = \frac{\text{Cintura Abdominal}}{\text{Cintura Glútea}}$$

Fórmula 4: Relación cintura-cadera

Interpretación de resultados. Se consideran valores normales:

- Hombre: de 0,78 a 0,93.
- Mujer: de 0,71 a 0,84.

Salud pública

Promoción de hábitos saludables con la población gitana

Enfermeros de Salud Pública de la Comunidad Valenciana ponen en marcha una iniciativa con la que formar en hábitos saludables a los colectivos más vulnerables. Las poblaciones gitanas de Elda y Villena serán los dos primeros núcleos de trabajo.

El proyecto IPAGE, que así se llama esta iniciativa, se enmarca dentro de la Estrategia Valenciana para la Igualdad y la Inclusión del Pueblo Gitano. Dolores Gil Esteban, enfermera adjunta de la Dirección de Atención Primaria, es una de sus impulsoras. «Queríamos trabajar con la población gitana del municipio de Elda porque, además de ser una de las más numerosas junto con la de Villena, aquí es donde está mi centro de salud y el centro de salud pública donde trabajan mis compañeros de proyecto. Es necesario trabajar con ellos porque a pesar de vivir tantos años juntos seguimos siendo desconocidos, tanto ellos para nosotros como viceversa.»

Activos en salud. El éxito de cualquier acción comunitaria es que la propia comunidad interviene desde el inicio. Expresan qué necesitan y cómo quieren hacerlo.

La clave de este proyecto reside en escuchar a las personas. Que ellos sean quienes digan qué necesitan y cómo quieren hacerlo, para que los consejos en salud calen y se afiancen. Para ello, el primer paso, nos dice Dolores, es formar a formadores. «Informarlos a ellos, respetando sus necesidades su cultura, etc., para que luego sean los que formen o den los consejos de educación para la salud a su colectivo.»

Alejandro Cremades y Alfonso Jiménez, son los dos enfermeros de Salud Pública que junto con Dolores no dudaron en embarcarse en este proyecto. Nos cuentan que «parecía natural. Lola, por una parte, había hecho la tesis sobre prestación de cuidados culturalmente competentes en población vulnerable, principalmente mujeres. Y por otra, desde Salud Pública, Alfonso y yo ya estábamos trabajando en una red de salud puesta en marcha por la comunidad basada en activos en salud. El objetivo era darle empoderamiento a la población», señala Alejandro. Entonces, nos indica que, potenciando esos dos aspectos, e intentando darle un enfoque hacia la población más vulnerable empezaron «a pensar y ver que efectivamente en población gitana hay muy poco desarrollado y el potencial es grande para que ellos puedan hacer también y aportar».

Al respecto, sigue Dolores, «empezamos a consultar

Colaboración con FAGA y principales actores

Dolores, Alejandro y Alfonso han encontrado en FAGA, la Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana, un gran aliado para su labor. «Es uno de los intermediarios que nos ha hecho muchísima labor de contactos para poder dar con alguno de los posibles activos en salud. A pesar incluso de no tener corporación aún en estos municipios», explican Alejandro y Alfonso.

Además del mapeo de activos, en este proyecto ha sido fundamental llevar a cabo otro en recursos, y movilizar ambos para dar con las personas claves. Éstas serán quienes terminen movilizando a su colectivo. Saldrá de ellos el mantener identificadas las necesidades y los recursos que tienen. De esta manera, «no necesitarán un recurso exterior. Es necesario que nos demos cuenta de que la salud la tienen las poblaciones, no los centros sanitarios.»

El objetivo final del proyecto, como nos indican sus impulsores, es que las enfermeras de atención primaria sean un apoyo más y que los propios colectivos sean responsables de su autocuidado. «La potencia más fuerte está en cómo se desarrollan ellos. En las redes sociales que tienen y en el tipo de actividad que hagan o no. Hay que empoderarles para que puedan identificar qué actividades son beneficiosas para la salud y les permiten mantener esa salud, y cuáles pueden ser perjudiciales y suponer un factor de riesgo de cara a perder esa salud.»

bibliografía y a observar lo que se estaba llevando a cabo en otros sitios. Vimos que sí que se estaba trabajando con mujeres y hombres gitanos, en la universidad… Y decidimos dar el paso adelante». A raíz de esto, lo siguiente fue elaborar una red de contactos. «Hablamos con una socióloga de la universidad, con varios líderes comunitarios, con una terapeuta ocupacional y una trabajadora social ambas de FAGA, La Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana».

Tras establecer estos contactos, debido a la situación generada por la pandemia del COVID-19, siguen avanzando en su proyecto en la medida que pueden. «Vamos a hacer talleres y cursos de competencia cultural para nuestro propio departamento. Se hablará más del pueblo gitano, y con ellos. Pues la siguiente fase será la de reclutar formadores, sobre todo mujeres, que quieran ser líderes de su comunidad».

Alfonso Jiménez incide, por su parte, en la importancia de hacer un mapeo de estos «posibles activos en salud. No sólo para este proyecto sino para tenerlos para cualquier proyecto, ya que es importante trabajar de forma local y aprovechando los recursos de tu comunidad.» Continúa hablando de las grandes dificultades que encuentran a veces para ganarse «la confianza del colectivo, que te vean como un aliado y poder llevar a cabo tu labor. Es primordial buscar los contactos correctos. Que vean que no estás usurpando un espacio y que estás ahí para colaborar.» ■

Expectativas y claves del proyecto IPAGE

Alfonso explica que comenzar el proyecto por Elda y Villena responde no sólo a la cantidad de población gitana a la que se dirigen, sino a que ambos colectivos ya cuentan además con una gran red de asociacionismo. Esto es importante, puntualiza Alejandro, «porque si tienen una red ya montada es más fácil el acceso. Hace que nos vean, no como un agente externo, sino como alguien que lo único que quiere es dinamizar un poco esa situación. Que vean que somos un apoyo para que puedan desarrollar estas actividades.» Hoy por hoy, apunta Dolores Gil Esteban, que la sanidad de alguna manera pasa por darles mucho más protagonismo a las poblaciones, «a su participación en la organización de temas que no son de enfermedad, sino de salud. Cómo mantenerlo, cómo hacer actividad física y cómo llevar una alimentación saludable está en ellos.» Y eso buscan estos tres enfermeros con su proyecto, darles a los colectivos más vulnerables, empezando por el colectivo gitano, la información y la formación adecuadas y correctas, para que ellos mismos sean capaces de tomar decisiones sobre su propia salud.

Respuesta a los determinantes sociales

La salud como medio para mejorar la calidad de vida

La Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana, FAGA, colabora con el Departamento de Salud de Alicante dentro de sus actividades globales para hacer frente a los determinantes sociales que impactan de manera negativa en la salud del pueblo gitano. Cuentan con estudios que advierten de que su esperanza de vida es diez años menor a la del resto de la población.

La salud es una de las áreas de trabajo más relevantes de FAGA, la Federación Autonómica de Asociaciones Gitanas de la Comunidad Valenciana. De ahí, su participación activa en el proyecto de salud IPA-GÉ, promovido por el Departamento de Salud Pública de Alicante. «Para nosotros es fundamental, porque este tipo de iniciativas permiten implementar estilos de vida saludable, a través de la promoción de la salud. Para ello, es importante contar con personas formadas en salud para trasladar de una forma eficaz toda la información al resto de la comunidad. Lo que hemos visto desde el Consejo Estatal del Pueblo Gitano y desde entidades como la nuestra, FAGA, es el impacto positivo de todas las formaciones en salud. De alguna manera, nosotros nos convertimos en mediadores entre la comunidad gitana y las instituciones sanitarias, facilitando así todo el trabajo socio-sanitario», explica María Eugenia González Angulo, trabajadora social de FAGA. «La formación de líderes comunitarios permite que comprendan la importancia de cuidar de la salud, así como el potencial y la capacidad que tienen para ser mediadores entre su comunidad y los profesionales sanitarios».

La vivienda, el empleo o la educación son algunos de los determinantes sociales que inciden negativamente en la salud de la población gitana, según señala María Eugenia. «Son una serie de condicionantes que afectan de manera negativa a la calidad de vida. Esto provoca que la esperanza de vida sea aproximadamente diez años menor a la media del resto de la población». Esta realidad quedó manifestada en la Encuesta de Salud de la Población Gitana, realizada en el marco de la colaboración de FAGA con el departamento de Sociología de la Universidad de Alicante, tomando como punto de partida y comparación la Encuesta Nacional de Salud. De esta forma, sus resultados sirven a FAGA para sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la realidad del pueblo gitano. Además, también han participado en otro informe sobre la realidad demográfica de las familias del norte de la provincia de Alicante, en este caso llevado a cabo por la Universidad de St. Andrews, en Escocia. «Estamos potenciando todo este tipo de proyectos porque nos van a ayudar a mejorar la calidad de

vida de la comunidad gitana», incide María Eugenia. «Este trabajo lo encauzamos a través de la red Red Equi-Sastipen-Rroma, que significa 'Equidad en Salud' en romano y que engloba a más de 21 organizaciones de ámbito nacional». Todas estas estrategias forman parte de una visión más global, impulsada por el Consejo Estatal del Pueblo Gitano. En esta institución, FAGA forma parte del grupo de trabajo de salud.

De hecho, María Eugenia incide en la necesidad de aumentar el conocimiento relacionado con esta comunidad. «Hay un vacío absoluto en la formación universitaria, lo que conlleva un desconocimiento tremendo. No se conocen los códigos de comunicación y muchas veces el apoyo profesional que se intenta ofrecer, con la mejor intención, no es válido. Es necesaria una formación en diversidad e interculturalidad para comprender las diferencias. Es importante saber ponerse en el lugar del otro, pues sigue existiendo mucho racismo y antigitanismo»; subraya Mª Eugenia. «Pero, afortunadamente, hay muchos profesionales que están viendo esta necesidad y es lo que nos permite llevar a cabo proyectos como el del Departamento de Salud de Alicante. Para nosotros, la enfermería es muy importante, porque con sus cuidados tienen un contacto muy directo con la comunidad gitana. Pueden ayudar muchísimo fomentando el autocuidado».

Es necesario mejorar la formación en diversidad cultural para que los profesionales sanitarios comprendan la realidad de la comunidad gitana y sean capaces de fomentar la salud, inciden desde FAGA

Respuesta frente al Covid

De forma paralela a este tipo de proyectos, en FAGA también responden a las necesidades puntuales del pueblo gitano, como la crisis del coronavirus. «El '#yomequedoencasa' es muy diferente si lo aplicamos a familias en exclusión o con vulnerabilidad social. Y la comunidad gitana tiene un porcentaje muy elevado de familias en esta situación, con viviendas pequeñas donde viven muchas personas, sin medios para comer porque trabajan día a día, son jornaleros o viven de la venta ambulante o de la chatarra. Esta situación, que aparentemente no se ve, hay que analizarla, porque es dramática. En nuestro caso, estamos promoviendo una campaña de fondos para llevarles alimentos. Tienes que ver las caras de agradecimiento cuando se los entregas. Es una situación muy estresante para nosotros porque no sabemos cómo llegar a toda la necesidad que hay», finaliza María Eugenia. ■

▲ Acto de la mujer gitana, el 8 de marzo de 2020. Mujer y salud.

Enfermería y Salud Mental

Cuidados de salud mental para el paciente con ELA

Texto: **Paloma Pérez Diez**

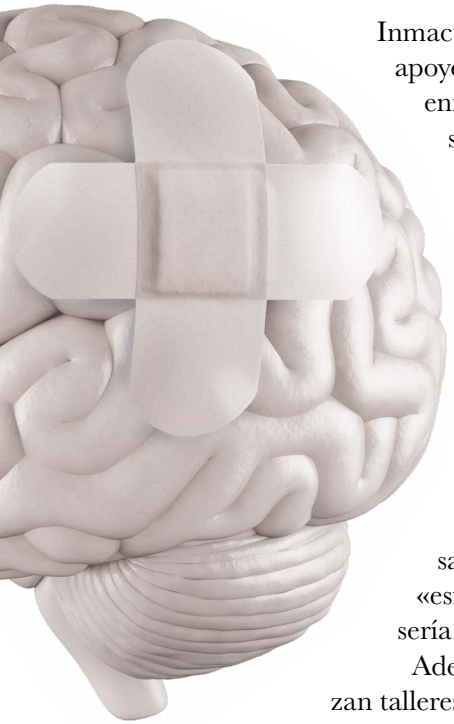
La Unidad multidisciplinar de ELA del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla se centra en la atención de los problemas psicopatológicos y psicosociales de los pacientes y sus cuidadores.

La unidad multidisciplinar de ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla se reúne todos los miércoles a las nueve de la mañana para poner en común los casos y valorar posibles dificultades.

A las diez llega el primer paciente, de los cuatro que acudirán a lo largo de la mañana, que será visto por todos los servicios: neurología, rehabilitación, neumología, nutrición, trabajo social y salud mental. Esa es la característica principal que define esta unidad multidisciplinar; el trabajo colaborativo e integrado de la enfermera especialista en salud mental con otras especialidades y disciplinas. «La interconsulta y el programa de salud mental de enlace consta de una parte de interconsulta e intervención, que es inmediata y directa con el paciente y su familia, y luego tiene otra intervención que es el enlace, que ya son programas más específicos que se establecen con determinados servicios médico-quirúrgicos o si existe una prevalencia de problemas psicológicos o psicopatológicos», comenta Inmaculada Dorado Siles, enfermera referente del Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío.

Entre los ámbitos de actuación de la unidad se encuentran el trabajo individual con los pacientes con ELA y los talleres con sus familiares «para empoderarlos, convertirlos en protagonistas y apoyarlos, ya que el cuadro clínico que compone su patología conlleva un gran impacto emocional».

Esfuerzo premiado. El trabajo que realizan las enfermeras del Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla con pacientes y con cuidadores fue premiado por el Congreso de la Comunidad ELA en el año 2018. «Es un trabajo muy bonito», comenta ilusionada Inmaculada.



Inmaculada cuenta con el apoyo de Pilar Zamorano, enfermera gestora de casos, fundamental para conocer los recursos comunitarios disponibles, una fisioterapeuta, importante para corregir la postura y disminuir las rigideces, ayudando a cuidar el cuerpo, y de las enfermeras EIR, residentes especialistas en salud mental, sin las que «este trabajo tan bonito sería imposible».

Además, también realizan talleres con los cuidadores, organizan grupos para «aumentar los niveles de conocimiento necesarios para asumir el cuidado de su ser querido, pero, fundamentalmente, ofrecen un espacio de apoyo y de expresión de sus sentimientos en el que se sientan en condiciones de confianza y seguridad, con la garantía de que el taller les va a ayudar», comenta Inmaculada. A lo que añade que, «muchos cuidadores se sentían incluso mal por buscar ese espacio de ocio y tiempo libre,

Pasión por la salud mental

Inmaculada comenzó a trabajar en el hospital Virgen del Rocío de Sevilla en 1990, desarrollando su actividad en la UCI y, sobre todo, en urgencias. Posteriormente, en 2003, se trasladó a la Unidad de Salud Mental Infantil, cuando terminó la especialidad. Finalmente, en 2010 se incorporó al programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental, para que el presentó el proyecto sobre la incorporación de la figura especialista. Fue desde ese momento, hace ya 10 años, desde el que Inmaculada pone a disposición de los pacientes y familiares su pasión por la salud mental.

Inmaculada, sentada en el centro, ha sabido inculcar en los residentes de salud mental amor por el oficio, respeto por los pacientes y los familiares y una práctica basada en evidencias, que está llevando a los estudiantes a su crecimiento científico y profesional.

tan necesario para cargarse de energía y fuerza para seguir, por eso, necesitaban el apoyo del grupo y de los profesionales para darles permiso para cuidarse».

Normalmente, a estos talleres acude la persona que asume el cuidado del paciente con ELA, pero en la unidad están abiertos a cualquier familiar. «Hacemos sesiones para trabajar el manejo de las emociones, el desarrollo de afrontamiento y la comunicación con la persona enferma, que suele ser donde se encuentran mayores dificultades. La relación que se establece es muy estrecha y cuando los talleres finalizan seguimos manteniendo el contacto con las familias. Les enviamos una carta y estamos en contacto con ellos para ver cómo van trabajando los factores de riesgo», cuenta Inmaculada.

En resumen, el Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental aumenta el nivel de conocimientos para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud, favorece un espacio de apoyo y expresión, disminuye la sobrecarga del rol del cuidador, ayuda en la búsqueda de estrategias de afrontamiento y ofrece una atención integral para mejorar la calidad asistencial.

El trabajo de la unidad multidisciplinar de ELA fue premiado por el Congreso de la Comunidad ELA en el año 2018. «Es un trabajo muy bonito», comenta ilusionada Inmaculada.

Además del trabajo que realiza en la unidad multidisciplinar de ELA, Inmaculada se encarga también de otros talleres, como el de hábitos de vida saludable para las personas candidatas a cirugía bariátrica, otro para pacientes con fatiga crónica, ansiedad o depresión, técnicas de afrontamiento o el taller de apoyo a las enfermeras de la unidad de oncología, «asesorando a las compañeras para trabajar con los pacientes. Trabajamos la relación terapéutica, la transferencia y contratransferencia, las dificultes de relación con algunos pacientes y el manejo de emociones».

Otros ámbitos de actuación

En referencia al taller de hábitos de vida saludable, Inmaculada nos cuenta que «en muchos casos, la cirugía a personas con obesidad mórbida no resolvía el problema, por lo tanto, decidimos trabajar en el cambio de los hábitos de alimentación y actividad física de los pacientes, haciendo que tomen conciencia de que son ellos los responsables del cambio».

El trabajo de Inmaculada no sólo es una labor fundamental para pacientes y cuidadores, sino que también ha contribuido a la mejora de la situación de las enfermeras especialistas en salud mental, visibilizándola y abriendo nuevos campos en los que trabajar e investigar.

Aunque la especialidad de Enfermería de Salud Mental existe desde hace más de 30 años, su reconocimiento profesional ha sido discontinuo y, actualmente, desigual en España. En Andalucía, por ejemplo, el reconocimiento sigue siendo parcial. De hecho, siguen coexistiendo enfermeras especialistas en salud mental con enfermeras sin especialidad. «Esto último, supone un agravio importante para con los pacientes, quienes en función del azar acaban o no siendo atendidos por especialistas».

Gracias al esfuerzo de profesionales como Inmaculada, se está consiguiendo que, progresivamente, la especialidad de Salud Mental llegue a tener un nombre propio, todo ello en beneficio de las personas con enfermedad mental, ya que ha sabido poner un antes y un después, erigiéndose como una figura visible dentro del colectivo. ■

Yolanda Grau, Carmina Jiménez, Lola Barros y Mila González son especialistas y referentes de la salud mental infantil y comunitaria

El objetivo es trabajar con los pacientes con ELA de forma individual y con sus familiares a través de talleres "para empoderarlos, convertirlos en protagonistas y apoyarlos, ya que su patología conlleva un gran impacto emocional".

Apoyo frente al coronavirus

El Programa de Interconsulta y Enlace en Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla también está realizando un trabajo específico vinculado con la crisis del coronavirus. En concreto, su enfermera responsable, Inmaculada Dorado Siles, está apoyando desde el punto de vista psicológico a todos los profesionales sanitarios que están afrontando el tratamiento de los pacientes con COVID-19. Para ello, emplean una aplicación móvil desarrollada con esta finalidad y con la que Inmaculada desarrolla una labor similar a la que habitualmente presta a las enfermeras de la Unidad de Oncología, ayudando en la relación terapéutica con los pacientes.

Hay que destacar también el vídeo de ánimo a los pacientes de salud mental y sus familiares grabado por los residentes EIR, agradeciendo el esfuerzo que están realizando en estas circunstancias.

La labor de las residentes

La unidad multidisciplinar de ELA cuenta con el apoyo de dos enfermeras residentes de salud mental, que trabajan la comunicación y el diseño de pictogramas enfocados a las emociones. «Si no fuera por el apoyo de los residentes yo no podría hacer ni la mitad de lo que hago», comenta Inmaculada. Además, han desarrollado unos test que ayudarán a hacer una exploración psicopatológica que facilita la comprensión de lo que el paciente quiere expresar.

Los residentes de Salud Mental cuentan con un programa riguroso y amplio de seminarios formativos, con periodicidad quincenal, en los que participan junto a profesionales, tanto de la propia unidad como de fuera.

Inmaculada es la encargada de organizar las rotaciones de los residentes de la especialidad, ejerciendo de enlace y facilitadora de los colaboradores docentes. En este sentido, nos explica que uno de los papeles que realiza habitualmente es el de potenciar la figura de los colaboradores y motivarlos en su cometido.

En la imagen, profesionales sanitarios de la planta de Oncología del Virgen del Rocío de Sevilla

Cuidar al que cuida

Asistencia emocional para las enfermeras

Texto: **Paloma Pérez Diez**

La Unidad de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla ofrece apoyo psicológico a las enfermeras de la planta de Oncología.

Algunos pacientes dicen que son «ángeles caídos del cielo», pero también tienen sus momentos bajos. Esto es lo que les ocurre a las enfermeras de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, según nos explica Amparo López Arca, supervisora de dicha planta.

Por este motivo, cuentan con el apoyo de la Unidad de Salud Mental del hospital, desde hace ya diez años. «A veces se viven situaciones muy duras. Por ejemplo, cuando hay una persona joven. Sus padres están con ellos y, si tú eres padre o madre, puede ser mucho más difícil, sin las herramientas adecuadas, encontrar la manera de apoyar a las familias», reflexiona Amparo, quien asegura que, a pesar de todo, «lo hacemos. Para lograrlo, tiene mucha importancia saber escuchar a las personas, sin emitir juicios de valor ni aconsejar».

Tras un primer contacto entre la Unidad de Oncología y la de Salud Mental y posteriores encuentros propiciados por la demanda de atención a pacientes con patología oncológica, que precisaban atención por salud mental, se fue conformando un modelo de trabajo conjunto entre los dos servicios que se ha consolidado con la celebración de una reunión de coordinación de frecuencia quincenal (segundo y cuarto jueves de cada mes). En estas sesiones participan los profesionales de la planta de hospitalización de oncología, además del personal en formación de ambas unidades.

«Como enfermera asistencial echaba de menos que hubiera un apoyo psicológico con el equipo de salud mental de nuestro hospital. Entonces, hablé con el jefe de servicio y nos reunimos con la psiquiatra, Carmen Jiménez, la psicóloga, Asunción Luque, la enfermera gestora de casos, Pilar Zamora, y la enfermera, Inmaculada Dorado. Decidimos cómo nos podíamos coordinar para plantearles situaciones de familiares, pacientes o personas de planta que necesitaban ayuda y ahí empezó el trabajo», comenta Amparo. «Algunas veces tenemos que afrontar situaciones muy complicadas. Tenemos que adaptarnos, de manera individualizada, a cada caso. Y para ello, contamos con el soporte de las compañeras de salud mental. Todo esto te da seguridad a la hora de la gestión emocional con las familias».

Además de las dos reuniones multidisciplinares, las enfermeras, a través del busca, también informan al equipo de salud mental si algún familiar o paciente necesita apoyo. «De esta forma, vienen a la planta, compartimos el caso, su pronóstico y el diagnóstico de oncología y establecemos las pautas para seguir adelante». ■

La conspiración de silencio

La conspiración de silencio es una barrera en relación con la comunicación, que en ocasiones establecen la familia, el entorno o los profesionales, mediante un acuerdo por el que cambian la información que se le ofrece al paciente ocultándole el diagnóstico, la gravedad o el pronóstico de su situación clínica. A veces, los familiares piden a los profesionales sanitarios que no le informen. «La persona con cáncer en ocasiones conoce el diagnóstico, pero no el pronóstico. En estas circunstancias, pueden producirse discrepancias entre la familia y el equipo profesional. Desde el punto de vista legislativo, tiene derecho a saber la verdad y cuando lo hacemos nos lo agradecen», explica Amparo.

Trabajo en equipo.
La colaboración entre los profesionales sanitarios de salud mental y oncología refuerza la forma de trabajar y permite la resolución de situaciones complejas con los familiares. De hecho, el programa sirve para cuidar a los pacientes, las familias y los propios profesionales. "Es un apoyo fundamental con el que contamos todos", Amparo López, supervisora de Oncología.

Los resultados positivos del programa de colaboración entre Oncología y Salud Mental permiten que en el futuro ambas unidades sigan apostando por un trabajo conjunto tanto asistencial como formativo, el desarrollo de espacios de consultas compartidas para la atención global de los pacientes y seguir resolviendo las necesidades que vayan apareciendo entre los pacientes y los propios profesionales.

Historias de vida

Relatos sobre la soledad

Un trabajo colectivo. La obra es un trabajo colectivo, y cuando salga a la venta los beneficios irán a parar a una causa social.

Texto y fotos: **Rosa Gisbert**

«Pequeñas historias, grandes personas» son narraciones autobiográficas de los participantes en una intervención grupal contra la soledad de personas mayores. La iniciativa está promovida por el enfermero Jordi Ramón Rizo.

Hace más de siete años que el enfermero Jordi Ramón Rizo decidió atajar el problema de aislamiento social que detectaba en las personas mayores que venían a su consulta de salud mental en Cornellà. Mal diagnosticados con ansiedad o depresión, estos pacientes tenían un denominador común: la soledad. El proyecto de Jordi comenzó con un pequeño grupo que cada semana se reunía para realizar alguna actividad que ayudase a los participantes a crear vínculos entre ellos y con la comunidad. Hoy en día más de cincuenta personas forman parte de este «grupo de soledad», como lo llaman sus integrantes, y la historia de sus vidas es lo que conforma el libro que han publicado de forma colectiva.

El libro «Pequeñas historias, grandes personas» enlaza relatos autobiográficos de integrantes del grupo con la historia de Carlos, un personaje ficticio, como hilo conductor. Este adolescente llega por error a una de las reuniones semanales y queda fascinado con las historias que explican las personas que allí encuentra. Los relatos reales se intercalan con los comentarios que el joven publica en su cuenta de twitter y que suponen una reflexión sobre lo que la sociedad actual puede aprender de las vivencias y valores de las personas mayores.

Lecciones de vida

Esta obra nos acerca a una generación que lidió con circunstancias muy duras como la guerra civil o la necesidad de emigrar en busca de trabajo, dándonos auténticas lecciones de vida sobre temas tan universales como la familia, la solidaridad, el amor o la amistad.

Además, casi sin querer, el libro nos muestra la fotografía de un momento, finales de los años 50 y principios de los 60, en el que las ciudades industriales, como Cornellà, comenzaban a crecer con la llegada de inmigrantes de diversas partes de España. Vemos escenas de barrios que empezaban a construirse y cuyos primeros pobladores fueron estas personas llegadas de Andalucía, Castilla o Extremadura, que dejaban atrás a su familia y amigos para convertirse en catalanes de adopción.

La obra es un trabajo colectivo, y cuando salga a la venta los beneficios irán a parar a una causa social. ■

Premio Enfermería en Desarrollo

El «Grupo de soledad» del que se habla en el libro es un proyecto enfermero premiado en 2019 en los galardones Enfermería en Desarrollo, en la categoría de Iniciativas Corresponsables. El trabajo de Jordi Ramón demuestra que una intervención grupal periódica en la que se trabajan aspectos como la estimulación cognitiva, los patrones relacionales interpersonales o los hábitos saludables, tiene un impacto muy positivo en la percepción de soledad de los participantes.

El estudio realizado pone en relieve una disminución significativa de las demandas en salud, el aumento de participación en actividades comunitarias y la mengua de factores de riesgo para la salud y de la prescripción farmacológica.

«Nosotros tenemos un programa de soporte a la primaria desde la que nos derivan muchos casos diagnosticados con problemas de salud mental, pero que a la que rascas un poco ves que es un problema de soledad» explica Jordi, que enfatiza la importancia de realizar un trabajo que vincule a estas personas a la comunidad. Gracias a esta reunión semanal los participantes crean lazos entre ellos y organizan otras actividades como salir a caminar, ir al cine o incluso un huerto urbano. Propuestas que los motivan a salir y relacionarse, rompiendo con la tendencia de estar en casa aislados.

«Mejora la parte psíquica y así también mejora la física» apunta Jordi que explica cómo entre los participantes disminuye el uso de ansiolíticos, antidepresivos y fármacos para el dolor. «Muchas veces el malestar psíquico se convierte en dolor físico, al mejorar esa parte afectiva, en general su percepción del dolor también mejora» asegura el enfermero.

Romper con la soledad

En Catalunya, más del cincuenta por ciento de la población mayor de 65 años vive sola, siete de cada diez de estas personas son mujeres. Este es el perfil mayoritario de los integrantes del grupo de soledad que ha montado Jordi y así es cómo llegaron a «romper» con su aislamiento.

Irene Vázquez
Ama de casa y pensionista

"Si te quedas en casa, te pones a pensar y acabas fatal"

«Yo tengo depresión crónica y estaba tan mal, tan mal, que la psicóloga me mandó con Jordi. Ahora, ya puede llover, nevar o hacer frío que yo vengo al Grupo», explica Irene con su innegable deje gallego. «Cuando te quedas sola en casa empiezas a pensar y a pensar y te entra una pena que acabas fatal, y en cambio cuando tienes un sitio así como este a dónde ir… eso te da la vida» asegura.

Germana Moro
Ama de casa y pensionista

"Me gusta tener algo para poder salir de casa"

A Germana le gusta explicar que nació en Francia, que sus padres ya fueron emigrantes antes que ella. «A este grupo llegué porque mi hermana iba a la consulta de Jordi y él le dijo de venir, la acompañé y ya el primer día pedí si podía volver» relata. «Me gustaría poder tener una actividad como esta más días, porque me viene muy bien para poder salir de casa» asegura.

Mª Pilar López
Ama de casa y pensionista

"Yo soy muy de estar en casa, pero esto me ha animado"

«Desde que me quedé viuda, ya no salgo, no voy a ningún sitio. Jordi le explicó a mi hija lo del Grupo y desde entonces vengo muy contenta, la verdad» explica Pilar, que asegura que si alguna vez falla, es por motivos de salud. En el Grupo ha hecho amistad con otras señoras y cuenta que se llaman por teléfono y la invitan a salir, aunque Pilar insiste: «Yo soy muy de estar en mi casa, aunque esto anima un poco».

Literatura y enfermería

'Mariela', la historia épica de una enfermera valiente

La escritora Yolanda Guerrero comparte el proceso creativo que la llevó a escribir 'Mariela', la novela sobre una enfermera española que se enfrenta a la I Guerra Mundial y a la 'gripe española' de principios del s. XX.

'No renunciéis a ser sabias'. Con esta declaración de intenciones abandona su Moncayo natal Mariela. Con este propósito comienza un viaje al conocimiento por una Europa que se desangra, a principios del siglo XX, debido a la Primera Guerra Mundial y a la 'gripe española'. Mariela es el título de la novela escrita por Yolanda Guerrero y el nombre de su personaje principal, una enfermera que se enfrentará a la destrucción del conflicto bélico y a la mortandad de la pandemia. Para salvar las dificultades que va encontrando, «Mariela concentra todas las virtudes de las mujeres enfermeras de principios de s. XX», explica Yolanda. «Es fuerte, decidida, y obstinada. Como aragonesa de pro, es tozuda y peleona. Como enfermera, es una mujer científica, con ternura y compasión, entendidas como la capacidad de ponerse en el lugar del otro para aliviar su sufrimiento».

La historia comienza en la Cañada de Moncayo, en Aragón. Conocemos a una joven Mariela, experta en las plantas medicinales de la zona. Desde allí, marcha a Madrid para estudiar en la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. Sus conocimientos y experiencia para cuidar a los enfermos con gripe en España la llevan a Francia, Bélgica, Alemania y Rusia. «Cuando empecé a escribir, no tenía intención de llevármela tan lejos… Pero ella me lo iba pidiendo… Me encontré con una Europa donde la 'gripe española' era una pieza de un puzle muy grande. El continente se estaba descomponiendo y, al mismo tiempo, recomponiendo. Quería mostrar las consecuencias de la guerra, entre los vencedores y vencidos. Esto lo conseguí a través de Mariela. Ella lo ve todo desde el punto de vista de una enfermera profesional que quiere salvar vidas. Se queja de que la enfermedad no tiene que ver con vencedores y vencidos. Afecta a todos por igual, como ocurre ahora con el coronavirus». Yolanda ha concebido a Mariela como un personaje collage, que homenajea a todas las mujeres de la época. «Tiene un poco de todo lo que las enfermeras representaban en aquel momento. Tiene muchas cualidades de las mujeres reales que le han ido dando vida». Así, en una época de sombras, la actitud de Mariela es ejemplar, como ella misma escribe: «Solo las almas bellas saben ver belleza donde hay oscuridad». ■

Del periodismo a la ficción

'Mariela' es la segunda novela de **Yolanda Guerrero**. Su primera obra fue 'El huracán y la mariposa', publicada en 2017, tras dar el salto del periodismo al mundo de la ficción, cuando decidió dejar a un lado sus 26 años de experiencia en el diario El País para dedicarse a la literatura. «Fue en 2014. Quería dar un nuevo rumbo a mi vida y dedicarme a lo que más me gustaba, escribir ficción, sin saber cómo iba a resultar», recuerda Yolanda. Como vemos, la apuesta fue ganadora, pues ya está trabajando en su tercera obra.

Una historia de mujeres

'Mariela' es una historia de mujeres que se enfrentan a la 'gripe española', a la guerra y al hambre que provocaban. Salvo la propia Mariela, todas las enfermeras que aparecen son reales. Entre ellas, destaca Mary Borden. «Me he enamorado de ella. Creó una modalidad de hospital ambulante que llevaba donde tenían lugar las batallas más duras. Sufragaba todo. Cuando terminaba, lo trasladaba todo y se iba al siguiente combate. Le dieron varias cruces del mérito. Es un personaje absolutamente delicioso. En su casa de París se hablaba de arte y de la guerra, de salud… Escribía… pero como hablaba de la guerra nadie le publicó». Como Borden, en la novela aparecen otras muchas enfermeras y otros personajes históricos, todas mujeres, como Gertrude Stein, Edith Wharton, Mairi Chisholm, Alexandra Kolontái, Clara Zetkin o Rosa Luxemburgo. «Es una novela feminista en el sentido verdadero y original del feminismo, el que cree que las mujeres y los hombres son iguales, con los mismos derechos y obligaciones. Habla de mujeres fuertes que lucharon por la igualdad», explica Yolanda. «Como las mujeres bolcheviques. Fueron las creadoras reales de la revolución, querían libertad, sin fronteras. Eran internacionalistas. Lo que es bueno para un obrero alemán también lo es para uno ruso, francés o español… Tenían razón. Había que luchar por los derechos de todos y para eso necesitaban intercambios, impregnar a unos países con otros».

Silencio y olvido, una metáfora de la enfermería

La novela trata de luchar y de denunciar el silencio y el olvido del papel desempeñado por la mujer en la historia. En cierto modo, es una metáfora de la enfermería, silenciamiento histórico. «Todo esto lo personaliza la propia Mariela. Además de tener la grandeza de sus colegas de época, he reunido parte de las miserias que la sociedad les atribuye, entre ellas el olvido. Lo deja escrito en la novela: 'Allí donde habite mi olvido, allí estaré yo'. Esta idea está inspirada en un verso de Bécquer, que a su vez fue reproducido por Cernuda. Es el lugar en el que están las enfermeras, en muchos casos, a lo largo de la historia. Donde habita el olvido allí están ellas. Es injusto, porque las enfermeras, sobre todo en los momentos decisivos como aquellos años terribles de Europa durante la Primera Guerra Mundial, fueron las que salvaron el mundo. Ayudaron a bien morir a los soldados. Las mujeres, que hacían los trabajos que los hombres no podían hacer, porque estaban en el frente», explica Yolanda Guerrero.

Elogio de la enfermería desde la escritura

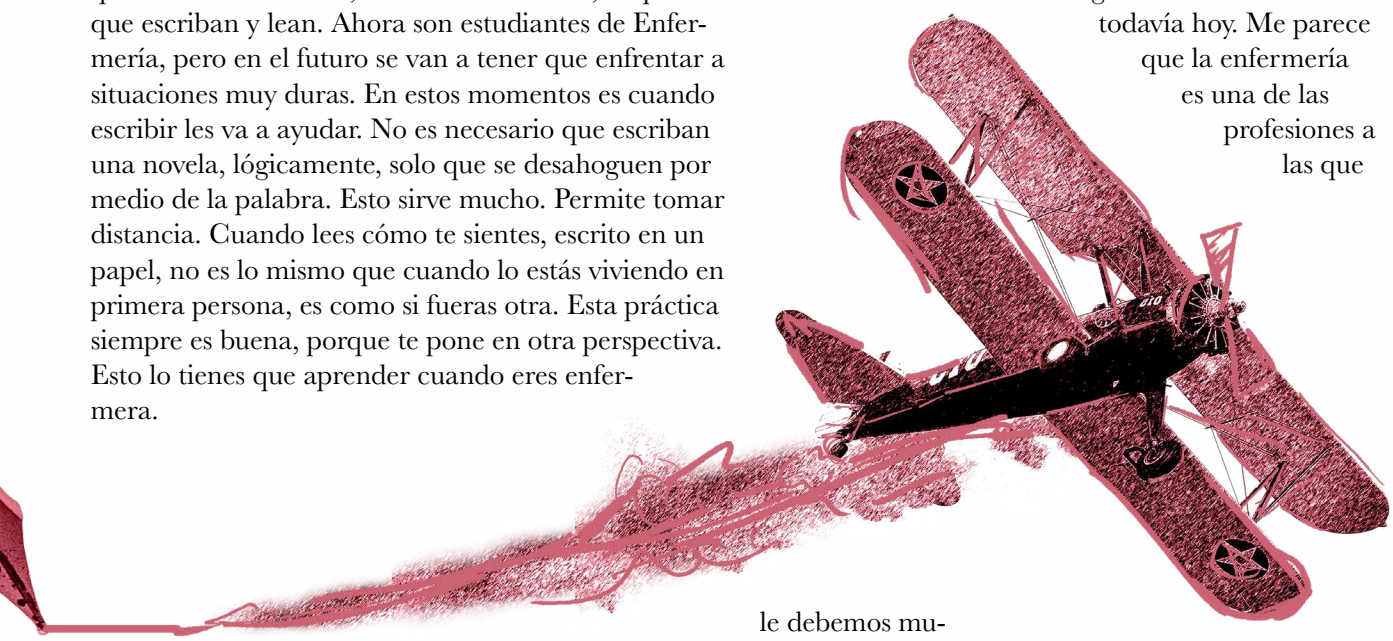
Yolanda Guerrero siempre ha estado muy vinculada con el mundo de la enfermería. Además de haber escrito 'Mariela', colabora en un taller de narrativa con los estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. En sus charlas, los anima a escribir sus vivencias como una forma de desahogo ante los malos momentos.

Una de las características de Mariela, el personaje creado por Yolanda Guerrero para su segunda novela, es el hábito de la escritura. Incluso llega a publicar en periódicos franceses de principios del s. XX, con seudónimo, como lo hacían grandes escritoras de la época, como la española Beatriz Galindo, que publicaba con el nombre de Isabel Oyarzábal. Como explica Yolanda, «Mariela tiene una de las cualidades de la mayor parte de las enfermeras reales de aquella época: escribía. Aún no tenían voto ni voz, porque todo lo que las mujeres decían de la guerra se consideraba amoral y cruel. Por este motivo se las silenciaba. Estaba prohibido hablar de todo lo que se alejara de la parte épica de la contienda. Como no podían hacerlo, las enfermeras se desahogaban escribiendo. Por este motivo, Mariela escribe también. En la novela, intercalo textos de ella. Aunque sea un personaje ficticio, reproduce las conductas de sus compañeras. Lo vemos con Mary Borden. Escribía obras maravillosas, pero, claro, en ellas abordaba temas que no gustaban a ninguno de los que hacían la guerra. ¿Por qué? Pues porque decía que la guerra es obscena, que los soldados estaban muriendo para nada, que nadie sabía las razones por las que estaban luchando. Escribió una serie de poemas en 1915, titulados 'Poemas de amor y de guerra' que no se publicaron hasta el 2015, cien años después. Nadie quería editarlos».

> "La enfermería tiene mucho sentimiento. No es una profesión fría y distante. Necesita empatía, compasión, comprensión, cercanía emocional con el paciente... Escribir es un apoyo para seguir adelante en los malos momentos"

Siguiendo el ejemplo de su personaje de ficción, Yolanda Guerrero anima a las enfermeras a escribir sus vivencias. «En la enfermería hay mucho sentimiento. No es una profesión fría y distante. Necesita empatía, compasión, comprensión, cercanía emocional con el paciente… El hecho de escribir ayuda a sacar lo que tienen dentro y esto es un apoyo para seguir adelante. Las ciencias con las humanidades no están reñidas y ambas deben caminar de la mano. En el caso de la enfermería es fundamental». De hecho, Yolanda ha colaborado en los dos últimos años en un taller en la asignatura 'Narración, Drama y Subjeti-

vidad', del Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. «Es una materia optativa. Esto está muy bien, porque quienes la cursan lo hacen porque les interesa. Yo me encargo de la parte de narración. También cuentan con otras compañeras que les enseñan teatro, mimo... En mi caso, les pido que escriban y lean. Ahora son estudiantes de Enfermería, pero en el futuro se van a tener que enfrentar a situaciones muy duras. En estos momentos es cuando escribir les va a ayudar. No es necesario que escriban una novela, lógicamente, solo que se desahoguen por medio de la palabra. Esto sirve mucho. Permite tomar distancia. Cuando lees cómo te sientes, escrito en un papel, no es lo mismo que cuando lo estás viviendo en primera persona, es como si fueras otra. Esta práctica siempre es buena, porque te pone en otra perspectiva. Esto lo tienes que aprender cuando eres enfermera.



" He descubierto el olvidadísimo papel de las enfermeras, en general. Pero olvidado todavía hoy. Me parece que la enfermería es una de las profesiones a las que le debemos muchísimo. Todos, sin excepción"

Con su colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid, Yolanda Guerrero mantiene sus vínculos con la enfermería, una profesión cuyos valores ha descubierto del todo a raíz de escribir 'Mariela': «He descubierto el olvidadísimo papel de las enfermeras, en general. Pero olvidado todavía hoy. Me parece que la enfermería es una de las profesiones a las que le debemos muchísimo. Todos. Cualquier persona, en algún momento de su vida, va a pasar por las manos de una enfermera. Ella misma, un familiar o alguien cercano va a necesitar a una enfermera. Es una de las profesiones más olvidadas y, sobre todo, más rebajadas de nivel», concluye Yolanda Guerrero. Novelas como 'Mariela' contribuyen a corregir esta situación. ■

Enfermería en Desarrollo renueva su web

Te mostramos a la enfermería como nunca la habías imaginado

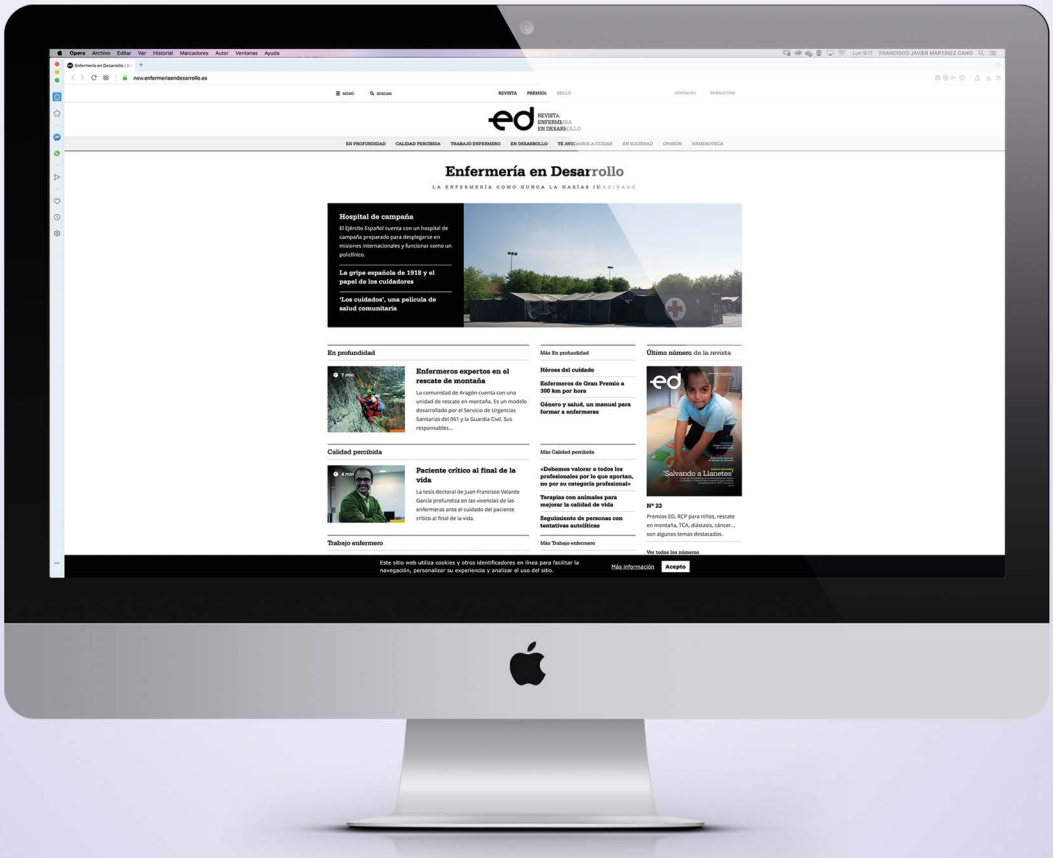
En www.enfermeriaendesarrollo.es encontrarás...

Nuestros reportajes...

Los Premios Enfermería en Desarrollo...

El Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes...

Todo, con un solo clic!



Sigue leyendo...
enfermeriaendesarrollo.es