Enfermería en desarrollo
Nº 28, septiembre de 2021

Suicidio, un problema de todos

Las enfermeras y profesionales sanitarios del grupo de trabajo contra el suicidio de Castilla La Mancha exponen sus estrategias para prevenirlo

pag. 10

Salud comunitaria entre iguales

El programa Mihsalud del Centro de Salud Pública de Valencia promueve la formación, mediación intercultural y acción social para fomentar la salud

pag. 36

Enfermeras invisibles

Historias con nombre propio de enfermeras inventoras, invencibles e increíbles

pag. 48

Sumario

Nº 28, septiembre de 2021

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

6 **Sello Equipos Excelentes**
Entrega del sello a las enfermeras del ETI Osi Araba y del Centro de Salud de Barajas (Madrid).

8 **Suicidio, un problema de todos**
Las enfermeras del grupo de trabajo contra el suicidio en Castilla La Mancha exponen qué realizan para evitarlo.

16 **Salas de confort sensorial en salud mental**
Unidades de salud mental en Cartagena y Álava innovan sus los cuidados con una nueva herramienta: las salas de confort.

20 **Salud mental domiciliaria**
La provincia de Pontevedra cuenta con una unidad de cuidados continuados de atención domiciliaria a las personas con patologías de la salud mental.

24 **Enfermería en los aeropuertos**
María Bergueiro comparte su experiencia como enfermera en el aeropuerto de Málaga.

28 **Residencias, cuidados seguros y de calidad**
Entrevistamos a la enfermera Ana Suárez es gerente de los Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA).

32 **Hazlo bien, hazlo fácil**
Diagnóstico de Enfermería. Ficha Estado Nutricional V.

36 **Salud comunitaria entre iguales**
Incorporar la salud en el día a día es el objetivo del programa Mihsalud, impulsado desde hace trece años por el Centro de Salud Pública de Valencia.

42 **Relatadores desde la habitación del hospital**
'Relat-hos. Desde mi habitación' es una proyecto liderado por la enfermera Antonia Castro en el Hospital de Bellvitge.

44 **Investigación desde la cooperación**
¿Cuánto falta por saber sobre el Síndrome de Nodding? La enfermera Ana Cristina de Castro responde a esta pregunta en su tesis doctoral.

48 **Historia con nombre propio**
Olga Navarro y Vanessa Ibáñez comparten su experiencia con la edición del libro 'Enfermeras invisibles', que rescata del olvido el testimonio de 14 enfermeras que hicieron historia.

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
Dirección de Arte y 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

Trabajo en equipo

El trabajo en equipo es una de las características principales del día a día enfermero. Así lo entendemos en la revista y por este motivo pusimos en marcha el Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes. Ya hemos entregado los dos primeros reconocimientos a las enfermeras del ETI Osi Araba y del Centro de Salud Barajas de Madrid. Esto nos llena de satisfacción y nos impulsa a seguir observando el desempeño colectivo de los profesionales desde las páginas de nuestra revista. Lo podemos leer en el reportaje que encabeza este número sobre la aportación de las enfermeras al grupo de trabajo contra el suicidio en Castilla La Mancha, donde estudian cómo evitarlo, o el impulso del programa Mihsalud en Valencia desde la atención comunitaria. Es una visión coral de la profesión, como la que ha permitido la expansión de iniciativas como las salas de confort para cuidar a pacientes con problemas de salud mental por toda España, desde la idea primigenia desarrollada por la enfermera Aitzíber García en el área de Psiquiatría del Hospital Santa Lucía de Cartagena o el perfil de la enfermera como responsable asistencial en las residencias de personas mayores de Asturias. Todo ello profundizando en la innovación, un propósito que comparte la iniciativa de salud mental domiciliaria en Pontevedra y que ha guiado la trayectoria profesional de la enfermera María Bergueiro, que comparte su experiencia laboral en el aeropuerto de Málaga. Siempre nos encontramos con enfermeras que buscan nuevas formas de hacer para obtener mejores y diferentes resultados, como la pregunta a la que trata de responder Ana Cristina de Castro en su tesis doctoral sobre el Síndrome de Nodding y en cuya respuesta está aprovechando todo el bagaje obtenido como cooperante, o el bienestar perseguido por la enfermera Antonia Castro pidiendo que escriban relatos a los pacientes del Hospital de Bellvitge. Todos ellos son ejemplos inspiradores que nosotros publicamos en la revista para que la sociedad conozca y para que no ocurra lo que sucedió en el pasado con muchas enfermeras invisibles, escondidas por el olvido. Sus historias vuelven a ser hoy conocidas gracias al libro 'Enfermeras invisibles', editado por Olga Navarro y Vanessa Ibáñez. Os recomendamos su lectura.

Víctor Aznar Marcén
Presidente de Fuden

Septiembre

Siempre me gustó septiembre. Recuerdo, especialmente, el regreso nervioso a la escuela y el reencuentro feliz con los compañeros, así como las primeras conversaciones en las que compartías tus vivencias del verano que finalizaba en esos días. Creo que estoy hablando de una vivencia común a todos nosotros. A mí, personalmente, me encantaba estrenar lápiz y cuaderno y aguardaba el momento en el que la maestra nos pedía una redacción para que le contáramos por escrito lo que nos había pasado. Esas imágenes han estado muy presentes en mí, desde mi memoria, cuando me enfrenté a la página en blanco para escribir este artículo. Lo han hecho porque creo que es el momento de mirar hacia atrás y pararnos a reflexionar sobre la imagen que los medios de comunicación han proyectado de la enfermería durante la pandemia.

Claro que las enfermeras hemos estado muy presentes en las televisiones, radios, periódicos o digitales. Hemos protagonizado las portadas y nos han entrevistado. Sin embargo, me gustaría formular las siguientes preguntas: ¿Hemos estado en los espacios de calidad? ¿Hemos sido referentes a la hora de analizar lo que estaba pasando? ¿Se ha prestado atención a nuestras demandas y reivindicaciones para gestionar mejor la crisis sanitaria? Pues quizás, puntualmente, sí. Sin embargo, cuando repaso lo que los medios han contado sobre la enfermería en muchos casos se han limitado a publicar solo episodios anecdóticos y experiencias concretas y aisladas que no reflejan el desarrollo real y las aportaciones que estamos realizando en la actualidad a nuestra sociedad. Al final, de manera global, los medios no han recurrido a la enfermería como fuente para interpretar o para buscar respuestas a lo que estaba ocurriendo, a pesar de que sí hemos aportado soluciones a los problemas que iban surgiendo, gracias a nuestro conocimiento y a nuestra ciencia.

Lógicamente, no podemos pretender que hayan contado con fidelidad todo lo vivido pero al final las crónicas de hoy serán la historia del futuro. Así ocurre cuando vamos a la hemeroteca y leemos qué escribió sobre nuestra profesión la prensa de principios del siglo XX en las crónicas de la mal llamada epidemia de gripe española. Muestran a unas enfermeras voluntaristas que en muchos casos arriesgaban su vida para tratar de salvar las de los demás. Cien años después, la imagen que los medios han dado es muy parecida, a pesar de que las enfermeras sí hemos contribuido de una forma mucho más activa a luchar contra la covid-19. ¿Han reflejado los medios esta realidad? Mi respuesta es no.

Queda mucho trabajo por hacer para que los medios de comunicación reflejen la imagen real de la enfermería. Y este trabajo tiene que comenzar por nosotros, como sujetos y protagonistas de la comunicación, y por los mensajes que transmitimos a la sociedad. ¿Qué queremos contar a la sociedad? ¿Cómo queremos que la ciudadanía nos vea? En Fuden continuamente nos hacemos esas dos preguntas y tratamos de responderlas. A la primera cuestión contestamos con iniciativas como 'Yo no soy esa', en la que pedimos a las enfermeras que denuncien los estereotipos sobre la profesión. Al segundo interrogante contestamos hace años poniendo en marcha Enfermería en Desarrollo, para contar cuánto hacemos, y sus premios, para reconocer nuestro trabajo. Y aquí los tenemos ya muy próximos, a la vuelta de septiembre. Y os adelanto que los ED vienen con muchas sorpresas.■

Yolanda Núñez Gelado
Directora de Enfermería en Desarrollo

Tenemos que hablar

Demasiado silencio. Demasiado miedo. Demasiados duelos sin resolver. Demasiados sentimientos de culpa. En definitiva, demasiado sufrimiento oculto.

¿En qué momento, y cuáles fueron los motivos que nos llevaron a convencernos y a mantener la creencia de que no se podía hablar del suicidio? Puede que fuera la iglesia la que abonó el terreno y puso las primeras semillas de la estigmatización con su señalamiento vergonzante, negando para los suicidas el derecho a exequias y sepultura en sagrado, al rezo de responsos y hasta a una oración en el velorio. Para la familia era comprensiblemente importante mantener oculta la causa de la muerte, que así debía permanecer para siempre. Sin embargo, hace años que la curia rectificó, aunque el estigma se mantiene.

Hasta donde alcanza mi recuerdo, siempre se ha dicho que al hablar públicamente de las personas que se suicidan, podemos estar incitando a otras a quitarse también la vida, como consecuencia de una suerte de efecto contagio cuyo fundamento nunca he llegado a entender. De hecho, no hubo fisuras en este convencimiento hasta hace relativamente poco, de manera que también los medios de comunicación han mantenido el silencio sobre las causas de la muerte cuando ésta es intencionada. Además, acostumbran a usar eufemismos para referirse a ella.

También nos contaron que aquel que habla de acabar con su vida no debe preocuparnos porque nunca lo hará, que la persona que hace un intento autolítico repetirá hasta conseguir su propósito independientemente de lo que hagamos, o que prácticamente es imposible prevenir la muerte por suicidio, ya que se trata de un acto impulsivo y, por tanto, imprevisible.

Y de tanto repetirlo, como si de un dogma de fe se tratara, lo creímos y fuimos aceptando éstas y otras muchas presunciones hasta confeccionar una larga lista de falsas creencias que nos alejan del sufrimiento de millones de personas a las que seguramente podríamos apoyar, ayudar y, en muchos casos, evitar lo que para ellos es quizá la única solución que pueden ver en este momento de sus vidas.

Y podríamos además dar voz a sus familias y amigos, supervivientes del drama que supone la pérdida, y cuyos duelos son con tanta frecuencia difíciles de resolver por esa mezcla de sentimientos de vergüenza y culpa de la que hablan cuando por fin son capaces de hacerlo. Otras veces, quedan anclados en el dolor durante años, sin apoyo emocional de ningún tipo e incapaces de resolver el duelo y recuperar sus vidas.

Tenemos que hablar. Y con nuestras palabras y nuestras acciones exigir "ya" el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. No olvidemos que con nuestro silencio permitimos que la primera causa de muerte no natural en España permanezca invisible, desaparecida de las agendas de los políticos, que no parece que hasta el momento hayan visto la necesidad de trabajar en él.

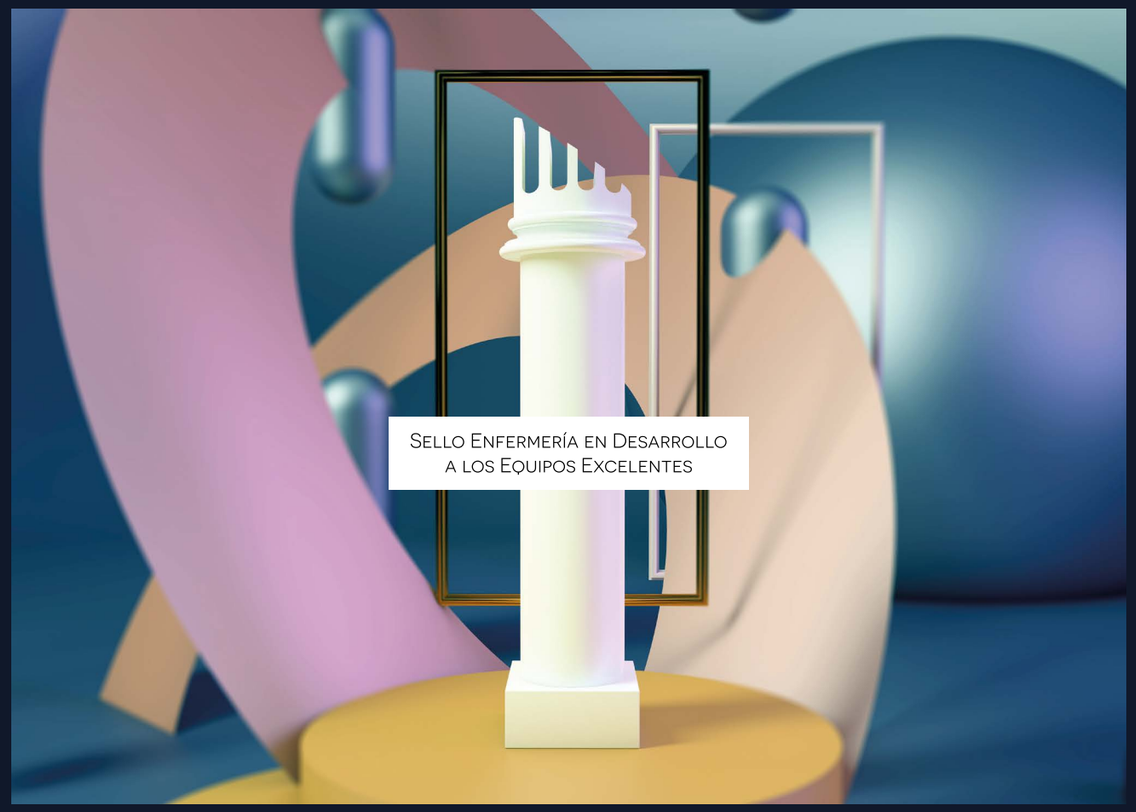
Ninguna sociedad debería permitirse mantener oculta y estigmatizada a una parte de su población, precisamente a la que más está sufriendo.■

El Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes celebró sus dos primeros actos de entrega en la primavera de 2021. Recuerda que la convocatoria para solicitarlos está abierta durante todo el año y que toda la información la puedes consultar en la web de la revista, www.enfermeriaendesarrollo.es. Esperamos tu solicitud.

Equipos excelentes

Crónica de la entrega del Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes, un acto del que tú puedes ser protagonista.

Enfermeras de Vitoria y Madrid han sido las primeras en obtener el Sello Enfermería en Desarrollo a los Equipos Excelentes. La convocatoria permanete abierta y tú ya puedes solicitarlo para el equipo en el que trabajas. Como bien dijo la directora de la revista, Yolanda Núñez, en los actos de entrega, te animamos a solicitarl, sea cual sea tu lugar de trabajo y especialidad: "Cuando hablamos de avance y de calidad pocas veces se debe a la acción de un solo individuo. A menudo es el resultado del trabajo conjunto de los miembros de un equipo. Esta iniciativa pretende conocer, divulgar y reconocer el trabajo en equipo, imprescindible para nuestro avance profesional. Los equipos excelentes basan su crecimiento en el desarrollo de las personas que lo componen y en la calidad y calidez del trabajo que desarrollan".



Equipo de Terapia Intravenosa Osi Araba

"El proceso de evaluación y auditoría nos sirvió para saber aquello que hacíamos y que no nos dábamos cuenta. Leíamos y decíamos: ¡Pero si por esto nos van a dar puntos! Lógicamente, conseguir el Sello ED no es fácil. Hay que trabajar mucho. Pero cuando lo haces en equipo, expones las dificultades entre todas, las soluciones vienen". Así valoró Victoria Armenteros, supervisora de Enfermería del ETI la consecución del reconocimiento, en el acto institucional de entrega que celebramos en el auditorio María de Maeztu del Palacio de Congresos Europa de Vitoria-Gasteiz. Los asistentes, entre los que estuvieron la consejera de Salud de Euskadi, Gotzone Sagardui, la concejala de Deporte y Salud del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Livia López, y representantes institucionales de Osakidetza, Fuden, y Satse, pudieron percibir el orgullo del trabajo en equipo realizado por las enfermeras del ETI en el recuerdo emocionado de Arantxa Picón, actual directora de Enfermería del hospital Santa Marina de Bilbao y antigua integrante del ETI, del momento en el que leyeron los resultados de la auditoría: "Cuando abrimos el informe y vimos que pasábamos algunos puntos del Nivel 3, yo lloré. Fue una mezcla de ilusión, de meses de trabajo, de que somos un equipo. Somos un equipo excelente, todas remábamos hacia la misma dirección".

Enfermería del Centro de Salud de Barajas (Madrid)

El acto de entrega del Sello ED a las enfermeras del Centro de Salud Barajas de (Madrid), celebrado en el auditorio Gabriela Mistral de la Casa de América se convirtió en un homenaje a la enfermería, en general, y a la de Atención Primaria, en particular, como subrayó la responsable de Enfermería del centro, Margarita Camarero: " Este reconocimiento lo hemos obtenido en un momento difícil. Nos ha venido muy bien, sobre todo para recargar pilas, después de todo lo que ha ocurrido", subrayó, en presencia de las autorades de la Comunidad de Madrid presentes y de los representantes institucionales de Fuden y Satse. Sobre el proceso de evaluación, Margarita Camarero, reconoció que pensaban que "iba a ser más fácil, pero tenemos que reconocer que cuando deis un Sello ED sé que no lo vais a regalar. Esto anima mucho. Es una guía de mejora". Por su parte, Norma Fernández, enfermera del Centro de Salud Barajas, destacó que el proceso de evaluación les ha permitido "valorar aún más las buenas relaciones que tenemos entre las enfermeras. Somos una piña. Estamos todos hasta arriba y, aún así, que aparezca un reconocimiento a la excelencia y te lo concedan te impulsa a seguir adelante por el mismo camino".

Estrategias para evitarlo

Suicidio, un problema de todos

Las enfermeras y profesionales sanitarios que integran el grupo de trabajo contra el suicidio en Castilla La Mancha exponen qué realizan para evitarlo.

El suicidio se puede evitar, como los accidentes de tráfico, los homicidios o la violencia machista. Sólo hacen falta políticas y programas de prevención de las conductas autolíticas. «Con prevención y detección. Si lo haces, salvas vidas». Con esta claridad se expresa el enfermero Francisco José Celada Cajal, doctor cum laude en cuidados en salud con su tesis sobre suicidio.

Con estas pautas funciona el grupo de trabajo del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. El enfermero Ignacio Redondo García es coordinador regional de Enfermería en Salud Mental. A su vez, es responsable del grupo específico de suicidio orientado a la infancia y la adolescencia. Tras constituirse en 2017, uno de sus resultados es la Estrategia para la Prevención del Suicidio en esta comunidad, donde las enfermeras desempeñan un papel relevante. «Desde enfermería, por ejemplo, nuestra principal herramienta es la educación para la salud, porque puedes llegar tanto a la persona, como a su familia y al conjunto de la comunidad», afirma.

La formación es otra de las claves, tanto del personal sanitario, por ejemplo, las enfermeras, como de la población. Eva Sáez Torralba, enfermera de Atención Primaria, integrante del grupo de trabajo del SESCAM y voluntaria en el Teléfono de la Esperanza tiene clara la principal mejora necesaria: «El suicidio y las tentativas autolíticas hay que tratarlas como el problema de salud que son. Estamos ante una persona que está sufriendo una crisis que le genera dolor emocional, mental o físico, y no ve una salida. Sin embargo, socialmente se acostumbra a emitir juicios de valor con connotaciones erróneas, calificando las conductas suicidas como actos de cobardía o valentía, cuando realmente no es así. Estamos ante una persona que se ve superada en sus recursos y capacidad de afrontamiento, que no dispone de las estrategias adecuadas para resolver su problema y necesita ayuda externa. Aquí empieza nuestra labor como sanitarios». Y aquí es donde pueden encontrar el apoyo de colectivos como el Teléfono de la Esperanza, que en 2021 cumple 50 años. «Cuando tienes un problema y no encuentras una salida, siempre hay alguien que te puede ayudar y acompañar. Cuando llega la desesperanza y parece que la vida no tiene sentido es el momento de escuchar a otra persona, es el momento de llamar al Teléfono de la Esperanza para que alguien te escuche y te pueda ayudar», subraya Elisa Muñiz Ruiz, presidenta de esta asociación en Toledo.

El impacto del suicidio es enorme, subraya Elisa. «Casi todos conocemos a alguien que se ha suicidado. De alguna forma, esto te afecta, porque es la pérdida innecesaria de una vida, que se podría haber evitado, en ocasiones con muy poco». Este es el propósito de Francisco, Ignacio, Eva y Elisa. Todos colaboran en la prevención del suicidio en Castilla La Mancha. Lo hacen a través del grupo de trabajo del SESCAM, de la formación y el voluntariado.

Suicidio, primera causa de muerte no natural

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España. La segunda son los accidentes de tráfico. Este dato lo enfatiza Francisco José Celada, para ejemplificar la importancia y el impacto de este problema. En España, por término medio, 10 personas mueren cada día por suicidio. A esta cifra hay que sumar las conductas autolíticas: 20 intentos por cada suicidio, según la OMS, organismo que manifiesta la necesidad de establecer estrategias de prevención innovadoras, integrales y multisectoriales.

Conoce la estrategia del SESCAM

Las guías del SESCAM

En su web
https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio

La Comisión de trabajo del SESCAM

Generar y gestionar conocimiento, prevenir el suicidio e intervenir ante conductas autolíticas entre la población adulta, infanto-juvenil, adultos mayores y personas frágiles. Estas son las líneas estratégicas en las que profundizan los cuatro grupos de trabajo con los que cuenta el Servicio de Salud de Castilla La Mancha, SESCAM, para abordar este problema en la región. «Es un tema recurrente en las conversaciones que mantienes con los pacientes. Detectamos una fuerte demanda en el tercer sector para aumentar la implicación del colectivo sanitario. Y, por último, vimos la necesidad de organizar una estrategia y definir los protocolos a seguir», explica Ignacio Redondo, coordinador regional de Enfermería de Salud Mental del SESCAM, refiriéndose al origen de la iniciativa, en la que participan profesionales y representantes de muy diversos ámbitos. «Es un sistema de participación formado por un grupo ecléctico, integrado por alrededor de 70 profesionales de diversas disciplinas, enfermería, trabajo social, psicología, entre otras muchas, de dispositivos como unidades de media estancia, tratamiento de conductas adictivas... y con representantes de administraciones públicas y sociedad civil como entidades en torno a la infancia y la adolescencia, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado... Nos organizamos por líneas de actuación. Todo el trabajo realizado se materializó en una estrategia de prevención del suicidio, que en nuestro caso tenemos integrada también en el Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha para el período 2018-2025».

Este trabajo ha cristalizado en documentos como la guía de recomendaciones para la detección del riesgo de suicidio e intervención en Atención Primaria. «En condiciones normales, el centro de salud es el lugar de acceso más cercano para el ciudadano. La bibliografía disponible también remarca que quien se suicida ha podido estar en contacto con personal sanitario durante el mes anterior». En el caso de las enfermeras, «como agentes de salud que somos, tenemos conocimientos actualizados y veraces sobre las conductas suicidas y autolíticas. Podemos desmitificar y abordar de forma segura cualquier tema relacionado con una persona que pueda presentar ideas o comportamientos autolíticos. Necesitamos formarnos y tenemos el deber de comunicar de forma correcta para prevenir y para fomentar que se hable de esta problemática, rompiendo determinados mitos que hacen mucho daño. Con formación adecuada, podemos evitar muchas situaciones, pues vamos a perder el miedo a hablar de ello con los pacientes y sus familias». Esta reflexión la completa la enfermera Eva Sáez. «En ocasiones nos cuesta mucho preguntar a los pacientes. 'Usted, ¿realmente se ha planteado quitarse la vida?'. Es verdad que no podemos plantearlo de forma brusca. Es necesario establecer un clima de confianza, trasmitir a la persona que no está sola, que le comprendemos, que lo que le sucede nos interesa y que podemos ayudarla a elaborar respuestas para mejorar el abordaje de la situación que está viviendo». En este sentido, Ignacio subraya la importancia del trabajo directo con cada persona. «Tenemos una gran capacidad de influencia, sobre todo para desmitificar y visibilizar estas conductas, lo que permite buscar soluciones a tiempo y derivar a quienes pueden ofrecer una atención adecuada. Por el contrario, si atendemos a los prejuicios culturales, al miedo y a las falsas creencias hablando del suicidio favorecemos estas conductas y, al final, generamos el efecto contrario. Las tentativas autolíticas y el suicidio tienen que dejar de ser un tema tabú».

«La gestión del conocimiento también es importante», subraya Francisco José Celada, miembro de este equipo específico de la comisión del SESCAM. «Registramos toda la evidencia científica relacionada con el tema y la distribuimos entre los integrantes del resto de grupos. También estamos en contacto con otros profesionales externos, como los agentes de policía, militares, bomberos, Protección Civil o Guardia Civil».

Apoyo a la comunidad educativa

El apoyo a los profesores en la escuela es otra de las líneas de actuación del grupo de trabajo del SESCAM. Para ello, cuentan con una guía específica. «En la comisión contamos también con representantes del Servicio de Inclusión Educativa y Convivencia de Castilla La Mancha. Al final, los menores pasan mucho tiempo en los centros, desde el desayuno hasta las clases extraescolares. Por este motivo, los docentes también necesitan una formación específica, por lo que elaboramos una serie de orientaciones prácticas para romper los mitos y conocer los factores de riesgo, signos de alarma y protección. Es clave fomentar la educación de los menores en una mayor resiliencia, tanto para la etapa que están viviendo como para afrontar su edad adulta. Por otro lado, una vez se ha producido una tentativa autolítica, la guía indica cómo gestionar la vuelta al aula, las relaciones con el resto del alumnado y con los propios profesores. Si esto se hace bien, generas un efecto protector sobre la conducta suicida», explica Ignacio.

> «Tenemos los conocimientos actualizados y veraces sobre las conductas suicidas y autolíticas. Podemos desmitificar y abordar de forma segura cualquier tema relacionado con un paciente que pueda presentar ideas o comportamientos autolíticos»

Información correcta

La guía para medios de comunicación es otro de los trabajos destacados del grupo del SESCAM. «Es necesario que los medios realicen una información responsable, sin sensacionalismo ni catastrofismo, para evitar el efecto llamada. Por el contrario, cuando informas de manera correcta, eliminas tabús y ofreces información de servicio sobre el suicidio también generas un efecto protector», matiza Ignacio. En este sentido trabajan iniciativas como el observatorio de noticias que analiza las informaciones publicadas en Castilla La Mancha. «Hay que huir del sensacionalismo, de exponer detalles como el método, el momento y el lugar... Por el contrario, cuando se informe sobre suicidio hay que hacerlo difundiendo los recursos que las personas tienen para evitarlo», completa el enfermero Francisco José Celada.

La formación, un aspecto clave

Un plan de prevención del suicidio y de las conductas autolíticas, con la dotación de recursos necesaria para llevarlo a cabo, un método de vigilancia de las conductas suicidas y formación. Son las tres propuestas de acción que Francisco José Celada desarrolló en su tesis doctoral sobre la evolución de la conducta suicida en Castilla La Mancha, con la que obtuvo el doctorado cum laude en cuidados en salud. Sobre estas claves gira su labor, también como integrante del grupo de trabajo autonómico, donde participa en la redacción de su plan docente. De hecho, Francisco José pone el acento en la formación. «Hay que capacitar a todo el personal sanitario. Es algo básico. De un lado, a un nivel genérico, en la atención primaria, hospitalaria y extrahospitalaria. De otro lado, a nivel específico con la salud mental, con las enfermeras especializadas, los psicólogos...». Él mismo es uno de los especialistas que imparte estos cursos «en los que se profundiza en mayor o menos medida según el nivel de los asistentes. Sobre todo, queremos que cualquier profesional pueda detectar el riesgo de suicidio o tentativa autolítica, pueda hablar de ello abiertamente, disminuyendo el tabú y los mitos en los que la sociedad cree… Aún tenemos mucho que trabajar».

Esta formación también se extiende al resto de profesionales y colectivos que tienen contacto con la población, por ejemplo, la comunidad docente, en todos los niveles de la enseñanza, especialmente Secundaria y Superior, «pues estamos viendo que la tasa de suicidio está incrementándose entre la infancia y la adolescencia».

> Toda su experiencia en torno al suicidio, Francisco José Celada la resume en la siguiente reflexión: «Prevención y detección. Si esto lo consigues, salvas vidas. Así de claro»

En el caso de los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia también es importante la mejora de su formación durante el Grado. «Junto a mi compañera Isabel Cobo, imparto la asignatura de 'Psicología de la Salud', pero es necesario más. Hay que organizar jornadas de concienciación. Es importante que se formen sobre suicidio y tentativas autolíticas, porque, además, el índice de suicidios entre estudiantes y profesionales de la salud es alto y esto tenemos que trabajarlo para que sepan detectarlo y puedan darse cuenta del proceso por el que puede estar pasando un compañero. Imaginaros lo que viene tras cada una de las olas de esta pandemia. Todo el mundo puede verse afectado. Al principio, fueron el miedo y la incertidumbre, los estudiantes de 4º curso incorporados a los hospitales, con toda la carga de estrés... Posteriormente, la gestión de la muerte... Ademas, ponte en el lugar de una persona que está empezando y que de golpe se ve inmersa con apoyos insuficientes en una planta de Oncología y en una UCI de covid-19. En muchas ocasiones, no estamos preparados para este impacto emocional. Es necesario mejorar la formación para detectar posibles depresiones, síndromes ansiosos o conductas suicidas...».

Para hacer frente a las situaciones anteriores, Francisco José expone una serie de herramientas que pueden tener los enfermeros. «La prevención entre nuestro colectivo se basa, en primer lugar, en apoyarnos y hablar con nuestros compañeros. Si te está afectando mucho, necesitas ayuda y recurrir a un profesional. Lo que nunca hay que hacer es esconder la situación. Hay que hablar con alguien cercano, sin avergonzarse. Esto reduce la ansiedad y va a permitirnos obtener otro punto de vista, diferente al nuestro, contribuyendo a que abandonemos el estado de desesperanza en el que nos podamos encontrar».

> **Sigue los hastag #stopsuicidios y #stopsuicidiospain para estar al día sobre esta cuestión**

Por último, Francisco José Celada destaca la importancia de la enfermera en Atención Primaria para prevenir el suicidio. «Tiene que saber detectar cuándo tiene delante pacientes deprimidos, con factores de riesgo. Cuando vea un caso, puede trabajar los factores protectores, hacerle un seguimiento... En Cataluña, por ejemplo, realizan un seguimiento telefónico de las personas que han tenido intentos autolíticos. Solo con eso, con una llamada, fomentas actitudes positivas, disminuyes la intencionalidad y el pensamiento sobre conductas suicidas».

Toda su experiencia en torno al suicidio, Francisco José Celada la resume en la siguiente reflexión: «Prevención y detección. Si esto lo consigues, salvas vidas. Así de claro».

La necesidad de contar con planes de prevención

Una de las principales demandas de los colectivos que trabajan con temas relacionados con el suicidio es la necesidad de contar con planes de prevención específicos, «tanto en el ámbito nacional como en las distintas autonomías, que sean lo más transversales posibles y que lleguen a todos los estamentos de la sociedad. Estamos ante una lacra social, ante una epidemia que no se puede mantener en silencio y es necesario que salga a la luz. El suicidio es una bomba de racimo, que no solo afecta a la persona que lo realiza, sino a todos los supervivientes, sus familiares, amigos, compañeros, profesores...», incide Elisa Muñiz. «A esto añadimos que la salud mental no cuenta con los recursos necesarios para funcionar bien, y se multiplican las consecuencias negativas», añade el enfermero Francisco José Celada.

Trabajo transversal

Francisco José Celada es enfermero de emergencias la UVI de Illescas, en Toledo. Al margen de su presencia en el grupo de trabajo sobre suicidio en Castilla La Mancha, Francisco José Celada, también colabora con otras iniciativas como Papageno. una asociación de profesionales en prevención y postvención de suicidio (papageno.es). También forma parte de la Sociedad Española de Suicidología (suicidologia.jimdo.com) y del colectivo Psicología Abierta en Acción de Castilla La Mancha (psicologiaabierta.wixsite.com). «El objetivo fundamental es expandir la importancia de que se hable correctamente de suicidio, de eliminar los tabús y el estigma, acabando con los mitos. Hay que hablar. Si detectas las tentativas autolíticas frenas el suicidio».

El Teléfono de la Esperanza

'Cuando existe la esperanza, todos los problemas son relativos'. Esta reflexión pertenece al fundador del Teléfono de la Esperanza, Serafín Madrid. Este colectivo nació hace 50 años en Sevilla y desde entonces trabaja al servicio de las personas en situación de crisis emocional. «La vida no es lo que nos pasa, sino cómo lo vivimos. En muchas ocasiones, cuando nos llaman, nos dicen: 'Igual lo que te voy a contar tú lo ves como algo sin importancia'... La respuesta a esta afirmación es una pregunta: 'Pero a ti esto te está haciendo sufrir, ¿verdad? Pues entonces no es ninguna tontería, es muy importante'. Para mí, atender el teléfono supone tener los pies en la tierra, ser consciente del sufrimiento por el que puede estar pasando una persona, de sus causas y múltiples consecuencias», afirma la pediatra María Elisa Muñiz Ruiz, presidenta de esta asociación en Toledo, a la que lleva vinculada desde 2003 como voluntaria, tras realizar la formación necesaria para hablar con las personas que llaman. Es el caso también de la enfermera María Eva Sáez Torralba. «Normalmente tratamos de establecer con la persona una relación de ayuda, utilizando habilidades de escucha y comunicación para que identifique cómo se siente, sus necesidades, qué aspectos de su vida están provocando la situación en la que se encuentra, trabajando en la búsqueda de respuestas que le ayuden a recuperar un equilibrio que le haga replantearse la conducta suicida».

717 003 717 es el Teléfono de la Esperanza. Elisa Muñiz recomienda llamar «a cualquier persona que por el motivo que sea, no existen causas más importantes o menos graves, pueda estar en un momento de desesperanza, haya perdido el sentido de su vida, piense que está sola y que el problema que está viviendo no tiene solución. Y no tiene solución porque él o ella no la ven. Siempre hay una salida»

717 003 717 es el Teléfono de la Esperanza. Elisa recomienda llamar «a cualquier persona que por el motivo que sea, no existen causas más importantes o menos graves, pueda estar en un momento de desesperanza, haya perdido el sentido de su vida, piense que está sola y que el problema que está viviendo no tiene solución. Y no tiene solución porque él o ella no la ven. Siempre hay una salida. Cuando estás en crisis puede que tú no la veas, pero con ayuda la puedes encontrar».

La atención de las llamadas telefónicas es la principal actividad de este colectivo, integrado exclusivamente por personas voluntarias. «Entregamos lo más valioso que tenemos, nuestro tiempo, pero lo hago porque quiero. Yo obtengo una recompensa cuando siento que ayudo a una persona a cambiar su conducta, cuando al principio de la llamada manifiesta ansiedad y está llorando y al final reconoce que está más tranquila. Esta es mi recompensa», explica Elisa. Por su parte, Eva señala que llegó al Teléfono de la Esperanza, hace aproximadamente dieciséis años, porque «quería empezar en el mundo del voluntariado y ayudar a personas con problemas. Busqué diferentes ONGs y me llamó mucho la atención la relación de ayuda que estableces a través del Teléfono de la Esperanza».■

En Cartagena y Álava

Salas de confort sensorial en salud mental

Varias unidades de salud mental a lo largo de la geografía española se suben al carro de la innovación en los cuidados con una nueva herramienta terapéutica: las salas de confort sensorial

«La idea es adaptar un espacio acogedor, tranquilo y positivo para abordar el cuidado del paciente cuando está agitado y angustiado. Crear un ambiente que favorezca la relación terapéutica y poder enseñarles estrategias con las que afrontar de manera saludable el estrés», así explica Mariola Olalde, enfermera especialista en salud mental y supervisora del Área de Rehabilitación Funcional 1 del Hospital Psiquiátrico de Álava, lo que son las salas de confort sensorial. Es el primer Hospital Psiquiátrico de nuestro país con una sala de estas características. Ya la han utilizado 20 de los 40 pacientes de la unidad. «Queremos que el proyecto se extienda a todos los servicios del hospital, pues los resultados han sido realmente positivos y creemos que debemos caminar en esta dirección, dejando atrás las medidas de contención y sujeción».

Alternativa para controlar las situaciones de crisis

Desde otro extremo de la península, en Cartagena, la enfermera especialista en Salud Mental Aitziber García comparte las mismas inquietudes que Mariola. Desde el momento en el que llegó a la supervisión del área de Psiquiatría del Hospital Santa Lucía vio en el año 2016 la necesidad de investigar nuevas formas de tratar a las personas. «Estamos preparados para contener al paciente mecánicamente, pero no estábamos haciendo nada en un espacio para no contener. Investigando descubrí que en Estados Unidos sí se estaba haciendo algo parecido a lo que yo tenía en mente» comenta Aitziber. Allí se conocen como 'Comfort Rooms'. Son salas que diseñan con el propio paciente y que este utiliza cuando está en crisis o antes de ella, para relajarse. «Con el apoyo de la psiquiatra jefa del servicio, y de la dirección, empezamos poco a poco a trabajar en nuestra propia sala. Creamos un equipo y fuimos acondicionando el espacio que nos cedieron, encargándonos nosotros mismos de la pintura y la decoración», recuerda Aitziber, quien lideró la puesta en marcha de la primera sala en España que, además, ha servido de modelo para todas las que se han puesto en marcha después.

«Aunque nuestros pacientes son personas con trastorno mental grave, de largo tratamiento, pensamos que podía ser de gran ayuda el modelo que en Australia estaban empleando con adolescentes y niños en unidades de agudos», cuenta Mariola sobre la revisión bibliográfica que ellas llevaron a cabo a mediados de 2019 y gracias a la cual descubrieron los beneficios de las salas de confort. «Primero, fui la encargada de conseguir que todas las unidades estuvieran de acuerdo. Lo siguiente era formarnos en la técnica de la desescalada verbal». En medio de una pandemia mundial el equipo de Mariola siguió trabajando en su investigación hasta poner en marcha este año la sala.

«La sala la diseñamos junto con los pacientes. Ellos decidieron el vinilo, la puerta, el suelo… todo con materiales cálidos», cuenta Mariola. Estos pacientes, además, son quienes deciden el ambiente que tendrá cuando la utilicen. «Recogemos fichas sensoriales en las que cada persona nos ha hablado de sus gustos de música y videos; de colores de luces que les pueden ayudar, les tranquilizan o les alteran... el olor también». En la sala de confort sensorial juegan a través de los sentidos previa firma del consentimiento informado «que hemos elaborado en lectura fácil».

Usos de la sala

Estas salas de confort sensorial, como explica Aitziber, en la actualidad enfermera de la unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Hospital de Cartagena, «pueden utilizarse durante una crisis o antes de ella, cuando la persona está tranquila para que aprenda a utilizarla. Al principio, pensábamos que la sala podía utilizarse solo con pacientes que estuvieran poco agitados. Pero luego verificamos que también funcionaba con personas más agitadas, muchísimo mejor incluso de lo que nosotras pensábamos».

En esta unidad han podido comprobar en un estudio piloto que la ansiedad mejoraba después de entrar a la habitación. A veces, incluso sólo con entrar en ella, casi sin hacer ninguna intervención, «ya que les cambia totalmente la sensación de hospitalización. Esto les baja la ansiedad» argumenta Aitziber.

Una vez dentro, emplean la técnica de desescalada verbal «que es una estrategia de aproximación al paciente para reducir progresivamente su nivel de activación y que se vaya calmando y relajando». Es una técnica proactiva en la que están formados los profesionales para ser capaces de responder ante el paciente con escucha activa y empática.

Equipamiento de las salas

Entre cuidada decoración de vinilos y luces cálidas, las salas de confort sensorial disponen de un sofá donde el paciente puede tumbarse y también un puff. En este espacio pueden dibujar, hacer mandalas, emplear pelotas antiestrés o cubrirse con mantas ponderadas (cuyo peso relaja). Tienen balones suaves, revistas, libros...
Y se les ofrece si así lo requieren infusiones o agua, entre otros muchos recursos.

«Utilizamos muchísimo la música cuando el paciente está más tranquilo, no tanto música de relajación, que en muchos pacientes con trastorno mental no ayuda, sino la que ellos piden». En ocasiones, emplean también la aromaterapia. En la sala del Hospital de Álava «les ofrecemos olores como la lavanda, limón, olor de pino… lo que hayan elegido en su ficha que pueda hacerles sentir más a gusto. Aunque también hemos visto que a medida que usan la sala, ellos mismos van variando sus preferencias» como reconoce Mariola.

Esta estancia puede ser requerida por el propio paciente, ya que se les informa de su existencia en las reuniones de buenos días y se les enseña previamente. O puede ser el profesional sanitario quien lo recomiende. En otros países, como Suecia, incluso la emplean como tratamiento prescrito como cuenta Aitziber. «En un congreso conocí la experiencia de una compañera sueca y me comentó que ellos iniciaron el proyecto entre 2012 y 2014 y habían hecho en 30 sitios 30 salas de confort. Era incluso más normalizado todavía. Allí el psiquiatra puede prescribir también la entrada a una sesión de aromaterapia o luminoterapia, según sus necesidades. Además, el 30% de las veces, se usaba en el turno de noche para ayudar a los pacientes a conciliar el sueño».

Tanto en el área de Salud Mental de Cartagena como en la Unidad de Rehabilitación Funcional del Hospital Psiquiátrico de Álava, ambos pioneros en nuestro país en cuanto a las salas de confort sensorial, ha sido clave para su instauración el trabajo en equipo y la colaboración de pacientes y de todos los profesionales, tanto sanitarios como no. «Ha sido muy gratificante ver cómo se han involucrado en nuestra idea el personal de mantenimiento y de limpieza», concluye Mariola, quien forma parte del equipo de investigación de ocho enfermeras especialistas en colaboración con el centro de investigación de la OSI Araba BIOAraba. Aitziber por su lado también está satisfecha y orgullosa de su logro: «Que otros servicios hayan confiado en nuestro proyecto, lo hayan puesto, les ha resultado bien, y que como en el caso de Álava, con Mariola, nos hemos conocido, compartido ideas, y seguimos en contacto, es más de lo que habría imaginado». De hecho, cuentan con un perfil en Twitter donde comparten sus experiencias: @salaconfort.■

Equipo de enfermería del Área de Salud Mental de Cartagena

Equipo de enfermería del Hopital Psiquiátrico de Álava

Recomendado por la OMS

De manera posterior a la inauguración de la sala de confort sensorial en Cartagena, que ya tuvo una gran repercusión mediática y causó gran impacto en redes sociales, en 2019 la OMS publicó un documento que aconsejaba la creación de estas salas e incluía una fotografía del equipo de salud mental de Cartagena para ponerla de ejemplo en la portada de uno de los documentos que aparecen como guías. Esto supuso un gran respaldo para el proyecto y favoreció que varios servicios de salud mental hayan contactado con Aitziber, entre ellos la unidad de Mariola, para poner en común ideas y trasladar el proyecto. Actualmente siguen en contacto y trabajan por la revisión continua de lo que funciona y lo que no. Las guías puedes descargarlas desde este enlace: https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools

Cuidados continuados

Salud mental domiciliaria

Texto: **Iria Carregal Martínez**

La provincia de Pontevedra cuenta con una unidad de cuidados continuados que proporciona atención domiciliaria a las personas con patologías relacionadas con la salud mental.

La función del enfermero especialista en salud mental resulta básica en las unidades de cuidados continuados. Ellos son el enlace de sus pacientes con una sociedad que no siempre muestra la cara más empática con este tipo de enfermos. Incomprendidos para una mayoría por la imagen estereotipada que tenemos de ellos, los enfermeros especialistas en salud mental tratan de romper con esas barreras e integrar en lo posible a estos pacientes, para que puedan sentirse incluidos en un mundo que todavía los ve con cierto recelo.

Nunca es bueno generalizar. Esto cobra más sentido cuando nos referimos a personas que padecen enfermedades mentales, pero de forma excepcional, podrías decir que «son personas en las que la emotividad está presente en cada una de las situaciones que se les presenta en su vida cotidiana», así habla de sus pacientes, José Luis Buceta, enfermero especialista en salud mental, y miembro de la unidad de cuidados continuados en el área norte de Pontevedra. Tras una larga conversación con él, tratando de entender su labor como enfermero en esta unidad, a esa frase habría que añadir que «como es normal en cualquier ser humano». Pero es que, precisamente, cuando hablamos de salud mental la normalidad es el objetivo que conseguir.

En ese objetivo trabaja cada día un equipo compuesto por un enfermero especialista, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería, un trabajador social y un psiquiatra. Este equipo multidisciplinar forma parte de la Unidad de Continuidad de Cuidados de Psiquiatría. Un dispositivo que forma parte de la red asistencial de Salud Mental, y que realiza un trabajo que es fundamentalmente la continuidad de los cuidados, basado en una filosofía de tratamiento asertivo comunitario. «Se trata de proporcionar unos cuidados en el medio en el que se encuentra inmersa la persona, es decir, el medio comunitario. A través de las visitas que realizamos en el domicilio, en el centro en el que se encuentre, en una pensión o en la calle, allí se abordan los diferentes problemas y prestamos la asistencia que forma parte de este dispositivo», explica José Luis Buceta.

Contra los prejuicios. El trabajo de este equipo lucha por romper con los estereotipos sobre las enfermedades mentales. Con el apoyo de esta unidad, tratan de ayudarles a reintegrarse en la sociedad.

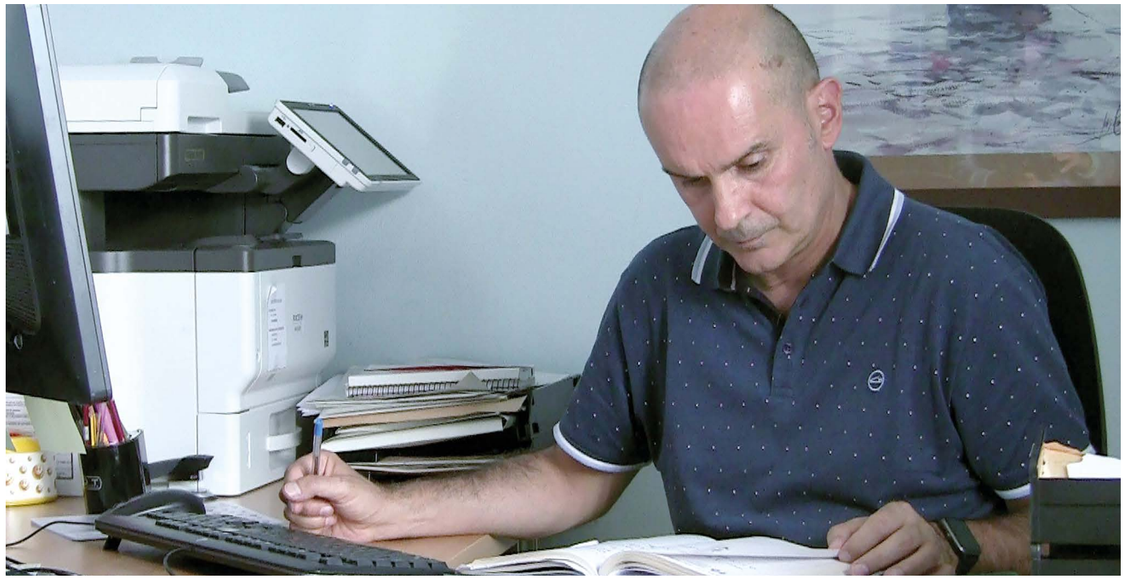
Se trata de acercar los cuidados que recibirían en una estancia hospitalaria, en sus propios ámbitos domiciliarios. «Eso facilita el que no existan esas barreras, esas resistencias que pueden existir cuando una persona acude a una unidad de salud mental, centro de atención primaria o a un servicio de urgencias. El trato es más directo, más cómodo. Pedimos permiso para entrar en una parte importante de su vida y su espacio. Todo se desarrolla en un ambiente de confianza en el que tenemos que reforzar el vínculo, la relación terapéutica que hemos establecido con ellos», explica José Luis Buceta. «Esto les permite vivirlo de una forma más cercana evitando las dificultades que puede entrañar el salir de su ámbito privado y acudir a un dispositivo más reglado». Estos cuidados evitan, en muchas ocasiones, el reingreso de los pacientes, por eso reciben de forma muy positiva la llegada de estos equipos especializados, en sus propios domicilios.

Los cuidados de enfermería en estas unidades son el resultado de realizar dos valoraciones. Por un lado, las necesidades básicas: aseo, autocuidado, alimentación, descanso, relaciones interpersonales.

El perfil de los pacientes

El perfil de las personas que reciben estos cuidados se incluye dentro de lo que se denomina trastorno mental grave o severo. Un grupo categorial que incluye varios criterios:

El primero es la enfermedad mental, como la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos como trastornos de ideas delirantes, el trastorno bipolar, la depresión mayor o endógena, el TOC (trastorno obsesivo compulsivo) y trastornos de personalidad graves. En segundo lugar, que los síntomas tengan una persistencia en el tiempo, de un mínimo de dos años. Y en tercer lugar, que le provoque una discapacidad asociada, fruto de esa enfermedad que está pasando, entendiendo esta discapacidad como una dificultad en el afrontamiento de las exigencias de la vida cotidiana y que afectan a su esfera psíquica, física, social, laboral, familiar...



Es decir, las exigencias de la vida rutinaria y cómo las van desarrollando y afrontando. Por otro lado, la valoración psicopatológica, identificando qué esferas pueden estar alteradas, buscando alguna anomalía en los diferentes campos, como la conciencia, la memoria, la atención, el pensamiento, la sensopercepción, psicomotricidad, lenguaje. «Con esas dos valoraciones de forma simultánea afrontamos el estado físico, psíquico y social de la persona, atendiendo a un carácter biopsicosocial por la integralidad de los cuidados que aplicamos».

Aunque como sucede en otras unidades, ampliarla e incorporar nuevos enfermeros especialistas en salud mental resulta muy positivo para seguir creciendo y mejorando cada día, pues sin duda este tipo de recursos va a evitar otro tipo de asistencias como pueden ser las hospitalizaciones. «Es algo que está demostrado: el trabajo que realizamos en el medio en el que se encuentra la persona evita muchas veces que se produzcan descompensaciones y que esa persona recaiga de su propio proceso de enfermedad y necesite ser ingresado en una unidad de agudos. Por lo tanto, todo lo que sea aportar recursos tanto humanos como de creación de este tipo de dispositivos siempre va a repercutir en un beneficio sobre las personas con este tipo de patologías», señala José Luis Buceta.

En este sentido es también reseñable que esta unidad de cuidados continuados es eficaz y segura, con lo cual está ahorrando recursos económicos en comparación con lo que puede suponer un ingreso, mientras está ofreciendo un servicio seguro de gran calidad asistencial a los pacientes. «Todo proceso de desestabilización en una enfermedad de estas características supone el fenómeno que conocemos como puerta giratoria. Estas personas, cuando llegan a casa, suelen abandonar el tratamiento al poco tiempo porque hay ausencia de conciencia de la enfermedad, y una falta de adherencia terapéutica. Eso supone al poco tiempo un reingreso en una unidad de hospitalización de agudos», advierte Buceta, quien además apunta que precisamente esa es una de sus funciones «evitar que se produzcan este tipo de descompensaciones, actuar de una manera precoz, para evitar posibles recaídas».

A la vista de los resultados que están obteniendo todo es positivo. Los pacientes que están incluidos dentro del programa han reducido su número de hospitalizaciones. «Con personas que recaían y que estaban hospitalizados con una frecuencia bastante marcada, establecemos un plan de objetivos con una atención que se proporciona semanal o quincenalmente, pues con eso conseguimos estabilizar y disminuir todos los factores de riesgo que pueden influir en la aparición de recaídas».

Cuidados cercanos. La unidad de cuidados continuados trata de acercar la asistencia fuera de la habitación de un hospital, llevando, así, los cuidados a los pacientes de salud mental a sus domicilios.

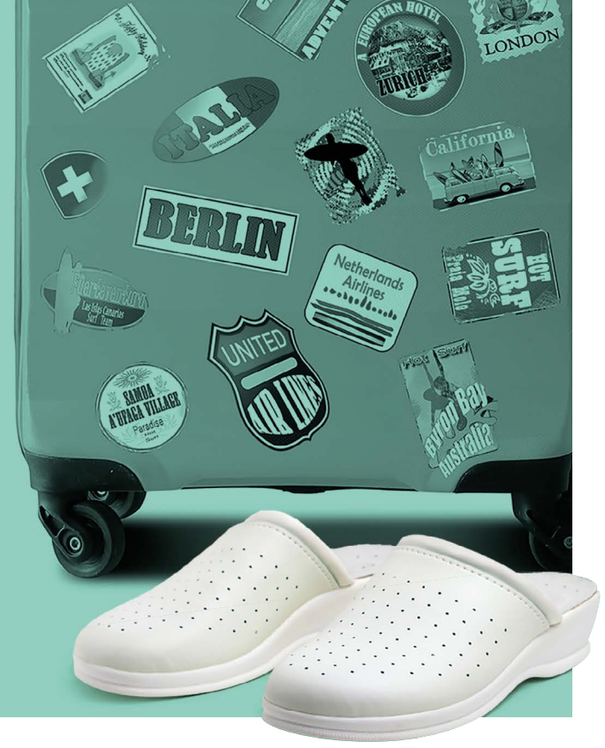
Actualmente, en el área sanitaria de Pontevedra hay 37 pacientes dentro de la unidad de cuidados continuados. Algunos de ellos están desde el 2008, año en el que debutó este equipo. Actualmente se está preparando un nuevo equipo para la zona de O Salnés. El equipo de Pontevedra está formado por una psiquiatra a tiempo parcial, que proporciona atención a los pacientes del equipo de continuidad de cuidados y del hospital de día. Además, cuenta con una trabajadora social. A las visitas domiciliarias acude el equipo de enfermería que está formado por un enfermero especialista en salud mental y un técnico en cuidados auxiliares de enfermería. ■

A nivel personal

José Luis Buceta denota una gran pasión por su profesión. Su forma de hablar de los pacientes con los que trabaja cada día demuestra que además de la formación tiene la vocación y la empatía necesaria para que el resultado final acabe en éxito. «Reporta sensaciones positivas en la medida en la que podemos poner en marcha diferentes tipos de programas o planes orientados a mejorar la calidad de vida de estas personas. El objetivo fundamental va a ser lograr el mayor grado o nivel de autonomía, en estas personas. Que esta discapacidad que se va instaurando poco a poco la podamos retrasar o amortiguar en la medida de lo posible», concluye. José Luis Buceta es un ejemplo de todo lo que los enfermeros/as pueden hacer para mejorar la integración en la sociedad de estas personas. Como en tantas ocasiones, el trabajo de los enfermeros especialistas en salud mental resulta desconocido para la mayoría de población, y también para parte de los propios compañeros/as de profesión.

En Málaga

Enfermería en los aeropuertos



La enfermera María Bergueiro Costa comparte su experiencia como enfermera del servicio sanitario del aeropuerto de Málaga, de la que destaca su autonomía profesional.

María Bergueiro Costa es enfermera en el aeropuerto de Málaga desde 2015. Este es el último aterrizaje profesional de su trayectoria, corta pero intensa, en la que ha descubierto otras facetas del cuidado en países como Italia, ha cooperado en continentes como Asia o América, se ha formado en competencias como la gestión y el liderazgo y ha combinado su interés por terapias como la Gestalt con su afición por el arte de la cerámica. Se podría decir que el destino puso en su camino la enfermería «casi por casualidad, pues mi idea era tomar otro rumbo. La estudié en Vigo. Recuerdo que comencé sin expectativas, pero ahora estoy agradecidísima de que la vida me pusiera en la que hoy es mi profesión. Descubrí un trabajo que me llenaba tanto personal como profesionalmente», asegura, al tiempo que reconoce que «no había sido consciente del camino andado hasta que echas la vista atrás».

En el aeropuerto de Málaga, María integra un equipo sanitario formado por cuatro profesionales: ella como enfermera, un médico y dos técnicos de ambulancia. En total, el aeródromo cuenta con seis enfermeras. «En la actualidad, debido a la pandemia de covid-19, estamos haciendo turnos de 24 horas. Somos el servicio de emergencia sanitaria y funcionamos a demanda. Estamos ubicados en un área restringida, denominada 'zona aire'. Contamos con todos los recursos necesarios para una atención de urgencias y nos desplazamos a cualquier lugar donde sea reclamada nuestra presencia en una ambulancia medicalizada, ya sea en la terminal de pasajeros o en una aeronave», explica María. «Respondemos a todo tipo de avisos. A mí lo que más me gusta de mi trabajo es que ningún día es igual y no hay lugar para la rutina. Nuestra labor cubre un amplio abanico de posibilidades. A veces. un día parece que todo es cardiológico, otro son gastroenteritis y otros traumatismos por caídas... Te encuentras de todo. Tienes la oportunidad de trabajar con otros muchos dispositivos, como la Policía Nacional, la Guardia Civil... pues cuando arrestan a alguien y se encuentra mal nos llaman a nosotros. Es un servicio muy enriquecedor. Es como si estuvieras en una pequeña ciudad y cuando surge algo relacionado con la salud nos avisan. Estamos para todo, también para los traslados a un centro sanitario, y siempre trabajando en equipo».

A Málaga llegó procedente de aeropuerto de Santiago de Compostela, donde María tuvo su primer contacto con la enfermería en este tipo de ámbitos, entre 2008 y 2015. «Realmente era un ámbito de trabajo en el que desconocía que las enfermeras pudiéramos estar presentes. Estaba ya cansada de rotar por diferentes sitios y una amiga que trabajaba en AENA, la empresa pública que gestiona los aeropuertos españoles, me comentó que estaban buscando enfermeras. Me presenté, fui pasando fases de selección, aprobé el correspondiente examen, quedé en una lista de espera y me terminaron llamando para Santiago, tras superar la entrevista final», recuerda. «En este primer aeropuerto aprendí a trabajar con autonomía y a manejarme para hacerlo todo por mí misma, siempre en contacto telefónico con el 061 por si requería del apoyo de un médico, necesitaba un traslado o prescribir algún medicamento».

> «Respondemos a todo tipo de avisos. A mí lo que más me gusta de mi trabajo es que ningún día es igual y no hay lugar para la rutina. Nuestra labor cubre un amplio abanico de posibilidades. Somos un servicio de urgencias sanitarias a demanda»

Hasta acceder a AENA, María estuvo combinando diversos trabajos como enfermera, entre los que destaca su labor con las mujeres del municipio de La Guardia, en Pontevedra. «Mientras trabajaba en diferentes servicios del SERGAS, aprobé el Curso de Adaptación Pedagógica (CAP) para ejercer como maestra. Esto me permitió aprovechar la oportunidad de dar clase a mujeres en La Guardia, tras acceder a su servicio de ayuda a domicilio. Teníamos una parte social y otra sanitaria y yo me encargaba de formar a las cuidadoras. En ese tiempo llegué a estar en tres sitios al mismo tiempo: una planta de medicina interna los fines de semana, un centro deportivo con piscinas y los servicios sociales. Fue una locura pero mereció la pena el aprendizaje con las mujeres».

Italia, primer destino profesional

Italia fue el punto de partida de la trayectoria profesional de María Bergueiro. Tras finalizar su forma-

La UCI, una escuela de enfermería

De todos los ámbitos en los que ha trabajado, María Bergueiro destaca la UCI y la REA como los espcacios en los que más ha aprendido: «por el momento en que llegaron a mi vida y porque también tenían mucho que ver con mi propia autonomía, como persona y como profesional. Fue como coger fuerza. Me gusta esto, me interesa y me apasiona y me formo porque quiero saber más».

ción universitaria en 2000 e ir encadenando diversos contratos temporales, buscó en el país transalpino más estabilidad, llegando a obtener una plaza fija, incluso. Fue entre 2002 y 2006. «Trabajé en Módena, en Medicina de Urgencias, una especie de servicio intensivo de observación. Descubrí que me encantaban los cuidados críticos. También tuve la ocasión de participar en la puesta en marcha de la unidad de reanimación neurológica. Fue una gran experiencia, pues aumenté mis conocimientos sobre muerte cerebral; trasplante de órganos y sus procedimientos previos. Trabajé con mucha autonomía profesional, ya que en muchas ocasiones te quedabas sola al cuidado de un paciente, intubado, con medicación crítica... También tuve mucho contacto con las familias de los donantes, pues en Italia el enfermero es el responsable de todo el procedimiento de trasplante. Fue algo que me impactó mucho y es una vivencia profesional de la que guardo muy buenos recuerdos, y que me marcó a todos los niveles».

Junto a la experiencia profesional, el camino de crecimiento de María siempre ha estado fundamentado en la formación, que está configurando su próximo destino. Ya hizo un máster universitario en atención sanitaria, gestión y cuidados con la especialidad clínica en 2011, se formó en autoconocimiento, autocuidado y terapias de Gestalt y, en la actualidad, está realizando el Experto en Gestión y Calidad desde el Liderazgo Enfermero de Fuden. «Quiero enfocarme a cuidar a quien cuida. Si quiero cuidar, tengo que cuidarme primero, conocer las herramientas para sostenerme y luego facilitárselas al paciente». ■

La cooperación y la cerámica son dos de las grandes pasiones de María Bergueiro, con las que busca la inspiración y la creación como forma de autocuidado.

Enfermera cooperante

María ha acompañado su crecimiento profesional con el personal, desarrollando diversas labores de cooperación. Primero, en la selva amazónica de Perú: «En 2010, estando en el aeropuerto de Santiago, aproveché mi mes de vacaciones para cooperar. Me fui con la Fundación Carlos Laborde a Sepahua. Se dedican a la enseñanza y aproveché el tiempo para acercarme a los centros sanitarios, conocerlos y colaborar, formando a los profesionales sanitarios en primeros auxilios y RCP básica. Fue una experiencia inolvidable». Mientras que en 2013 viajó hasta Camboya, con la ONG andorrana Llar Infants del Mon Cambodja. «Ofrecen a niños desfavorecidos y desprotegidos la oportunidad de una vida digna. Me encargué de llevarles material sanitario, tenerlo organizado y atender las incidencias que ocurriesen. Íbamos a los centros educativos y a visitar a las familias para valorar a los niños. Participé en actividades de logística y también de entretenimiento y aproveché para conocer los centros hospitalarios cuando había que acompañar a algún pequeño. Camboya tampoco me dejó indiferente. Vivías en un estado de paz y tranquilidad permanente».

La cerámica, su afición

La cerámica es una de las pasiones de María desde niña. Fue en Santiago de Compostela donde comenzó a trabajarla con más asiduidad y ahora en Málaga forma parte de un proyecto denominado La Casa del Artista en Movimiento Infinito, promovida por la escuela de arte Nefer Ceramistas. «Yo me considero una persona muy creativa, siempre con ideas en la cabeza a las que me gusta dar forma. El contacto con el barro, y con la tierra en general, es algo que me transmite mucha tranquilidad y que necesito en mi vida, ya que en ocasiones es muy ajetreada. Es una muy buena manera de pararme, cuidarme y disfrutar. Así, La casa del Artista en Movimiento es un lugar para compartir, crear y conectar con lo que me gusta y me inspira», explica María.

En las residencias

Cuidados seguros y de calidad

La enfermera Ana Suárez es gerente de los Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), donde está impulsando la figura de la enfermería como responsable asistencial de estos centros.

Tras 30 años de experiencia como enfermera, Ana Suárez es desde septiembre de 2019 gerente del organismo público Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), responsabilidad a la que llegó desde la dirección de enfermería del Área Sanitaria 3 de Asturias. En total, gestiona 26 residencias de titularidad pública y 6366 plazas, sumando la gestión indirecta y las plazas concertadas. Tras cerca de dos años al frente de esta responsabilidad, analizamos con Ana el trabajo realizado, en el que ha apostado por la profesionalización de los entornos, el liderazgo del cuidado basado en la ciencia del cuidado, en la seguridad y la calidad. Su mismo nombramiento al frente de esta entidad ya suponía una apuesta por los cuidados, como la propia protagonista destaca: «Recibí la propuesta con mucha satisfacción, pues suponía una apuesta por un perfil de gestión con un profundo conocimiento del ámbito de los cuidados. Solo este hecho, ya es un cambio significativo, pues no solo se trata de contar con gestores exclusivamente con conocimiento administrativo. Por el contrario, esto supone dar peso al perfil profesional de los cuidados, aprovechando perfiles como el mío, con competencias en la gestión de casos, en la supervisión y en la dirección. Espero que con la ayuda de todos y el trabajo en equipo pueda lograr los objetivos que me he marcado». Así, el plan de acción establecido por Ana Suárez está basado en potenciar la estructura de los cuidados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención que reciben las personas. «Cuando llegué, percibí una serie de necesidades relacionadas con el ámbito asistencial y los cuidados, a la seguridad y a la calidad. Las residencias son uno de los grandes desconocidos de la sanidad. Nuestro reto es convertirlas en escenarios de vida plena. En un hospital, por ejemplo, gestionas una parte de la vida de la persona, durante el tiempo en el que permanece allí. En Primaria, puedes trabajar con longitudinalidad con cada paciente, pero existe una cierta itinerancia. En cambio, en las residencias puedes abarcarlo todo, realizar una gestión plena de la vida de cada persona, también con longitudinalidad, con seguridad y calidad. En este punto es donde creo que estamos muy preparadas para gestionar todo esto, ofrecer unos cuidados seguros y de calidad, promover una vida íntegra e integral en cada persona, generando espacios amables en las residencias, que es otro de los puntos importantes». Como medio para lograr este propósito, las residencias públicas de ancianos asturianas cuentan con un responsable asistencial, una función ejercida por una enfermera. «Su trabajo es liderar la asistencia. Hasta la introducción de esta figura, los centros contaban con enfermeras, técnicos de cuidados y otros muchos profesionales, pero carecían de un responsable capaz de aglutinar todo. Había casos puntuales en los que la dirección estaba a cargo de una enfermera, pero no era una exigencia. Para los responsables asistenciales sí es imprescindible ser enfermera. Con ellos, estamos potenciando la estructura de los cuidados desde el ámbito de la seguridad. Han permitido profesionalizar la atención sanitaria en los centros, que era una de las principales demandas de este sector. Esto no quiere decir que antes no hubiera profesionales competentes. Claro que sí. Con esta nueva figura hemos mejorado la estructura de cada residencia».

El hecho de contar con un responsable de la atención en cada residencia facilita, a su vez, la ejecución de los planes asistenciales. «Estamos participando en una estrategia de seguridad en colaboración con la Consejería de Salud. También contamos con un plan de actuación basado en una serie de indicadores relacionados con la calidad, la seguridad y la actividad, trabajando en la mejora continua a través del ciclo PDCA/PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). Los responsables asistenciales se encargan de la implantación, desarrollo, medición, evaluación y mejora de los procesos de cuidados, con objetivos concretos como la reducción de las caídas o las úlceras por presión, por citar dos ejemplos. Otro tema, que es básico para nosotros, es la mejora de los cuidados al final de la vida».

La figura de la enfermera gestora de casos es fundamental también para contar con el apoyo de la asistencia sanitaria en Atención Primaria y Especializada. Al respecto, Ana Suárez destaca que el recurso a la gestión de casos es fruto de uno de sus aprendizajes de su gestión como directora de enfermería del Área Sanitaria 3 de Asturias. «Cuando llegué a esta dirección, roté por otras autonomías para conocer sus modelos. A raíz de este análisis, pusimos en marcha la figura de la enfermera gestora de casos. Ahora, desde mi responsabilidad como gerente de ERA, y con la experiencia desarrollada, vería una buena opción que haya gestoras de casos en cada área, que se coordinen con las residencias. La iniciativa la hemos puesto

Liderazgo y gestión

La enfermera Ana Suárez cambió la asistencia por la gestión en 2009, cuando accedió a la supervisión de una unidad de hospitalización. Posteriormente, se hizo cargo de la dirección de enfermería del Área Sanitaria 3 de Asturias, donde lideró la integración de la Atención Primaria y Especializada en una estructura unificada, establecida con el objetivo de mejorar la coordinación. «Fue un cambio muy complejo, especialmente al principio, si bien conseguimos mejorar la gestión de todos los recursos», recuerda.

«Las residencias son uno de los grandes desconocidos de la sanidad. Nuestro reto es convertirlas en escenarios de vida plena e integral, gracias a la longitudinalidad con la que podemos trabajar».

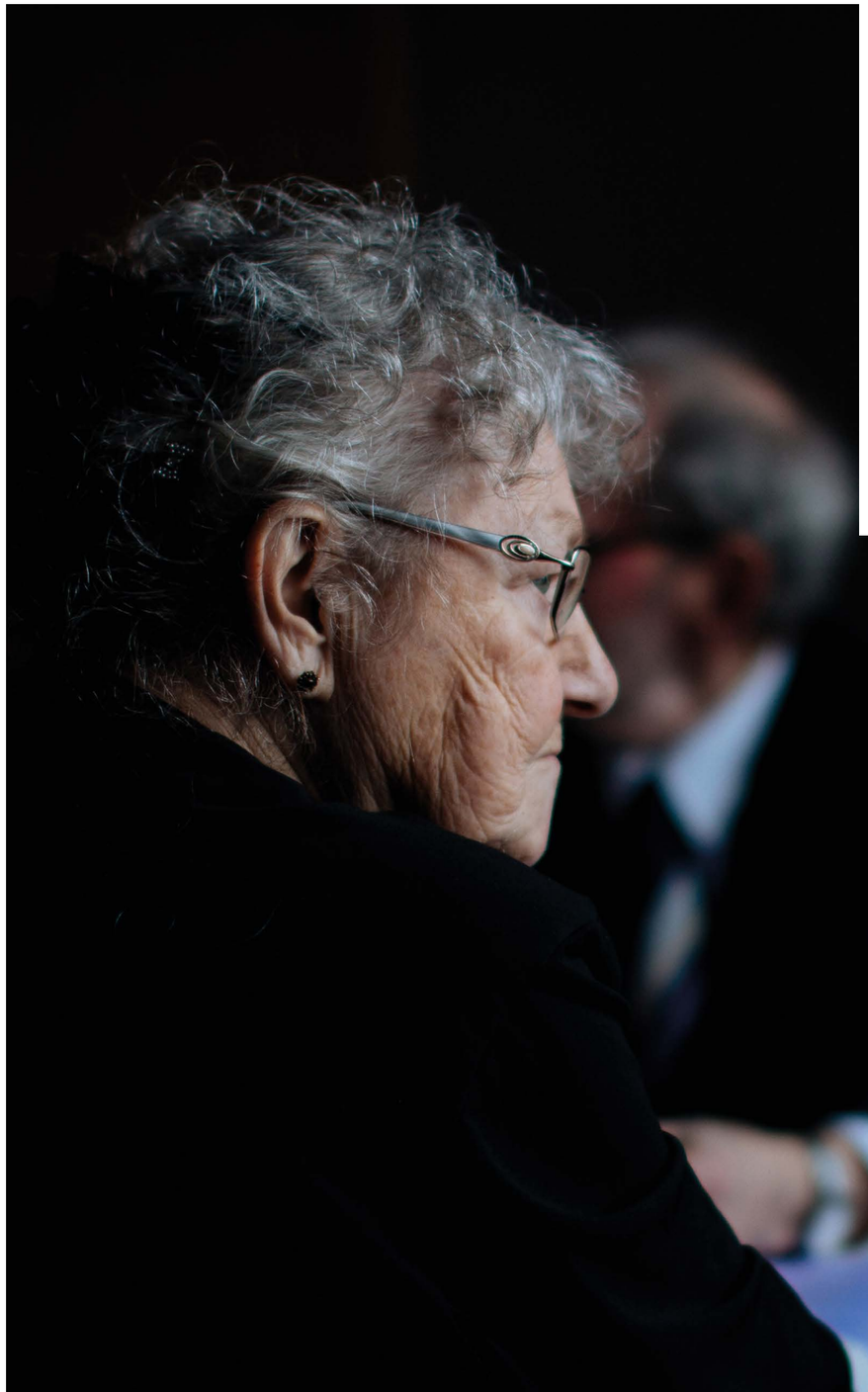
en marcha en el Área Sanitaria 3. Ahora, aunque no depende de mí, lo ideal sería replicarla en otras áreas sanitarias. Este último proyecto supone un plus de calidad enorme. Esta idea, sumada a la monitorización y al trabajo continuo de mejora, con la medición de indicadores, supondría un salto cualitativo en la asistencia que reciben las personas ingresadas en las residencias».

Atención centrada en la persona

A juicio de Ana Suárez, el modelo ideal de residencia «tiene que estar centrado en la persona. En nuestro caso, en el ámbito de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, hemos configurado un grupo de expertos con una visión global que está trabajando en una estrategia de cambio del modelo de atención. No obstante, para implantarlo serán necesarios cambios a nivel de estructura, pues tenemos que reformar el prototipo de macro residencias que existe en la actualidad, dejando a un lado la visión centrada en la organización, en las técnicas o los turnos para promover una atención más individualizada. Esto nos va a llevar tiempo, si bien la intención es que los nuevos centros que se vayan abriendo ensayen este cambio de cultura en la atención. Por otro lado, la mejora de la formación y el impulso del compromiso de los profesionales son fundamentales, pues son ellos quienes van a conseguir que se lleven a cabo esos cambios».

Otra de las dificultades que afronta el sistema es la escasez de profesionales, «especialmente en enfermería, pues tradicionalmente las enfermeras consideran que hay otros espacios en los que pueden desarrollar mejor su labor, como la Atención Primaria o Especializada. En nuestro caso, estamos intentando mejorar los contratos, en la medida de nuestras posibilidades, para ofrecer más estabilidad. En este sentido tenemos una tarea pendiente, la de aumentar el prestigio de las residencias y del ámbito de cuidados geriátricos. El desarrollo de la figura de las responsables asistenciales, todas enfermeras, es un buen ejemplo de ello. Con este tipo de medidas, estamos intentando mejorar la motivación. Además, cuando hablas con las enfermeras especialistas en geriatría o con el resto de compañeras que trabajan en residencias siempre te cuentan maravillas sobre su trabajo. Manifiestan un gran compromiso, aunque desafortunadamente es una de las especialidades más desconocidas. Entre todos, y yo misma me sumo a este propósito, tenemos que trabajar para sacar brillo al trabajo que realizamos, difundiendo nuestra labor. Los cuidados de larga duración tienen una importancia fundamental y esto lo hacemos nosotras, porque gestionamos escenarios de vida. Contribuimos a que las personas tengan una vida plena e integral». ■

La interlocución con las familias



La interlocución con las familias de las personas que viven en las residencias es otro de los aspectos clave del trabajo que realizan en los Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias. «Como en otros muchos ámbitos similares a la atención socio-sanitaria, con los familiares tenemos que desarrollar mucha empatía, que es una de nuestras herramientas básicas de trabajo. Y no solo esto, sino también mejorar la comunicación y la coordinación. En Asturias contamos con la Federación de Asociaciones de Familiares de Residencias de Mayores, con las que colaboramos con intensidad durante la pandemia y seguimos en contacto continuo. Les hacemos partícipes de nuestras actuaciones, bien desde cada residencia o bien desde el ámbito de los servicios centrales en la Gerencia. También, a raíz del plan de mejoras en la calidad y la seguridad en las residencias, hemos puesto en marcha una comisión de seguridad del residente orientada a todo lo que tiene que ver con este tipo de factores, con el análisis de los eventos adversos y con la posibilidad de plantear áreas de mejora. En este foro están presentes tanto las familias como los propios residentes. Si no promovemos a los actores del sistema como los protagonistas del propio sistema pues tenemos un problema. Y esto es lo que queremos evitar. Por otro lado, contamos con juntas de residentes, cuando el nivel de dependencia de las personas lo permite. Todo ello, nos permite avanzar en el proceso de mejora continua», explica Ana Suárez.

Enfermería geriátrica

La apuesta por la enfermería geriátrica es otra de las líneas de trabajo de Ana Suárez, al frente de los Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias, ERA. «Nosotros trabajamos en el ámbito de la gestión pública. Ahora mismo, no podemos exigir la especialidad de Geriatría. Sin embargo, la mayoría de nuestras enfermeras la tienen y nosotros la valoramos como un plus».

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**

Descripción y características del diagnóstico de enfermería

Historial de fichas de diagnóstico de enfermería:
- Concepto de diagnóstico de enfermería (I)
- Definición del diagnóstico de enfermería (II).
- Descripción y características del diagnóstico de enfermería (III).

IV. Descripción y características del diagnóstico de enfermería.
Análisis del diagnóstico de enfermería

En el anterior capítulo se abordó el concepto de la "complejidad conceptual" de los diagnósticos de enfermería, dentro del cual se realizó la descripción de las dos primeras etapas evolutivas seguidas en el proceso de construcción del actual concepto del proceso general de cuidados: las etapas correspondientes al "Diseño de fases" y al "Proceso de Atención de Enfermería (PAE)".

En este capítulo se continúa con la descripción de la tercera de las etapas del proceso conceptual seguido para la definición del actual concepto del proceso general de cuidados, la "Metodología Enfermera".

Etapas en el desarrollo conceptual del proceso general de cuidados:

Tercera etapa. Metodología Enfermera.

Una vez que ya se dispuso de un proceso completo para la atención a los cuidados, en el que estaban definidas todas las fases que lo componen, el "Proceso de Atención de Enfermería (PAE)", se pudo abordar la integración conceptual de todas estas fases para establecer un cuerpo único de actuación.

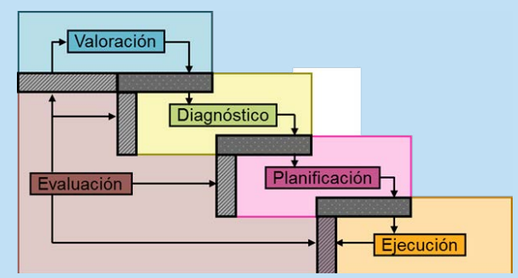
En este sentido conviene recordar que, aunque sea necesario definir, diferenciar y establecer las diferentes fases que componen el diagnóstico de enfermería para su estudio, aprendizaje en la formación y su avance mediante la investigación (análisis, evaluación y desarrollo), en su aplicación en la práctica asistencial se difuminan las barreras entre las fases para su desarrollo.

El objetivo de esta integración conceptual está fijado en permitir que se lleve a la práctica asistencial el principio teórico de desarrollo continuo (continuum) definido para el proceso de atención a los cuidados profesionales. Por tanto, los desarrollos conceptuales realizados en esta etapa estuvieron encaminados a facilitar la aplicación sistemática y de manera habitual del proceso general de cuidados en la práctica asistencial de los profesionales de enfermería.
Esta etapa comienza en 1974, y en ella se adapta en primer lugar el marco conceptual del ciclo de calidad de atención a los cuidados, a los principios generales establecidos en el método científico:

Metodología enfermera. En esta etapa se realiza la integración del ciclo de calidad integral (completo) establecido en el Proceso de Atención de Enfermería

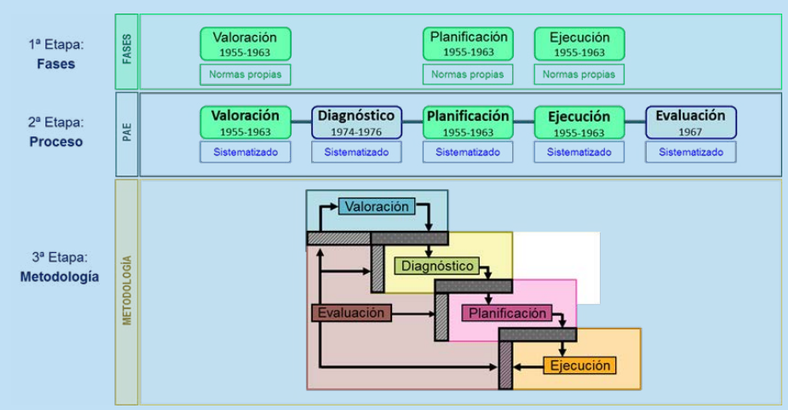
Etapa III. El método científico en el ciclo de calidad de atención a los cuidados

Asimismo, se definen ajustes conceptuales para la integración entre las fases que lo componen, estableciendo espacios compartidos de actuación entre ellas y eliminando barreras de desarrollo mediante la superposición de actuaciones:



Etapa III. Representación del proceso general de cuidados.

Una visión general del proceso evolutivo seguido por el proceso general de cuidados permite comprender el gran trabajo en conjunto realizado por la disciplina enfermera para la obtención de un instrumento metodológico de calidad que mejore la seguridad del paciente y la efectividad de los cuidados en la práctica asistencial, y el esfuerzo individual realizado por los profesionales de enfermería para adaptarse a los nuevos desarrollos e integrarlos de manera habitual en su práctica asistencial diaria.



Evolución en el desarrollo del proceso general de cuidados de enfermería.

HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS SANITARIAS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA

Ficha de valoración enfermera nº 11

Estado Nutricional (y V)

Historial de fichas publicadas: 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). Ficha 11 (I, II, III, IV).

Finalizamos con la ficha sobre Estado Nutricional.

5. Bioquímica sanguínea

Descripción: El análisis de determinados datos de la composición química de la sangre aporta información relevante para determinar su estado nutricional general, así como la presencia de carencias nutricionales específicas.

Los datos de los niveles plasmáticos de nutrientes y de las funciones metabólicas permiten determinar el estado nutricional de la persona.

Técnica de realización: Mediante las correspondientes técnicas de análisis de laboratorio.

Interpretación de resultados: En la siguiente tabla se refleja la significación en la interpretación de determinados resultados en la detección del estado nutricional de la persona:

Tabla 8: Datos bioquímicos relacionados con el estado nutricional

Consulta la tabla completa en: enfermeriaendesarrollo.es/en-desarrollo/estado-nutricional-v

6. Desarrollo y fuerza muscular

Descripción: Ver dato clínico "Fuerza muscular".

Técnica de realización: Ver dato clínico "Fuerza muscular".Interpretación de resultados:

- Dinamometría menor de 30 junto con una circunferencia braquial menor de 23, es un indicativo de desnutrición.
- Fuerza de agarre:
  o Bien nutrido: fuerza de agarre media de 16,2 Kg (mediana 16,5).
  o Riesgo de desnutrición: fuerza de 14,7 kg (mediana 13,5).
  o Malnutridos: fuerza de 11,7 kg (mediana 11,3).

7. Función respiratoria

Descripción: El deterioro de la fuerza muscular de los músculos respiratorios motivado por un estado nutricional alterado, genera una alteración en la función respiratoria de la persona, a través de la cual es posible detectar la alteración en el estado nutricional.

Técnica de realización: Las pruebas de función respiratoria forzada, flujo de volúmenes dinámicos, como la espirometría o el pico de flujo respiratorio máximo (Ver dato clínico "Función respiratoria"), van a permitir detectar un estado nutricional alterado.

Interpretación de resultados:

La medida del flujo espiratorio máximo se ha utilizado en la valoración nutricional como expresión del estado de los músculos respiratorios y el diafragma.

Una disminución por debajo del 25% de los valores esperados para la persona según su edad, sexo y altura (Tablas 13 y 14) es indicativa de debilidad extrema y desnutrición grave.

- **Registro normalizado. Variables del cuidado.**
  - 0316. Evolución del peso.

Variable de valores predeterminados para reflejar la idoneidad de la ganancia ponderal de la persona en un determinado plazo de tiempo. Variable del tipo "Si/No" para reflejar la existencia de problemas en la funcionalidad de alguno de los sentidos corporales.

FICHA RESUMEN DEL DATO CLÍNICO: ESTADO NUTRICIONAL

CRITERIOS DE VALORACIÓN Herramientas sanitarias	REGISTRO NORMALIZADO		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
	Código	Descripción	
Peso –Percentiles peso –Cambios ponderales	0330	**Estado nutricional**	**Patrón percepción de la salud** –Riesgo de infección –Riesgo de lesión –Mantenimiento ineficaz de la salud
Talla –Talla para la edad (T/E)			**Patrón percepción de la salud** –Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades –Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades –Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal –Hipotermia –Termorregulación ineficaz –Deterioro de la mucosa oral –Deterioro de la integridad cutánea –Riesgo deterioro integridad cutánea –Deterioro de la deglución –Retraso recuperación quirúrgica
Peso-talla –Índice nutricional –Peso ideal –Curvas de distribución peso-talla –Índice de masa corporal			
Perímetros corporales –Perímetro braquial –Perímetro abdominal –Relación cintura/cadera (RCC) –Circunferencia de la pantorrilla –Perímetro craneal o cefálico			**Patrón Eliminación** –Estreñimiento –Riesgo de estreñimiento –Incontinencia urinaria de esfuerzo
Grasa corporal –Densitometría –Bioimpedancia eléctrica –Peso bajo el agua –Pletismografía –Fórmulas para el cálculo de la grasa corporal –Medición de pliegues cutáneos			**Patrón Actividad** –Deterioro de la movilidad física –Deterioro generalizado del adulto –Patrón respiratorio ineficaz –Intolerancia a la actividad –Fatiga
Estudio dietético –Balance energético			
Estado general –Valoración física			
Test valoración estado nutricional –MiniNutritionalAssessment (MINA) –MNA Short-Form (MNA-SF) –NutritionRiskScrenning (NRS 2002 –MalnutritionUniversalScrenning-Tool (MUST) –Valoración Global Subjetiva (VGS) –VGS generada paciente (VGS-GP) –MalnutritionScreening Tool (MST)			
Composición bioquímica –Análisis bioquímico de la sangre			
Fuerza muscular –Dinamometría –Electromiografía (EMG) –Escala de Daniels y Williams –Escala de Lovet y Kendall –Escala de Oxford –Esc. de Rinzler Brown y Breton			
Flujo volúmenes dinámicos –Espirometría –Pico flujo espiratorio máximo			

Bibliografía sugerida

-Arribas, A. et al. "Diagnósticos enfermeros normalizados". 1ª ed. Editorial FUDEN. Madrid 2012.
- Arribas, A. et al. "Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de las variables del Cuidado". 2ª ed. Editorial FUDEN. Madrid 2012.
- De Girolami, D. "Metabolismo, Nutrición y Shock". El Ateneo, 2004.
- Gil, A. "Tratado de Nutrición humana en el estado de salud". Volumen 3 de Tratado de nutrición. Ed. Médica Panamericana, 2010.
- Hernández R, M. Sastre G, A. "Tratado de Nutrición". Ediciones Díaz de Santos, 1999.
- Mataix, J. Carazo, E. "Nutrición para educadores". Ediciones Díaz de Santos, 2005.
- Patiño, JF. "Metabolismo, Nutrición y Shock". Ed. Médica Panamericana, 2006.
- Simón, MJ. Benito, P. Baeza, M. "Alimentación y nutrición familiar". Editex, 2009.

Progama Mihsalud

Salud comunitaria entre iguales

Incorporar la salud en el día a día es el objetivo del programa Mihsalud, impulsado desde hace más de trece años por el Centro de Salud Pública de Valencia. Formación, mediación intercultural y acción social son sus líneas de actuación.

Mihsalud es el acrónimo de 'Mujeres, infancia y hombres construyendo salud'. Es un programa del Centro de Salud Pública de Valencia que promueve la salud entre las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Con este propósito, capacita a personas con cualidades de liderazgo para que sean ellas quienes formen al resto de integrantes de su comunidad. También coordina los recursos comunitarios con el fin de que se empleen para lograr un verdadero desarrollo de la salud local. «El programa surge en 2008 tras un análisis de la situación en el que observamos que el mayor consumo de servicios de salud correspondía a la población migrante que estaba en edad fértil y presentaba esas necesidades de salud, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), seguimiento de embarazo , autocuidados etc., sobre todo entre jóvenes, con abortos de repetición o embarazos», recuerda Manuela Alcaraz Quevedo, médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y directora del Centro de Salud Pública de Valencia en el momento en el que pusieron en marcha esta iniciativa. El primer equipo estaba formado por Pilar López Sánchez, Felipe Hurtado y Joan Paredes-Carbonell, con una gran experiencia en educación entre iguales. Para abordar esta realidad, «diseñamos un programa de promoción de la salud y movilización social con perspectiva de género, dirigido a poblaciones en situación de vulnerabilidad, especialmente a personas procedentes de Latinoamérica, que por aquel entonces eran mayoritarios en la ciudad de Valencia. Lo importante era pasar de la teoría a la práctica. Se hacen muchos estudios y análisis sobre desigualdades en salud, pero realmente, al final, se ejecutan pocas intervenciones para reducir esas desigualdades. Una de ellas es el acceso a los servicios, el conocimiento de cómo funcionan y cómo moverse por ellos, la necesidad de autocuidados... Para afrontar todo esto, en nuestro caso planteamos tres líneas de actuación. La primera, mediación intercultural, trabajando con personas que tuvieran los mismos parámetros de comunicación que la comunidad a la que nos dirigimos. La segunda, formación, capacitando a profesionales sanitarios en interculturalidad, para que pudieran interpretar correctamente las pautas de comportamiento de la población migrante a la que atienden. Y la tercera, dinamización comunitaria, basada en la formación de agentes de salud, con una doble función: esa acción comunitaria y la atención individual con las personas con problemas de salud que ellos mismos, como agentes de salud (ADS), puedan detectar en su comunidad».

Con el paso de los años y la experiencia acumulada, el programa ha ido evolucionando hasta convertirse en una gran red de salud comunitaria que cuenta con la participación del tejido asociativo de la ciudad de Valencia. «Hemos conseguido generar espacios de encuentro en torno a la salud», subraya Pilar López Sánchez, enfermera del Centro de Salud Pública de Valencia. «Comenzamos a organizar foros, con profesionales sanitarios de Atención Primaria, responsables del Ayuntamiento y representantes de las asociaciones en los que profundizábamos en cuestiones relacionadas con la salud y con sus determinantes sociales. Compartíamos conocimiento, puntos de vista, problemáticas y soluciones. Esto nos permitió identificar a personas líderes de cada colectivo para formarlos como agentes de salud». Esta ha sido una de las fortalezas del trabajo realizado, a juicio de Manuela Alcaraz Quevedo. «La acción comunitaria ha conectado a los servicios sanitarios con las asociaciones y con la población, especialmente aquella que por sus características no tiene a la salud como una prioridad frente a otros problemas, porque tienen empleos precarios, porque no pueden ir al centro de salud porque pierden el día en el trabajo... Con este programa, los hemos acercado el sistema sanitario».

Se escriben muchos estudios sobre desigualdades en salud, pero realmente se ejecutan pocas intervenciones para reducir esas desigualdades. mihsalud es una de ellas.

Mihsalud ha permitido que las asociaciones incorporen la salud en su día a día. «En muchas ocasiones, entre sus proyectos trabajan los determinantes sociales de la salud, pero no suelen ser conscientes de que con sus acciones están trabajando a favor de la propia salud. Por ejemplo, un colectivo que lucha por el derecho a la vivienda lo que realmente está trabajando es un determinante social de la salud, cuando se lo explicas lo entienden y aumenta el valor de sus acciones», destaca Pilar López Sánchez.

Líneas de intervención

El programa mihsalud desarrolla varias líneas de intervención: «La mediación intercultural; la capacitación de personas líderes desde ámbito asociativo como agentes de salud, la capacitación de profesionales sanitarios en competencia cultural y la dinamización comunitaria en salud».

Una de las asociaciones con las que mihsalud trabaja es ACOEC, Asociación para la Cooperación entre Comunidades. Precisamente su lema es 'Promocionando la salud'. «Todos los proyectos que llevamos a cabo tienen como eje transversal la salud, como estado de completo bienestar biopsicosocial y no solo entendida como ausencia de enfermedad», enuncia Marta Asensi Girbés. «Así fue como contactaron con nosotras desde el Centro de Salud Pública de Valencia. Por nuestra parte. ejecutamos los proyectos concretos con los agentes de salud, a los que contratamos gracias a la financiación pública y privada

«La fuerza de este proyecto es la figura innovadora del agente de salud, que realiza la educación entre iguales en su comunidad»

que obtenemos». De esta forma generan sinergias positivas. «Nosotras, como entidad, somos expertas en acción social pero necesitamos a Salud Pública para darle más fortaleza a nuestros proyectos. Es un trabajo en equipo que tiene mucha fuerza pues nos potenciamos mutuamente».

En la actualidad, ACOEC está realizando tres intervenciones diferentes con otros tantos agentes de salud en diversos barrios de Valencia con núcleos de población vulnerabilizada. «Los agentes de salud de base comunitaria (ASBS) tienen muchas herramientas: se insertan en el día a día de cada comunidad, realizan trabajo de observación por la calle, en el parque, en los establecimientos comerciales... Fomentan conversaciones informales sobre diferentes temáticas y van mapeando cada lugar. A partir de ahí, trabajan la salud comunitaria».

Salud entre iguales

Asociaciones como ACOEC colaboran en la identificación de los futuros agentes de salud. Desde 2008, el programa ha formado a más de 240 líderes, quienes posteriormente trabajan la salud entre iguales. «A pesar de que no está muy valorada, la educación entre iguales tiene un potencial grandísimo, pues sus mensajes llegan a través de pares y esto mejora los resultados en salud obtenidos», explica Pilar López Sánchez.

«La fuerza de este proyecto es la figura innovadora de la persona agente de salud que comparte su conocimiento entre sus iguales en su entorno más próximo. Un sanitario no podría llegar nunca de la misma forma», completa Marta Asensi Girbés. «Son activos de salud muy importantes para nosotras. Yo, como mujer paya puedo impartir talleres dirigidos a mujeres gitanas, españolas o rumanas, pero el mensaje no va a ser igual que si el taller lo imparte una compañera también gitana a la que previamente hemos formado para ello. Ellas conocen a las familias, la situación real de la comunidad. Con todas, realizamos un trabajo importante de coordinación.

Por ejemplo, la agente de una asociación que trabaja con la población gitana de El Cabañal puede llamarme porque ha hecho un nuevo grupo de enseñanza de español con mujeres rumanas para organizar con ellas un taller sobre sexualidad. Por otro lado, los agentes también se coordinan con los centros de salud, colaborando en campañas como la vacunación contra el covid-19, en la que han ayudado a difundir la información entre la población».

La periodista Lilian Castro es una de las agentes de salud del programa 'Mihsalud', en el que trabaja desde 2014. Según recuerda, conoció la iniciativa siendo voluntaria de una ONG «y me atrapó su lema, 'La salud está en tus manos'. Nunca había pensado más allá de la salud como ausencia de enfermedad.

'La salud está en tus manos' es uno de los lemas de la formación que realizan los agentes de salud que después trabajan con sus comunidades.

Hice la formación como agente y desde el primer taller, denominado 'Motivación inicial para los autocuidados' en el que realizamos varias dinámicas para comprender que tú eres el protagonista de tu salud». Se trata de un curso de 130 horas, distribuidas en tres módulos sobre temas como salud reproductiva, género o alimentación, entre

otras cuestiones, y una parte práctica que prepara al alumnado para la labor que van a desempeñar. Como destaca la enfermera Pilar López, «es una formación que empodera mucho a quienes participan en ella. Adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y aptitudes. Y a quienes la impartimos, también nos hace crecer, pues conocemos otras perspectivas sobre la salud y otras culturas». De hecho, la interculturalidad y la presencia de personas de diversos países es uno de los grandes valores del programa.

En su día a día como agente de salud, Lilian informa sobre los derechos de salud de las personas y sobre los recursos sanitarios que tienen disponibles. «Habitualmente, me asignan una zona básica de salud, con el centro de Atención Primaria y todo lo que depende de él. Primero, elaboro un mapeo de cómo está conformada la zona, qué potencialidades y necesidades tiene, sus recursos e infraestructuras educativas, deportivas... sus asociaciones... Comparto esta información con los profesionales sanitarios, con una enfermera y una trabajadora social como referente, y comienzo a trabajar ejerciendo de enlace con la comunidad». Para Lilian, desarrollar este tipo de dinamización en una ciudad de las dimensiones de Valencia «supone cada día un reto que me ha reportado muchas satisfacciones. Primero, ha cambiado mi visión de la salud y he tomado conciencia de que depende de mis hábitos y mis acciones. Soy consciente de que tengo muchos recursos para conservarla y mejorarla. Segundo, he tenido la oportunidad de realizar una formación muy valiosa como agente de salud, adquiriendo nuevas habilidades como la forma de comunicarme con otros ciudadanos y sintiéndome útil para la comunidad. Esto último es muy valioso para mí. Y, tercero, me siento una privilegiada por haber tenido la oportunidad de trabajar con los profesionales sanitarios. Sin ellos, nuestro trabajo en la calle no tiene sentido. A nosotros nos ven como sus aliados para que la ciudadanía empleen los recursos con sentido».

Son los profesionales sanitarios quienes forman a los futuros agentes de salud. Esto supone un importante vínculo entre ellos. El círculo se cierra con los cursos de interculturalidad dirigidos a todos los profesionales de los centros. «Trabajamos la competencia cultural, para evitar prejuicios y rechazos, para tener la capacidad y las herramientas necesarias que permitan atender con el mayor respeto posible a personas de otras culturas. En muchos casos, esto no lo hacemos bien debido al desconocimiento. Y esto lo hacemos también con las enfermeras residentes de Familiar y Comunitaria», subraya Pilar López Sánchez, con lo que el campo de acción sigue ampliándose.■

Generación de conocimiento

El programa mihsalud ha dado lugar a dos tesis doctorales, realizadas por sus principales impulsoras. En ellas queda de manifiesto la importancia de la salud pública, y de que este tipo de programas siempre obtienen beneficios y evitan costes.

En primer lugar, Manuela Alcaraz Quevedo evaluó los resultados del servicio de mediación intercultural desde el punto de vista socioeconómico. «Los proyectos de evaluación en promoción de la salud son escasos. Siempre nos dicen que los llevamos a cabo pero que no sabemos si sirven. Pues bien, en mi tesis analicé tres aspectos: la efectividad, el impacto económico y los resultados cualitativos. Empleé una investigación participativa, contando con todos los actores implicados: agentes, mediadores, promotores, directivos... Demostré que estas iniciativas son efectivas en la detección de problemas sociales, en la instauración de una anticoncepción adecuada... En el caso de los embarazos, se había producido un ahorro de 696€ por cada mujer, al evitar las consultas en el hospital por un proceso mal controlado. Todo esto muestra la fortaleza de la acción comunitaria».

En segundo lugar, Pilar López Sánchez analizó el impacto de la promoción de la salud y la educación entre iguales en contextos de vulnerabilidad. «Primero abordando la formación-accion de agentes de salud, que desde el minuto cero permite intervenir en entornos donde mas se necesita, seguidamente recogiendo la opinión de las asociaciones participantes durante 10 y conociendo sus características, todo ello ha permitido generar encuentro e interculturalidad», concluye Pilar.

◀ Fotografía: **Dany Ruz**

Enlace a la tesis de Manuela Alcaraz Quevedo
https://riunet.upv.es/bitstream/id/261417/ALCARAZ%20-%20Evaluaci%C3%B3n%20socio-econ%C3%B3mica%20del%20Servicio%20de%20Mediaci%C3%B3n%20Intercultural%20en%20un%20programa%20de%20pr....pdf

Contra la soledad

Relatadores desde la habitación del hospital

'Relat-hos. Desde mi habitación' es una proyecto liderado por la enfermera Antonia Castro en el Hospital de Bellvitge, en Barcelona.

Un bolígrafo, una carpeta con folios en blanco, dos encuestas de satisfacción con tres preguntas sencillas sobre la iniciativa y un sobre para introducir el relato escrito por su autor. Estas son las herramientas principales del proyecto 'Relat-hos. Desde mi habitación', coordinado por la enfermera Antonia Castro Pérez en el Hospital Universitario de Bellvitge, en L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. «La idea me surgió una noche, cuando entré en una habitación y el paciente me dijo: 'Menos mal que tenemos la tele, porque esto es inaguantable, esta soledad...'. Ese mensaje se me quedó muy grabado. Pensé en alternativas de entretenimiento y se me ocurrió dar la oportunidad de escribir a las personas ingresadas. Planteé el proyecto a la dirección, lo apoyaron y así comenzamos a trabajar en él», recuerda Antonia. Esto fue en noviembre de 2017. Desde entonces, ya han publicado dos libros con relatos de pacientes y están preparando el tercero. «La filosofía es clara: tú escribes, nosotros publicamos el relato y lo distribuimos entre los pacientes interesados en su lectura. En primer lugar, les invitamos a escribir un relato durante su hospitalización, de temática y extensión libre. La supervisora de cada unidad me hace llegar las obras. Hasta el momento, no he rechazado ninguna. A continuación, me pongo en contacto con el autor, le agradezco su participación y le adelanto que publicaremos su narración en un futuro libro. Desde el primer momento, establecemos un vínculo importante con todos los relatadores. Los hacemos partícipes de todo el proceso. Así, ya hemos organizado dos encuentros públicos con ellos y hemos formado un colectivo con muchos puntos en común, pues esto les sirve para compartir sus vivencias». El perfil de los escritores es muy diverso. «Han participado pacientes de todas las especialidades y de todas las edades, hasta personas con 80 y 90 años. Como en algunos casos son pacientes crónicos, pues algunos han escrito varias obras. Tienen la opción de no firmarlos, pero la mayoría sí lo hace. Han llegado a escribir relatos increíbles y experiencias brutales».

Durante la pandemia, la iniciativa también se adaptó a las normas de prevención del covid-19.

«El paciente cuando escribe se libera, descubre nuevas facetas sobre su vida y disminuye la ansiedad causada por el ingreso en un hospital»

«Hemos vivido un año y medio complicado. Distribuimos los libros entre los pacientes de las unidades covid, gracias a las enfermeras. Entre tanto, llevamos a cabo una iniciativa muy interesante, que me propuso un relatador: un relato escrito por todo el grupo para distribuirlo después entre los pacientes hospitalizados con esta patología. Se los entregábamos en la bandeja del desayuno. Fue muy bonito y tuvimos una respuesta muy interesante, con más de 40 obras».

Antonia anima a otros hospitales a llevar a cabo esta idea. «Estamos dispuestos a compartir la experiencia y a explicar cómo llevarla a cabo. No queremos que se quede solo en nuestro hospital, pues esta iniciativa es muy beneficiosa tanto para las personas como para el propio centro», adelanta, mientras subraya todas las posibilidades que ofrece esta idea. «Es un proyecto muy experimental. Aún queda mucho por explorar. Pones una página en blanco a disposición de una persona, en su momento más vulnerable, cuando están hospitalizados, con una cirugía, tras un diagnóstico... El paciente cuando escribe se libera. Es un momento para reflexionar y descubrir nuevas facetas personales. Ese folio les sirve para ordenar su vida, poner distancia sobre lo que les está pasando y crear algo, que puede ser arte. De hecho, estamos explorando nuevos formatos, como los audio-relatos, gracias a un grupo de voluntarios. Y acompañamos los textos con fotos, pinturas de artistas. Tenemos mucho por hacer, todavía». ■

50 relatos para 50 años

El Hospital de Bellvitge celebra 50 años y una de las iniciativa en las que están trabajando es la publicación denominada '50 relatos para el 50 aniversario'.

Hazte con los libros

«Una de las mayores dificultades del proyecto es la edición de cada libro y su financiación. Para ello, cuentan con la colaboración de la editorial Caligrama, y con la ayuda de instituciones como el propio hospital o el Colegio de Enfermería de Barcelona, entre otros colectivos. Ahora mismo estamos buscando financiación para el tercer libro», explica Antonia. Una de las opciones para colaborar es la compra de los dos volúmenes editados, que se pueden conseguir a través de las principales plataformas de comercio electrónico.

La vivencia en el terreno convertida en conocimiento

Investigación desde la cooperación

¿Cuánto nos falta por saber sobre el Síndrome de Nodding? La enfermera Ana Cristina de Castro Martínez trata de responder a esta pregunta en su tesis doctoral, siguiendo su experiencia como cooperante en África.

Tanzania. Camino entre las aldeas del pueblo Masái: «De repente, Ibaku y yo pasamos por una zona donde solo había dos casitas. En la puerta de una de ellas, había una mamá acunando a su hijo. Tenía alrededor de ocho años. Estaba deshidratado, desnutrido, con la mirada perdida. Esta imagen siempre la tengo presente. Pedí a mi traductor y guía que parásemos para ver al niño. Su cabeza caía hacia abajo. Intentaba levantarla pero no podía. La madre trataba de darle de beber, pero tragar era complicado debido a su postura y al movimiento continuo. Propuse a la madre hidratarle con suero, pero no quiso porque el padre no estaba para autorizarlo. Esto me llenó de rabia. Emprendimos de nuevo la marcha, sin dejar de pensar en lo que había vivido. Gestionar las emociones, tan intensas, en estos contextos es complicado. En el mismo vehículo hice una primera búsqueda por internet y averigüé que el niño tenía Síndrome de Nodding». Así fue como la enfermera Ana Cristina de Castro Martínez tuvo su primer contacto con el poco conocido Síndrome de Cabeceo, una enfermedad localizada en puntos muy concretos de África que afecta solo a niños, provocando un deterioro cognitivo y motor severo que puede acabar con la muerte. Era el año 2012. Desde entonces, la cooperación se ha convertido en una de las prioridades vitales de Ana. Además, esta patología está centrando, en la actualidad, su tesis doctoral. «Desde siempre, he querido hacer cooperación y desde pequeña África me había llamado la atención y había querido viajar a este continente. Así que en 2012, cuando tuve la oportunidad de colaborar con la Fundación Carpio-Pérez no tuve dudas. Ayudan en Tanzania a las viudas masái, a las que proveen de medios propios para que puedan ganarse el sustento, a través de la venta de sus manufacturas. Tras una primera reunión con sus responsables acordamos que mi viaje lo dedicaría a trabajar la educación para la salud con nociones básicas de higiene. Fue una experiencia brutal para mí, el sueño de mi vida conseguido», recuerda Ana. «Durante meses, preparé una serie de pósteres para comunicarme con ellos. Elaboré diapositivas sobre higiene, prevención de la malaria, purificación del agua, prevención de neumonías... Cocinan dentro de sus casas, de adobe y paja, en espacios pequeños sin ventilación, donde se hacinan hasta decenas de personas... Estuve un mes visitando sus aldeas y en cada una de ellas organizamos una consulta sobre sus problemas de salud: infecciones, laringitis, quemaduras, dolores de cabeza o espalda... Imagina la importancia de una enfermera en este contexto».

Esta primera experiencia condujo a Ana a seguir formándose en medicina tropical, con la que había tenido contacto previo como enfermera en la UCI del Hospital Carlos III de Madrid, antiguo centro de referencia de enfermedades infecciosas. «Te das cuenta de que no estás preparada para cooperar. Ves tantas situaciones que comprendes que es una irresponsabilidad salir a cooperar sin formarte para ello. Necesitas más conocimientos. Por este motivo, hice el máster de Medicina Tropical y Salud Global de la Universidad Autónoma y en el TFM realicé una revisión sistemática del Síndrome del Cabeceo. Las prácticas las completé en Uganda, uno de los países con mayor número de casos de esta enfermedad».

Tesis doctoral sobre el Síndrome de Nodding

Cooperando en terreno transcurrieron cuatro años, con estancias temporales en Uganda, con la Fundación Albert Grau en las que Ana, entre otros logros, llegó a colaborar en la redacción del programa docente para formar a enfermeras en uno de sus hospitales, en el norte de este país, en la frontera con Sudán. «Fue una experiencia increíble, pues durante mi estancia en este hospital me enfrenté a situaciones más complejas que las que viví en las aldeas de Tanzania. Uganda también es un país con una alta incidencia de Nodding, con lo que puedes ir comprendiendo mejor el impacto de la enfermedad». Con todo este bagaje previo, fue en 2017 cuando Ana comenzó a trabajar en su tesis doctoral. «Ya tenía un conocimiento amplio sobre el Síndrome de Nodding. Dominaba la etiología de la enfermedad, las opiniones de los expertos internacionales, y sabía cómo se vive en el terreno, cómo la sufren las personas. Partiendo de esta visión amplia, comencé a formarme en investigación para elegir la metodología que mejor se adaptaba a mis intereses, pues quería enfocar el trabajo a la enfermería, al cuidado de los niños, a sus familias... Es importante conocer la realidad, pero también es relevante definir qué falta por saber. En muchas ocasiones, nadie se preocupa por ver lo que

La enfermería como motivación

Ana Cristina de Castro Martínez es enfermera en la UCI del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid). Comenzó su trayectoria en el Hospital Carlos III. Cuenta con experiencia como supervisora de Urgencias y ha sido enfermera cooperante en países africanos como Tanzania o Uganda. En la actualidad, está realizando su tesis doctoral sobre el Síndrome de Nodding, al tiempo que es profesora asociada de Enfermería en la Universidad de Alcalá.

«Soy una persona que necesita motivación y esta forma de ser me ha permitido descubrir muchas enfermerías, a través de mi trabajo diario, la cooperación y mi afición por la fotografía»

no hay y esto es fundamental para seguir hacia adelante. De lo contrario, entramos en un bucle que nos impide saber por dónde seguir y avanzar. Tomando como base esta reflexión, decidí emplear la metodología denominada 'Scoping review', que consiste en una revisión sistemática exploratoria cuyo objetivo es estudiar un tema de forma global, revisando todo lo que hay para tener una visión completa de cuanto existe. Empleando toda esa información puedes definir qué falta por saber», explica Ana, quien ya ha publicado un primer artículo en la revista inglesa BMJ Open sobre el protocolo de la investigación que está llevando a cabo y ya está trabajando en un segundo artículo de impacto.

El objetivo de Ana es lograr un doctorado internacional. «Soy una persona que necesita motivaciones. Es lo que mueve montañas, incluidas las tuyas propias, interiores», concluye. Mientras tanto, ya planea un próximo viaje a Malaui. ■

Docente en la Universidad de Alcalá, en Madrid

Desde hace tres años, Ana Cristina de Castro Martínez es profesora asociada de la Universidad de Alcalá. Imparte clases en el Grado de Enfermería, en asignaturas como Cuidados Críticos. Además, es responsable de las prácticas en UCI de los estudiantes.

Lee el primer artículo de la tesis doctoral de Ana Cristina de Castro Martínez
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33082177/

Con la mirada en África

'Con la mirada en África' fue la primera exposición fotográfica de Ana Cristina de Castro Martínez. Se pudo ver en el Colegio de los Basilios, de la Universidad de Alcalá de Henares, a lo largo del año 2020 y es fruto de sus dos grandes aficiones: los viajes y la fotografía. «La muestra era un popurrí de imágenes y vivencias de todos los países que he visitado. En mis fotos, me gusta reflejar la realidad tal y como yo la percibo. No importa lo que fotografíe: animales, paisajes, personas... Intento captar todo lo que mi mirada puede abarcar. Cuando viajo hago fotos para traerme conmigo los lugares que visito. Seguir haciendo fotos, es otra de mis motivaciones».

Enfermeras invisibles

Historia con nombre propio

Las enfermeras Olga Navarro y Vanessa Ibáñez comparten su experiencia con la edición del libro 'Enfermeras invisibles', que rescata del olvido el testimonio de 14 mujeres que hicieron historia con su contribución al cuidado.

La primera edición de 'Enfermeras invisibles, inventoras, invencibles, increíbles' es ya, por derecho propio, una pieza para coleccionistas, pues se trata de un libro único que pone al alcance de la sociedad catorce historias de mujeres valientes que llevaron los cuidados a su máxima dimensión. Tenaces en su propósito han sido las dos autoras de la publicación, las enfermeras y profesoras universitarias Olga Navarro y Vanessa Ibáñez. «Estamos muy contentas porque el resultado ha merecido la pena y la experiencia ha sido muy bonita», afirman al unísono. «Las enfermeras tenemos la asignatura pendiente de conocernos a nosotras mismas y de darle todo el valor que se merece a nuestro trabajo. Con esta iniciativa aportamos nuestro trabajo para rescatar del olvido catorce historias de compañeras que habían pasado desapercibidas».

'Enfermeras Invisibles' es fruto de más de dos años de trabajo. «Buscando información sobre emprendimiento en enfermería para una presentación, me encontré con enfermeras que habían logrado hitos increíbles para la humanidad y de las que se conocía muy poco», explica Olga Navarro, una de las promotoras de la iniciativa junto a su compañera Vanessa Ibáñez, con quien compartía despacho en la Facultad de la Universidad Católica de Valencia en el momento en el que decidieron emprender el proyecto, hace ahora dos años. Así lo evoca Vanessa: «Recuerdo que Olga llegó muy sorprendida porque había localizado a enfermeras de siglos atrás que habían inventado y obtenido patentes. ¿Sabes que una enfermera fue quien patentó la jeringuilla que empleamos en la actualidad? ¿O la bolsa de colostomía? Pocas personas nos respondían afirmativamente, así que decidimos recopilar sus historias y publicarlas». El propósito estaba claro: «Sus logros tenían que ver

«¿Sabías que una enfermera fue quien patentó la jeringuilla que empleamos en la actualidad? ¿O la bolsa de colostomía? Pocas personas nos respondían afirmativamente, así que decidimos recopilar sus historias y publicarlas»

Inventoras, invencibles, increíbles

«Nosotras somos enfermeras desde hace más de veinte años y nadie nos había hablado de enfermeras con historia, inventoras, descubridoras, autoras de grandes aportaciones a nuestra profesión. De ahí el título», explica Vanessa Ibáñez. Las catorce enfermeras que protagonizan el libro son:

Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray, Isabel Zendal, Mary Seacole, Letitia Mumford Geer, Elvira López Mourín, Elise Sørensen, María de Madariaga y Alonso, Irena Sendler, Anita Dorr, Jean Ward, Elvira Dávila Ortiz, Ann Moore, Rosamaría Alberdi Castell y un perfil de la enfermera contemporánea anónima.

Olga Navarro, enfermera y profesora de la Universidad Católica de Valencia, y Vanessa Ibáñez, enfermera especialista en salud mental y profesora de la Universidad de Valencia, son las autoras de 'Enfermeras Invisibles'

la luz, de alguna manera. Al principio no sabíamos cómo lo haríamos, pero sí teníamos claro que queríamos contarlo y terminamos decidiendo publicar un libro ilustrado», completa Olga. Sus páginas reflejan el testimonio de enfermeras valientes. «Vimos que estaban de actualidad los libros sobre mujeres valerosas, inventoras, en formato ilustrado y pensamos que era nuestra oportunidad de hacer algo similar sobre enfermeras». Así fue como contactaron con Irene Bofill, ilustradora que puso imagen a las hazañas de todas las enfermeras que aparecen en el libro. «Con ella hemos recurrido a la imaginación. De las enfermeras contemporáneas sí contábamos con imágenes, pero de las más antiguas apenas teníamos retratos. Así que Irene ha plasmado la esencia de cada relato con los objetos o el paisaje que acompaña a cada uno. Hemos intentado captar la atención de los lectores, también de los más jóvenes, porque queríamos que fuera un libro que lo pudiera leer cualquier persona. Queríamos abarcar a todos los públicos, fueran enfermeras o no», explica Olga.

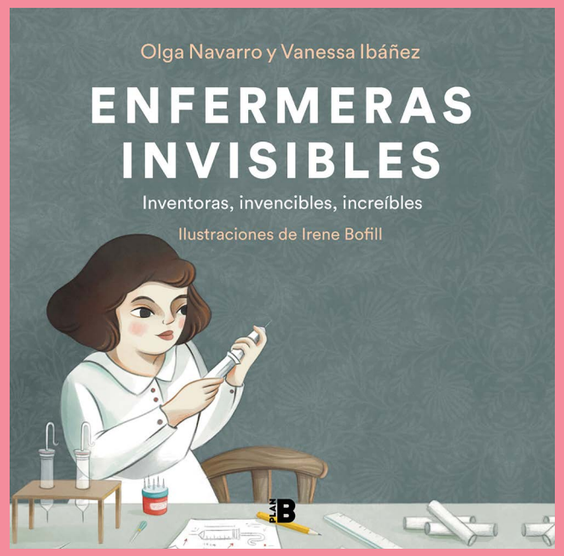
'Enfermeras invisibles' es también una obra colectiva, pues sus autoras han contado también con la figura de madrinas y padrinos para contar la historia de cada enfermera. «Ha sido un trabajo en equipo. Conforme íbamos descubriendo más detalles de cada historia, íbamos contactando con investigadores y enfermeras que habían escrito sobre ellas para que nos revisaran los textos y los enriquecieran. Nos lo han puesto muy fácil y nos han permitido profundizar en muchísimos detalles», agradece Vanessa. Así, conforme iban profundizando, cada detalle contenía una nueva historia, al modo de una matrioska. «Unos nombres nos llevaban a otros y nos resultó muy difícil elegir a las 14 primeras protagonistas. El criterio para seleccionarlas fue que hubieran estado ocultas y hubieran realizado logros heroicos», explica Olga. «Por ejemplo, nos encantó descubrir Elvira López Mourín, enfermera militar voluntaria en la guerra del Rif, que participó en el primer vuelo de la aviación sanitaria española. Ni siquiera su nombre completo estaba claro y esto lo hemos conseguido resolver localizando su partida de nacimiento. Casi era el mismo caso de Isabel Zendal. Son historias a las que se les pierde la pista y terminan permaneciendo ocultas... Sabemos que aún nos queda mucho por conocer de ellas».

> «Una de las cuestiones que más nos ha satisfecho es mostrar a las futuras generaciones de enfermeras que nuestro campo es el cuidado y que nuestra ciencia es infinita. No tenemos límites. Hay tantos ámbitos de actuación como nosotras queramos. Este es el aprendizaje»

De ahí la demanda que plantea Vanessa: «Nosotras hemos compartido estos conocimientos con nuestras alumnas. Además, el emprendimiento es una asignatura pendiente en el Grado de Enfermería. Los testimonios de 'Enfermeras invisibles' pertenecen a mujeres que solucionaron grandes problemas con sus propios medios. El conocimiento de sus historias debería enseñarse de manera transversal en Enfermería, incorporarse a las diferentes asignaturas. Y, además, todas son mujeres. Esto es importante para los planes de igualdad y para visibilizar la aportación de la mujer a la ciencia». En el caso de Olga y Vanessa ya lo están haciendo con sus alumnas: «Es una de las cuestiones que más nos ha satisfecho, mostrar a las futuras generaciones de enfermeras que nuestro campo es el cuidado y que nuestra ciencia es infinita. No tenemos límites. Hay tantos ámbitos de actuación como nosotras queramos. Este es el aprendizaje». ■

Del Verkami...

La primera edición de 'Enfermeras invisibles' fue posible gracias a un Verkami, un sistema de micromecenazgo, en el que Olga y Vanessa lograron la colaboración económica de 464 personas e instituciones que financiaron los costes de edición. «Estamos muy contentas con la respuesta de la enfermería y el apoyo que obtuvimos. El trabajo de autoedición sí ha sido más complejo, especialmente por las condiciones de la pandemia. Por ejemplo, a nuestra diseñadora, Irene Bofill, no llegamos a verla en persona, Ahora estamos disfrutando mucho, con las primeras presentaciones públicas, también, como la que celebramos en el Colegio de Enfermería de Albacete», reconoce Olga.



...a la edición con Plan B...

El segundo hito del proyecto ha sido la publicación de 'Enfermeras invisibles' por la editorial Plan B, perteneciente a Penguin Random House, que ha realizado una segunda tirada que se puede adquirir aquí: https://www.enfermerasinvisibles.com

...Y al segundo libro en proyecto

Lógicamente, la investigación inicial que dio lugar a 'Enfermeras invisibles' obtuvo muchas más de las 14 historias publicadas en el primer libro. Sus autoras ya están pensando en una segunda publicación con nuevas enfermeras. Mientras este segundo proyecto se hace realidad, en su web https://www.enfermerasinvisibles.com/, te explican cómo colaborar con la nueva iniciativa.

PREMIOS
ENFERMERÍA
EN DESARROLLO

2021

TE SORPRENDEREMOS