

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA

GRADO EN ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD
FRANCISCO DE VITORIA**

madrid

Trabajo de Fin de Grado de Enfermería

Atención de enfermería al paciente en emergencias psicosociales

Autor: Luis Miguel Fernández-Vega Rodríguez

Tutor: Juan Antonio Sarrión Bravo

Junio 2015

CONTENIDO

Resumen	5
Abstract	5
Palabras Clave	6
Keywords	6
Justificación.....	7
Introducción	11
Marco Teórico	15
La enfermería de emergencias en sus cuatro vertientes	16
Asistencial	16
Docente.....	17
Gestora	17
Investigadora	20
Generalidades de la Enfermería de Emergencias	21
Urgencias y Emergencias	21
Efectos de las emergencias sobre la salud mental y el bienestar psicosocial.....	22
Fases de las Emergencias aplicadas al ámbito psicosocial	23
Objetivos y funciones de la intervención en emergencias:	27
Equipos de Intervención en Emergencias Psicosociales en España.....	29
El Equipo de Intervención Psicosocial.....	35
Recursos humanos del ERIE Psicosocial	38
Puestos de actividad y funciones.....	39
Marco Competencial del enfermero psicosocial	49
Proceso de Atención de enfermería en Paciente Psicosocial	59
Cuestiones preliminares	62
Valoración	63
Metodología de valoración.....	63

Recogida de datos.....	65
Secuencia de valoración psicosocial	68
Valoración por patrones funcionales.....	70
Diagnóstico.....	89
Pasos para emitir un Diagnóstico Enfermero (31)	89
Tipos de diagnósticos	90
Formulación de diagnósticos.....	91
Diagnósticos enfermeros de uso prevalente en atención psicosocial.....	92
Planificación.....	98
Ejecución.....	101
Evaluación.....	102
Reflexión antropológica	105
Sentido del sufrimiento	105
La muerte y el dolor hoy	106
Conclusiones y Prospectiva.....	109
Bibliografía.....	111

RESUMEN

Cada día más las sociedades y los estados dedican mayores esfuerzos y diseñan políticas dirigidas a proteger a sus ciudadanos. La salud se ha convertido en una prioridad a todos los niveles, suponiendo un área de trabajo y regulación cada vez mayor. Los ciudadanos reclaman servicios integrales, de calidad, accesibles... y es por ello que surge la necesidad de atender a las personas en situaciones de emergencias no solo en su vertiente sanitaria.

En este Trabajo Fin de Grado encontraremos una propuesta de lo que debe ser la enfermera de emergencias dentro de un equipo de atención psicosocial. Es indudable, que las enfermeras poseen unas cualidades, una formación y una experiencia muy profunda en el campo psicosocial. Desde que uno toma contacto con esta ciencia se inculca una vocación hacia el paciente más allá de lo físico. Es por ello que la enfermería puede aportar mucho a la vida de afectados por una crisis, un evento adverso o una catástrofe.

El objetivo es sentar las bases de la enfermería psicosocial de emergencias, estudiar las competencias del enfermero y adaptar el proceso de atención de enfermería a estos nuevos contextos de intervención.

ABSTRACT

Nowadays societies and countries make more effort and design policies in order to protect their citizens. Health has become a priority at all levels, increasing the work area and regulation. Citizens claim integral services, with high quality, accessible to everyone...and for these reasons, the necessity of caring for all the people in emergency situations appear not only in the health field.

The proposal of this Final Degree Project is how an emergency nurse takes part into a psychosocial attention team. Undoubtedly, nurses have good qualities, academic training and broad experience in the psychosocial field. Since one gets in touch with this science, they instill vocation into the patients showing them that this science goes beyond the physical aspect. For this reason, the nursing can improve the life on people affected by a state of crisis, adverse event or a catastrophe.

The main aims are to establish the basis of the psychosocial nursing in emergencies, to study the competences of the nurse and to adapt the process of nursing attention to the new intervention contexts.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, Psicosocial, Emergencias, Proceso de Atención de Enfermería, Salud Mental.

KEYWORDS

Nursery, Psychosocial, Emergencies, Nursing Process, Mental Health.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existen por toda España equipos de Cruz Roja Española especialistas en intervención psicosocial de emergencias. Estos equipos intervienen en un amplio abanico de situaciones, desde pequeñas emergencias, como un fallecimiento, donde se requiere apoyo al duelo, como en grandes emergencias tales, como incendios, accidentes aéreos, atentados terroristas...

Los equipos de intervención en emergencias (*en adelante ERIES*) es un modelo de actuación en emergencias basado en la creación de unidades especializadas en diferentes campos, todos complementarios, que son movilizados en función de las necesidades del suceso.

Respecto a los equipos especializados en la intervención psicosocial, tienen la tarea principal de brindar asistencia psicosocial especializada y adecuada a las necesidades de las víctimas (1). Para cumplir con esta tarea se definen unos puestos de actividad que más adelante veremos en profundidad, pero entre ellos destaca el del enfermero.

Conforme estos equipos han evolucionado, la figura del enfermero y médico han permanecido reservadas a grandes emergencias, tomando mucho protagonismo la del psicólogo o trabajador social y por tanto, derivando estos equipos hacia su vertiente psicológica o social.

La motivación principal para realizar este trabajo fin de grado surge de la necesidad de dotar a la enfermería de las herramientas necesarias para intervenir en estos equipos, hacer visible las capacidades de la enfermería como profesional capacitado y entrenado para la atención integral de la persona.

A priori, muchas de las personas (no enfermeros) entrevistadas para hacer este trabajo no encuentran importante la figura del enfermero en un equipo cuya base serían los psicólogos. Una vez explicadas las funciones y los posibles escenarios de intervención va cobrando sentido hasta reconocer la necesidad del mismo.

La enfermera ejerce un enorme papel en todos los contextos en los que participa pero está poco reconocida o es poco visible su actividad, eclipsada muchas veces por otros profesionales.

Con los siguientes ejemplos reales se visualiza mejor el tema tratado y justificar el cuerpo del trabajo:

Durante un fallecimiento de una chica “joven” se tuvo que comunicar la desafortunada noticia a unos abuelos, uno de ellos anciano frágil. Fue necesario coordinar al equipo sanitario de una ambulancia de soporte vital básico ya que el abuelo padecía enfermedades de riesgo que le hacía especialmente vulnerable: anciano frágil inmovilizado, con oxígeno domiciliario por insuficiencia respiratoria crónica, cardiopatía y episodio agudo de gripe. La ambulancia venía de apoyo a la intervención, pero antes de comunicar la mala noticia era necesario una valoración sanitaria del estado de anciano. Una vez comprobada la estabilidad del anciano se procedió al comunicado.

Esa situación es un ejemplo claro donde un profesional de enfermería tiene que interpretar la valoración realizada, determinar los problemas de salud y si esos problemas capacitan o incapacitan al anciano para encajar la noticia. Si se decide comunicar la mala noticia, anticiparse al posible impacto previendo las posibles intervenciones enfermeras, priorizando según el riesgo vital.

Otro suceso, ocurrió durante la intervención por el fallecimiento de un varón de 52 años en su domicilio cuyo hijo de 12 años es quien encuentra el cuerpo cuando llega del colegio. Al principio, muestra incredulidad ante la noticia del fallecimiento y razonamientos muy elaborados sobre la situación que están viviendo (*“Ya no somos una familia de verdad” Pensé que los médicos le salvarían porque tenía pulso”, “Hay que anular sus tarjetas de crédito”, “Ahora puedo sacar malas notas ya que esto me va a afectar”*). Pasados unos minutos de la comunicación, verbaliza marearse y encontrarse mal.

En este caso, donde el menor empieza a sufrir un síncope debido a los efectos de la situación vivida el enfermero es quien debe iniciar los cuidados propios para tratarlo.

Los ejemplos anteriores nos ilustran que en las intervenciones del equipo psicosocial es muy frecuente que las personas que están sufriendo el suceso tengan factores de riesgo cardiovascular, tratamientos farmacológicos, patologías que pueden verse afectadas o cuadros agudos propios del impacto emocional. Estos posibles contextos, que podemos encontrar, hacen que la figura del personal sanitario sea importante para garantizar la integralidad de la intervención.

Además es muy frecuente que cuando se llega al escenario de una intervención ya haya equipos sanitarios interviniendo, con los que se requiere una coordinación. El enfermero puede ser el agente ideal que establezca los contactos con los equipos sanitarios, acuerde las intervenciones y fomente las conductas saludables para la intervención psicosocial.

Las necesidades detectadas que justifican la participación del enfermero son muy variadas y de diferente índole. Si hacemos un análisis en función de los diferentes destinatarios encontramos:

Afectados

- Se necesita un profesional que pueda hacer una valoración inicial de estado general de salud: Antecedentes personales de interés, tratamientos médicos activos, medicación consumida en los momentos previos, etc. Es muy frecuente que los afectados en una emergencia padezcan enfermedades importantes y requieran tratamiento habitual, el impacto del evento adverso puede alterar la adherencia a la medicación generando un agravamiento de las patologías. Existen situaciones en las cuales los afectados son evacuados de sus domicilios, sin tiempo para recoger sus medicamentos, tarea del enfermero sería hacer seguimientos de este acontecimiento y subsanarlo.
- Seguimiento del estado de salud y valoración del impacto que el evento está produciendo en ellos. Los sucesos trágicos generan en los afectados una serie de reacciones físico-emocionales muy diversas. La valoración integral y multidisciplinar es imprescindible para el éxito de la asistencia
- Vigilancia de afectados con elementos o factores de riesgo. Las crisis vividas pueden generar patologías en pacientes con factores de riesgo. Es función del equipo sanitario investigar sobre los factores de riesgo, prevenirlos desde primeros momentos y afrontarlos en caso de que el riesgo derive en una enfermedad.

- Fomentar la coordinación con el equipo sanitario, para acordar los tratamientos farmacológicos más adecuados para los pacientes, sin que influyan en la intervención psicológica.

Equipo de Intervención

- Valoración de la escena junto con el Jefe de Operaciones y resto del equipo participante.
- Preparar las posibles intervenciones sanitarias que puedan surgir antes, durante y después de la intervención y valorar la necesidad de recursos de apoyo.
- Tratar junto con el médico las situaciones de riesgo vital tanto sanitarias como psicológicas asegurando la vida del paciente.
- Vigilancia continua de la evolución del equipo y el posible impacto que la intervención pueda generar en ellos.
- Velar por la seguridad de los miembros del equipo, realizando las actuaciones en materia de salud que sean necesarias.

Intervinientes de otros servicios

- Recabar información acerca de las intervenciones sanitarias realizadas con los pacientes a apoyar. Es frecuente que a la llegada del equipo psicosocial al lugar de la intervención, haya equipos sanitarios trabajando en la zona, es función del enfermero comunicarse con ellos a nivel sanitario, recoger la información necesaria, trasladarla al equipo de intervención.

INTRODUCCIÓN

En España, hasta principios del siglo XIX la atención psicológica se ha limitaba a la atención en salud mental y sólo cuando los pacientes tenían patologías diagnosticadas. Conforme ha entrado el siglo, y probablemente acrecentado por los acontecimientos traumáticos ocurridos (11M, accidente aéreo de Spanair...) es cuando, las administraciones han empezado a proporcionar atenciones especiales en materia psicosocial. Un evento que marcó el punto de partida de los equipos de emergencia multicompetenciales fue el desastre del camping de Biescas el 7 de agosto de 1996 en la que 87 personas murieron y 183 resultaron heridas como consecuencia de una riada.

Si hacemos un repaso general de los acontecimientos catastróficos en la etapa democrática de España (último cuatro del Siglo XIX), encontramos una perspectiva muy convulsa donde la población resultó muy impactada, sin que las administraciones terminasen de dar el paso en la prevención, preparación y respuesta ante desastres. Conviene, para aquellos lectores más jóvenes que no vivieron ese período, hacer un pequeño repaso de los acontecimientos o situaciones más críticas que vivió España en esta etapa, para comprender mejor esa evolución de los sistemas de emergencias:

- 9 de enero de 1959 - Rotura de la presa de Vega de Tera, que inundó y arrasó el pueblo de Ribadelago, en la provincia de Zamora (España); causando la muerte a 144 de sus habitantes.
- 17 de diciembre de 1983 - Incendio de la discoteca Alcalá 20 de Madrid, en el cual fallecieron 82 personas.
- 19 de junio de 1987 – ETA perpetra un atentado terrorista en el Hipercor de Barcelona causando la muerte de 21 personas e hiriendo a 45.
- 11 de diciembre de 1987 – ETA atenta contra la casa-cuartel de Zaragoza, en el que pierden la vida 5 niños y 6 adultos.
- 1992 - Juegos Olímpicos de Barcelona y Exposición Universal de Sevilla “Expo”.
- 11 de diciembre de 1995 la banda terrorista ETA hacía explotar un coche-bomba al paso de una furgoneta en el madrileño barrio de Vallecas. El atentado provocó heridas a 17 personas, cinco de ellas de gravedad, y ocasionó la muerte a seis personas.

Según el ministerio del interior, las víctimas de ETA en la democracia hasta el día de hoy han sido 829 personas (343 civiles y 486 miembros de cuerpos y fuerzas de seguridad del estado)

Pero el acontecimiento que penetró la retina de todos los españoles y que cambió la percepción de la atención en emergencias, fueron los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004.

Ya en plena etapa post-moderna, donde las redes sociales y medios de comunicación juegan un papel protagonista, ocurre uno de las mayores desgracias de la actualidad. Durante la mañana del 11 de Marzo de 2004 se producen en Madrid varios ataques terroristas que provocaron 190 víctimas mortales, se calcula que 1857 personas heridas y *convulsiones en toda la sociedad española*. La población española sigue al instante los acontecimientos a través de los medios y se desencadena una respuesta social inimaginable.

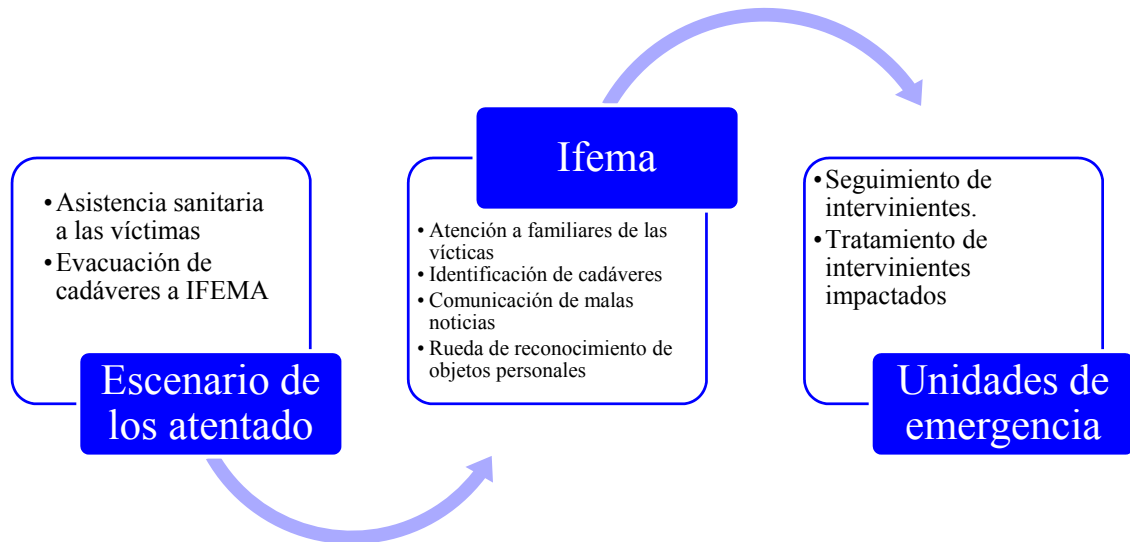
En ese momento, los equipos de emergencia se ven desbordados teniendo que abarcar asistencias a la población para los que todavía no estaban capacitados. La intervención sanitaria prestada fue rápida y mayormente eficaz ya que Madrid cuenta con una de las mejores coberturas sanitarias de España, tanto a nivel hospitalario como, prehospitalario. Los heridos son rápidamente trasladados a los hospitales de referencia de la ciudad, y estos dan una respuesta magistral. Pero existen multitud de muertos y heridos aún sin identificar, cuyos familiares aun no conocen su paradero, no tienen acceso a las comunicaciones (por sobrecargas de la red) y empiezan el recorrido por los hospitales en su búsqueda.

Cuando todos los heridos son evacuados a los hospitales, se plantea un nuevo y hasta ahora desconocido escenario de intervención: *¿dónde identificar los cadáveres y comunicar a los familiares el fallecimiento?* El instituto anatómico forense y los laboratorios policiales no tienen capacidad de abarcar en sus instalaciones tal tarea, con lo que se habilita el centro de congresos IFEMA. El nuevo escenario de índole puramente psicosocial hace que los equipos de asistencia sanitaria tradicionales (dependientes de las administraciones públicas) no abarquen adecuadamente este aspecto.

Es Cruz Roja Española la única entidad que tiene equipos preparados para la atención psicosocial previamente activos. El equipo de Madrid inicialmente empieza las tareas de primeros auxilios psicológicos a los familiares y comunicación de malas noticias; para posteriormente incorporarse otras unidades autonómicas o provinciales: Cataluña, Huesca, Extremadura y Granada. Para relevar a estas asistieron después País Vasco, Navarra, Huelva, Murcia, Ávila, Segovia, Cuenca y Salamanca.

Cabe reseñar que desde el Colegio Oficial de Psicólogos a través de los medios de comunicación solicitaron psicólogos para intervenir en IFEMA. A media noche del día 11 las necesidades de psicólogos están cubierta, pero la cuestión no valorada en el momento fue si estaban suficientemente bien preparados.

En resumen las tareas realizadas en el 11M por orden cronológico fueron:



Tras un tiempo de recuperación, las administraciones empiezan a ser conscientes de la necesidad de atender más integralmente a la salud de las personas y se empiezan a crear dispositivos de atención psicológica y social que veremos más adelante. Aunque un ejemplo de esto es *la Unidad de Trauma Psíquico en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, para la atención psicológica al personal de servicios de emergencias que interviene en la ayuda de los afectados. "Es la única del sistema sanitario público. Faltaba una unidad de estas características para los profesionales que ya han desarrollado un cuadro clínico y que hasta ahora no contaban con una asistencia específica como víctimas, también, de los sucesos", recuerda Noelia Fernández de Pablos, psicóloga clínica de la unidad. (2)*

Desde el 11M hasta nuestros días se ha avanzado mucho en la atención integral en emergencias, creándose unidades de muy diversa índole y con funciones muy variadas. Es aquí donde la enfermería debe saber adaptarse a los tiempos, consumir lo que la sociedad espera de ella y avanzar hacia el cuidado de la sociedad de forma cada vía mejor.

MARCO TEÓRICO

La enfermería, según el *Consejo Internacional de Enfermería*, órgano responsable de defender a nivel mundial de la enfermería y la atención de la salud, es la *ciencia profesional que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.* (3)

De la definición anterior y en relación con el tema que nos concierne, conviene destacar que la enfermería al tener que estar en “*todos los contextos*”, debe reflexionar sobre su papel en las emergencias, y más concretamente en las emergencias desde su componente psicosociales.

Es obvio que en las operaciones habituales de los servicios de emergencias extrahospitalarios, las enfermeras, al prestar una atención sanitaria a los pacientes inician, bien voluntaria o involuntariamente, una intervención psicosocial. Un ejemplo ilustrativo podría ser, la enfermera que asiste con la UVI a una persona que ha sufrido una caída en un domicilio, al tratar al paciente e iniciar los cuidados, también está normalizando situaciones emocionales propias de un proceso de duelo.

Según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (4) asigna a la enfermería las funciones de dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Debemos por tanto, estudiar las necesidades de las poblaciones y los individuos, y evaluar si desde la ciencia enfermera se está desarrollando todos los potenciales que las enfermeras poseen y que legalmente nos preceptúan. También conviene reflexionar sobre la percepción de la enfermería por parte de la población, lo que se espera de ella, y si se ajustan las expectativas a lo que en realidad se puede ofrecer.

La enfermería en su atención integral a la persona, siempre presta cuidados en todas las áreas del individuo. Es fácil que la sociedad relacione la enfermería sólo con su área más biológica o técnica, pero todo aquel que se adentra en esta ciencia o entra en contacto con ella, *por una hospitalización, por acudir a un servicio de urgencias...* descubre una componente psicosocial y espiritual imprescindible para el ejercicio de la profesión.

Las enfermeras en las plantas hospitalarias, en las consultas de los centros de salud o en las salas de quirófano, son especialistas en la atención de los pacientes en todos sus ámbitos personales: saben cómo el paciente afronta su enfermedad, analizan el sufrimiento ante las dificultades, acompañan en los últimos momentos... Todo ello dota de un sentido a la profesión, más allá de la mera práctica o ejercicio técnico. Fijándonos en estos ejemplos observamos que la componente psicológica y social de los pacientes es un eje primordial en la atención de enfermería.

La enfermería de emergencias se encuentra en la actualidad en un umbral de relevancia y reconocimiento social.

La enfermería de emergencias en sus cuatro vertientes

Según el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (5), en su artículo 3, *“La enfermería y la profesión”*; atribuye a las enfermeras cuatro funciones principales: *“A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de **práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería**”*

En la actualidad la enfermería dentro de sus cuatro áreas de actividad, no se ha desarrollado significativamente para la intervención en emergencias, desde la óptica psicosocial, aunque su desarrollo y protagonismo, como agente sanitario en las emergencias, si ha evolucionado hasta convertirse en la punta de lanza de los profesionales de emergencias. Ejemplos de la participación enfermera en el campo de las emergencias según el área de actividad son:

Asistencial

Las enfermeras son personal imprescindible en las dotaciones de las Unidades de Soporte Vital Avanzado (UVI) cuya tarea consiste en realizar las funciones precisas, autónomas o en colaboración de los cuidados del paciente extrahospitalario. Similar a este puesto profesional es el de la enfermera en los Vehículos de Intervención Rápida (VIR) donde se realizan las mismas funciones con diferencias en la forma en que el paciente es trasladado al hospital.

El Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera (6) reza:

c) Las ambulancias asistenciales de clase C, deberán contar, al menos, (...) con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado en Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería.

Además en la Comunidad de Madrid existen 8 unidades de asistencia domiciliar de enfermería, que realizan funciones complementarias de atención primaria domiciliar, durante los días y el horario en que atención primaria no funciona.

Docente

A nivel docente se realizan multitud de actividades, donde enfermería ejerce docencia directa. Se han incrementado notablemente los profesionales de la rama que imparten docencia en las universidades españolas y escuelas de formación profesional.

Un ejemplo de lo anterior es que enfermería es la titulación requerida para ser profesor en los centros de formación profesional. Según el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias (7) y se fijan sus enseñanzas mínimas en su Anexo IIB. asigna a enfermería las asignaturas cuya especialidad sea “Procesos Sanitarios”

Dentro del grado medio de Técnico en Emergencias Sanitarias, enfermería imparte las asignaturas relacionada con los procesos sanitarios tales como atención sanitaria especial en situaciones de emergencia, anatomofisiología y patologías básicas, dotación sanitaria...

Desde el cambio en la carrera de enfermería y tras la implantación del grado, numerosas enfermeras optan por continuar el camino académico y doctorarse en enfermería. Ejerciendo por tanto mayores funciones docentes en la formación de pregrado.

Gestora

La mayoría de los servicios de emergencias extrahospitalarias cuentan con mesas de enfermería con funciones de coordinación, gestión y administración de recursos.

El SUMMA112 (8) tiene una mesa de enfermería con las funciones de:

- Proponer la integración de los profesionales de enfermería en los Centros Reguladores de la Demanda Urgente, como una parte más del equipo multidisciplinar responsable de la canalización, regulación, y asignación de recursos ante urgencias-emergencias.

- Planificar y desarrollar un sistema de gestión propia, desde el ámbito enfermero integrado en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA 112, y que dé respuesta a la cartera de servicios descrita en los objetivos específicos.

Que se concreta en las siguientes actividades:

- Coordinación de pacientes pendientes de ingreso
- Repatriación de pacientes de otras comunidades a la Comunidad de Madrid.
- Coordinación de traslados interhospitalarios
- Regulación de la demanda urgente de enfermería
- Preaviso hospitalario de pacientes críticos y coordinación del Código 0
- Coordinación y movilización del vehículo de trasplantes del SUMMA 112
- Alerta Epidemiológica
- Control y Gestión de Incidencias Asistenciales

SAMUR-Protección Civil tiene la figura directiva del Jefe de la unidad de Calidad (Delta) cuyo perfil es el de enfermera siendo sus funciones más relevantes:

- El apoyo a la actividad asistencial y el control de calidad de los Enfermeros y Técnicos de Transporte Sanitario según el procedimiento de activación y actuación de unidades asistenciales y de apoyo, vigente en cada momento, velando por el adecuado cumplimiento de los procedimientos del Servicio.
- El control y seguimiento de los tiempos operativos de los Equipos de Soporte Vital Básico, siguiendo las directrices marcadas por la dirección del Servicio.
- La supervisión de la cumplimentación administrativa del informe de Soporte Vital Avanzado en su totalidad, así como de los apartados sanitarios que son responsabilidad del personal de enfermería.
- La supervisión de la cumplimentación administrativa y sanitaria de los Informes Soporte Vital Básico y psiquiatría.

- La supervisión y el análisis de los registros de Desfibrilación Automática generados en el Servicio, así como la correspondiente notificación a los TATS usuarios de los mismos.
- La notificación verbal y/o escrita al personal implicado de las desviaciones, áreas de mejora y acciones destacables detectadas durante el desarrollo de su actividad.
- El apoyo al Jefe de División de Guardia Médico en la supervisión de los relevos de turno.
- La tramitación de los partes de incidencias que se generen durante su periodo de guardia.
- La emisión de un informe diario que recoja su actividad e incidencias durante su periodo de guardia.
- El registro de las novedades en el correspondiente libro de la Jefatura del Servicio.
- La colaboración en la actualización de los procedimientos y los recursos materiales del Servicio en lo que a sus competencias se refiere.
- La detección de las necesidades formativas de los Enfermeros y Técnicos de Transporte Sanitario.
- La propuesta a la Jefatura de Sección de Calidad de las acciones preventivas y correctoras pertinentes para mejorar el desempeño asistencial de enfermeros y TATS.
- La colaboración con la evaluación de tecnologías sanitarias.
- La colaboración en la Encuesta de Satisfacción de Pacientes y Demandantes del Servicio.
- La colaboración en los proyectos de investigación y docencia aprobados por los órganos competentes del Servicio.
- La cumplimentación de cuantos informes sean solicitados por los responsables del Servicio relacionados con su actividad.
- La asistencia a las sesiones de formación continuada que con carácter obligatorio organice el Servicio.
- Presentarse en el Servicio voluntariamente o a requerimiento, ante situaciones de riesgo y/o catástrofe, fuera de su jornada laboral.

- Todas aquellas que, en la línea de las descritas y similares, sean precisas para el buen funcionamiento del Servicio.
- La identificación de las necesidades del personal respecto al Sistema de la calidad, poniéndolas en conocimiento del Jefe de Sección de Calidad.
- Cumplir con la Política de Calidad y Ambiental del Servicio registrando y comunicando al Jefe de Sección de Calidad aquellas desviaciones del estándar o procedimiento correspondiente que afecten a su actividad.
- Segregar adecuadamente los residuos asociados a su puesto de trabajo y llevar a cabo buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la Política de Calidad y Ambiental del Servicio.

Investigadora

Cada vez son más los miembros de los servicios de emergencia que investigan sobre su área de actuación. Le enfermería en los últimos años, ha incrementado notablemente sus estudios y proyectos de investigación. La influencia de la medicina basada en la evidencia ha generado una corriente muy fuerte de enfermería evidencista. Se ha hecho imprescindible buscar base científica a las actuaciones, protocolos, procedimiento de manera que se encuentren beneficios significativos para el paciente o comunidad.

Después de un estudio extenso, una revisión de la escasa bibliografía y tras múltiples entrevistas con actores relacionados con las emergencias, se puede concluir que no existe una regulación, ni una gran participación de le enfermería en la intervención psicosocial en emergencias.

Las enfermeras miembros de los equipos de intervención en emergencias sanitarias cuando han participado en desastres o catástrofes han realizado pequeñas labores de atención psicológica pero siempre bajo el paraguas de la intervención sanitaria. Cuando el paciente necesitó una cura, la enfermera hablaba con él y se iniciaba el proceso de atención psicológica; o en el traslado desde el lugar del suceso al hospital y el paciente contaba sus experiencias al equipo sanitario...

Desde este trabajo fin de grado se pretende poner de manifiesto que existe un área de intervención de la enfermería que actualmente está sin realizar.

Generalidades de la Enfermería de Emergencias

Existe multitud de bibliografía acerca de las teorías de las emergencias y catástrofes. Para el lector no especializado sería adecuada la consulta de alguno de estos manuales para conocer más a fondo acerca del tema. En este punto vamos a ilustrar los aspectos más generales como es la diferenciación de urgencia y emergencia, las fases de cualquier emergencia y el papel de la enfermería en función de las fases. No vamos a diferenciar las emergencias en función de la magnitud ya que requiere una amplia investigación y documentación técnica.

La Emergency Nurses Association (ENA), hace la siguiente definición de los cuidados urgentes: *“Valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos”.*

Urgencias y Emergencias

Es muy común en trabajos y manuales definir y diferenciar entre urgencia y emergencia. En nuestro caso, la diferenciación es menos necesaria, ya que el paciente psicosocial admite, normalmente, tiempos de actuación algo mayores que el paciente sanitario. En cualquier caso conviene conocer las diferencias y adaptarlas a nuestro contexto.

La urgencia médica (9) o también llamada crisis, se define como toda situación en que el paciente solicita ayuda inmediata sin existir peligro inminente para la vida, aunque el paciente y/o sus familiares si perciban ese riesgo.

La emergencia se corresponde con una situación, donde existe peligro inmediato real o potencial para la vida del paciente, riesgo de secuelas graves permanentes y/o invalidantes y requiere la intervención in situ.

En referencia a nuestro ámbito, las emergencias podrían ser aquellas situaciones donde se requiere acción inmediata sobre el paciente o entorno para proteger su vida, la de las personas de su alrededor o el personal interviniente, esto es, brotes psicóticos, conductas agresivas, crisis suicidas...

Urgencias serían aquellas que siendo necesaria la presencia inmediata del equipo de intervención admite cierta demora. No existen riesgos vitales, pero si factores que conforme avance el tiempo dificultan la intervención, por ejemplo niños que han visto una situación violenta y necesitan iniciar la intervención psicosocial lo antes posible para evitar embotamientos o traumas.

Efectos de las emergencias sobre la salud mental y el bienestar psicosocial

Según la guía IASC (10), las emergencias crean muy diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad.

En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar los problemas existentes. Por ejemplo, las inundaciones, suelen tener efectos desproporcionados sobre los sectores más pobres de población, que residen en lugares más precarios.

Los problemas de salud mental y psicosociales en emergencias están muy interconectados.

Algunos ejemplos de problemas sociales y psicológicos son:

Problemas Preexistentes	Inducidos por la emergencia	Suscitados por la asistencia
<ul style="list-style-type: none">• Extrema pobreza, pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado.• Trastornos mentales graves; abuso de alcohol	<ul style="list-style-type: none">• Separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias.• Duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático (TEPT)	<ul style="list-style-type: none">• Debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales• Ansiedad debida a la falta de información

TABLA 1 - EJEMPLOS DE EFECTOS DE LAS EMERGENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL Y BIENESTAR.
FUENTE: GUÍA IASC (2007)

Aun con todo lo expuesto hay que matizar que en situaciones de emergencia, no todos tienen o desarrollan problemas psicológicos apreciables. Numerosas personas dan pruebas de resistencia, y tienen la capacidad de hacer frente relativamente bien a la adversidad. Hay numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que interactúan e influyen sobre si las personas desarrollan problemas psicológicos o, si por el contrario, dan pruebas de resistencia frente a la adversidad.

Fases de las Emergencias aplicadas al ámbito psicosocial

En general cualquier emergencia, pero las psicosociales en particular, son unos procesos en los cuales las sociedades viven en cronologías cíclicas. La organización de la intervención ha de dividirse en diferentes etapas, debido a las características especiales de cada uno. Por supuesto que esta delimitación temporal siempre tendrá un carácter relativo y solo debe tomarse como marco de referencia, ya que en la realidad los tiempos no suelen estar tan bien delimitados como en la teoría. Además los equipos de emergencia en relación con estas etapas vistas desde la óptica social, tienen sus propias fases de trabajo.

Cabe destacar que aunque hablemos de sociedades, estas fases son aplicables también, desde la visión de un individuo o familia.

Etapla previa: En ella la sociedad se encuentra en un equilibrio donde no hay grandes factores que alteren la cotidianidad. Los equipos de intervención en esta fase se encuentran realizando tareas de **prevención y preparación**. Los tiempos son enormemente variables, desde espacios muy prolongados a pequeños, donde se encadenan varios eventos adversos.

Periodo crítico también muy variable en cuanto a duración y características, dependiendo del tipo de evento y su magnitud. En este momento, lo fundamental para la población es su seguridad personal y familiar y la satisfacción de sus necesidades básicas y de supervivencia. La primera ayuda psicológica se ofrece por la propia comunidad, socorristas y el personal que entra en contacto con la gente en esos momentos difíciles. En ella los equipos de emergencia inician la fase de **respuesta y acción**.

Periodo post-crítica se enmarca, aproximadamente, en un período de 15 a 30 días después del evento. En la mayoría de las ocasiones, los grupos de ayuda externa y la movilización de las organizaciones nacionales, ocurren en esta etapa del desastre. En estos momentos se trabajan los procesos de intervención en crisis y atención a casos con manifestaciones psíquicas, incluso, con personal especializado.

Etapla de rehabilitación y reconstrucción donde se trabaja para restablecer las condiciones iniciales. Es importante comenzar lo antes posible la preparación para la etapa de recuperación, donde el sector salud y las diferentes instituciones nacionales tendrán que enfrentar con sus propios recursos las tareas normales, más las que corresponden a la recuperación psicosocial del desastre.

En la siguiente ilustración se observan las diferentes fases de las emergencias y el estado de los equipos de emergencias.

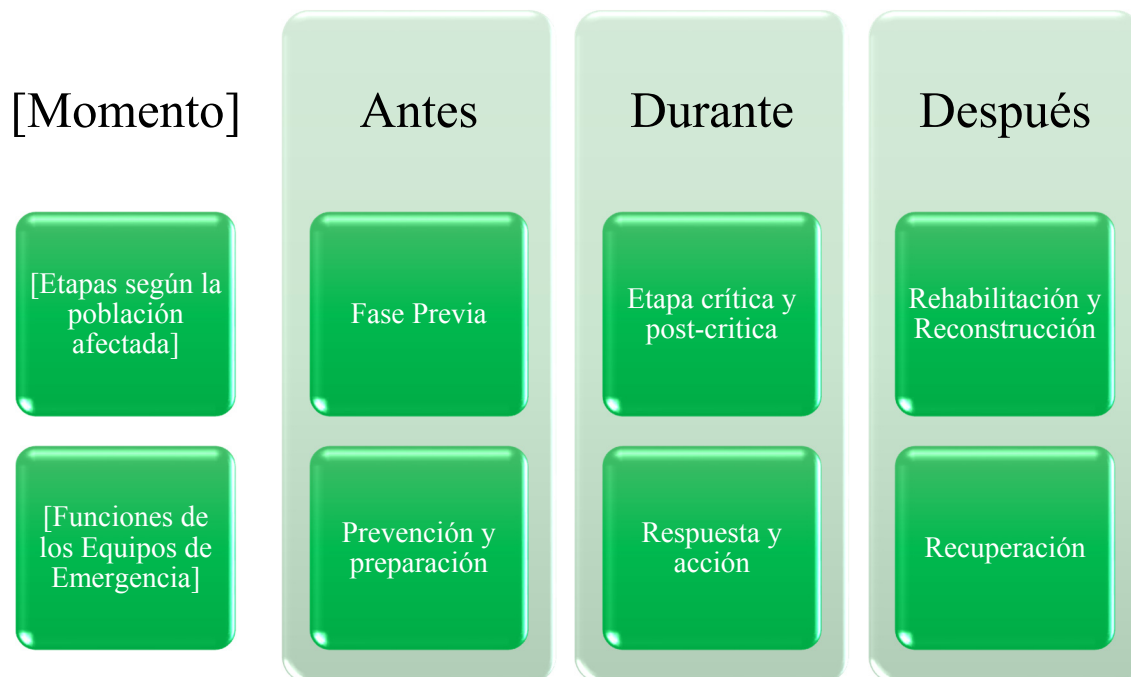


ILUSTRACIÓN 1 - ESQUEMA COMPARATIVO DE LAS FASES VIVIDAS POR LA POBLACIÓN Y FUNCIONES QUE REALIZAN LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA EN ESE MOMENTO. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Funciones del enfermero según fase del ciclo de la emergencia:

1. **Prevención:** En esta fase se pueden realizar acciones de investigación en relación a nuestro ámbito, buscar artículos y estudios que arrojen evidencia sobre nuestras actuaciones y así perfilar nuestro trabajo. Como ya hemos dicho, la enfermería ha avanzado mucho en el campo de la investigación, aunque se encuentra muy retrasada en basar en la evidencia intervenciones psicosociales. Explorar estrategias terapéuticas adecuadas y estandarizar los planes de cuidados, debe realizarse intensamente en esta fase.

Es interesante estudiar las poblaciones y evaluar las necesidades colectivas e individuales para generar respuestas adaptadas y posteriormente dotar a los equipos para cubrirlos. También en esta fase se deben llevar a cabo acciones de educación y asesoramiento a la población, para reducir la incidencia de los eventos adversos.

Trabajar con los gobiernos para fomentar políticas de prevención y preparación para desastres.

Se debe empoderar a los profesionales intervinientes con una formación continua y entrenamientos programados para mantenerse siempre actualizados. El enfermero además de formarse él mismo, tiene que llevar acciones de formación al resto de miembros, independientemente del perfil. Un buen ejemplo es la formación básica en primeros auxilios, los intervinientes deben saber desenvolverse inicialmente en situaciones de riesgo vital hasta que personal sanitario se haga cargo.

El equipo de enfermería en esta fase debe realizar una historia de cada miembro del equipo con datos relevantes de salud, antecedentes personales de interés, alergias... ya que cuando se desarrolle la intervención es el responsable de velar por la salud de los intervinientes. Este extremo es muy relevante y quizá poco contemplado, teniendo que hacerse durante la intervención y restando tiempo de atención a víctimas.

2. **Preparación:** En esta fase se debe organiza al equipo, definir perfiles de actuación y protocolos de alerta y movilización. El equipo facultativo psicosocial debe protocolarizar los posibles requerimientos de personal, en función del tipo de emergencia, pensar cuando es necesario y cuando no la presencia de médico/enfermero.

Dotarse de los medios y materiales adecuados es fundamental. El enfermero debe diseñar sus botiquines de intervención, previendo todas las necesidades en función de la situación que pueda ocurrir. Es recomendable diseñar un sistema escalonado donde las pequeñas emergencias necesiten un material básico, añadiendo módulos de material según la magnitud sea mayor.

3. **Respuesta y acción:** Acontecido un hecho adverso, el equipo debe dar una respuesta veloz y actuar lo más eficazmente posible. Conformar el equipo, trasladarse al lugar de intervención, valorar la intensidad y magnitud del evento, explorar la escena y diseñar el primer operativo de trabajo son los primeros pasos de esta fase.

La acción del enfermero en esta fase está detallada más extensamente en los puntos siguientes.

4. **Recuperación:** Al igual que las personas o poblaciones tienen que recuperar las capacidades previamente adquiridas y volver a la normalidad, todo equipo de emergencia debe recuperar operatividad lo antes posible. Cuanta más rápida sea la recuperación más capacidad de actuación tendrá el equipo, ya que estará disponible en un tiempo menor.

En primer lugar se debe recuperar adecuadamente al personal interviniente, las intervenciones psicosociales, por sus especiales características, requieren más tiempo para volver a la normalidad. Una vuelta a la intervención prematura puede interrumpir los procesos de normalización del interviniente, generando trastornos. El enfermero debe realizar una valoración de sus compañeros, recomendable por patrones funcionales, y explorar sobre todo lo relacionado con la alimentación, actividad, sueño, descanso y autoconcepto.

En segundo lugar se debe reponer el material y reacondicionar los vehículos para nuevas intervenciones.

Y por último realizar las evaluaciones pertinentes del trabajo realizado para que el equipo evolucione, mejore y perfeccione sus capacidades.

Objetivos y funciones de la intervención en emergencias:

Las personas en primer lugar necesitamos sentirnos seguros y que no está en entredicho nuestra supervivencia. La supervivencia, la seguridad, la alimentación, el abrigo, la salud (física y mental), la comunicación con amigos y familiares son las necesidades básicas de las que se debe partir (11).

En las emergencias psicosociales podemos encontrar la necesidad de clasificar a las personas, ubicándolas en albergues, tratar sus lesiones, facilitar alimentos y suministros para la supervivencia, pero es frecuente que muchos de ellos estén en un estado de shock, especialmente cuando ocurren circunstancias inesperadas donde existe una grave amenaza para la vida.

Podemos encontrar multitud de reacciones, desde personas confusas, atónitas o embotadas, otras que presenten síntomas disociativos o incapaces de afrontar el futuro, hasta individuos que representan un riesgo para ellos mismo o los de su alrededor. También podemos encontrar desesperanza por la ausencia de familiares y miedo a que puedan haber fallecido. Debemos contemplar que la población que ha sufrido una crisis, suele estar sometida a un gran estrés debido entre otras causas o factores, al sentimiento de amenaza contra su vida.

Según expertos en la materia se necesita estructurar herramientas de apoyo psicosocial y sanitario durante este periodo (12). Los participantes de la conferencia, identificaron como componentes clave de la intervención psicológica temprana, incluyendo la preparación, planificación, educación, capacitación, y evaluación de los servicios prestados algunos de los siguientes:

- Un principio de funcionamiento en la fase posterior al incidente es esperar la normal recuperación.
- Esperar un trastorno clínico en la fase posterior al incidente es inapropiado salvo que exista una condición preexistente.
- La participación de los supervivientes en sesiones de intervención temprana grupal o individual debe ser voluntaria.

La intervención psicosocial en emergencias tiene como objetivos (1):



A. Proporcionar apoyo:

- 1. Acercamiento a la víctima y contacto psicológico.
- 2. Apoyo emocional.
- 3. Estar y acompañar.
- 4. Contacto no verbal y contacto físico si se precisa.
- 5. Facilitar la comunicación con el sujeto y la expresión de lo ocurrido.
- 6. Relatar los acontecimientos de forma ordenada.
- 7. Expresión y normalización de sentimientos.



B. Reducir los riesgos y evitar la desorganización.

- 1. Disminuir la mortalidad.
- 2. Disminuir la posibilidad de autolesiones.
- 3. Facilitar el control de la situación.
- 4. Disminuir los riesgos: controlar la situación, vigilancia, contacto permanente.
- 5. Facilitar el acompañamiento.
- 6. Disminuir el riesgo de agresiones por terceros.
- 7. Medidas para disminuir la probabilidad de un comportamiento desordenado.



C. Proporcionar otros recursos de ayuda.

- 1. Identificación de las necesidades.
- 2. Recursos inmediatos.
- 3. Información sobre los recursos existentes.
- 4. Derivación y enlace con otros recursos.
- 5. Recursos materiales, personales y sociales.

Equipos de Intervención en Emergencias Psicosociales en España

La atención en emergencias ha evolucionado mucho en las últimas dos décadas. Se ha pasado, de depender de la Guardia Civil, Cruz Roja o los Taxis para los traslados de personas enfermas al hospital a acercar la asistencia pseudohospitalaria a los domicilios.

Las unidades de atención domiciliar son cada día más sofisticadas, se requiere mayor preparación del personal, se diversifican los medios para ganar versatilidad en la atención a los pacientes con distintas necesidades.

Aun con todo lo anterior siguen surgiendo nuevos contextos con nuevas necesidades que obligan a dar respuesta a nuevas situaciones. Este es el caso de la atención psicosocial, donde por parte de la ciudadanía se demanda cada vez más la atención a los aspectos emocionales, sociales y psicológicos como parte de la atención sanitaria integral.

El contexto social actual donde la “*inmediatez*” es el síndrome que afecta a nuestras vidas:

- Recibimos la información segundos después de que se produzca el evento. Antiguamente las noticias viajaban con un importante retraso. Todo esto hace que al poco de producirse un suceso la información fluya muy deprisa con innumerables interferencias comunicativas.
- Nos comunicamos por métodos cada vez más rápidos, buscando el mayor parecido posible a la presencia física, pero perdiendo la parte emocional del encuentro. Los sentimientos y las emociones pasan a un segundo plano.
- Usamos fármacos para curar, queriendo un efecto rápido y la máxima duración. Lo mismo nos ocurre por ejemplo con el proceso de duelo, donde queremos que sea rápido, indoloro y no interrumpa en nada nuestro ajeteo cotidiano.

Este contexto sociocultural plantea nuevas necesidades de atención a la población y por tanto nuevos escenarios donde intervenir.

Tras hacer un análisis de la realidad, e investigar el estado de la cuestión, conviene detallar los diferentes equipos y administraciones que sustentan el apoyo psicosocial.

En España no es hasta después de los atentados del 11-M (2004), donde verdaderamente esta cuestión es tenida en cuenta a nivel gubernativo. Hasta ese acontecimiento, las administraciones sólo esbozaron lo que podrían ser los equipos de atención o apoyo psicológico, pero no se llegaron a desarrollar. Es llamativo que existía un precedente importante, como fue la ya citada

riada del camping de Biescas (1996), donde quedó patente la necesidad de contar con equipos especializados para apoyar a la población en la vertiente emocional, pero donde sólo se sentaron bases teóricas de lo que debía ser dicha atención. Cruz Roja Española, en su tarea como auxiliar de los poderes públicos españoles, comenzó a formar los Equipos de Intervención en Emergencias de Apoyo Psicológico, siendo el principal interviniente psicosocial en todo el dispositivo del 11M.

UAD – Unidades de Apoyo ante desastres

En el año 2000 el Ministerio del Interior, a través de la Dirección General de Protección Civil, mediante el Real Decreto 1123/2000, de 16 de junio, inicia la creación e implantación de unidades de apoyo ante desastres.

El objetivo de estas unidades era la *protección de las personas y de los bienes en situaciones de grave riesgo colectivo, catástrofe o calamidad pública*.

Dentro de las posibles unidades estaba la de *“Apoyo Psicológico en emergencias”*.

Las UAD eran grupos de profesionales que de forma altruista y voluntaria realizaban actividades de protección a las personas afectadas por catástrofes o eventos similares. Constituían una línea estratégica de la política española en materia de protección civil.

Estas unidades fueron suprimidas en 2013 mediante el Real Decreto 701/2013, de 20 de septiembre, de racionalización del sector público, debido a la creación de la Unidad Militar de Emergencias, y al desarrollo de los módulos de intervención de la UE ante desastres internacionales y de los homologados por la ONU. No se tiene constancia de que se constituyese ninguna unidad de Apoyo Psicológico en emergencias.

UME – Unidad Militar de Emergencias

En 2005 se crea la Unidad Militar de Emergencias (13) con las funciones de intervención en cualquier lugar del territorio nacional, para contribuir a la seguridad y bienestar de los ciudadanos en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas, todo ello con arreglo a lo dispuesto en el Real Decreto 1097/2011, de 22 de julio, por el que se aprueba el protocolo de Intervención de la Unidad Militar de Emergencias

Fue tras el incendio forestal en Guadalajara, que dejó el trágico balance de 11 fallecidos, cuando el Gobierno de España decidió crear un órgano de emergencias, bajo responsabilidad militar, robusto, ágil y de suficiente entidad, capaz de ofrecer la disponibilidad necesarias para el apoyo

y el refuerzo necesario a las Comunidades Autónomas, cuando se vieran superadas por la magnitud de la emergencia, o para hacer frente a una emergencia de interés nacional.

La UME ha ido creciendo progresivamente, abarcando mayor campo de actuación, entre ellos la asistencia psicológica, siempre en estrecha colaboración con los dispositivos ya existentes de Cruz Roja.

Unidad Intervención Psicológica – SAMUR Protección Civil Madrid

El Servicio Municipal de Urgencia y Rescate de Madrid (SAMUR) es el servicio de emergencias sanitarias prehospitalarias de Madrid. Dicho servicio, circunscrito únicamente a la Ciudad de Madrid, se encarga de la atención a las emergencias sanitarias que se produzcan en la vía pública, dentro del término municipal de Madrid. Además, participa en los planes de emergencia, ante posibles catástrofes que puedan darse en la ciudad asumiendo parte de las competencias relacionadas con la gestión y asistencia sanitaria requerida

El SAMUR instauró en el año 2004 la figura de la atención psicológica mediante la incorporación de un psicólogo de guardia en los diferentes turnos como una de sus unidades de atención diaria. Además dispone de un equipo de psicólogos voluntarios para hacer frente a necesidades en grandes emergencias y catástrofes.

Según el manual de procedimientos de SAMUR - Protección Civil (14) el psicólogo se activa en las siguientes intervenciones:

Agresión sexual

Maltrato a menores

Atención sociosanitaria a personas mayores en riesgo social o con sospecha de maltrato

Donante de órganos en asistolia (Código 9)

Parada cardiorrespiratoria

Precipitado

Autólisis traumática

Arrollamiento por metro o tren

Procedimiento de actuación coordinada para la prevención del suicidio

Atropello

Otras actuaciones según criterio del jefe de guardia

Cuando la víctima finalmente fallece la comunicación de la mala noticia es responsabilidad del médico siendo el psicólogo el que inicia la atención al proceso de duelo.

En dicho manual, aunque dentro de las funciones descritas para el "Enfermero asistencial" aparece la "aplicación de cuidados de enfermería individualizados basados en los procedimientos" en ninguno de estos procedimientos se contempla la atención de enfermería en su componente psicosocial.

ERIE – Cruz Roja Española

(A pesar de que el modelo de los ERIE de Cruz Roja Española se verá de forma más extensa en las siguientes páginas conviene realizar aquí una breve explicación).

Los Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) es el modelo de actuación ante emergencias, que Cruz Roja Española ha diseñado para intervención en el territorio nacional.

La Asamblea General de Cruz Roja Española de Marzo de 1999 aprobó las líneas estratégicas en relación al Plan de Intervención en Socorros y Emergencias, identificando como línea estratégica y prioritaria: *“Mejorar la eficacia y eficiencia en materia de preparación para desastres e intervención en emergencias”*

El 14 de febrero de 2000, el Comité Nacional de Cruz Roja Española aprobó: *“Actuar dentro de las competencias de nuestra Sociedad Nacional, contando con las capacidades y recursos locales, favoreciendo el establecimiento de respuestas escalonadas de respaldo de un territorio hacia otro”*. *Mediante el Establecimiento de unidades y equipos de respuesta inmediata, estableciendo sus dotaciones y homologaciones*. Se crea entonces un marco, para que las diferentes asambleas provinciales puedan crear equipos, en función de las necesidades de su territorio.

Inicialmente se establecen seis tipos de ERIE diferentes, en función del campo de actuación en emergencia que pueden atender. Posteriormente serán las actuales siete, ya que se detectó, que con las seis existentes había necesidades sin cubrir.

Cada equipo es independiente de los demás, con funciones propias, con equipamiento particular, personal especializado... pero en caso de necesidad, se unen para dar una respuesta integral, multidisciplinar y complementaria entre sí. Es frecuente que los ERIE intervengan conjuntamente ya que se asegura una mejor atención en la emergencia.



Asistencia Sanitaria y Clasificación de Víctimas

- Además de actuar como referente de la salud de la población y de los equipos implicados en una emergencia, colabora en la clasificación de la gravedad de las víctimas cuando ocurre alguna catástrofe y facilita su traslado a los centros asistenciales. Según el nivel de urgencia pueden estar preparados en tres o seis horas.
- Para poder cubrir todas las necesidades previsibles, este ERIE lo forman un jefe de equipo y cinco grupos de diferente actividad: clasificación, control asistencial, asistencia de enfermería, asistencia básica y evacuación en ambulancia.

Intervención Psicosocial

Albergue Provisional

- Estos equipos intervienen cuando es necesario desplazar a la población de sus domicilios, alojarla en otro lugar y proporcionar productos de primera necesidad, por ejemplo a raíz de un incendio, inundación o cualquier otra eventualidad.
- Están compuestos de un jefe de equipo y cuatro técnicos de montaje y mantenimiento y están dispuestos en 12 horas desde su aviso.

Comunicaciones y Coordinación

- En el momento en que surge una alerta en la que interviene más de un equipo, este ERIE, operativo en el plazo de tres horas, garantiza la comunicación entre ellos, tanto en la zona de trabajo como con el exterior. Se trata de dotar de los medios técnicos necesarios, incluidos centros móviles, para que exista una coordinación en toda la acción. Mantiene el contacto con el mando operativo llegando a asumir el control de las operaciones. Lo componen un jefe de equipo, dos técnicos y seis operadores.

Búsqueda y Salvamento en el medio acuático

- Participa de la búsqueda, salvamento y rescate de personas desaparecidas en ríos, pantanos, embalses, etc. Para la búsqueda está disponible antes de dos horas, pero si se trata de un rescate se encuentra preparado antes de un cuarto de hora. Además del jefe de equipo cuenta con cuatro socorristas acuáticos y dos conductores.

Búsqueda y Salvamento en el medio terrestre

- Colabora en la localización de personas desaparecidas o que se han perdido en espacios naturales como montañas, etc. Planea y ejecuta las operaciones de rastreo además de ofrecer el apoyo sanitario que se necesite y dispone de los medios técnicos necesarios para poner a salvo a las víctimas, si se encuentran en situación de riesgo.
- Está dispuesto antes de una hora y media para el rescate y, si se trata de una búsqueda, antes de dos horas. Cuenta con un jefe de equipo, dos conductores y cuatro socorristas.

Ayuda Humanitaria a Inmigrantes

- Se trata del dispositivo de primera atención a inmigrantes que llegan a las costas españolas y su objetivo es el de proteger la vida y la salud de estas personas.
- Se le conoce como de Atención a pie de playa y ofrece a los recién llegados asistencia sanitaria, alimentos, bebidas calientes, ropa de abrigo e higiene y realiza labores de búsqueda y salvamento acuático en superficie. Cuenta con un jefe de equipo, un médico, un enfermero, un conductor y ocho socorristas.

Los ERIES se encuentran dentro de los planes y protocolos de activación e intervención, que Protección Civil desarrolla y pone en funcionamiento a nivel nacional. La colaboración conjunta con la Unidad Militar de Emergencias se ha hecho muy patente en los últimos años.

EL EQUIPO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

El modelo que vamos a utilizar para el desarrollo de este trabajo va a ser el de los ERIES (Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias) de Cruz Roja Española (1) (15). Se ha decidido desarrollar este modelo, como ya hemos dicho, por ser el **único que contempla la figura del graduado en enfermería como un profesional de la atención integral psicosocial.**

Los equipos de respuesta inmediata en emergencias - ERIE- se crean como un modelo de respuesta de la Cruz Roja Española ante situaciones de emergencias, en las que es necesaria una actuación Psicosocial.

El ERIE de Intervención Psicosocial tiene como principal tarea, proporcionar una adecuada **atención integradora, de las víctimas, familiares e intervinientes** que se vean afectados por una situación de emergencia, con la finalidad, de **satisfacer las necesidades psicológicas, sociales e incluso, sanitarias que puedan tener los afectados**, en estos primeros momentos de la emergencia

Los contextos de intervención de los ERIES de Intervención Psicosocial, serán aquellos que se deriven de los riesgos contemplados en los Planes Estatales y Territoriales de Emergencias, donde sea necesario prestar una atención psicosocial a los afectados. En términos generales, los riesgos detectados serían los siguientes:

- **Desastres Naturales:** situaciones donde la fuerza de la naturaleza produzca pérdidas personales y/o materiales (incendios, erupciones, volcanes, terremotos, inundaciones...). Generalmente estos riesgos, implicarán la evacuación de afectados teniendo que proveer a la población de *Albergues Provisionales* que garanticen un adecuado alojamiento temporalmente.
- **Desastres Tecnológicos:** se contemplarían los riesgos químicos, industriales y nucleares.
- **Conflictos bélicos y Asociados a la Acción terrorista**
- **Situaciones de Riesgo en Lugares Públicos:** cualquier contexto que suponga una concentración masiva de personas, implicando un riesgo para sus vidas.
- **Asociados con el transporte y el tráfico:** cuando existan accidentes de medios de transporte colectivo de pasajeros con múltiples heridos.

Hay que destacar, más concretamente, otros escenarios de intervención de los ERIES de Intervención Psicosocial, que pueden derivarse de otros riesgos, contemplados o no, en los Planes de Emergencia:

- **Intentos de Suicidio:** cualquier situación, donde una o varias personas intenten la autolisis. Especialmente a destacar los suicidios colectivos.
- **Desestabilizaciones Psíquicas:** cuando se produzcan crisis de cuadros psicopatológicos (miedos intensos, sensación de inseguridad, pánico...), que puedan suponer un riesgo para la persona afectada y/o para los demás.
- **Búsqueda y Salvamento de víctimas:** cuando otros equipos de intervención se encuentren realizando tareas de búsqueda y rescate de víctimas, tanto en el medio terrestre como acuático. La intervención se dirigirá principalmente a los familiares, durante el tiempo que permanezcan a la espera y/o hacia aquellas víctimas que sean localizadas cuando las tareas de rescate sean difíciles y suponga una demora considerable.
- **Atención a colectivos especiales:** víctimas de la violencia de género, inmigrantes, menores,...

Para cumplir su objetivo principal, el ERIE Psicosocial, debe de cumplir una serie de objetivos específicos, como son los que siguen a continuación:

Generales:

- Mejorar la **calidad de la asistencia humanitaria**, brindada a la persona y a la comunidad, **aliviando el sufrimiento** de las personas, que se enfrentan a una situación de emergencia, cuando sufre física y psíquicamente.
- Proporcionar una **respuesta inmediata**, organizada y eficaz, para **aliviar el sufrimiento de las víctimas, familiares y allegados**, afectados por una situación de emergencia y/o catástrofe.

Específicos

- Asegurar una **respuesta especializada** en la atención a las necesidades psicosociales de las víctimas, familiares y/o allegados, afectados por una situación de emergencia y/o catástrofe.

- **Valoración de las necesidades** psicosociales de los afectados, en el contexto de la emergencia
- **Normalizar las reacciones** de los afectados, previniendo la aparición de trastornos psicopatológicos.
- **Asesorar a los gestores** de la emergencia, sobre el manejo de las diferentes variables psicosociales, que inciden negativamente en los afectados.
- **Fortalecer la capacidad de afrontamiento** de nuestras intervenciones, frente a las situaciones críticas en las que trabajan.
- **Orientar a los afectados**, hacia los diferentes tipos de **recursos** que puedan serles de ayuda en el proceso de normalización de su situación.
- **Detección temprana** de aquellos casos que sea necesario **derivar a la red de salud mental y/o servicios sociales**, facilitando la derivación.
- **Intervenir con los intervinientes**, para disminuir los riesgos de resultar afectados por su actuación en la situación de emergencia.

Por otro lado, y en lo que respecta a otras instituciones, los ERIES Psicosociales cumplen una serie de funciones o papeles fundamentales en la gestión de la emergencia, entre los que encontramos:

- **Facilitar** el respaldo de un territorio a otro para la Intervención en Emergencias.
- **Proporciona** los Comités Territoriales una herramienta para Intervención en Emergencias.
- **Agrupar** las actividades de Socorros y Emergencias de Cruz Roja en el Sistema Público de Protección Civil.

Recursos humanos del ERIE Psicosocial

Para ver cumplidos sus funciones y objetivos, el ERIE Psicosocial tiene definidos unos puestos de actividad multiprofesionales.

En la siguiente figura, podemos observar la organización básica de las principales componentes del ERIE psicosocial, si bien, la cantidad de personas en cada una de las figuras, puede variar en función de las demandas de cada ERIE.

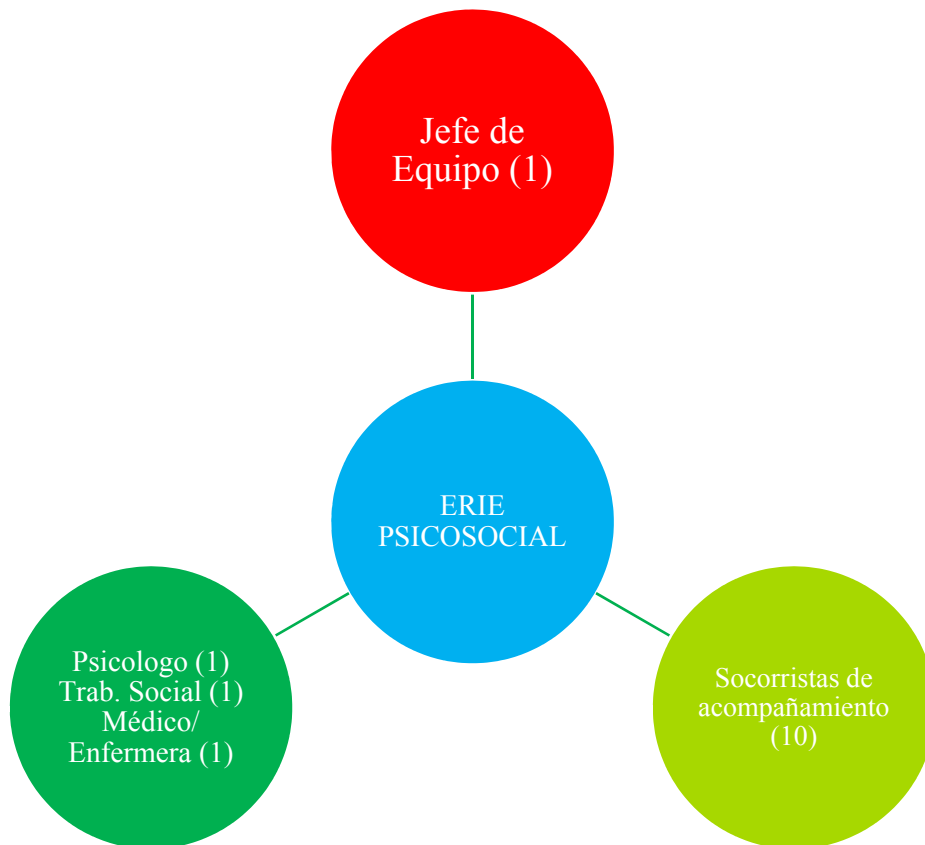


ILUSTRACIÓN 2 - ESTRUCTURA BÁSICA ERIE PSICOSOCIAL

La configuración de estos equipos supone la garantía de establecer las mejores condiciones para satisfacer las necesidades psicosociales de las víctimas y familiares afectadas por una situación de emergencia y/o catástrofe

La composición de un Equipo Multidisciplinar que abarca los aspectos sanitarios, psicológicos y sociales, permite analizar las necesidades de las víctimas, proponer un modelo de trabajo interdisciplinar, y facilitar el asesoramiento en la toma de decisiones al Jefe de Equipo.

No obstante, hay que destacar, que la mayoría de las víctimas necesitarán apoyo psicosocial, que alivie el sufrimiento en los momentos de crisis. En estos dispositivos es importante integrar

al Socorrista de Acompañamiento, que realizará un acompañamiento individualizado a los afectados, siendo la persona de referencia y de ayuda para atender sus necesidades.

Cada uno de estos puestos tiene funciones y perfiles diferentes. Veamos a continuación cuáles son estos perfiles.

Puestos de actividad y funciones

Jefe de Equipo

- Coordinación y Supervisión del Dispositivo de Intervención Psicosocial.
- Coordinación con el equipo técnico para conseguir dar una atención integral a las necesidades que puedan plantear los familiares
- Detección de las necesidades generales que se plantean en el escenario de la emergencia.
- Elaboración de un protocolo de recogida de información de los afectados donde se obtengan datos acerca de las variables físicas, psíquicas y sociales, contando con el asesoramiento técnico de los profesionales del equipo.
- Es la figura encargada de tomar las decisiones, con relación a la actividad a desarrollar
- Responsabilidad en la coordinación interinstitucional.
- Definirá cuántos recursos de Cruz Roja son necesarios para realizar las tareas asumidas, decidiendo la conveniencia o no de movilizar más recursos. Para ello, contará con el asesoramiento técnico del Médico y Enfermera, Psicólogo y Trabajador Social.
- Gestionará los recursos económicos y materiales designados en la emergencia para el Dispositivo de Intervención Psicosocial.
- En cuanto a la gestión de recursos humanos, será el coordinador de todos los voluntarios que están trabajando en este dispositivo, estableciendo los turnos de descanso, delegando tareas, supervisando la actividad, etc.
- Referente y portavoz de prensa con relación a la información referida al Dispositivo de Intervención Psicosocial.
- Velará por asegurar la disponibilidad y estado operativo del equipo
- Realizará una evaluación de la actividad desarrollada emitiendo un informe final.

En el caso concreto de albergues:

- Coordinación con el ERIE de Albergue provisional, con relación a todas las necesidades logísticas que se presenten.
- Gestión y manejo del albergue.

Psicólogo

- Valoración de las necesidades psicológicas de los afectados.
- Asesoramiento técnico en aspectos relacionados con el sufrimiento psicológico de los familiares (información medios de comunicación, reconocimiento cadáveres, espacios que preserven la intimidad...).
- Recogida de los comportamientos de los afectados, detectando la existencia de los casos que requieran una atención especializada.
- Evaluación y Detección de grupos de riesgo, en cuanto a problemas psicológicos.
- Proporciona respuestas especializadas, si así se valorara como necesario, en materia de apoyo psicológico.
- Orienta a los socorristas en su relación directa con las víctimas.
- Apoyo psicológico a los intervinientes (antes, durante y después de la emergencia).
- Informa y asesora al Jefe de equipo de las necesidades de atención a los intervinientes, (Turnos de descanso, espacios de “libres de tensión”, tareas que podrían provocar graves secuelas como por ejemplo recogida y lavado de cadáver, traslado de féretros...).
- Derivación a la Red de Salud Mental de la zona, para aquellos casos donde sea necesario.
- Seguimiento de los afectados.
- Facilitar el soporte técnico para el informe final.

Trabajador Social

- Realizará las valoraciones sociales relativas a la zona, y a las familias.
- Detección de las necesidades sociales y elaboración de un plan de actuación.
- Tramitar y gestionar los recursos materiales, institucionales y económicos dando respuestas a las necesidades sociales, que los familiares y los intervinientes pueden tener en el momento de la emergencia.
- Asesorar a los socorristas en la solución de respuestas sociales básicas, que demanden los familiares.
- Derivaciones a Programas Sociales.
- Enlace con los Servicios Sociales de la zona y/o zona de origen.
- Informará de los aspectos legales.
- Facilitar el soporte técnico para el informe final.
- Elaboración y Asesoramiento técnico en el establecimiento de los censos.
- Favorecer la Reagrupación Familiar.
- Establecimiento de Programas de Búsqueda.
- Elaboración de programas de Animación Sociocultural.

Socorrista – Acompañamiento

- Detección y Análisis de las necesidades básicas de los afectados.
- Presta los Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Humano.
- Proporciona Respuestas a necesidades básicas de las víctimas, familiares y allegados.
- Solicitar apoyo y respaldo al jefe de equipo, cuando sienta, que dadas las condiciones de trabajo y la alta tensión emocional su respuesta ya no es eficaz.
- Detección de aquellos casos que requieran una respuesta especializada, comunicando esta información al Jefe de Equipo.

Facultativo: Médico/DUE

En este punto, además de enunciar las funciones fijadas en el documento marco, se va a detallar las actividades específicas llevadas a cabo para cumplir con las citadas funciones.

- **Valorará las necesidades médicas y de enfermería que se deriven de la situación de crisis y que afecten a los familiares, allegados e intervinientes:** Los equipos de emergencias atienden a las personas afectadas como beneficiarios directos y siendo estos la población diana más evidente. Pero es importante, que dentro de los propios equipos no se pierda la atención a compañeros y resto de intervinientes. Todos somos personas que potencialmente podemos sufrir consecuencias a todos los niveles

En este sentido el enfermero tiene que velar por la atención sanitaria de afectados, familiares, compañeros e intervinientes del resto de servicios. Detectar sobrecargas emocionales, afectaciones fisiológicas, en definitiva alteraciones de los patrones funcionales más allá de las permisibles, es tarea en colaboración del enfermero/médico del equipo.

« ¿No pueden estar interviniendo compañeros que sean diabéticos, con patologías cardíacas, personas con alguna alteración física que necesita nuestra atención?» Este punto no puede ser ignorado. Es importante conocer los antecedentes, características personales... de los compañeros de los equipos y llevar planes de cuidados predefinidos a las intervenciones para su adecuada implantación.

- **Asesoramiento técnico en aspectos sanitarios al Jefe de Equipo:** Un jefe de equipo no tiene por qué tener formación sanitaria ya que para ejercer su perfil no lo requiere, por ello el médico o el enfermero debe facilitar el análisis sanitario de las diferentes situaciones. En el primer análisis de la escena el enfermero debe evaluar la suficiencia de los recursos sanitarios en la intervención y transmitir al jefe de equipo las necesidades detectadas.
- **Elaboración de historiales clínicos:** La Ley 41/2002 de 14 de noviembre de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (16), estipula en su Capítulo V, la obligatoriedad de reflejar en un soporte documental, todo el proceso asistencial de cada paciente. Se debe observar fielmente el mandato legal, para cumplir con los derechos del paciente, en esta materia se deben de desarrollar documentos o bases de datos, que permitan recoger los

documentos que el Artículo 15 exige (*se han eliminado los documentos no exigibles por no ser un proceso hospitalario*):

- a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.

Además en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (17) también puntualiza y explicita lo anteriormente preceptuado.

El enfermero, como profesional sanitario interviniente, tiene la obligación de cumplimentar los aspectos relacionados con su responsabilidad.

- **Detección de grupos de riesgo en cuanto a problemas sanitarios:** Existen grupos determinados con características específicas que condicionan o, al menos, pueden modificar la intervención en general. Hacemos referencia a niños, ancianos, víctimas directas, agresiones sexuales... Pero tenemos que ampliar esta inquietud a otros colectivos que puedan necesitar cuidados específicos, como pueden ser los pacientes con factores/enfermedades de riesgo cardiovascular (prioritariamente Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial), insuficiencias cardíacas, neoplasias en tratamiento paliativo...

Como ya se ha mencionado anteriormente, cuando una persona está absorta en una coyuntura de emociones que no suelen ser muy positivas reduce su capacidad de respuesta ante sensaciones normales como puede ser el hambre, la actividad física, o condiciona otras como el descanso y el sueño. Es normal que, cuando les ofrecemos a las personas afectadas algo de comer o de beber, las invitamos a ir a descansar o al menos a separarse por unos instantes de la zona donde se encuentran, se nieguen a hacerlo o bien lo hagan de mala gana.

Pero siempre desde el principio profesional de hacer el mayor bien posible para la persona (*Beneficencia*).

Un paciente diabético que no tiene ganas de comer, por lo que no come; salió corriendo de casa, probablemente sin su medicación y por tanto sin administración de antidiabéticos, es susceptible de tener complicaciones con relativa facilidad. Si conocemos que esto se puede producir, tendremos que hacer valoración continua de la situación, preparación para posible intervención y actuación llegado el caso.

- **Elaboración de planes de cuidados adaptados a las necesidades individuales.** *Se desarrolla más adelante.*
- **Orientación a los intervinientes en temas sanitarios, con especial atención a la autoprotección:** El equipo de intervención debe formar una unidad funcional donde todos los miembros ponen a disposición de los demás las ramas de conocimiento en las que son expertos. La tarea del enfermero es facilitar asesoramiento en materia de cuidados de salud a lo demás y velar por la salud de sus compañeros. Es frecuente que la emergencia comporte problemas que no son visibles desde todas las ópticas profesionales. El enfermero debe trabajar en esta materia y cuidar a sus compañeros de la misma manera que si fueran sus clientes directos, al igual que el resto de profesionales en su material. Los conocimientos de epidemiología, seguridad personal y pato
- **Respuestas especializadas en materia sanitaria.**
- **Control y seguimiento farmacológico:** Tarea evidente del enfermero en colaboración con el médico. Se encuentra incluida en el Proceso de Atención de enfermería expuesto más adelante.

El enfermero psicosocial tiene un conocimiento de la farmacología general que le capacita para administrar los tratamientos bajo orden médica. Puede ocurrir que en las intervenciones psicosociales se requiera la aplicación de farmacoterapia de muy diversa índole ya que la población que se atiende es muy variada.

Se debe estar preparado para tres contextos diferentes:

- A. **Macroemergencias** donde hay multitud de población desplazada de sus hogares y que probablemente se la ha albergado en un polideportivo o estructura similar de carácter provisional: El equipo sanitario (médico y enfermero) deberán desarrollar un trabajo propio de atención primaria de salud: valorar al paciente,

conocer los antecedentes médicos y registrar los tratamientos que toma habitualmente en función de las patologías que padezca. Asegurar la adherencia al tratamiento pautado y los efectos en caso de no tomar dicho tratamiento.

Es frecuente que en este tipo de sucesos las personas carezcan de las medicinas que necesitan (pe. olvido en su domicilio si han salido rápido) por ello el enfermero debe hacer los trámites pertinentes para que suministren dichos fármacos.

B. **Microemergencias** donde se atiende individuos o unidades familiares en un contexto controlado con poco afectados: En estos contextos el enfermero solo debe hacer una valoración general para detectar posibles personas con enfermedades de riesgo por si es necesario intervenciones específicas.

También podría pasar que alguno de las personas tuviera un agravamiento de cierta sintomatología mental, en cuyo caso es posible que el médico indique iniciar tratamientos ansiolíticos o sedantes.

C. **Emergencias con prioridad sanitaria:** En el caso de que a lleguemos al lugar de intervención y los recursos sanitarios sean menos que las necesidades, el enfermero debe participar principalmente de los cuidados sanitarios. La vida de los pacientes prima por encima de cualquier otra actuación, por ello una vez estabilizada la escena el enfermero recuperaría su función psicosocial.

- **Detección de las necesidades de evacuación y derivación a Centros Sanitarios, si precisa:** Es necesario identificar en qué casos es necesario realizar una derivación y traslado a servicios especializados, como pueden ser los servicios sanitarios presentes en el lugar de intervención, los servicios de urgencias de un hospital o equipos especiales de salud mental. La forma de solicitud del recurso, así como la información necesaria se ajustan a los protocolos de aviso y preaviso existentes y que forman parte de la formación general de los profesionales sanitarios.

Es necesario recordar que, cuando se hace la transferencia de la información a la unidad de traslado, hay que informar de todo lo relacionado con la intervención llevada a cabo, es decir, antecedentes personales, motivo de atención in situ, administración de tratamiento, valoración del paciente, evolución del paciente... con el objetivo de que se

continúen los cuidados iniciados por nuestro personal sanitario y se garantice la excelencia de los mismos.

- **Coordinación con los recursos sanitarios de la zona:** Aunque se indique la relación con este tipo de recursos en concreto, es necesario ampliar esta función a todos los recursos con los que nos veamos en la obligación de trabajar, o creamos necesarios para continuar con la administración de los cuidados de la persona. Si es necesario que se continúe con el tratamiento durante un tiempo superior al de la intervención, habrá que asegurarse o, en muchos casos, plantear la necesidad de que los recursos sanitarios de la zona se hagan cargo de ello.

También hay que tener en cuenta, que normalmente, a los lugares de nuestras intervenciones se desplazan otras instituciones que pueden participar o colaborar con nosotros realizando las mismas funciones u otras que las complementan. Lógicamente, si no se parte desde el principio de coordinación y de cooperación interinstitucional es muy difícil conseguir que la gestión de una emergencia sea efectiva y operativa. En algunos casos, esa falta de cooperación ha generado situaciones de competencia que han desembocado en un alejamiento de los principios de toda intervención y perjudica la atmósfera terapéutica de trabajo que intentamos plasmar.

Otro aspecto a considerar, es que el aspecto físico no puede ser tratado de forma independiente y autónoma en la realización del plan de cuidados del paciente. Con esto queremos decir, que si la persona no cuenta con el apoyo social y psicológico básico, para la realización de lo que planteamos, es muy difícil que pueda realizar el tratamiento de forma adecuada. Por ejemplo, supongamos que se pauta una medicación X a un paciente y que ha de tomarla durante los próximos 7 días cada 8 horas, si el área social, a través de la figura del trabajador social, no se encarga de conseguir el medicamento es absurdo plantear este tipo de tratamientos. Por lo que es necesario que todos los profesionales que están interviniendo con la persona, tengan un grado de coordinación y cooperación importante para la buena consecución de los objetivos que plantea todo plan de cuidados.

- **Derivación a Centros Sanitarios:** El enfermero tiene un papel importante en la valoración de los pacientes y en la decisión de su traslado para una atención especializada. En aquellas situaciones en las que los pacientes tengan un agravamiento de los síntomas y pongan en peligro su integridad física o la

Se pueden dar situaciones donde se requiera un traslado forzoso (*potestad del médico*) y se pida la opinión del enfermero.

- **Mantenimiento reposición del material específico sanitario antes y después de cada una de las actuaciones.**
- **Facilitar el soporte técnico para el informe final.**

MARCO COMPETENCIAL DEL ENFERMERO PSICOSOCIAL

Como ya hemos dicho, la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de las personas enfermas y discapacitadas.

Por tanto no se debería concebir una intervención psicosocial sin la presencia de la enfermería. No se puede realizar una atención integral a los pacientes, si no existe integración de diferentes profesionales.

También debemos recordar que el enfermero tiene 4 funciones principales que puede desarrollar (asistencial, docente, administrativa e investigadora) y que deben ser descritas en este ámbito.

El Consejo Internacional de Enfermería (18) considera que la enfermera de cuidados generales está capacitada para una serie de tareas que aplicadas a nuestro campo de estudio serían:

Trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería...

1. **...Incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas:** Por tanto el enfermero debe de participar de programas destinados a esto. En el ámbito de las emergencias esta tarea se circunscribe a dos periodos diferentes con acciones distintas:

- a. **Antes del suceso:** Previo a que surja la emergencia los equipos deben analizar la sociedad, valorar las deficiencias y realizar programas destinados a prevenir que surjan ciertos eventos adversos. Por otro lado existirán situaciones que escapan al control humano, inevitables, y por tanto los programas deben ir destinados a preparar a la población para afrontarlos con los mayores recursos posibles. El enfermero junto con el equipo de salud psicosocial debe proponer programas que dentro de su ámbito sirvan para promocionar la salud y prevenir la enfermedad derivada de situaciones psicosociales.

Un ejemplo de ello sería realizar programas formativos destinados a prevenir las conductas suicidas. Puede darse que el equipo detecte que el índice de atenciones por suicidios es alto, en ningún caso dejará de trabajar con los supervivientes para que normalicen el duelo etc... pero sería de esperar que se realizasen acciones dirigidas a prevenir estas conductas: estudiar las causas, proponer programas de

intervención, ejecutarlos y analizar su efectividad. Al ser un equipo multidisciplinar no es tarea del enfermero en exclusiva realizar todo el proceso, sino formar parte del él como un profesional más y ser capaz de trabajar en colaboración.

- b. **Durante y después del suceso:** En la mayoría de los casos tras el evento serán intervenciones destinadas a prevenir la enfermedad, ya que no tiene por qué ir ligado el suceso impactante con enfermedad. Los enfermeros tras la emergencia realizarán seguimientos de salud de las personas atendidas con el fin de asegurarse de que se encuentran sanas y quedan lejos los riesgos de enfermedad.
2. **de todas las edades y en todas las situaciones, (...) y otros contextos comunitarios:** La emergencia psicosocial es una situación que viven las personas, por tanto el enfermero debe participar y acompañar a la persona en estos momentos también.
3. **Realizar educación sanitaria:** Ya hemos comentado en el punto 1 la necesidad de la educación sanitaria enfocada a prevención y promoción. Además durante las intervenciones se realizan acciones de educación sanitaria ya que se empodera a las personas para afrontar las dificultades vividas. Se pretende explorar en cada persona posibles carencias personales con el fin de compensarlas.

Asimismo en toda intervención se están ejercitando las habilidades de resiliencia que todos tenemos más o menos desarrolladas.

4. **Participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud:** El equipo psicosocial es un equipo de salud donde deben integrarse todos los profesionales, existen discrepancias de quien tiene que componer los equipos psicosociales, predominando pensamientos de psicólogos o facultativos exclusivamente, pero la experiencia ha demostrado que la integración de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y socorristas, es la unidad de salud más completa y con mayor abanico de trabajo.
5. **Supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario:** La labor docente es inherente a la práctica enfermera. Se debe facilitar la integración de otros enfermeros y transmitirles el conocimiento acumulado.
6. **Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación:** El hecho de realizar un trabajo fin de grado para iniciar la andadura formal de la enfermería psicosocial, supone realizarlo desde un proceso de investigación donde la recogida de datos,

la búsqueda bibliográfica, la entrevista cualitativa han sido las herramientas utilizadas para dotarle de contenido.

Hay que recordar que la legislación española abala la intervención enfermera en las siguientes leyes y normas:

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (4) donde preceptúa que las enfermeras son las responsables de los cuidados de Enfermería sin limitar los contextos de actuación.

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería (19), que en su artículo 54 reza:

- “Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles”.
- “Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.”
- “Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

Según el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería (20), propone seis competencias que todo titulado en enfermería debe adquirir:

1. Competencias asociadas con los **valores profesionales y la función de la enfermera**.
2. Competencias asociadas con la **práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas**.
3. Capacidad para utilizar **adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos**.
4. **Conocimiento y competencias cognitivas**.
5. **Competencias interpersonales y de comunicación** (incluidas las tecnologías para la comunicación).
6. Competencias relacionadas con **el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo**.

Por tanto se entiende que el perfil del enfermero psicosocial tiene que estructurarse sobre estas seis competencias.

Para cada una de las seis competencias el libro blanco establece 40 competencias específicas, que al ser analizadas son las que un enfermero psicosocial debe trabajar para alcanzar, no solo en el desarrollo de su carrera formativa sino también durante el ejercicio.

Además en el libro blanco encontramos aquellas competencias que el enfermero tiene que poseer de forma genéricas, es decir adquirirlas por el hecho de cursar estudios universitarios. Estas competencias son generales para todos los universitarios, aunque su importancia para la práctica difiera de unos grados a otros.

En la siguiente tabla observamos las competencias genéricas que el graduado tiene que tener, ordenadas por importancia. *(La cuantificación de la importancia se ha extraído del estudio realizado para la elaboración del libro blanco. Se recomienda la lectura del Tema 6 del citado libro para conocer el método de investigación utilizado y los resultados obtenidos).*

Habilidad	% de Importancia
2. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica	86
17. Trabajo en equipo	83
30. Motivación	82
28. Compromiso ético	79
15. Resolución de problemas	77
5. Conocimientos básicos de la profesión	76
10. Capacidad de aprender	76
29. Preocupación por la calidad	74
20. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar	73
16. Toma de decisiones	72
13. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones	69
4. Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio	60
12. Capacidad de crítica y autocrítica	59
21. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia	58
18. Habilidades interpersonales	56
1. Capacidad de análisis y síntesis	55
3. Planificación y gestión del tiempo	55
6. Comunicación oral y escrita en la lengua materna	55
25. Habilidad para trabajar de manera autónoma	51
14. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)	44
11. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes)	43
22. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad	40
27. Iniciativa y espíritu emprendedor	40
9. Habilidades de investigación	24
8. Habilidades básicas de manejo de ordenadores	21
26. Diseño y gestión de proyectos	18
19. Liderazgo	15
24. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas	15
23. Habilidad para trabajar en un contexto internacional	13
7. Conocimiento de una segunda lengua	11

TABLA 2 - COMPETENCIAS GENÉRICAS ORDENADAS EN FUNCIÓN DEL PORCENTAJE DE IMPORTANCIA PARA EL PERFIL PROFESIONAL

Sería interesante estudiar si en el caso de la enfermería psicosocial de emergencias las habilidades mantendrían el mismo porcentaje de importancia. Es previsible que en esencia conservaran los porcentajes aunque tendrían más peso competencias como conocer una segunda lengua, habilidad para trabajar en contextos internaciones, habilidad para trabajar de forma autónoma... Por el contrario otras habilidades caerían en importancia ya que el contexto de emergencias es muy particular: diseño y gestión de proyectos, investigación, habilidades para el manejo de ordenadores...

Entre las funciones asistenciales (21) que desarrolla un enfermero cabe citar las siguientes:

- Prestar cuidados integrales a la persona, familia y comunidad, mediante acciones de mantenimiento, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación.
 - Elaborando y ejecutando el Plan de Cuidados de Enfermería en sus distintas fases: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación.
 - Colaborando con el resto del Equipo Asistencial, en especial en aquellas funciones derivadas de las prescripciones médicas.
- Ejecutar la terapéutica prescrita y administrar la medicación establecida
- Colaborar con el personal médico en las intervenciones quirúrgicas
- Prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del personal médico.
- Observar y recoger los datos clínicos necesarios para el control de los/las pacientes.
- Vigilar la distribución de regímenes alimenticios y atender la higiene general de los/las enfermos/as.
- Controlar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y aparatos clínicos.

Para su adecuada aplicación es indispensable que el profesional de enfermería cuente con las siguientes cualidades (22):

- A. Interpersonales. Son la comunicación, la capacidad de escuchar, transmitir interés, compasión, conocimientos e información, generar confianza y obtener datos de una forma que favorezca la individualidad del paciente y promueva la integridad de la familia.
- B. Técnicas. Se manifiestan en el buen uso de los equipos y la realización de los procedimientos.
- C. Intelectuales. Incluyen la solución de problemas, el pensamiento crítico, hacer juicios de enfermería y la toma de decisiones que deben estar implicados en cada uno de los componentes del Método de Enfermería.

Para que el profesional de enfermería realice una adecuada valoración debe poseer ciertos valores, conocimientos y cualidades que le permitan integrar de forma lógica, analítica y reflexiva la información necesaria para el logro de los objetivos de cuidado, entre los cuales se pueden mencionar

Identidad profesional. Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, es decir, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el ser humano, la salud, la enfermedad, el entorno, los aspectos sociales e inclusive religiosos, etc. Estas convicciones incluyen los valores y los aspectos éticos de la propia profesión y de la enfermera como ser humano que se formó para cuidar de la vida de otro ser humano.

Conocimientos. Es preciso contar con una base de conocimientos sólida que le permita efectuar, sin dificultad, una adecuada valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben ser tan completos que permitan a la enfermera dar solución a los problemas identificados, realizar un proceso de análisis, síntesis y reflexión para la toma de decisiones que en muchos de los casos es continua.

Habilidades. En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible una buena recolección de datos, así como una adecuada ejecución de las intervenciones planeadas.

Comunicación eficaz. Implica conocer y manejar las teorías de la comunicación y del aprendizaje.

Observación sistemática. Implica la agudización de todos los sentidos, así como del uso de alguna guía o formulario que le permita identificar todos los datos necesarios para reconocer los problemas, respuestas humanas o necesidades de salud del individuo.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que se percibe a través del empleo de los sentidos, y una inferencia es el juicio o interpretación de los signos. Es muy común que las enfermeras realicen inferencias extraídas con poco o ningún sustento que las apoyen, lo que puede dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados o limitados para dar solución a los problemas de salud.

El enfermero en su actividad tiene tres dimensiones en función del nivel de decisión que le corresponde:

- **Dimensión independiente:** Aquellas situaciones o problemas que son responsabilidad directa y única de la enferma. En esta dimensión no participan, supervisan o dirigen otros profesionales. La enfermera psicosocial tiene la tarea de realizar los cuidados autónomos sobre el paciente que ha sufrido la emergencia.

Debe realizar las valoraciones pertinentes de su ámbito para orientar la intervención sanitaria y/o psicosocial con las personas. Es la responsable de clasificar al paciente mediante dicha valoración descartando problemas sanitarios prioritarios a los psicosociales.

- **Dimensión dependiente:** Aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que deben realizar los enfermeros. El enfermero tiene que participar y ser escuchado en la decisión clínica, ya que suele estar más cerca del paciente, conociendo su evolución. La responsabilidad por tanto es administrar los tratamientos médicos prescritos.

Cuando en el equipo está integrado algún médico, la enfermera psicosocial debe realizar las tareas dependientes de los tratamientos o intervenciones de las patologías existentes.

- **Dimensión interdependientes:** Problemas o situaciones en cuya valoración, prescripción y tratamiento colaboran, además del enfermero, otros profesionales de la salud.

Este es el mayor campo de trabajo en el equipo, ya que se trata de un equipo multidisciplinar y perder los enfoques de otros profesionales restaría integralidad a la atención.

La enfermera ocupa el lugar del profesional sanitario del equipo y debe aportar esta visión. Asesorar al resto del equipo de los tratamientos farmacológicos que toma el paciente y los posibles efectos que están teniendo, informar sobre las patologías que los pacientes padecen y los riesgos de que se inestabilicen, informar sobre que signos y síntomas deben percibir en un paciente que indica riesgo para su salud; son algunas de las tareas que la enfermera de manera interdependiente debe hacer.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PSICOSOCIAL

La aplicación del proceso de atención de enfermería a las emergencias psicosociales, es un proyecto complicado que requiere de la aplicación del método científico en toda su extensión. En este TFG se hace una pequeña vinculación con el proceso enfermero con el fin de sentar las bases de la enfermería psicosocial. Conviene informar al lector, que aunque se ha realizado una revisión de casos reales y aportado la experiencia de profesiones para su diseño, aun no se ha elevado a debate el documento, ni formado grupos de trabajo acerca del tema en cuestión como sería de esperar.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) o Proceso Enfermero (PE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Es por tanto un proceso ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad, y que su finalidad es la de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Para ello debe ser flexible, adaptable y aplicable a todas las situaciones posibles tanto en un proceso de pérdida de la salud como de mantenimiento o promoción de la misma.

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería constituye un conjunto de pautas organizadas de actuación que se dirigen a cumplir el objetivo de la enfermería: **mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo**; y si este estado es alterado por alguna circunstancia, **promover entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar**. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe orientarse a **promover la calidad de vida de la persona, al aumentar al máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible** (22).

En sus orígenes, fue considerado como un proceso de tres etapas: valoración, planificación y ejecución; por teóricas de la materia como Lidia Hall (1955), Johnson (1959) y Wiedenbach (1963). Posteriormente se incluyó una cuarta etapa (valoración, planificación, realización y evaluación) para terminar como un proceso de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y et al.

Es importante resaltar que el PAE exige de los profesionales habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con los individuos. Además de ello, el profesional debe dominar unos conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento.

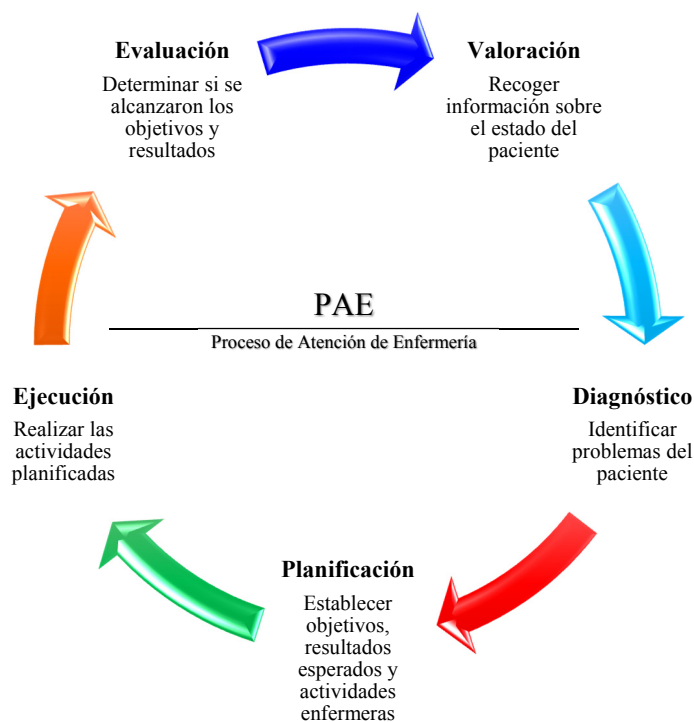


ILUSTRACIÓN 3 - FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Todo lo hasta aquí reflejado, no es ajeno a las funciones que un enfermero, en el contexto de las emergencias psicosociales, tiene que realizar. Es necesario protocolarizar el campo de actuación del profesional y definir su papel ante los usuarios del servicio y ante otros profesionales, pues se trascienden las funciones dependientes e interdependientes (23).

Es importante analizar los problemas que la enfermera independientemente puede y debe tratar, siendo los diagnósticos de enfermería aquellas situaciones propias de actuación y respaldadas legalmente. Las enfermeras pueden tratar multitud de problemas en las emergencias psicosociales, pero conviene investigar, cuáles de todos los diagnósticos son más prevalentes para facilitar la intervención en el terreno.

El PAE debe ser registrado adecuadamente en los medios establecidos para fomentar la continuidad de los cuidados, permitiendo comparar el estado de salud al inicio de la intervención, con los diferentes momentos de la misma y hacer una evaluación final. Este aspecto es especialmente importante en nuestro contexto, ya que las intervenciones suelen ser muy cortas en el tiempo y es muy probable que enlacemos con otros profesionales que continúen la tarea por nosotros iniciada. Si el proceso enfermero se ha realizado correctamente, es sencillo que otros enfermeros (atención primaria, urgencias hospitalarias o atención especializada) puedan servirse de nuestra labor como punto de partida del suyo.

El proceso enfermero es también un estándar de práctica, que, cuando se sigue correctamente, protege a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención (24). Como hemos dicho antes los diagnósticos representan los problemas que la enfermera puede tratar independiente y autónomamente, es por ello que los debe conocer y fundamentar su práctica profesional en ello, para así gozar del respaldo legal adecuado.

Por último cabe destacar la importante componente investigadora que todo PAE puede aportar, el avance de la ciencia enfermera y el aumento de la calidad de los cuidados se basa en ello. Conviene resaltar la importancia que todo proceso enfermero tendrá en los procesos futuros. El PAE debe ser la herramienta sobre la cual basar estudios y análisis para la mejora en las posteriores atenciones. La sistematización, la homogeneización del lenguaje, etc. permiten que se puedan hacer mayores investigaciones en cuidados de enfermería y por consiguiente ampliar el campo de conocimiento de la ciencia enfermera.

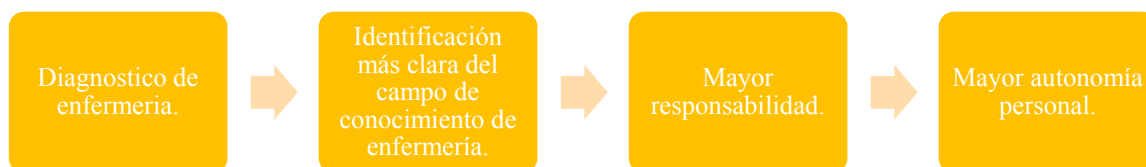


ILUSTRACIÓN 4 - EVOLUCIÓN DE LA CIENCIA ENFERMERA. FUENTE: CARPENITO, L.J. (1995)

Por consiguiente lo que desarrollaremos en este punto será la vinculación o adaptación de todo el proceso enfermero aplicándolo a las emergencias psicosociales. Realizaremos el recorrido por las diferentes etapas del PAE adaptándolas a nuestro contexto, desde los criterios de valoración al sistema de intervenciones enfermeras, propias o en colaboración, sobre la salud de los individuos, familias y comunidades. Se pretende confeccionar la herramienta básica de trabajo del enfermero del equipo psicosocial que fomente los 5 requisitos definidos por Styles (1982) que se le suele exigir a un grupo de profesionales que busca un estatus profesional:

- Una educación universitaria extensa
- Un cuerpo único de conocimientos
- Una orientación de servicio a los demás
- Una asociación profesional
- Autonomía y autorregulación

Cuestiones preliminares

Antes de iniciar el plan específico de atención de enfermería, se debe realizar una valoración sanitaria primaria para asegurar la vida de los afectados y estabilizar el escenario de intervención. El enfermero tiene la doble vertiente sanitaria y psicosocial y debe conocer de ante mano las diferentes funciones y en qué momento realizar una, otra o ambas. Es poco frecuente pero podría suceder que fuera el primer equipo que llega al lugar de intervención siendo la responsabilidad de valorar toda la escena, estimar los recursos necesarios, tratar a los afectados más graves... como paso previo a la propia intervención psicosocial que será secundaria. Tener nociones de triage de emergencias, complementos formativos en intervención sanitaria y otras cuestiones clínicas son fundamentales ya que en cualquier momento se le requerirán ejercer como enfermero puramente sanitario.

El enfermero debe participar del diagnóstico diferencial de la escena junto con el médico y el psicólogo en caso de que estén presentes.

Pacheco et al. (2012), proponen la siguiente secuencia de cuestiones:

- ¿Se trata de un problema psiquiátrico/psicológico o médico?

- ¿Es un estado agudo o es un proceso crónico?

- ¿Es una urgencia o una emergencia?

- ¿Cuál es el síntoma principal?

- ¿Cuál ha sido el desencadenante?

La diferenciación entre la patología orgánica y la psicológica se inicia con la entrevista con el paciente, familiares o allegados presentes para recoger información sobre el historial del paciente, causas desencadenantes de la situación actual, consumo de tóxicos, etc. Si el enfermero es el que realiza esta tarea se puede afirmar que ya se está inmerso en el plan de atención de enfermería, en su etapa de valoración.

Valoración

Es la primera fase del proceso y piedra angular del mismo. Se define como la recolección y recopilación de datos planificada, sistemática, continua y deliberada, sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes y con diferentes métodos. Se pretende por tanto hacer una valoración inicial del estado de salud o bienestar, identificando parámetros de funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual. Además, se debe profundizar sobre la respuesta que dan las personas, familias o comunidades a los estados de salud/enfermedad.

La valoración enfermera incluye dos etapas (25):

1. Recogida de información de las fuentes (paciente, familia, profesionales sanitarios, historia clínica...)
2. Interpretación y validación de los datos.

Ser ordenado en la valoración es imprescindible, para no olvidar u obviar algún dato que pudiera ser relevante. En el ámbito en el que nos movemos, debe realizarse una formación específica en esta materia, incluyendo simulaciones, con la finalidad de interiorizar todo el proceso. Al actuar en el terreno de la emergencia, donde todo se produce rápido y existen dificultades en los canales de comunicación, no hay tiempo para realizar anamnesis improvisadas, recopilaciones de datos no sistematizadas... por ello es necesario contar con herramientas auxiliares que faciliten la tarea.

Metodología de valoración

Durante el estudio previo, para la realización de este trabajo, se han analizado diferentes métodos de valoración, con el objetivo de seleccionar el que más se adapta a nuestros contextos. Principalmente la valoración enfermera se hace de tres maneras diferentes:

- a) **Valoración “Aparatos y Sistemas”**: Inicialmente se recogen los valores de las constantes vitales, para posteriormente analizar organizadamente el funcionamiento de los diferentes aparatos y sistemas, orientando la atención en las regiones de mayor afectación.
- b) **Examen de “cabeza a pies”** consistente en recorrer las diferentes regiones anatómicas, desde la cabeza a las extremidades, considerando aspectos anatómicos y fisiológicos.
- c) **Valoración por “patrones funcionales de salud”** donde se van examinando diferentes aspectos que son relevantes para la salud de todas las personas. Fueron definidos por M.

Gordon (1982) como comportamientos más o menos comunes, a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo, y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (26).

Se ha encontrado que, dentro de la valoración sanitaria de un paciente en una emergencia, las más utilizadas son las valoraciones de “cabeza-pies” y por “aparatos y sistemas” debido a que se orientan principalmente a problemas físicos. Nuestro ámbito de actuación, al abarcar más variables de tipo emocional, psicológico y espiritual, vemos que estos sistemas no son tan útiles, siendo la valoración por patrones más adecuada.

Las ventajas que encontramos en el modelo de Gordon son:

- Es un sistema muy extendido en enfermería actualmente. Los Planes de Cuidados, realizados en los ámbitos de atención primaria y en muchos casos también en atención hospitalaria, se basan en la valoración por patrones.
- Los Patrones Funcionales son un sistema numerado de patrones, desde los más físicos hasta los más cognitivos/espirituales, siendo siempre los mismos, lo que nos ayuda a sistematizar fácilmente y recordar los patrones una vez aprendidos.
- Dentro de los patrones se recogen todas las esferas de la persona, pudiendo incluir prácticamente, toda la información que necesitemos en alguno de los patrones.
- Al ser tan amplios, pueden ser aplicables a todos los campos y a todas las situaciones posibles. Cualquier profesional de otros ámbitos puede utilizarlos o guiarse de ellos para su tarea.
- Se pueden recoger perfectamente los datos subjetivos, dentro de los patrones. Los criterios de valoración, incluidos en cada patrón, nos ayudan a recoger la información subjetiva de forma precisa.
- Existen multitud de organismos que fomentan la investigación en metodología enfermera y que aportan cada día mejoras a estos sistemas. Cabe esperar avances significativos en el futuro.

También podemos encontrar algunas desventajas, pero perfectamente asumibles:

- Requiere un entrenamiento y uso constante, para recordar cada patrón y en concreto las variables que recoge cada patrón.
- Aunque cada vez está más extendido su uso, faltan herramientas que agilicen la realización de planes de cuidados (incluida valoración) de forma ágil y eficaz. Sólo la herramienta de planes de cuidados de OMI-AP o AP Madrid, conecta valoraciones con diagnósticos/objetivos/intervenciones.

Recogida de datos

Todas las valoraciones enfermeras constan de datos subjetivos procedentes de la persona y de datos objetivos derivados de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos.

La siguiente tabla nos ilustra sobre las diferencias en las valoraciones enfermeras en función de la población diana (27):

	Personas	Familias	Comunidades
Datos Objetivos	<input type="checkbox"/> Examen físico	<input type="checkbox"/> Observación de las interacciones familiares	<input type="checkbox"/> Datos estadísticos
Datos Subjetivos	<input type="checkbox"/> Historia de Salud	<input type="checkbox"/> Información específica de cada miembro	<input type="checkbox"/> Información de informantes clave dentro de la comunidad

TABLA 3 ASPECTOS DE LAS VALORACIONES ENFERMERAS SEGÚN POBLACIÓN DIANA – FUENTE: MANUAL DE DIAGNÓSTICOS NANDA 2012-2014

Por último, atendiendo al calibre de la valoración existen, dos posibilidades diferentes: valoración generalizada o focalizada. En la primera se exploran los 11 patrones funcionales, para determinar el estado de salud de la persona, es la valoración que se hace cuando llegamos al escenario de una intervención, o cuando aparecen nuevos afectados. Es una valoración importante, porque recogemos todos los aspectos sin que a priori se descarten hipótesis. En la segunda, la focalizada, se exploran aspectos concretos o cuestiones específicas, bien porque ya conozcamos los focos de atención, o bien porque la información con la que contamos permite reducir la evaluación.

Conviene destacar que es necesario un entrenamiento y experiencia para distinguir los datos importantes del total de datos recogidos. Una **señal** es la información que se obtiene a través de los sentidos. Una **inferencia** es el juicio o la interpretación de estas señales. Por ejemplo, un

paciente gritando es una señal que implica posiblemente ira, miedo, dolor... Se debe indagar con el paciente acerca de cualquier preocupación, en un intento de dirigir al paciente a compartir sus sentimientos.

En el ámbito psicosocial, donde no existen experiencias significativas en el campo de la enfermería, diseñar una adecuada evaluación es un elemento prioritario. Es imprescindible que los enfermeros cuenten con esta herramienta dentro de su equipamiento personal, la conozcan y la apliquen. Además de la valoración por patrones funcionales, que utilizaría el enfermero en su intervención psicosocial, es recomendable contar con las herramientas propias del enfermero sanitario, debido a que es posible que se requiera intervención ante problemas físicos.

Método de recogida de datos

Existen diferentes métodos para obtener los datos necesarios de la valoración enfermera. A nivel general, la enfermera obtiene los datos necesarios a través de las entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica, la exploración física y las pruebas diagnósticas. Particularizando en nuestro ámbito, no existen pruebas de laboratorio que nos aporten datos significativos y tampoco se realizan pruebas diagnósticas, en cambio, la principal fuente de datos será la entrevista con el paciente y sus allegados. En menor medida la historia clínica ya que en la mayoría de los casos no se tiene acceso a ella, y simplemente los pacientes aportan algún informe médico de episodios médicos, normalmente sin relación con el suceso.

Al realizar un trabajo en equipo no todos los criterios serán explorados por el enfermero directamente, sino por el resto de miembros del equipo cuando intervengan. El profesional que más puede ayudar en esta tarea, y debido a que es la piedra angular del equipo, es el socorrista de acompañamiento. Debemos trabajar los métodos de valoración enfermera con el resto de compañeros para que sepan cómo se valora al paciente, qué criterios son prioritarios y como se registran los mismo.

Los diferentes métodos que podemos reseñar son:

- a) **Entrevista clínica:** Obtención de datos de forma directa del paciente, tanto formal como informalmente. Son entrevistas también denominadas centradas en el paciente

La entrevista formal es aquella en la que se realiza la valoración con un propósito específico, de realizar la historia del paciente. Normalmente está apoyada por guías o formularios para facilitar su realización.

La obtención informal de los datos, muy extendida en nuestro ámbito, se realiza durante las conversaciones del enfermero (u otro profesional interviniente) con el paciente en cualquier momento del curso de la emergencia.

Según diversos autores, la entrevista se puede estructurar en varias partes:

- i. **Preparación:** En el caso de ser posible, es importante preparar previamente el escenario donde vayamos a intervenir con el paciente. En el contexto de la emergencia en muchos casos será la calle. El enfermero debe, junto con el resto del equipo, manejar la situación para buscar ambientes lo más acogedores posible, con el menor número de interferencias y con la máxima intimidad que la situación permita.

Existirán situaciones donde la entrevista se realiza en el mismo momento que el equipo baja de la ambulancia, aquí se deberá ir buscando espacios apropiados y mover al paciente al mismo, conforme se pueda.

- ii. **Apertura:** Acercamiento al paciente y creación de un ambiente favorable para la relación terapéutica. El enfermero debe empezar presentándose, y explicar el rol que desempeñamos, y así establecer una relación de identidades.

Es adecuado si no se ha hecho ya, presentar al resto del equipo y remarcar la disponibilidad hacia la persona.

Puede que sea necesario expresar al paciente para qué estamos allí, y qué puede esperar de nosotros. Es común que el equipo empiece a intervenir sin que sea el propio paciente el que ha solicitado la ayuda, ya que es la administración de salud la que ha decidido la movilización, por ello el acercamiento a los pacientes, presentarnos y prestarnos a ayudar es importante, para que la relación terapéutica sea satisfactoria,

- iii. **Cuerpo:** Momento para la obtención de la información necesaria. Según veremos más adelante, se realizará una valoración por patrones funcionales, recogiendo la mayor cantidad de información posible y siempre adaptándose al contexto de intervención. Conviene recordar que la mejor entrevista clínica se centra en el paciente, no en el proceso que pretendemos llevar con él.

- iv. **Cierre:** Según la bibliografía, es la fase final de la entrevista donde ya no se introducen temas nuevos, sólo se debe resumir los datos más significativos y corroborar las dudas existentes. En nuestro ámbito de actuación es frecuente que no se produzca un cierre formal, sino un emplazamiento a continuar en cualquier momento, o se enlace directamente con las siguientes fases.
- b) **Observación:** En el primer momento en que el equipo toma contacto con los afectados se produce obtención de datos a través de la observación. Cuando una persona entra en un albergue tiene que ser filiada. Es por tanto, el puesto de filiación o durante la espera para pasar por este donde pueden irse observando por primera vez a los afectados.
- c) **Exploración física:** En nuestro contexto no suele realizarse exploraciones físicas sistemáticas, debe ser el enfermero el que decidirá si los pacientes necesitan una exploración física o no. En la mayoría de los casos solo es necesario recoger alguna constante vital como la TA o glucemia capilar en caso de DM.

Secuencia de valoración psicosocial

La valoración del paciente debe incluir al paciente en su totalidad: fisiológico, cognitivo emocional y espiritual. Cabe recordar que suele ser necesaria en primer lugar una valoración sanitaria primaria basada en un examen físico y neurológico conforme ya se detalló en puntos siguientes.

Es importante adaptar la intervención en función de la presencia o ausencia de médico en el equipo. El trabajo colaborativo sería mucho más efectivo gracias a la combinación de la valoración médica y de enfermería.

Posteriormente y de forma más exhaustiva el enfermero particularmente debería realizar una valoración de enfermería, recomendable por patrones funcionales.

El siguiente gráfico nos ilustra un posible algoritmo de valoración sanitaria básica del paciente psicosocial por parte de un enfermero:

OBSERVAR LA ESCENA

- Valorar la necesidad de mayores recursos sanitarios/psicosociales...
- Identificar el número de afectados
- Reconocer posibles peligros o riesgos potenciales

A - VÍA AÉREA + CONTROL CERVICAL

B – RESPIRACIÓN

- Ver, oír y sentir **FR**, Profundidad, Simetría **Sat O₂**
- Signos respiratorios: Cianosis, sudoración, ingurgitación yugular, disnea
- Observar, percudir y auscultar: Mov. Paradójicos, posición tráquea, enfisema subcutáneo

C – CIRCULACIÓN

- Pulso **FC y TA** (c/5min) **ECG 12 deriv.**
- Color Manos: Azul, rosado, pálido o moteado + Temperatura tacto
- Relleno capilar
- Pulsos periféricos y centrales
- Auscultación cardíaca
- Hemorragia externa u oculta

D – DISABILITY (NEUROLÓGICO)

- Glasgow
- Pupilas
- Tratamientos y alergias
- **Glucemia**
- Signos de ICTUS

E – EXPOSICIÓN

- Exponer zonas afectadas + Cubrir (Prev. Hipotermia)

F – OTROS

- Antecedentes de interés
- Últimas ingestas y deposiciones
- Anamnesis familia. Revise historial, notas y gráficas.

Valoración por patrones funcionales

La valoración (28) (29) propia del enfermero psicosocial se realizará conforme a los patrones funcionales enunciados por Marjory Gordon (26).

Se realizará una breve explicación de los 11 patrones funcionales, su definición, qué valora y cuándo se considera alterado.

Para diseñar la valoración se han utilizado los criterios estandarizados, propuestos por el observatorio de metodología enfermera del CGE (30). Se ha utilizado un código de colores en función de la importancia o frecuencia en que es necesario valorarlo en las intervenciones psicosociales. Ninguno de los criterios es excluido, y pueden ser susceptibles de incluirse en una valoración cuando las circunstancias lo requieran, pero es necesaria una pequeña jerarquización para perfeccionar la valoración enfermera.

El código utilizado valora la importancia del criterio en función de la frecuencia en que va a influir, y por tanto, la mayor o menor necesidad de valorarlo:

- **Verde:** Criterio básico de valoración. En la gran mayoría de las intervenciones el criterio será necesario valorarlo, ya que aporta información importante para la intervención. Algunos de estos criterios son centinelas, que en el caso de arrojar un valor anormal, abrirán uso de otros criterios complementarios para ampliar información.

PE: Si 1001 higiene personal (criterio básico) es deficiente y por tanto en rango anormal, será necesario valorar 1003 Higiene boca, 1009 Higiene/seguridad de la vivienda... (Criterios complementario)

- **Amarillo:** Criterio complementario. Son criterios que dependiendo de la intervención se necesitan valorar o no. Son criterios que el enfermero debe conocer bien porque en cualquier momento pueden ser requeridos.

Además son criterios que dependiendo de los criterios básicos

- **Rojo:** Criterios accesorios. Criterios enfermeros con baja o nula influencia en las intervenciones psicosociales. La mayoría son descartables a priori debido a que pertenecen a otro campo de actuación de enfermería.

Percepción-Manejo de la Salud:

Definición

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el individuo y como maneja su salud. Incluye los siguientes aspectos:

- Percepción del individuo de su estado de salud.
- La importancia que tiene para el individuo, las actividades que realiza en la actualidad, en el cuidado de su salud y en la planificación futura.
- Los comportamientos de cuidados de salud que tiene el individuo y / o cuidador principal o familia sobre su salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, tratamiento y seguimiento de cuidados.
- Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma.
- Motivo de consulta/ingreso, historial de enfermedades y antecedentes quirúrgicos.
- Alergias

Criterios de valoración enfermera

0104	Perímetro cefálico	2919	Causa de los ingresos hospitalarios
0105	Edad	2920	Planificación de los cuidados
0106	Sexo	2923	Quimioterapia
0107	Prematuridad	2924	Radioterapia
0108	Embarazo	2925	Severidad problema de salud
0109	Embarazo buscado, deseado	2926	Perfil sanguíneo
0110	Niño adoptado	3533	Sucesos traumáticos
0111	Retraso en el desarrollo	3619	Bebe alcohol
1001	Higiene personal	3620	Gramos de alcohol a la semana
1003	Higiene boca	3817	Percepción salud/hijo
1007	Higiene del vestido. Arreglo	3901	Conflictos comunitarios
1009	Higiene/seguridad de la vivienda	3902	Altas tasas de enfermedad en la comunidad
1010	Higiene pies	3903	Recursos de la comunidad
1012	Dependencia para bañarse/asearse	3904	Resolución de problemas de la comunidad
1013	Dependencia para vestirse/acicalarse	4501	Interés en conductas saludables
1202	Caídas	4502	Conocimiento de conductas saludables
1203	Test "Levántese y ande"	4503	Revisiones de salud
2901	Problemas de salud	4504	Estado vacunal

2902	Tipo problema de salud	4505	Ropa adecuada
2903	Alergias	4506	Existencia de hábitos tóxicos
2904	Riesgo laboral de alteración de la salud	4507	Hábitos tóxicos (padres)
2905	Tipo de riesgo laboral	4508	Tipo de hábitos tóxicos (padres)
2906	Nivel de cuidados del problema de salud	4509	Tabaco. Fuma
2907	Conocimientos del problema de salud	4510	Nº de cigarrillos al día
2908	Actitud ante su enfermedad	4513	Consumo de drogas
2909	Actitud padres ante problema de salud del hijo	4514	Tipo de drogas
2910	Tratamiento farmacológico	4515	Café. Consumo excesivo
2911	Adhesión al tratamiento farmacológico	4519	Déficit de autocuidados
2912	Automedicación	4520	Fumador pasivo
2913	Polimedicación	4521	Dificultades para el autocuidado
2914	Indicaciones terapéuticas	4601	Accidentes frecuentes
2915	Adhesión a las indicaciones terapéuticas	4602	Tipo de accidentes
2916	Actitud ante el régimen terapéutico	4603	Medidas de prevención de accidentes
2917	Ingresos hospitalarios	4604	Medidas eficaces con la medicación
2918	Nº de ingresos en el último año	4607	Entorno físico inadecuado

Justificación:

Es importante conocer datos básicos de salud de los pacientes: Edad, sexo, alergias, medicación, si existe o no embarazo, si el niño con el que vamos a tratar es adoptado... Todo ello para conocer al paciente, su estado de salud y enfermedades existentes.

Los tratamientos farmacológicos son especialmente importantes, ya que debido al acontecimiento que el paciente está viviendo, pueden alterarse: olvidos en las tomas, falta de medicación si está desplazado de su domicilio, renuncia a seguir el tratamiento por estar impactado emocionalmente... Además es posible que el paciente requiera medicación para tratar síntomas de la situación actual (ansiedad, insomnio...) por tanto se deben registrar los tratamientos actuales y alergias para facilitar la intervención médica.

Es necesario explorar sobre hábitos tóxicos, que pueden interferir directamente en la intervención, como es el consumo de alcohol o drogas, ya que influyen en la conducta de sujeto, condicionan la seguridad de los intervinientes, alteran los posibles tratamientos médicos (farmacológicos) que puedan ser necesario aplicar...

Conocer el consumo de tabaco es muy importante en una intervención psicosocial, ya que el paciente probablemente tenga necesidad de fumar y posiblemente necesite acompañamiento

para ello. La experiencia nos ha demostrado que aunque no sea un hábito sano y que enfermería en otros ámbitos deba prevenir y tratar la adicción, en este caso no suele ser recomendable limitarlo. Los socorristas de acompañamiento suelen aprovechar cuando la persona va a fumar para continuar la intervención en un ambiente más distendido y donde el paciente se muestra más relajado por calmar la abstinencia al tabaco.

Se inicia la búsqueda de factores de riesgo para nuestra intervención: déficits de autocuidados, aseo, higiene, vestimenta... que puedan requerir intervenciones específicas posteriores o denoten problemas sociales subyacentes que requieran la participación del trabajador social.

Nutricional – Metabólico

Definición

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos con relación a las necesidades metabólicas, los patrones de provisión restringida de nutrientes (dietas). Incluye:

- Valoración del modelo dietético del paciente: hábitos, y costumbres en la dieta (horas, tipos, cantidad de alimentos y líquidos, preferencias, uso de suplementos), intolerancias alimentarias.
- Estado de la piel y mucosas, pelo, uñas, dientes y la capacidad general de cicatrización.
- Medición y valoración de datos antropométricos.
- Necesidad de ayuda para higiene
- Este patrón está muy relacionado con el de ACTIVIDAD-EJERCICIO y el de AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

Criterios de valoración enfermera

0101	Peso (kg)	0403	Satisfacción materna con la lactancia
0102	Talla (cm)	0404	Satisfacción del bebé con la lactancia
0103	IMC	0405	Problemas con la lactancia materna
0301	Complejos vitamínicos	0406	Tipo de problema lactancia materna
0302	Valoración de la alimentación	0407	Fórmula adaptada
0303	Nº comidas al día	0408	Alimentación complementaria
0304	Hábitos nutricionales regulares	0409	Succión efectiva del lactante
0305	Lugar de las comidas	0410	Agarre adecuado del lactante
0306	Ingesta de líquidos al día (ml.)	0411	Dolor, lesiones en pezones de la madre

0307	Problemas dietéticos	0412	Signos de aporte adecuado del lactante
0308	Dieta no equilibrada	0413	Tiempo para la lactancia
0309	Dieta restrictiva	0414	Patrón ponderal del lactante
0310	Dieta específica	0415	Relación eficaz madre/lactante
0311	Come entre horas	0416	Anomalías en la mama
0312	Lácteos escasos	1004	Exceso placa dental
0313	Cena abundante	1005	Halitosis
0314	Bebidas azucaradas	1006	Caries
0315	Inapetencia	2501	Sensibilidad de la piel
0316	Alteración del peso	2502	Alteraciones en la piel
0317	Intolerancia alimentaria	2503	Palidez
0318	Come sin hambre	2504	Frialdad de la piel
0319	Malos hábitos alimentarios	2505	Enrojecimiento
0320	Ingesta insuficiente	2506	Calor al tacto
0321	Problemas en la boca	2507	Signos de rascado en la piel
0322	Decoloración esmalte	2508	Prurito
0323	Problemas para comer	2509	Deficiente hidratación de la piel
0324	Problemas para masticar	2510	Problemas de cicatrización
0325	Problemas para tragar	2511	Alteración integridad de la piel (herida)
0326	Sonda nasogástrica	2512	Dermatitis
0327	Síntomas digestivos	2513	Test Norton
0328	Dependencia para alimentarse	2514	Úlceras boca
0329	Alimentación adecuada	2515	Inflamación mucosa bucal
0330	Estado nutricional	2517	Valoración extremidades inferiores
0331	Nº de calorías/día	2518	Úlceras por presión
0332	Prótesis dentales	2519	Signos de traumatismo
0333	Náuseas	2520	Quemaduras
0334	Vómitos	2521	Piel húmeda
0335	Reflujo gastroesofágico	2601	Alteración de la circulación vascular
0336	Problemas para digerir	2602	Edemas
0337	Trastornos alimentarios	2603	Fragilidad capilar
0338	Ingesta excesiva	2610	Estado volemia
0339	Estado hidratación	2921	Fracturas
0340	Desequilibrio electrolítico	2922	Procedimientos invasivos
0401	Lactancia materna	4606	Temperatura corporal
0402	Conocimiento lactancia materna	4608	Temperatura ambiental

Justificación:

A nivel Nutricional lo que se pretende es explorar de forma general si el usuario se está alimentando bien o por el contrario está descuidando este aspecto. Es muy frecuente que cualquier afectación emocional deteriore el patrón alimentario, por ello es función primordial del enfermero hacer un seguimiento del mismo.

La disminución en el número de comida o la inapetencia, pueden ser síntoma de un bloqueo emocional. El enfermero, por tanto, tiene la función de detectar esta situación y valorarla junto con el psicólogo, para descartar o confirmar problema psicológico subyacente.

Las náuseas y los vómitos suponen un síntoma y un signo muy importante tanto a nivel sanitario como psicosocial. Su valoración es significativa como centinela de otras patologías o problemáticas subyacentes.

Eliminación

Definición

Describe los hábitos de eliminación intestinal, urinaria y cutánea así como los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características) y utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores...). Este patrón abarca:

- Valorar el Patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal, incluyendo los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características).
- Utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores...) y el uso sistemático de laxantes.
- Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones (horario, modo, tipo y cantidad)
- Si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar (donde se ubican los desechos como indicadores de riesgo para la aparición de roedores moscas y mosquitos, etc.) como comunitario (eliminación de residuos, polución del aire)

Criterios de valoración enfermera

0501	Nº de deposiciones a la semana	0606	Incontinencia (urinaria)
0502	Consistencia de las deposiciones	0607	Tipo de incontinencia (urinaria)
0503	Color de las deposiciones	0608	Disuria
0504	Problemas en eliminación intestinal	0609	Poliuria

0505	Dolor al defecar	0610	Polaquiuria
0506	Dolor abdominal	0611	Oliguria
0507	Distensión abdominal	0612	Retención urinaria
0508	Sangre en las heces	0613	Globo vesical
0509	Incontinencia fecal	0614	Escozor al orinar
0510	Fecalomas	0615	Goteo de orina
0511	Flatulencia	0616	Nicturia
0512	Ruidos intestinales	0617	Sistemas de ayuda en la eliminación urinaria
0513	Sistemas de ayuda eliminación intestinal	0618	Utilización de absorbentes
0514	Laxantes	0619	Colector de orina
0515	Supositorios	0620	Sondaje vesical
0516	Enemas	0621	Urostomía
0517	Estimulación anal	0622	Diuresis (ml.)/día
0518	Ostomía	0623	Lesiones en el tracto urinario
0519	Tipo ostomía	0624	Infección urinaria
0520	Prurito anal	0625	Hábitos de eliminación urinaria inadecuados
0521	Dependencia para la evacuación corporal	0626	Diuréticos
0522	Hábitos defecación irregulares	1002	Olor corporal
0523	Dieta insuficiente en fibra	1011	Olor fecal
0524	Problemas colorrectales	2516	Fisuras anales
0601	Micciones al día	2522	Problemas de eliminación cutánea
0602	Características de la orina	2523	Sudoración copiosa
0603	Problemas micción	2524	Drenajes
0604	Enuresis 1ª	2525	Heridas exudativas
0605	Enuresis 2ª	2604	Hemorroides

Justificación:

Al igual que el patrón nutricional, la eliminación puede verse afectada en problemas emocionales. El enfermero debe explorar si los hábitos de eliminación son adecuados, están alterados, frutos de la situación que el paciente está sufriendo, o existe riesgo de alteración.

En el caso de la intervención con ancianos, debemos valorarlo profundamente, para adoptar las medidas adecuadas. PE. en un albergue provisional es probable que las personas mayores tengan necesidad de ir al baño por la noche, con lo cual debemos acomodarlas cerca de los mismo y alejados de personas con problemas de sueño.

Es un patrón que debemos seguir estrechamente en el caso de niños o adolescentes, ya que la micción se altera frecuentemente en los eventos en los que nos encontramos. El niño puede

estar manifestando alteraciones emocionales o un impacto fuerte del acontecimiento. La enuresis 2ª, la nicturia o la incontinencia fecal tienen que ser observadas por el equipo, y realizar el plan de cuidados específico en cuanto aparezcan.

Actividad-Ejercicio

Definición

Describe el patrón de actividad, ejercicio, tiempo libre y ocio. Contiene:

- Valoración del estado cardiovascular y respiratorio
- Actividad física de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar. Incluyendo el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio teniendo en cuenta la ocupación laboral, así como las actividades de ocio.
- Factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (déficit neuromuscular, disnea, riesgos cardiopulmonares).

Criterios de valoración enfermera

0201	Frecuencia respiratoria	1207	Inmovilizado
0202	Ruidos respiratorios	1208	Encamado
0203	Síntomas respiratorios	1209	Parálisis, paresia
0204	Disnea	1210	Limitación de la funcionalidad
0205	Cianosis	1211	Parestesia
0206	Ortopnea	1212	Deterioro musculo-esquelético
0207	Tos	1213	Problemas de coordinación
0208	Tos inefectiva	1214	Silla de ruedas
0209	Soporte respiratorio	1215	Deterioro neuro-muscular
0210	Apnea de sueño	1404	Test Barber
0211	Amplitud respiratoria	1417	Dependiente
0212	Ventilación aérea	1501	Actividades de ocio
0213	Tiraje intercostal	1502	Tipo de ocio
0214	Tubo endotraqueal	1503	Rutina juego
0215	Respiración bucal	1504	Características del juego
0216	Traqueostomía	1505	Horas día tv/consola
0217	Secreciones bronquiales	1506	Incapaz ocio habitual
0218	Espasmo de vías aéreas	1507	Aburrimiento
1101	Sedentarismo	1509	Tipo de actividad extraescolar
1102	Problemas de salud limitantes	1510	Días/semana de ocio

1103	Ejercicio físico	2605	Claudicación intermitente
1104	Rutina paseo	2606	Pulsos periféricos
1105	Días/semana de paseo	2607	Tensión arterial sistólica
1106	Horas/semana de paseo	2608	Tensión arterial diastólica
1107	Deporte	2609	Frecuencia cardíaca
1108	Días/semana de deporte	2611	Gasto cardíaco
1109	Horas/semana de deporte	2701	Inmovilizaciones
1110	Incapacidad para la actividad habitual	2702	Localización de la inmovilización
1111	Mantenimiento hogar	2703	Material de inmovilización
1112	Hipotonía muscular	3823	Estudiante
1113	Mala forma física	3824	Ama de casa
1114	Fatiga	3825	Trabajador
1115	Deficiencias motoras	3826	Desempleado
1116	Actividad física excesiva	3827	Incapacitado
1201	Sistemas de ayuda (movilidad)	3828	Jubilado
1204	Test Barthel	3831	Escuela infantil/colegio
1205	Test Katz	4605	Barreras ambientales
1206	Problemas de movilidad		

Justificación:

En este patrón, lo más importante, es valorar si se realizan las actividades habituales de la vida cotidiana. Dependiendo del contexto de intervención, se enfocará de una manera u otra, ya que en el momento agudo de la intervención es frecuente la alteración del patrón, pero que no suponga un problema. PE. Una persona que está viviendo un duelo porque hace pocas horas que ha fallecido un familiar puede no realizar alguna actividad de la vida cotidiana, pero es normal en esa situación. Supondría un problema si al hacer una llamada de seguimiento (pasado un tiempo prudencial) continúa sin realizarlas.

Volver a hacer actividades de ocio, deportivas o realizadas habitualmente antes del suceso es un indicador de normalización. Además suponen un factor de protección para la propia normalización.

Sueño-Descanso

Definición

Describe el patrón de sueño, reposo y relajación de un individuo.

- Incluye los patrones del sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día. También la percepción de la calidad y la cantidad de sueño/descanso y la percepción del nivel de energía.
- Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente y trastornos del sueño: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.
- Incluye las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

Criterios de valoración enfermera

1301	Sueño/descanso	1319	Causa de los problemas de sueño
1302	Horas sueño/día	1320	Utiliza ayudas para dormir
1303	Horario sueño regular	1321	Tipo de ayuda para dormir
1304	Hora de inicio sueño	1322	Existe interrupciones del sueño
1305	Hora fin sueño	1323	Causa de las interrupciones del sueño
1306	Lugar donde duerme	1324	Terrores nocturnos
1307	Existe ritual para dormir	1325	Pesadillas
1308	Persona para dormir	1326	Insomnio
1309	Se acuesta despierto (bebé)	1327	Se levanta cansado
1310	Interacción parental en el sueño del niño	1328	Malhumor al levantarse
1311	Presencia de hábitos inadecuados para el sueño	1330	Somnolencia
1312	Horas trabajo/día	1331	Problemas en el descanso/relajación
1313	Horas descanso/día	1332	Medicamentos para descansar
1314	Siestas	1333	Influye la falta de descanso en sus actividades
1315	Minutos/día de siestas	1334	Signos de cansancio
1316	Presencia de ronquidos	1335	Tipo de signo de cansancio
1317	Problemas con el sueño	1336	Sonambulismo
1318	Problemas para conciliar el sueño		

Justificación:

La alteración del sueño es probablemente el signo más evidente de alteración o problemática personal. En los primeros momentos puede ser normal dicha alteración, pero debe ser evidenciada por el enfermero y valorada por todo el equipo de salud para proponer las medidas o tratamiento adecuado.

La evolución de las horas que el paciente duerme durante nuestra intervención, cómo son los ciclos, los antecedentes de problemas para dormir y uso de medicación para ello nos da mucha información acerca del estado del paciente.

Los terrores nocturnos, las pesadillas y el insomnio en general deben ser explorados, y especialmente en el caso de los niños, nos pueden orientar sobre el impacto del suceso en ellos.

El enfermero debe conocer si el paciente toma mediación para dormir, qué tipo de medicación es, frecuencia de administración... todo ello con el fin de hacer seguimiento de la adherencia al tratamiento, efectividad del mismo y posibles complicaciones relacionadas.

Cognitivo-Perceptual

Definición

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos.

- Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos y reflejos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato.
- Incluye las manifestaciones de percepción del dolor, y como se trata éste. También se valora la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.
- Incluye la descripción de las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.
- Medidas de alivio (incluidas las farmacológicas utilizadas)

Criterios de valoración enfermera

0801	Alteraciones sensoriales	3523	Dificultad en tomar decisiones
0802	Problemas de visión	3531	Cólera, ira
0803	Sistemas de ayuda visual	3532	Estado de alerta/vigilancia sensorial

0804	Problemas de audición	3604	Intranquilidad
0805	Sistemas de ayuda audición	3605	Irritabilidad
0806	Problemas sensitivos./táctiles	3606	Agitación
0807	Problemas de olfato	3607	Confusión
0808	Problemas de gusto	3608	Conducta indecisa
0809	Vértigo	3609	Conducta regresiva
0810	Tapón de cera	3621	Habilidades adecuadas
0811	Dolor	3701	Nivel instrucción
0812	Tipo de dolor	3702	Puede leer
0813	Intensidad del dolor	3703	Puede escribir
0814	El dolor altera la actividad	3704	Nivel consciencia
0815	Localización del dolor	3705	Orientado
0816	Control del dolor	3706	Test Pfeiffer
0817	Problemas de equilibrio. Inestabilidad	3707	Test Minimental
0818	Visión unilateral	3708	Problemas de memoria
0819	Estimulación sensorial deficiente	3709	Alteraciones cognoscitivas
0820	Estimulación ambiental excesiva	3710	Problemas de concentración
0821	Malestar físico	3712	Alteraciones psíquicas
0822	Anestesia, sedación	3713	Test Denver
1412	Problema con el lenguaje y/ habla	3714	Dificultad para aprender
1413	Problema para expresar ideas	3715	Problemas de comprensión
1414	Problema con el idioma	3716	Escala de Glasgow
3510	Problemas emocionales	4516	Falta de conocimientos
3511	Fobias, miedos	4702	Conocimiento recursos comunitarios

Justificación:

Entramos en unos patrones fundamentales en la intervención psicosocial. La alteración cognitiva y/o de cómo percibimos las cosas nos da mucha información para realizar los cuidados adecuados del paciente.

En este patrón debemos priorizar en aquellos aspectos que un fuerte impacto emocional puede afectar. Es muy probable que valores fuera de la normalidad, detectados por el enfermero, requieran de intervenciones en colaboración para determinar el verdadero origen del problema.

Además, se debe instruir a los pacientes acerca de que rango es el adecuado para ciertos de estos criterios y el tiempo en que es normal y cuando empiezan a ser alterados.

Autoestima-Autopercepción

Definición

Describe el concepto que tiene de sí mismo el individuo, cómo se percibe y cómo cree que le perciben los demás. Además de la percepción del estado de ánimo de sí mismo.

- Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas).
- Incluye las modificaciones de autoimagen y autoestima, que se pueden presentar ante un proceso de enfermedad.
- Incluye el patrón emocional general.
- Incluye el patrón de la postura corporal y del movimiento, contacto visual y patrones de voz y de conversación.

Criterios de valoración enfermera

1008	Imagen corporal	3515	Tristeza prolongada
1508	Desinterés, falta de motivación	3518	Problemas de autoestima
2820	Impotencia	3519	Verbalizaciones autonegativas
3501	Patrón de voz	3520	Expresiones de desesperanza
3502	Contacto visual	3521	Expresiones de inutilidad
3503	Postura corporal	3522	Le preocupa lo que piensen de él
3504	Nervioso(5)/Relajado(1)	3524	Problemas con su imagen corporal
3505	Asertivo(5)/Pasivo(1)	3525	Le preocupan los cambios físicos
3506	Fracasos, rechazos	3526	Miedo al rechazo de otros
3507	Carencias afectivas	3527	Sentimientos negativos de su cuerpo
3508	Cambios frecuentes estado ánimo	3530	Tristeza
3509	Test Yesavage	3601	Personalidad (rasgos personales)
3512	Angustia	3603	Problemas conductuales
3513	Ansiedad	3711	Deterioro de la atención
3514	Depresión	3830	Rendimiento escolar

Justificación:

Este patrón debe ser valorado en profundidad por todo el equipo de salud. El enfermero debe recoger toda la información posible de cómo está afectada la autoestima y la autopercepción tanto directamente del paciente, como de las valoraciones de los miembros del equipo.

Las alteraciones en este patrón requerirán priorizar intervenciones precedidas siempre de una búsqueda de la causa primaria que está generando el problema.

Rol-Relaciones

Definición

Describe el patrón de compromisos de rol y de relaciones, la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos

- Contempla el papel que desempeña el paciente/cuidador, en sus relaciones y compromisos sociales, familiares y laborales.
- Incluye la percepción que tiene la persona, de los roles más importantes y las responsabilidades en su situación actual.
- Están incluidas tanto la satisfacción, como las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.
- Este patrón está muy relacionado con el de TOLERANCIA AL ESTRÉS

Criterios de valoración enfermera

1401	Convive en	1434	Negación de una pérdida
1402	Personas significativas	1435	Duelo anticipado
1403	Se siente solo	1436	Cuidados prolongados
1405	Problemas en las relaciones sociales	1437	Duelo
1406	Tipo de relación social	1438	Relaciones sociales conflictivas
4703	Utilización de los recursos comunitarios	1439	Personas significativas
1407	Problemas de relación laboral	1440	Alejamiento de personas significativas
1408	Tipo de relación laboral	1441	Barreras socioculturales
1409	Problemas relación escolar	1442	Complejidad en los cuidados
1410	Pertenece a grupos/asociaciones	3618	Conducta enérgica, violenta
1411	Actividad extraescolar	3801	Nº personas grupo familiar
1415	Cuida de alguien	3802	Rol familiar
1416	De quién cuida	3803	Tipo de relación familiar
1418	Cuidador principal	3804	Situación sociofamiliar
1419	Problemas en los cuidadores	3805	Convive con
1420	Dificultad en las tareas de cuidador	3806	Apoyo familiar
1421	Falta de tiempo	3807	Modificación del rol familiar
1422	Conflicto familiar	3809	Problemas de relación familiar

1423	Alteración de las relaciones del cuidador	3816	Relación entre los padres
1424	Insatisfacción con el rol	3818	Problemas entre padres e hijos
1425	Tensión desempeño del rol	3819	Expresiones negativas del niño
1426	Conocimiento desempeño del rol	3820	Violencia doméstica
1427	Motivación adecuada para asumir el rol	3821	Sospecha de maltrato
1428	Apoyo insuficiente para asumir el rol	3822	Problemas en los miembros de la familia
1429	Problemas en la educación del niño	3832	Familia monoparental
1430	Alteración en los cuidados del niño	3833	Presencia de abuso
1431	Pérdidas significativas	3905	Apoyo, recursos de la persona
1432	Conductas inefectivas en el duelo	4701	Recursos económicos adecuados
1433	Expresión de culpa		

Justificación:

Las relaciones con los demás y nuestro rol personal pueden en un primer momento cambiar ante un sucesos impactante, máxime si existe pérdida de familiares donde los roles obligatoriamente van a verse modificados.

La existencia o ausencia de duelo y todos los indicadores de cada una de las fases de Kübler-Ross (1969): negación, ira, negociación, depresión y aceptación¹; nos va a orientar sobre el estado de la persona.

La sospecha de maltrato valorable en este patrón debe recogerse de forma muy confidencial y asegurar la integridad del paciente. El equipo de salud debe tomar las medidas adecuadas en materia legal.

Sexual-Reproductivo

Definición

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo.

- Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o pos-menopausia y los problemas percibidos.

¹ Las diferentes fases del duelo están contenidas en diferentes patrones.

Crterios de valoración enfermera

0901	Menarquia	0922	Abortos
0902	Edad menarquia	0923	Vivos
0903	Alteración del ciclo menstrual	0924	Problema de identificación sexual
0904	Alteración cantidad de eliminación menstrual	0925	Menopausia
0905	Tipo alteración de cantidad de elim. menstrual	0926	Edad de la menopausia
0906	Alteración de la frecuencia menstrual	0927	Alteraciones postmenopausia
0907	Días entre ciclo menstrual	0928	Sequedad vaginal
0908	Alteración ciclos menstruales	0929	Sangrado vaginal postmenopáusico
0909	Días duración período menstrual	0930	Sofocos postmenopáusicos
0910	Síndrome premenstrual	0931	Dispareunia
0911	Dismenorrea	0932	Revisiones ginecológicas
0912	Información anticonceptivos	0933	Periodicidad de revisiones ginecológicas (meses)
0913	Información E.T.S.	0934	Problemas de fertilidad
0914	Información sexual en familia	0935	Revisiones urológicas
0915	Relaciones sexuales	0936	Periodicidad de revisiones urológicas (meses)
0916	Contactos sexuales de riesgo	0937	Motivo de las revisiones urológicas
0917	Utilización de anticonceptivos	0938	Miedo a las E.T.S.
0918	Tipo anticonceptivo utilizado	0939	Miedo al embarazo
0919	Dificultades en las relaciones sexuales	0940	Nacimiento múltiple
0920	Satisfacción con las relaciones sexuales (0/5)	0941	Violación
0921	Gestaciones		

Justificación:

La valoración de la sexualidad no procede en la mayoría de los contextos en los que el equipo puede intervenir. Tanto la participación sexual activa como los estadios de desarrollo sexual o las sintomatologías sexuales no suelen relacionarse con nuestra intervención.

Existe una salvedad importante en el patrón, que es una intervención ante una violación ya que requerirá intervenciones priorizadas en este aspecto.

Las gestaciones, abortos y nacimientos a término es posible que puedan ser recogidos en intervenciones donde existan menores afectados (fallecidos o muy enfermos). La familia puede verse con mayores dificultades si ha habido pérdida puerperal del hijo y consuelo en el caso de tener otros hijos².

² Son ejemplos de cómo una familia puede afrontar el fallecimiento de uno de los hijos, pero en ningún caso se puede considerar el aborto como factor de riesgo y los hijos vivos con factor de protección.

Afrontamiento-Tolerancia al estrés

Definición

Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones.

- Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo, y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones (relajación, ejercicio físico, grupos de autoayuda, medicación...).

Criterios de valoración enfermera

2801	Cambios/Crisis importantes	3517	Emociones inapropiadas
2802	Problema en adaptación a cambios/crisis	3528	Tensión habitual
2803	Soluciones inadecuadas a las crisis	3529	Preocupación excesiva/prolongada
2804	Incapaz afrontar la crisis	3602	Problemas fisiológicos /conducta lactante
2805	Estrés	3610	Grandiosidad
2806	Agentes estresantes	3611	Negación problemas evidentes
2807	Tipo de desencadenante del estrés	3612	Falsa seguridad ante otros
2808	Influencia significativa del estrés	3613	Ridiculiza a los demás
2809	Tipo de influencia del estrés	3614	Rabietas en el niño
2810	Problemas en la resolución del estrés	3615	No acepta colegio
2811	Situaciones anteriores de estrés	3616	Problema con las comidas del niño
2812	Tolerancia al estrés	3617	Llanto excesivo en niños
2813	Estrategias adaptación estrés	3808	Psicosomatización familiar
2814	Tipo de estrategias para el estrés	3810	Comunicación familiar limitada
2815	Sistemas de apoyo contra el estrés	3811	Ayuda familiar poco satisfactoria
2816	Tipo de sistemas de apoyo contra el estrés	3812	Intolerancia familiar
2817	Ayudas para relajación	3813	Alteración de la conducta familiar
2818	Técnicas de relajación	3814	Deficiente apoyo familiar situacional
2819	Medicamentos/drogas para relajación	3815	Dependencia familiar
2821	Agentes estresantes situacionales	3829	Problemas de adaptación escolar
2822	Afrontamiento inefectivo de problemas	4517	Rechazo /retraso atención sanitaria
3516	Hipersensibilidad a críticas	4518	Minimiza los síntomas

Justificación:

Es el principal patrón en el que se trabaja con los afectados e intervinientes: ayudar al individuo a afrontar los acontecimientos vividos; y donde las diferentes estrategias de afrontamiento repercutirán de una manera u otra en la salud de la persona.

Todos los profesionales del equipo de salud recogemos datos e impresiones sobre el afrontamiento de las personas con las que intervenimos y nuestra misión es dar soporte al sufrimiento que están viviendo y proponerles estrategias de afrontamiento.

Valores y Creencias

Definición

Describe el sistema de valores y creencias (incluyendo las espirituales) que guía al individuo en sus decisiones.

- Incluye la valoración de creencias que influyen en la salud y que facilitan o entorpecen la adopción de hábitos saludables, adherencia a tratamientos.
- Incluye lo que es percibido como importante en la vida del paciente/cuidador, y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Incluye opiniones acerca de lo que es correcto, desde el punto de vista personal.

Criterios de valoración enfermera

1601	Cosas importantes en la vida	1616	Conflicto/oposición familiar a las prácticas religiosas
1602	Satisfecho con su vida	1617	Valores /costumbres culturales
1603	Planes de futuro	1618	Tipo de costumbres culturales
1604	Ve bien su futuro	1619	Costumbres culturales de riesgo para la salud de la persona
1605	Ideas /creencias importantes	1620	Problemas adaptación del niño a costumbres
1606	Conflicto con valores/creencias personales	1621	Terapias para su salud
1607	Conflicto /oposición familiar a las creencias	1622	Conflicto de las terapias con sus creencias
1608	Creencias religiosas familiares	1623	Actitud ante conflicto con las terapias
1609	Practica alguna religión	1624	Conflicto/preocupación vida-muerte
1610	Tipo de religión	1625	Actitud ante la vida-muerte
1611	La religión es importante en su vida	1626	Conflicto/preocupación sufrimiento-dolor

1612	La religión ayuda en los problemas	1627	Actitud ante el sufrimiento-dolor
1613	Problemas para las prácticas religiosas	1628	Conflicto/preocupación enfermedad
1614	Problemas adaptación del niño a religión	1629	Conducta incongruente con los valores
1615	Prácticas religiosas de riesgo para la salud de la persona		

Justificación:

En primer lugar lo que se explora es cierta información acerca de la propia persona (valores, credos, ideas...), de la satisfacción con su vida, planes de futuro (*incluso tras la crisis*) y como le está influyendo los acontecimientos vividos.

La actitud ante la vida/muerte, el sufrimiento o el dolor condicionan mucho el posterior plan de enfermería a realizar y los problemas en los que priorizaremos las intervenciones.

Por otro lado evaluar la espiritualidad de los afectados es importante desde dos ópticas diferentes:

- A. Facilitar los rituales propios de cada cultura o religión en el contexto de la emergencia (PE. Momentos de rezos en un albergue provisional o proporcionar determinada comida según la creencia).
- B. Explorar factores de riesgo o protección para el afrontamiento de la crisis vivida. La interpretación religiosa de los principales pensamientos existenciales puede actuar como factor de protección, si la muerte es percibida como algo bueno o de riesgo si se plantea la muerte como un castigo por algo.

Diagnóstico

El enfermero debe describir y explicar el estado de salud, problema real y/o potencial de los procesos vitales de una persona para dar solución a ellos.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable. NANDA 1994.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería, que consigan los resultados de los que es responsable el enfermero.

También se denomina respuesta humana al diagnóstico enfermero, pues la enfermera centra sus cuidados en cómo las personas responden a sus cambios de salud o a procesos vitales

Pasos para emitir un Diagnóstico Enfermero (31)

- Indague con el paciente sobre cuál es su principal problema o preocupación.
- Realice una valoración completa o focalizada, recomendable por patrones funcionales de salud. En el caso de iniciar la intervención como socorrista de acompañamiento hacer una pequeña valoración, para decidir si es necesaria intervención enfermera específica o no.
- Redacte una lista completa con los problemas reales o de riesgo que detectó en la valoración. Jerarquice según su importancia en salud y opinión del paciente.

1 Funciones vitales

2 Manifestaciones verbales de la persona o paciente

3 Uso de la base de conocimientos del enfermero

- Busque otra semiología o profundice en la valoración para encontrar más claves.
- Comente con el resto del equipo los resultados obtenidos y contraste la información con ellos.
- Una vez encontrado el problema principal, relaciónelo con uno de los diagnósticos aprobados por la NANDA. Para ello, verifique que se cumple al menos una de las

características definitorias. Enlace el problema encontrado en un determinado patrón, con el diagnóstico que la NANDA agrupa también en esos mismos patrones.

- Determine la causa o etiología del problema (factor relacionado).
- Identifique los factores de riesgo.
- Formule el diagnóstico.

Tipos de diagnósticos

Los diagnósticos se clasifican en función de las características del problema. Es frecuente encontrar diversas opiniones, respecto a la clasificación tipológica de los diagnósticos. La recomendación que hacemos es utilizar los que se determinan desde las taxonomías NANDA.

- **Diagnóstico real:** describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias. El problema está presente en el momento de la valoración. Se aconseja escribirlo en formato PES.
- **Diagnóstico de riesgo:** describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo, de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo. En nuestro contexto es muy habitual detectar muchos diagnósticos de riesgo, debemos priorizar en aquellos que supongan un riesgo importante para el usuario.

Por otro lado los diagnósticos de riesgo pueden servir para las llamadas de seguimiento como aspectos a indagar en la postemergencia. Los compañeros que hagan dicha llamada pueden confirmar o descartar si continua el riesgo, se ha solucionado la situación o se ha convertido en un problema real.

- **Diagnóstico de salud:** juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un nivel específico de salud a otro más alto.
- **Síndrome diagnóstico:** es aquel que agrupa un conjunto de diagnósticos (ejemplo: síndrome de desuso, síndrome de estrés por traslado...)
- **Problema interdependiente:** “problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales enfermeros son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico” o cualquier otro profesional del equipo. (32)

Cabe recordar las diferencias entre el diagnóstico médico y de enfermería:

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico Médico
Describe una respuesta humana a los problemas de salud	Describe una situación patológica o de enfermedad
Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención	Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente
Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería	Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica
Casi siempre tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención	Casi siempre tiene que ver con los cambios fisiopatológicos
Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos	Se aplica sólo a las enfermedades de individuos o colectivos

TABLA 4 - DIFERENCIAS ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y MÉDICO. FUENTE: MODELOS DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA (2012)

Formulación de diagnósticos

El diagnóstico tiene que ser claro y específico. La fórmula más extendida (que sugiere Gordon) para hacerlo es seguir el formato PES: problema + etiología + signos y síntomas.

En la práctica se recomienda la utilización de la taxonomía diagnóstica validada y mayoritariamente aceptada: NANDA II (2000).

La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona (no una actividad enfermera). No se deben de emitir juicios de valor, sino basar el diagnóstico en base a datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y contrastado con el paciente. Se debe evitar también describir el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico o repitiendo una orden médica.

Use “relacionado con” o “R/C” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado.

Escriba “manifestado por” o “M/C” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

Ejemplo: Alteración de la nutrición por exceso relacionada con ingesta excesiva de azúcares y grasas manifestado por índice de masa corporal de 31.

Observe los distintos enunciados según el tipo de diagnóstico:

- Diagnóstico real: Problema, + Causas, + Signos y Síntomas
- Diagnóstico de riesgo: “Riesgo de”, + problema, + causa
- Diagnóstico de salud: “Potencial de mejora”, + problema
- Síndrome diagnóstico: Nombre sólo el síndrome

Denótese que la causa (o etiología) o factores relacionados van a dirigir las intervenciones enfermeras. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.

Existe una excepción en la formulación, después del diagnóstico “Déficit de conocimientos” se escriben dos puntos y luego el área de conocimiento donde existe dicho déficit.

Ejemplo: Déficit de actividades recreativas.

Diagnósticos enfermeros de uso prevalente en atención psicosocial

En este punto se han seleccionado los diagnósticos que según el análisis de las intervenciones realizadas por el equipo en 2013, 2014 y 2015. El sentido de incluir una selección de los diagnósticos es facilitar al enfermero que se encuentra en el escenario de la intervención el proceso de diagnóstico.

Conocer de antemano los diagnósticos más frecuentes ayuda a ser más ágil en el proceso de atención de enfermería, aunque es importante disponer de cierta bibliografía o herramientas informáticas de consulta para decidir el diagnóstico correctamente.

Se observa un predominio de diagnósticos en los patrones psicosociales, donde casi todos los diagnósticos son de posible aparición en cualquier momento.

PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud

- [00043] PROTECCIÓN INEFICAZ
- [00078] GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD
- [00079] INCUMPLIMIENTO
- [00080] GESTIÓN INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR
- [00099] MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD
- [00162] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA PROPIA SALUD
- [00215] SALUD DEFICIENTE DE LA COMUNIDAD
- [00226] RIESGO DE PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES

PATRÓN 2: Nutricional-metabólico

- [00001] DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES
- [00002] DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES
- [00003] RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES
- [00027] DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS
- [00028] RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS
- [00134] NÁUSEAS
- [00179] RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE

PATRÓN 3: Eliminación

- [00011] ESTREÑIMIENTO
- [00012] ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO
- [00013] DIARREA
- [00014] INCONTINENCIA FECAL
- [00015] RIESGO DE ESTREÑIMIENTO
- [00016] DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
- [00019] INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA
- [00020] INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL
- [00023] RETENCIÓN URINARIA

PATRÓN 4: Actividad-ejercicio

- [00050] PERTURBACIÓN DEL CAMPO DE ENERGÍA
- [00085] DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
- [00092] INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD
- [00093] FATIGA
- [00094] RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD
- [00097] DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS
- [00098] DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR
- [00102] DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN
- [00108] DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO
- [00109] DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO
- [00110] DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO
- [00154] VAGABUNDEO
- [00168] ESTILO DE VIDA SEDENTARIO
- [00182] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

PATRÓN 5: Sueño-reposo

- [00095] INSOMNIO
- [00096] DEPRIVACIÓN DE SUEÑO
- [00165] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL SUEÑO
- [00198] TRASTORNO DEL PATRÓN DE SUEÑO

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptivo

- [00083] CONFLICTO DE DECISIONES
- [00123] DESATENCIÓN UNILATERAL
- [00126] CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
- [00127] SÍNDROME DE DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO
- [00128] CONFUSIÓN AGUDA
- [00131] DETERIORO DE LA MEMORIA
- [00132] DOLOR AGUDO
- [00133] DOLOR CRÓNICO
- [00137] AFLICCIÓN CRÓNICA
- [00161] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS
- [00173] RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA
- [00175] SUFRIMIENTO MORAL
- [00184] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA TOMA DE DECISIONES
- [00199] PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES
- [00214] DISCONFORT
- [00225] RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL

PATRÓN 7: Autopercepción- autoconcepto

- [00054] RIESGO DE SOLEDAD
- [00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
- [00120] BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
- [00121] TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL
- [00124] DESESPERANZA
- [00125] IMPOTENCIA
- [00140] RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA
- [00146] ANSIEDAD
- [00147] ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
- [00148] TEMOR
- [00152] RIESGO DE IMPOTENCIA
- [00153] RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
- [00167] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCONCEPTO
- [00174] RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA
- [00193] DESCUIDO PERSONAL
- [00121] TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL

PATRÓN 8: Rol-relaciones

- [00051] DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL
- [00052] DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL
- [00053] AISLAMIENTO SOCIAL
- [00055] DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL
- [00056] DETERIORO PARENTAL
- [00057] RIESGO DE DETERIORO PARENTAL
- [00058] RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN
- [00060] INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES
- [00063] PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES
- [00064] CONFLICTO DEL ROL PARENTAL
- [00114] SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO
- [00135] DUELO COMPLICADO
- [00136] DUELO
- [00138] RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS
- [00149] RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO
- [00157] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN
- [00159] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES
- [00164] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ROL PARENTAL
- [00172] RIESGO DE DUELO COMPLICADO
- [00183] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT
- [00187] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL PODER
- [00207] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RELACIÓN
- [00223] RELACIÓN INEFICAZ
- [00229] RIESGO DE RELACIÓN INEFICAZ

PATRÓN 9: Sexualidad-reproducción

- [00142] SÍNDROME DEL TRAUMA POSVIOLACIÓN

PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés

- [00069] AFRONTAMIENTO INEFICAZ
- [00071] AFRONTAMIENTO DEFENSIVO
- [00072] NEGACIÓN INEFICAZ
- [00073] AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE
- [00074] AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO
- [00075] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR
- [00076] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD
- [00077] AFRONTAMIENTO INEFICAZ DE LA COMUNIDAD
- [00139] RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN
- [00141] SÍNDROME POSTRAUMÁTICO
- [00145] RIESGO DE SÍNDROME POSTRAUMÁTICO
- [00150] RIESGO DE SUICIDIO
- [00151] AUTOMUTILACIÓN
- [00158] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO
- [00177] ESTRÉS POR SOBRECARGA
- [00188] TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD
- [00210] DETERIORO DE LA RESILIENCIA PERSONAL
- [00211] RIESGO DE COMPROMISO DE LA RESILIENCIA
- [00212] DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA RESILIENCIA
- [00222] CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ

PATRÓN 11: Valores-creencias

- [00066] SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
- [00067] RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
- [00185] DISPOSICION PARA MEJORAR LA ESPERANZA

Planificación

En este punto, el enfermero desarrolla determinadas estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. Es fundamental ser muy rápido en la planificación, ya que nos encontramos en un contexto de emergencias donde los tiempos son muy cortos.

Sería realmente útil, poder contar con planes de cuidados estandarizados para las intervenciones más frecuentes. Para ello, se debe fomentar la investigación en el campo de los cuidados de enfermería en emergencias.

Dentro de la planificación se requieren pasar por ciertas etapas:



1. **Priorizar entre los diagnósticos:** Cuando llegemos a un escenario de intervención encontraremos multitud de alteraciones y posibles problemas que atender.

El primer triage debe ir enfocado a solucionar los problemas con riesgo vital, sean sanitarios o psicosociales, esto es proteger el lugar de intervención.

En segundo lugar, debemos identificar aquellos problemas que son psicosociales, dejando para los equipos sanitarios aquellos puramente físicos (pe. curas, inmovilizaciones...)

Por último, y centrándonos en el ámbito de las micro-emergencias, la prioridad del diagnóstico debe hacerse de forma rápida e integrada en el proceso de atención al paciente centrándonos en aquellos procesos más inmediatos.

Priorizar no significa que necesariamente se resuelva totalmente el problema priorizado, sino que se llegue a un grado de normalización o estabilización para que continúen otros ámbitos no urgentes (atención primaria o especializada).

También conviene diferenciar aquellos problemas que son generadores de otros, para atenderlos primero y así descartar el otro.

Es muy difícil realizar un PE en papel porque el paciente suele requerir nuestra presencia plena, por tanto se debe conocer los posibles diagnósticos (ver punto anterior), para seleccionar mentalmente el que pueda definir al paciente.

En el Manual de Diagnósticos NANDA podemos encontrar un punto que nos habla de cómo la enfermera puede “*Generar mentalmente posibles diagnósticos*” definiéndolo como un proceso activo de pensamiento crítico, en el que la enfermera explora su propio conocimiento para darle sentido a los datos recogidos.

Como contrapunto, es importante manejar el margen de error, debido a la prematuridad con la que se trabaja. Según NANDA “*una enfermera diagnosticadora evita elegir prematuramente un diagnóstico antes de tener suficientes datos para apoyar un juicio diagnóstico. La flexibilidad de pensamiento permite a las enfermeras hacer una amplia búsqueda mental de posibles diagnósticos. El razonamiento lógico en colaboración con el paciente permite a las enfermeras llegar al diagnóstico más exacto cuando los datos son suficientes para ello*”, pero *¿es posible controlar esto en la atención en emergencias donde el tiempo junto al paciente son horas escasas?*

2. **Determinación de objetivos:** El enfermero tiene que plantear, qué se espera de los cuidados de enfermería, hasta dónde se desea llegar con la persona y qué se va a realizar para corregir, disminuir o paliar el problema existente.

Los objetivos, al derivarse del problema, suponen atender a la primera parte del diagnóstico.

Según la bibliografía los objetivos deben estar basados en la persona, ser claros y directos, ser observables y medibles. También deben limitarse en el tiempo, aunque en nuestro contexto la mayoría durarán lo que continúe la emergencia, esto es, muy corto plazo (minutos u horas).

3. **Planificación de intervenciones específicas:** Consiste en el tercer paso del proceso de planificación, donde se especifican las intervenciones específicas, para alcanzar las metas propuestas y por tanto solucionar o mitigar el problema.

No tienen por qué ser intervenciones enfermeras las únicas enfocadas a cumplir con los objetivos. Cualquier miembro del equipo de salud que intervenga estará trabajando para cumplir sus propios objetivos, pero es probable que también colaboren con la consecución de los nuestros.

Para realizar la planificación existen herramientas similares al Manual de Diagnósticos NANDA para la fase de diagnóstico.

Para los objetivos existe la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), (33) creada en 1991 por un equipo de investigación de la Universidad de Iowa. Los resultados del paciente fueron diseñados como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

Los NOC al describir el estado del paciente pueden ser útiles para que otras disciplinas puedan evaluar sus intervenciones.

Cada NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

En el caso de disponer de medios (tiempo y recursos) es recomendable utilizar las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los Criterios de Resultado (NOC) para secuenciar más adecuadamente la intervención.

Ejecución

La ejecución es la puesta en marcha de planteamiento de atención de enfermería diseñado para nuestro paciente, familia o comunidad.

Es fácil que las intervenciones psicosociales se dirijan a unidades familiares y por tanto la correcta ejecución es fundamental.

El enfermero tiene que tomar la mejor alternativa de ejecución posible, basándose en el plan diseñado, apoyado por sus competencias personales y en colaboración con el resto del equipo de salud.

Las emergencias tienen unas características muy especiales con tiempos de intervención muy variables. La ejecución se debe adecuar a los tiempos establecidos y priorizar aquellas acciones de enfermería más importantes y descartando aquellas cuyo beneficio sea menor.

Se debe siempre calcular la posibilidad de continuar los cuidados por otros profesionales de los escalones del sistema de salud y por facilitar dicha tarea.

En la medida que la emergencia nos lo permita, se debe documentar la atención de enfermería realizada. Las actividades que impliquen suministro de fármacos deben ser registradas adecuadamente con sus NIC correspondientes.

El enfermero tiene el deber de realizar los informes propios de la profesión, regulados en la ya citada Ley 41/2002 de 14 de noviembre de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Evaluación

La evaluación consiste en juzgar cada parte del proceso de atención de enfermería con diferentes objetivos:

1. **Evaluar el logro de los objetivos marcados en el plan:** Consiste en valorar el grado de cumplimiento de los objetivos marcados, pudiendo haberse cumplido totalmente, parcialmente o no cumplirse. Es importante reconocer los motivos por los cuales los objetivos se han cumplido o dejado de cumplir para que se pueda mejorar los planes de cuidados en situaciones posteriores.

Además en el caso de que haya objetivos sin cumplir se realizarán acciones que permitan que ese paciente logre cumplirlos. En emergencias es muy frecuente que el enfermero plantee una serie de objetivos que tendrán que ser resueltos en diferentes escalones del sistema de salud, siendo el enfermero de emergencias el encargado de iniciarlos, ya que es el primer profesional que entra en contacto con la persona atendida.

2. **Reevaluar al plan de atención:** Esta evaluación consiste en modifica aquellos diagnósticos de enfermería que no fueron funcionales o adecuados, los objetivos y las intervenciones en base a los datos que va proporcionando el paciente o el entorno. Es una evaluación transversal a todo el plan de cuidados, iniciándose en el mismo momento en que se entra en contacto con la persona.

La modificación de los diagnósticos sugeridos, el cambio en el diagnóstico priorizado, rectificar los objetivos o readaptar las intervenciones se irá produciendo conforme se desarrolle la emergencia. En nuestro contexto la información fluye de manera irregular, habiendo periodos donde entran muy pocos datos de las personas afectadas o momentos donde el flujo de información llega a desbordar a los profesionales. El enfermero irá recopilando información mientras brinda los cuidados o supervisa los cuidados aplicados por otros compañeros, y es debido a esta información que puede requerir modificación del plan.

3. **Satisfacción de la persona que recibe el cuidado:** Un aspecto muy importante, pero no siempre tenido en cuenta es recibir del paciente un feedback de los cuidados recibidos. Siempre que sea posible se recogerá del paciente su grado de satisfacción y sus sentimientos hacia nuestra intervención.

Es una tarea difícil porque puede pasar que el paciente no conozca que implica los cuidados profesionales de enfermería y llevar a una satisfacción con dichos cuidados aunque reciba cuidados insuficientes o sentirse insatisfechos de algunas intervenciones recibidas cuando estas han sido eficaces y eficientes para enfermería.

El enfermero debe evaluar este aspecto para mejorar los planes realizados en futuras intervenciones, plantear aspectos de avance en la ciencia enfermera y provocar un avance en su propia realización personal.

Por último conviene resaltar la importancia de estandarizar los cuidados de enfermería siempre que sea posible. La tendencia natural del enfermero psicosocial debe ser agrupar a los pacientes bajo criterios previamente estudiados para aplicar cuidados estandarizados.

Al encontrarnos en una actividad enfermera “nueva” no existen datos suficientes para estandarizar cuidados a pacientes, ya que la experiencia enfermera en emergencias psicosociales es relativamente nueva.

Posiblemente algunos de los planes estandarizados podrían seguir las siguientes líneas:

- Plan de cuidados para el paciente anciano en un albergue provisional.
- Plan de cuidados para familiares con los cuales se está normalizando el duelo de fallecidos por suicidio o muerte traumática.
- Plan de cuidados para unidades familiares con un miembro desaparecido, buscado por las unidades de búsqueda y rescate.
- Plan de cuidados para familiares en cuya familia ha fallecido un menor.

REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA

Sentido del sufrimiento

El sufrimiento es uno de los mayores temores del ser humano ya que invade todas las esferas de la persona y que inevitablemente todo ser humano padece en algún momento de la vida. Según los expertos en la materia puede tener diferentes funciones desde alertarnos acerca de alguna estructura corporal en peligro hasta servir de un medio de adaptación al entorno.

Cuando trabajamos con personas en la enfermedad o eventos adversos el sufrimiento está muy presente en ellas, al igual que lo están las concepciones sociales y culturales que la persona le ha dado: **sentido personal del sufrimiento**. Esto nos lleva a la siguiente reflexión, útil para todo profesional de la salud.

Cuando elaboramos protocolos y manuales de actuación ante situaciones donde la persona ha sufrido, tendemos a estandarizar y buscar agrupaciones para facilitar el trabajo. Tenemos la necesidad de crear diccionarios de recetas donde nos marquen como tratar a las personas en general. Esto puede ser realmente útil para afrontar todas las situaciones inicialmente pero toma protagonismo el valor del profesional como persona cuando es capaz de adaptar todos sus procedimientos a la realidad de cada una.

No hay que olvidar que las personas somos la integración de nuestro pasado, del presente y de cómo imaginamos el futuro. Esto influye y condiciona el afrontamiento de la vida y como parte que es de la vida también el afrontamiento de la adversidad. Cuando intervengamos con personas en cualquier contexto y situación nunca debemos omitir sus realidades, sino adentrarnos en ellas ya que serán factores favorecedores o perjudicadores de nuestra acción.

Hay que mirar a cada persona y aventurarnos al encuentro con ella, dispuestos a formar parte de su vida y evolucionar juntos. De cada intervención no solo habremos sacado los beneficios de ayudar a otro individuo, sino que el contacto con otra persona nos habrá hecho un poco más persona.

Explorar los sentidos que las personas afectadas dan a la vida y la muerte, a la felicidad y el sufrimiento, a la alegría y el dolor, debe ser el paso previo a cualquier intervención con ellas. Indagar en estas esferas humanas es quizá la tarea más difícil de todas ya que toca en lo más íntimo de cada uno, pero una vez iniciado el camino de búsqueda del sentido ajeno nuestro trabajo dará frutos rápidamente.

La muerte y el dolor hoy

En la actualidad, la sociedad, tiende a vivir y potenciar los acontecimientos que son agradables para el hombre, y a ocultar y ensombrecer aquello molesto, fastidioso o gravoso. El concepto de sufrimiento y muerte, ha ido variando conforme las sociedades han cambiado hasta llegar a un punto donde la muerte es algo oculto y tabú.

Hasta hace poco, era frecuente vivir la muerte de los familiares como algo natural, donde se velaba el cadáver en familia y en muchos casos se hacían celebraciones en honor al fallecido. Quiero remarcar que una celebración es una fiesta donde se reúnen personas y que con mayor o menor júbilo viven juntas el acontecimiento festejado, esto ahora parece alejado de hecho de morir.

La experiencia de campo nos ha demostrado que se plantean intervenciones realmente difíciles debido a la concepción actual de la muerte. Lo que es un hecho normal, y que más tarde o temprano sucede, al no ser asumido convenientemente genera emociones y sentimiento tan intensos que desborda la capacidad de afrontamiento de las personas.

Es muy paradójico que un hecho tan esperable como la muerte no sea tratado adecuadamente para que cuando llegue a nuestro entorno el daño no sea tan grande. Una familia con abuelos mayores, personas con enfermedades complicadas... son circunstancias donde la normalización de la muerte y el disfrute de la vida deberían ser la tónica habitual.

Afrontar la muerte significa mirar certeramente a la vida a los ojos, valorarla y saborearla en toda su esencia. Realmente no es sólo con la muerte, sino con la adversidad, el dolor, el sufrimiento tomarán sentido cuando le demos sentido a la vida.

Como enfermeros viviremos situaciones difíciles donde el protagonismo de lo adverso es indiscutible. Por ello antes de que se nos den esas situaciones debemos reflexionar personalmente sobre ello y empezar a desarrollar nuestras estrategias de afrontamiento. Esto es vital para que luego podamos cuidar a familiares de pacientes enfermos y/o fallecidos en todas las esferas y no solo en la meramente biológica. Si no hemos hecho introspección personal y nos hemos planteado esas cuestiones existenciales, el impacto de la primera adversidad vivida puede ser muy dañino.

Si hay algo que caracteriza a una enfermera es la capacidad de acompañar hasta el final, en los momentos felices y en los momentos de dolor extremo. Para ello, debemos estar previamente preparados y *hacer los deberes* antes de que llegue el momento. No hay que esperar que

recibamos una orden médica de iniciar una sedación paliativa, ni que un paciente frágil se estabilice o que vayamos con la ambulancia a un domicilio donde un niño está crítico para afrontar esas situaciones y reflexionar sobre nuestro papel.

¿Haríamos sólo las técnicas de enfermería para tratar la enfermedad y nos marchamos sin mirar a la familia? ¿Una enfermera solo coge vías y administra fármacos en las diluciones correctas o es capaz de coger la mano del paciente para que sienta que estamos con él hasta el final?

¿Necesitamos administrar ansiolíticos para controlar la ira vivida en un duelo o quizá podamos dar un abrazo de ánimo?

Quiero terminar la reflexión antropológica dejando todos estos interrogantes abiertos para que todo profesional del cuidado pueda plantearse. Por último y para facilitar la reflexión quiero dejar un extracto del mensaje de reconocimiento que el escritor José Luis Sampedro (1917-2013) mandó a la enfermería:

“Cuando se está aislado en una habitación horas y horas, viendo cambiar la luz en la ventana, el abrirse la puerta ofrecía sorpresas muy distintas.

Si era el médico, siempre le acompañaba la incertidumbre inicial: ¿traía buenas o malas noticias? ¿Cómo evolucionaba el caso?

Si era la enfermera su aportación era siempre positiva: la hora de la medicina, o de la tensión, o la temperatura, el alimento o la bebida, el comentario animador... El mero hecho de verla moverse por la habitación era una **garantía de seguridad, de amparo**. Un suspiro de alivio se nos escapaba a mi enferma y a mí al abrirse aquella puerta”.

“Y es que la enfermera aportaba un gran ramo de valores humanos, de los que ahora tanto se mencionan y tan poco se aplican: ternura, comprensión, compañía para la soledad, sosiego para la inquietud, tranquilidad. Con el tiempo, alguna enfermera pasó a otros servicios...Pero de pronto abrió nuestra puerta, sin obligación alguna, sólo para preguntar y para demostrarnos el interés directo que habían llegado a tomarse. Y más de una vez, en los pasillos, me manifestaron con emoción ese interés refiriéndose a la persona que yo acompañaba”

“En fin, abandoné el hospital tronchado por la inevitable desgracia, pero admirado y lleno de cariño hacia un grupo profesional tan digno y tan lleno de generosa humanidad, que no sólo cumplía con su deber, sino que lo hacía con sentimientos cordiales. Por eso ahora aprovecho la ocasión para sumarme al homenaje y para proclamar la trascendencia de la función desempeñada por las enfermeras y la eficacia con que la realizan”.

CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

La enfermería es una ciencia que abarca multitud de campos de actuación y cada vez está más presente en la vida de las personas. Progresivamente, el enfermero se ha ido convirtiendo en una referencia entre los profesionales de la salud y así lo van sintiendo los pacientes.

Las sociedades han evolucionado y cada vez exigen servicios de salud más integrales, donde se les atienda en todas las etapas de la vida y en todas las situaciones posibles. Es por ello que los equipos de salud se van especializando más y surgen nuevos horizontes de actuación en materia de salud.

En la atención extrahospitalaria los equipos de intervención han ido cubriendo necesidades conforme están surgiendo, normalmente fruto de catástrofes o sucesos adversos. La experiencia en el campo de las emergencias ha demostrado la imprescindibilidad del enfermero por ejemplo no se entiende un equipo sanitario de una UVI sin el profesional de enfermería.

Uno de los equipos de salud que han ido surgiendo fruto de los últimos acontecimientos vividos en España son los equipos de atención psicosocial de emergencias donde diferentes profesionales de la salud, la psicología y la intervención social se unen para dar una atención integral a víctimas de sucesos traumáticos, adversos o difíciles.

La enfermera tiene unas competencias que la sitúan en una posición privilegiada para desarrollar un trabajo a nivel psicosocial. La vocación, el espíritu de ayuda a los demás y la capacidad de entrega y empatía son algunas de las aptitudes que cualquier persona espera de la enfermera al ser atendida tras sufrir una crisis.

Como se ha argumentado en el trabajo el profesional de enfermería tiene una enorme responsabilidad en la atención psicosocial. El colectivo al que va dirigida dicha atención presentan problemas o riesgos de sufrirlos, que enfermería a través de los planes de cuidados debe tratar.

Se requiere de adaptación de los planes de cuidados al contexto de la enfermería psicosocial a través de diferentes estudios, investigaciones y trabajos de campo:

- Se han estandarizado las valoraciones ya que además de requerirse una valoración propia de enfermería como profesional autónomo, el equipo necesita valoraciones sanitarias previas que orienten el trabajo del resto del equipo.

- Hemos seleccionado los diagnósticos más prevalentes para acelerar la aplicación del plan de cuidados.
- A nivel prospectivo se deben estandarizar planes de cuidados en función de la frecuencia de determinadas actuaciones, que posibiliten mayor efectividad, tanto por la falta de tiempo

Se debe aprovechar la evolución de las taxonomías enfermeras y aplicarlas a nuestro campo. En este trabajo se han utilizado los Diagnósticos NANDA, los Criterios de Valoración Estandarizados y citado los Criterios de Resultado (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).

De la realización de este TFG, se ha descubierto un “*nuevo*” terreno pendiente de explorar y ello ha llevado a surgir nuevos horizontes de trabajo. Algunos de esos horizontes son:

- Realizar una aplicación informática para valoración de pacientes donde recoger toda la información que se va obteniendo.
- Crear formularios estándar que permitan emitir informes rápidamente adaptado a los preceptos legales.
- Mejorar la formación creando un plan específico de formación del enfermero psicosocial, donde se profundice en las capacidades y contenidos propios de esta rama.
- Hacer visible la labor de la enfermera en todos los campos de actuación y especialmente en el de las emergencias psicosociales.
- Filtrar las interrelaciones NANDA, NIC y NOC a los contextos posibles de intervención psicosocial.
- Investigar acerca de la vinculación de las competencias generales del grado en enfermería con las que se requieren para los enfermeros dedicados a áreas psicosociales.

Por tanto, queda demostrada la necesidad de participación de enfermería en los equipos de intervención psicosocial como un miembro activo con mucho que aportar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Roja Española. Equipo de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) de Intervención Psicosocial - Manual del Interviniente. Primera ed. Madrid: Cruz Roja Española; 2010.
2. Matey P. Las 'víctimas ocultas' de cada tragedia. El Mundo. 2008 Sept.
3. International Council of Nurses. International Council of Nurses. [Online].; 2014 [cited 2014 12]. Available from: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> .
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE N°280 (22/11/2003)..
5. International Council of Nurses. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería enfermeras I–Cid, editor. Ginebra (Suiza): ICN – Consejo internacional de enfermeras; 2010.
6. Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. TEXTO CONSOLIDADO de 25 de Enero de 2014. BOE N°137 (08/06/2012)..
7. Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencias Sanitarias. BOE N°282 (24/11/2007)..
8. Comunidad de Madrid. SUMMA112. [Online]. [cited 2015 12 12]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=SUMMA112%2FPage%2FS112_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1142312346481 .
9. León Román CA. Enfermería en Urgencias. Primera ed. Gonzalez Hernández G, editor. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
10. Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes Ginebra: IASC; 2007.
11. Pacheco Tabuenca T, Et Al. Atención psicosocial en emergencias. Primera ed. Madrid: Síntesis S.A.; 2012.

12. National Institute of Mental Health. Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 2002.
13. Ministerio de Defensa. UME - Unidad Militar de Emergencias - Dossier 2014 Defensa Md, editor.: Ministerio de Defensa; 2014.
14. SAMUR - Protección Civil. Manual de Procedimientos Madrid Ad, editor. Madrid; 2013.
15. Fernandez López V, Delgado Mayordomo JR, Et Al. El apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Primera ed. Madrid: Cruz Roja Española - Comunidad de Madrid; 2005.
16. Ley 41/2002 de 14 de noviembre de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE N°274 (15/11/2002)..
17. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE N° 225 (16/09/2010)..
18. Alexander M, Runciman P. Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermeras para la enfermera generalista. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003.
19. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boe N° 269. (09/11/2001)y..
20. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco - Título de Grado de Enfermería. Primera ed. Madrid: Ministerio de Educación; 2005.
21. Servicio Andaluz de Empleo - Consejería de Empleo. Ocupaciones - Material de Orientaciones Profesionales Empleo JdASAdECd, editor. Sevilla; 2010.
22. Téllez Ortiz SE, García Flores M. Modelos de Cuidados en Enfermería. NANDA, NIC y NOC. Primera ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2012.

23. López P. Proceso de Enfermería. Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología. 1994; I(10): p. 37-38.
24. Austin S. Seven legal tips for safe nursing practice. Nursing. 2008 Mar; 38(3).
25. Potter PA, Griffin A, Stockert PA, Hall AH. Fundamentos de Enfermería. Octava ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
26. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. Undécima ed. Sudbury: Mc Graw Hill; 2007.
27. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2012th ed. International N, editor. New York: Elsevier; 2012.
28. Alvarez Suarez JL, Castillo Arévalo Fd, Fernandez Fidalgo D, Muñoz Melendez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Primera ed. Asturias SdSdPd, editor. Gijón; 2010.
29. Guirao-Goris JA, Et Al.. Diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería en Atención Domiciliaria. Primera ed. Sanitat GVCd, editor. Valencia; 2006.
30. FUDEN - Observatorio Metodología Enfermera. Valoración Enfermera Estandarizada. Primera ed. Madrid: FUDEN; 2006.
31. Grupo Regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería. Primera ed. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias; 2002.
32. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Quinta ed.: Mc Graw Hill; 1995.
33. Moorhead S, Jhonson M, Et Al.. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.