

enfermería

facultativa

| Año XXIV

| Número 354

| 1 - 15 octubre 2021



ENVEJECER

CON MIEDO A LA DISCRIMINACIÓN



Las claves del cuidado de la dermatitis atópica en una infografía



Enfermeras de Urología para mejorar la calidad de vida de los pacientes

2021

Oferta formativa

REFERENTES EN FORMACIÓN DE POSGRADO

- Posgrados universitarios
- Formación continuada
- Cursos de autoayuda COVID
- Seminarios COVID-19

Información:

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN SANITARIA

 Fuente del Rey, 2. 28023 Madrid  Tel.: 91 334 55 20  info@isfos.com

 www.isfos.com

“

Constantes vitales

Cerebros arrugados



**Florentino
Pérez Raya**

Presidente del Consejo
General de Enfermería

Santiago Ramón y Cajal decía que deben preocuparnos más las arrugas en el cerebro que las del rostro. La forma de afrontar los retos de la vida, los cambios sociales y de juzgar la realidad no viene determinada por la fecha de nacimiento que figura en nuestro DNI.

El culto a la juventud y a la lozanía de jóvenes que se exhiben sin pudor en las redes sociales resulta proporcional al menosprecio y desprecio de la experiencia y la sabiduría, virtudes que parecen no encajar demasiado en un mundo donde es más importante decir algo rápido y agudo que hacer una reflexión acertada y que aporte algo de valor.

Resulta una obviedad decir que existe una discriminación hacia las personas mayores y su opinión cuenta menos o se ignora. Es palpable cómo los líderes políticos más jóvenes quieren ensombrecer las opiniones y manifestaciones públicas de los antiguos dirigentes de sus respectivos partidos, aunque tanto unos como otros no se acercasen a los mayores salvo para pedirles el voto en época electoral. Pero cuando hablamos de edadismo, de la discriminación, los prejuicios o los estereotipos que surgen por razones de edad se abre un abanico enorme de matices de los que no somos conscientes.

Ya no se trata de arrinconar al mayor como un trasto viejo. El edadismo es un fenómeno que surge en muchos tramos de la vida social. Por ejemplo, quién no ha visto cómo un equipo de fútbol de veinteañeros se mofa del equipo de “veteranos” —ojo, hablamos de un equipo de fútbol sala con una media de edad de 40 años— como si estuvieran achacosos. En el plano puramente físico todavía podría haber un debate, pero resulta más irritante el menosprecio a la capacidad de realizar con eficiencia un trabajo de índole intelectual. Y sin embargo, sucede a diario en las empresas, por ejemplo, cuando se postulan profesionales que superan los cincuenta para cualquier puesto y un responsable de recursos humanos —más joven— cree que no será tan dinámico o ducho en las tecnologías como otros trabajadores.

Cientos de actrices claman por cómo se esfuman los papeles importantes y, sí, también en el ámbito sanitario se produce este fenómeno estigmatizante y un manifiesto desprecio del talento y la experiencia. Poco o nada se hablaba de edadismo hasta ahora. Sin embargo, como otros problemas sociales, debemos abordarlo y resetear las mentes arrugadas de muchas personas, jóvenes y no tan jóvenes.

GRATUITO PARA LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS



2021

CURSO

LIDERAZGO ENFERMERO

Desafío Nightingale

Curso Universitario aprobado por la UNIR con 5 créditos ECTS



PROGRAMA FORMATIVO

Liderazgo enfermero y liderazgo en entornos sanitarios

- Contextualización situación y necesidades de la población.
- ¿Dónde deben estar las líderes enfermeras?
- La personalidad y el liderazgo. Tipos de liderazgo.
- Factores y componentes del líder.
- Liderazgo en entornos sanitarios.
- Liderazgo del gestor sanitario en materia de prevención de riesgos laborales.
- El futuro de la gestión de enfermería.

Liderazgo y comunicación

- Comunicación y equipo.
- Liderar 2.0.
- Comunicar con éxito.

Liderazgo y dirección

- Definición de dirección.
- La motivación en el trabajo.
- Negociación.
- Descentralización de la gestión.
- Instrumentos para la toma de decisiones.
- Delegación de tareas.
- Coordinación de equipos.
- Coaching.
- Gestión de recursos materiales.

Responsabilidad profesional y social. Gestión de la Calidad

- Eficiencia, excelencia y seguridad.
- Compromiso con mejora continua.
- RSC y orientación a resultados en salud.

Recursos Humanos

- Análisis y descripción de los puestos de trabajo.
- Estimación de las necesidades de plantilla.
- Captación de personal interno y externo.
- Selección de personal.
- Evaluación de competencias profesionales.

Dirigido a enfermeros
Curso online
125 horas
Diploma acreditativo con 5 créditos ECTS
Acceso gratuito



Fuente del Rey, 2. 28023 Madrid
 Tel.: 91 334 55 20
 info@isfos.com

www.isfos.com



PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

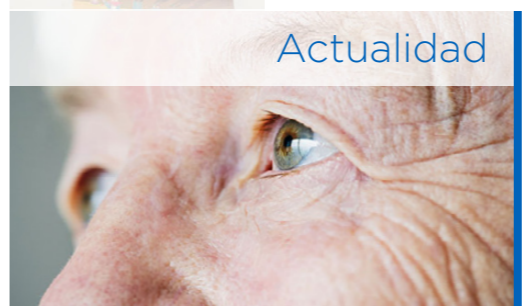


CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



Sumario

Número 354
 1-15 Octubre 2021



Actualidad

- 6 Portada**
Envejecer con miedo a la discriminación
- 14 Noticias**
 - Las enfermeras advierten del abandono de los pacientes con alzhéimer
 - La comunidad educativa exige enfermeras escolares en los centros

Formación
 Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

38

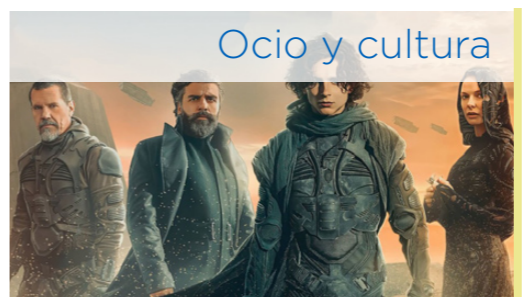
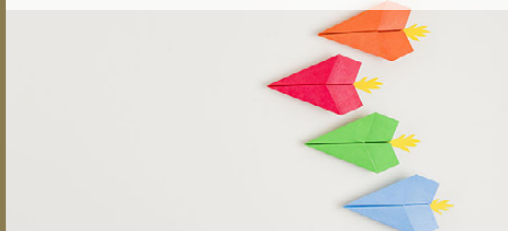
Opinión
 Sergio Alonso: La sanidad pública estallaría en pedazos con el fin de Muface

40

Agenda
 Agenda y convocatorias

42

Servicios profesionales



Ocio y cultura

48
 50
 48

- Cine**
Dune
- Tendencias**
Orange is the new black, historia real
- Lo + Viral**

Prevalencia y perfil clínico-sociodemográfico del paciente dual usuario de una unidad psiquiátrica de corta estancia

53

Normas de publicación de artículos científicos

62

Enfermería Científica



Staff

Director: Florentino Pérez Raya. **Director técnico:** Íñigo Lapetra (i.lapetra@consejogeneralenfermeria.org). **Coordinador editorial:** David Ruipérez (d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org). **Redactores:** Gema Romero (g.romero@consejogeneralenfermeria.org), Alicia Almendros (a.almendros@consejogeneralenfermeria.org), Ángel M. Gregoris (am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org), Marina Vieira (m.vieira@consejogeneralenfermeria.org), Raquel González (r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org). **Consejo editorial:** Pilar Fernández, José Ángel Rodríguez, José Vicente González, Francisco Corpas, Diego Ayuso y José Luis Cobos. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org)

Enfermería Facultativa: C/ Fuente del Rey, 2. 28023. Madrid. Suscripciones y modificación de datos: 91 334 55 20. Redacción: Tel.: 91 334 55 13. comunicacion@consejogeneralenfermeria.org. Marketing y publicidad: Tel.: 91 334 55 20. Edita: Consejo General de Enfermería. Depósito legal: M-30977-1995. ISSN: 1697-9044. Ámbito de difusión: nacional.



ENVEJECER CON MIEDO A LA DISCRIMINACIÓN

EDUCACIÓN ENFERMERA
FRENTE AL EDADISMO

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

“No te muevas de la silla porque te puedes caer”, “Ya no hay papeles protagonistas para gente como tú”, “Cada vez estás peor”, “Si fueses más joven, lo comprenderías”, “No te enteras de nada”, “Tienes la menopausia”, “Déjale, no sabe ni lo que dice”. Estas son siete frases que pueden resultar normalizadas, pero que suponen un desgaste mental enorme para aquellas personas a las que van referidas.

Siete ejemplos que la población tiene interiorizados, pero que hay que desterrar del vocabulario y de los hechos. Siete formas de discriminar a las personas mayores, que los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras como referentes en educación para la salud, deben paliar y poner freno.

“No te muevas de la silla porque te puedes caer”

Así, casi sin darse cuenta y en muchas ocasiones sin pensar que se está haciendo mal, es como surge el edadismo. Un término desconocido para la mayoría, que se puede definir como los estereotipos, prejuicios y la discriminación contra las personas mayores. Acuñado en 1968 por el gerontólogo y psiquiatra Robert Butler, el edadismo engloba todos aquellos mensajes, actitudes, ideas o hechos que ofenden, de alguna manera, por motivos de edad. Esta discriminación puede ser intencionada, como las estafas

de algunas empresas; o no intencionada, como la falta de ascensores o rampas para hacer más accesibles los edificios. También hay que diferenciar entre el edadismo de personas, como fomentar los estereotipos sobre la vejez, y el edadismo institucional, como la exclusión de los mayores en ensayos clínicos.

Sociedad plural

En un mundo cada vez más envejecido, en el que la esperanza de vida ha crecido en los últimos años y las enfermedades crónicas suponen un alto porcentaje de la atención sanitaria, las enfermeras deben cobrar protagonismo a la hora de educar y concienciar para prevenir el edadismo entre los más jóvenes, pero también entre los adultos. Estos últimos, muchas veces sin quererlo, caen en la discriminación a la hora de atender a sus mayores, infantilizándolos, no escuchándolos o tratándolos como si no fuesen autosuficientes.

“Actualmente, vivimos en una sociedad plural, en la que la tolerancia y el respeto deben ser los pilares de la educación. Las enfermeras, como profesionales más cercanos al paciente, debemos estar ahí para ayudar y educar en todas las etapas de la vida. En el caso del edadismo, nos encontramos con una situación extremadamente grave a la que hay que poner freno desde la infancia. No podemos permitir que nadie, por el simple hecho de la edad que tenga, sufra cualquier tipo de discriminación en su entorno familiar, laboral y social”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.



“Ya no hay papeles protagonistas para gente como tú”

Y es ahí, en el entorno familiar, laboral y social donde se dan los casos más graves de este tipo de discriminación. Tomar conciencia por parte de las administraciones y poner el foco en este problema es fundamental para buscar soluciones. “Podemos ver en

el día a día bastantes ejemplos de edadismo como cuando se trata a las personas de edad avanzada como si fueran niños y no fuesen capaces de tomar sus propias decisiones, utilizar términos peyorativos o, en los trabajos, no querer contratar cuando se acerca la etapa de jubilación a pesar de que pueden aportar mucho por su experiencia”, afirma Isabel Jordán, vocal de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (Aeesme), que subraya que “ejemplos como este lo que hacen es minar la autoestima de las personas”.

Familia

Tal y como apunta Maite Soy, enfermera y profesora del Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), “la familia, que debería ser la cuidadora y protectora del anciano por excelencia, se convierte en ocasiones en fuente de edadismo”. “Esta realidad se suele ocultar porque es difícil denunciar a alguien al que te une un vínculo afectivo y, de hecho, algunos estudios indican que un gran porcentaje de agresores son los hijos o cónyuges de las víctimas”, explica Soy.



La enfermera también constata que “los agresores pueden serlo sin percibirlo como tal y esto es debido a que hayan normalizado este comportamiento maltratante”. Es en este punto cuando la formación e información de la sociedad cobra más importancia que nunca. “Este es un papel fundamental de las enfermeras en todas las etapas. Debemos aprender la manera de expresarnos ante una persona mayor. Tener mayor edad no quiere decir que seamos menos capaces de hacer algo; debemos escucharlos el tiempo que necesitan y con total naturalidad y

normalidad”, destaca Pilar Lekuona, vocal del CGE en representación de la especialidad de Geriatría.

Etapas

Al final, caer en estereotipos supone una lacra para aquellos que sufren edadismo que, además, no sólo se produce en las etapas más avanzadas

“Cada vez estás peor, no te enteras de nada”

Compartir experiencias

Conocer las vivencias, nutrirse de las experiencias y ahondar en las inquietudes de los otros enriquece la salud mental y, por lo tanto, mejora la salud física de las personas. En lo que al edadismo se refiere, organizar encuentros intergeneracionales podría evitar muchos gestos de maltrato que están interiorizados. “Compartir experiencias de personas con distintas edades puede ser muy gratificante porque muchas veces es el desconocimiento lo que hace tener prejuicios”, afirma Isabel Jordán.

de la vida, sino que puede darse en edades más tempranas en lugares como el trabajo o en la rutina diaria. Por ejemplo, pensar que alguien a partir de los 50 años no puede correr una maratón o que alguien a partir de 40 no debería estar en un bar tomando algo. Pensamientos basados en tópicos que se deben desterrar con educación y cambios en políticas y leyes para poner freno a esta discriminación, que, además, afecta enormemente a la salud mental de los que la sufren. “Los estereotipos negativos sobre la edad pueden aumentar el estrés. La imagen desfavorable que tienen las personas de sí mismas por motivos de edad suele predecir peores comportamientos en cuanto al cuidado de su salud. De hecho, el edadismo se asocia con una peor salud física y mental, un mayor aislamiento social, una mayor inseguridad financiera y una menor calidad de vida, lo que produce mayores tasas de muerte prematura”, apunta Uxua Lazkanotegi, vocal de Aeesme. Ella misma critica que, en una sociedad donde la productividad prima por encima de todo, en ocasiones no se da valor a lo mucho que las personas pueden aportar con su experiencia, conocimiento y perspectiva de la realidad.

Visibilidad

Por su parte, M.^a del Mar García, vocal del CGE en representación de la especialidad de Salud Mental, insta a trabajar para “hacer visible el edadismo, que se implanten medidas para luchar contra él, combatiéndolo con estrategias en la política y la legislación porque sólo así caminaremos



hacia un envejecimiento saludable”.

Tal y como explica García, “las enfermeras especialistas debemos trabajar en varios frentes contra esta discriminación”. “A nivel personal, hay que empoderar al mayor para

incrementar su potencial para una vida autónoma y satisfactoria; en el mercado laboral, tenemos que hacer visible la experiencia que se adquiere con el paso de los años, promoviendo políticas con esquemas de jubilación flexi-

bles; en el ámbito económico, se puede informar de cómo buscar salidas que le ayuden a mejorar su economía. Con respecto a la salud, hay que educar para evitar el aislamiento, la pérdida de autoestima e, incluso, la depresión;





la familia también debe trabajar y contar con las personas mayores para no hacerles sentir inútiles. Por último, es necesario actuar contra los estereotipos a nivel social y, a nivel de pareja, cortar clichés como que la sexualidad y el amor son innecesarios en las personas mayores”, enumera la enfermera.

Machismo

Pensar que un futbolista con 38 años está desfasado, que una nadadora con 35 ya no puede dar más de sí o que una actriz con 40 ya sólo puede tener papeles secundarios y no protagonistas es edadismo. También lo es retirar del informativo principal de una cadena a una presentadora porque ‘se está haciendo mayor’, prejubilación a una ejecutiva para dar paso a ‘nuevas generaciones’ o considerar que una mujer mayor ya no puede ser alcaldesa de una ciudad por su edad. Y es aquí, en situaciones como estas, cuando el edadismo entra en simbiosis con el machismo. Dos maneras de discriminar que se unen contra una parte de la sociedad por el hecho de ser mujer y, además, por su edad.

Aunque afecta tanto a hombres como mujeres, estas últimas sufren las consecuencias de esta discriminación de una manera mucho más clara y ofensiva. Ya lo decía la escritora Susan Sontag en 1979: “Mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen”. Y ahora, 42 años después de esta cita, la frase sigue igual de vigente. “Es un fenómeno estructural que la sociedad debe abordar porque nos afecta a todos y no tan a largo plazo. En las sociedades patriarcales, este abordaje requiere mayor esfuerzo y compromiso si la

persona mayor es mujer”, afirma Maite Soy.

Protección

La también autora de *Historias de una orquesta desafinada*, un libro sobre el maltrato a los mayores, apunta a que “invisibilizar la discriminación por edad no nos exonera si la percibimos y, mirando por otro lado, no hacemos nada al respecto. “La protección a la víctima pasa por erradicar el argumento del ‘no nos incumbe’ y actuar corrigiendo a los agresores a fin de prevenir más acciones dañinas”, recalca Soy.

“Déjale, no le hagas caso, no sabe ni lo que dice”

En cuanto a la perspectiva de género que debe tener el abordaje del edadismo, M.^a del Mar García resalta la ne-

cesidad de utilizar todos los medios disponibles para hacer ver a la sociedad que, por ejemplo, “el acceso a un puesto de trabajo ha de estar relacionado con la capacidad de llevarlo a cabo y no por la apariencia física”. En esta misma línea se encuentra Isabel Jordán, que expone la necesidad de que “las mujeres de edad avanzada tengan las necesidades más básicas cubiertas, pero también tengan un tejido rico social”.

En definitiva, las administraciones y la sociedad en general deben conocer y reconocer que existe esta problemática, abordarla y trabajar unidos para afrontar este tipo de discriminación, muy normalizada, pero que afecta enormemente a quien la padece. Y una vez más, las enfermeras estarán al frente para educar a la población porque, al final, no hay que olvidarse de que la edad avanza para todos y todas. Acabar con la discriminación en el presente ayudará a no vivirla uno mismo en el futuro.

Detectar y abordar

Las enfermeras tienen una posición privilegiada a la hora de detectar situaciones de maltrato en los pacientes. Por su posición tan cercana, pueden reconocer y abordar aspectos discriminatorios. “El edadismo es una situación muy grave, pues tal forma de maltrato al anciano multiplica el rechazo al envejecimiento. No podemos silenciar la sospecha de edadismo, sino comunicarlo para activar los protocolos existentes. Algunos de los puntos clave de la actuación son el parte de lesiones, entrevista a la víctima, así como también al posible agresor, valoración del riesgo, registro de los indicadores en la historia clínica y social, protección del afectado y comunicación al juzgado de guardia”, explica Maite Soy, que subraya la necesidad de “dar credibilidad a lo que cuenta”.

Las enfermeras advierten del abandono de los pacientes con alzhéimer

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Hace casi dos años que la pandemia por COVID-19 paralizó el mundo y con él la atención a pacientes vulnerables como los afectados por la enfermedad de Alzheimer. El confinamiento total afectó enormemente a la evolución de la patología en muchísimos afectados, que se vieron obligados a vivir la enfermedad en soledad, así como aquellos que quedaron aislados en centros sociosanitarios para evitar el posible contagio. Además de los que ya estaban diagnosticados, la situación agravó la evolución de los pacientes que estaban en un estadio inicial de la patología. Una deuda pendiente que ahora las administraciones tienen la obligación de abordar y solucionar para afrontar los cuidados de estas personas y de sus familiares o cuidadores principales.

Desde el Consejo General de Enfermería instan a contar con enfermeras especialistas para

garantizar una atención de calidad a los pacientes con alzhéimer que en la nueva normalidad deben acostumbrarse a una realidad desconocida para todos, que ha afectado mucho más a personas con demencia. “El COVID-19 ha sido un golpe durísimo para toda la sociedad, pero ahora debemos

Hasta 800.000 afectados viven con la enfermedad en España

ayudar y cuidar a aquellos pacientes más vulnerables. El deterioro cognitivo que produce el alzhéimer se ha agravado mucho más en estos momentos porque la soledad que ha traído la pandemia ha acelera-

do el proceso”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente de la Organización Colegial.

Por su parte, Paloma Muñoz, secretaria de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene), también destaca que “la pandemia ha repercutido negativamente en los pacientes neurológicos y, dentro de estos, en mayor proporción en los pacientes con alzhéimer. “El cierre temporal durante la pandemia ha generado un avance más rápido de la enfermedad o así es percibido por dos de cada tres cuidadores, según algunos estudios. Además, también comentan que se han visto desbordados por la situación sin saber cómo actuar en cada caso”, resaltan.

En esta misma línea se encuentra Pilar Lekuona, vocal del CGE en representación de la especialidad de Geriátrica, que afirma que “es fundamental que tengamos la especialidad o los conocimientos para abordar las diferentes situaciones que se den con las personas mayores”. “En el alzhéimer, por ejemplo, hay que individualizar cada una de las situaciones y los cuidados deben ser absolutamente empáticos y muy conocedores de cuáles son las situaciones a las que te puede llevar la enfermedad”, apunta Lekuona.

Prevención

Actualmente, el alzhéimer es la principal causa de demen-

cia en todo el mundo y la enfermedad que mayor discapacidad produce en ancianos. Según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología, hasta 800.000 personas sufren esta patología en España, una cifra que podría duplicarse en los próximos 20 años. Por este motivo, realizar un plan de cuidados y de prevención es fundamental para evitar entre 1 y 3 millones de casos en el mundo.

Además del deterioro físico que produce la enfermedad, la salud mental de estos pacientes también debe ser evaluada y cuidada por profesionales expertos, más ahora tras tantos meses de pandemia.

“El COVID-19 ha acelerado el deterioro de los pacientes”

En este sentido, M.^a del Mar García, vocal del CGE en representación de la especialidad de Salud Mental, subraya que “para estos pacientes seguir una rutina es muy importante y se cortó de golpe; dejaron de salir, de ir a centros de día y se quedaron aislados sin ver a amigos ni a familiares”. “Esta situación les hizo estar más tristes e irritables. Ahora vemos cómo esta desconexión ha provocado alteraciones conductuales y psicológicas, acelerando, incluso, el avance de la enfermedad”, asegura.

Tal y como apunta Guadalupe Fontán, enfermera del Instituto de Investigación del CGE, es fundamental fijar “una rutina diaria”. “Para ayudar a las personas con enfer-

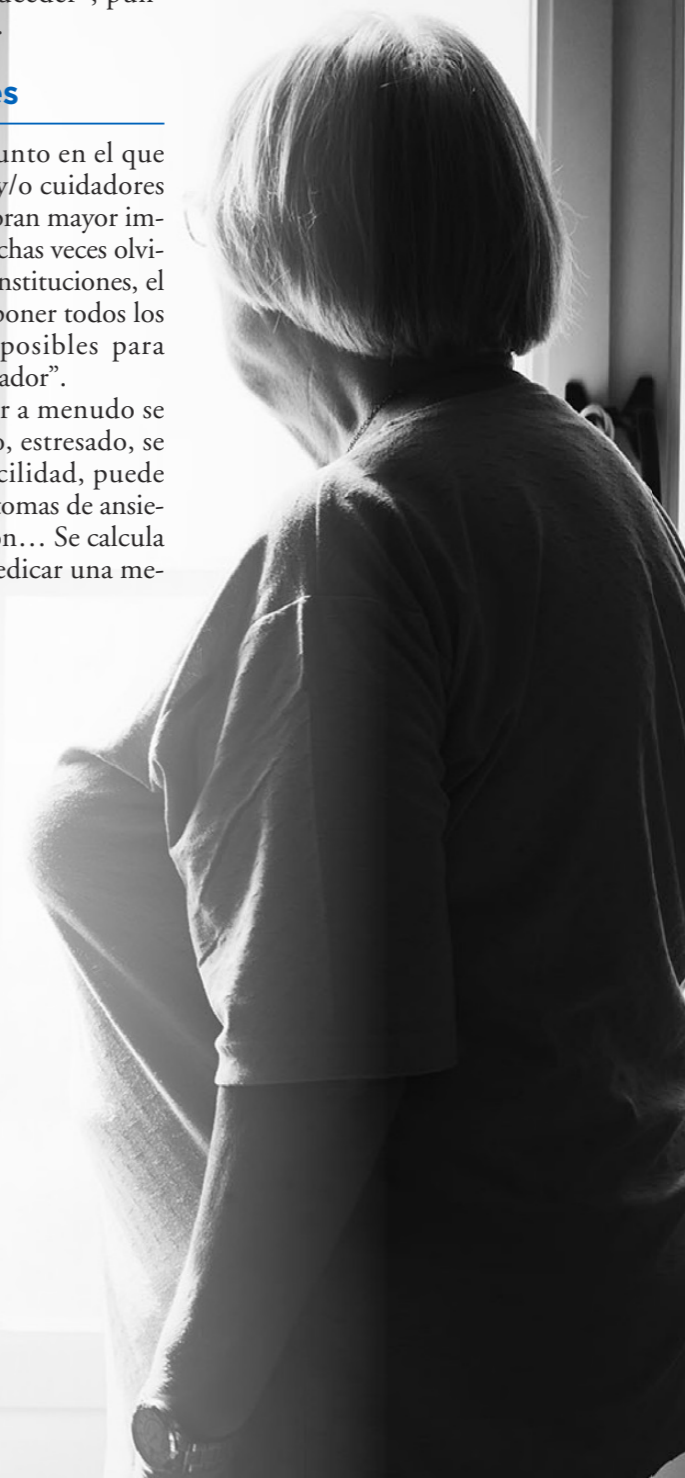
medad de Alzheimer se pueden llevar a cabo distintos mecanismos que les faciliten el día a día como adaptar el hogar incorporando notas visuales en calendarios con imágenes, etiquetando materiales básicos como los peines o cepillos de dientes, manteniendo el orden y horarios para generar seguridad, así como prevenir las posibles caídas que puedan suceder”, puntualiza Fontán.

Cuidadores

Y es en este punto en el que los familiares y/o cuidadores principales cobran mayor importancia. Muchas veces olvidados por las instituciones, el CGE solicita poner todos los mecanismos posibles para “cuidar al cuidador”.

“El cuidador a menudo se siente cansado, estresado, se frustra con facilidad, puede desarrollar síntomas de ansiedad o depresión... Se calcula que llegan a dedicar una me-

dia de 15 horas al día a los cuidados y esto produce una gran sobrecarga. Es imprescindible adaptarse a su nuevo rol sin abandonar sus necesidades emocionales y sociales. En definitiva, el bienestar global del cuidador va a influir en la calidad de la atención que se preste al paciente con alzhéimer”, apunta M.^a del Mar García.



La comunidad educativa exige enfermeras escolares en los centros

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Desde el inicio de la pandemia, los alumnos han sufrido el impacto del COVID-19 en su educación. Tras un curso interrumpido durante meses en la primera ola llegó un segundo curso que, según los expertos, fue mejor de lo previsto pero que aún así ha afectado a su proceso educativo. Con el objetivo de garantizar la seguridad en las aulas, docentes, padres y alumnos exigen la presencia de enfermeras escolares en todos los centros, una necesidad que viene de lejos pero que la pandemia ha hecho aún más evidente.

Para analizar la experiencia educativa desde la llegada del COVID-19 y acometer el nuevo curso con las máximas garantías para la seguridad en las aulas y la continuidad de las clases presenciales, representantes de toda la comunidad escolar se han dado cita en el seminario web “Segundo curso con pandemia en las aulas: experiencia previa, retos y objetivos”.

La sesión ha sido organizada por el Instituto Superior de Formación Sanitaria ISFOS e inaugurada por su directora y vicepresidenta del Consejo General de Enfermería, Pilar Fernández, quien ha hecho hincapié en que “existe una gran incertidumbre de toda la comunidad educativa sobre cómo va a transcurrir el nuevo curso”.

Por su parte, la enfermera Natividad López Langa, pre-

sidenta de la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE), ha explicado que “el curso pasado fue muy complicado, tanto por el elevado índice de casos que hubo en determina-

“La enfermera escolar es necesaria siempre”

dos momentos, asociado a las distintas olas, como por todas las dudas que iban surgiendo, los positivos de los profesores que a veces no eran sustituidos con la rapidez que requería la situación, el confinamiento temporal de los niños cuando había un positivo... Hoy, nos hemos reunido to-

dos los agentes implicados para analizar la evolución del curso anterior y resolver todas las dudas que surjan con respecto al que acabamos de comenzar”.

Garantizar la educación

El hecho de que la mayoría de los centros educativos no cuenten con enfermeras escolares obliga a los profesores a asumir funciones para las que no están preparados y les resta tiempo para las que sí son sus competencias. Más allá del COVID-19, entre los alumnos hay muchos que padecen una enfermedad crónica —diabetes, asma...— y precisan de la administración de tratamientos durante el horario lectivo, un hecho al que se suma el día a día con caídas, picaduras y otro tipo



de accidentes habituales. El COVID-19 no ha hecho sino añadir más carga y responsabilidad a aquellos profesores, la mayoría, que no cuentan con el apoyo de una enfermera escolar.

Como ha explicado la enfermera escolar Paz Gatell Maza, del CEIP San Pío X de Majadahonda, “en aquellos centros donde hay enfermeras escolares, hemos sido las que lógicamente hemos asumido el rol de coordinadoras COVID, pero en aquellos donde no cuentan con nosotras lo ha hecho un miembro de la dirección del colegio y eso les ha generado no sólo una carga de trabajo añadida sino muchas dudas sobre cómo actuar”.

Esta enfermera ha abogado además por la vacunación frente al COVID-19 en las aulas: “eso nos permitiría tener un mayor control de qué alumnos están inmunizados y hacer un seguimiento de los posibles efectos secundarios. Además, el registro de esos datos y su reporte a Salud Pública podría ser muy útil para el control de la pandemia”.

Con y sin pandemia

Por su parte, Pedro Jesús Ayala, director del CEIP Francis-



co de Goya de Almería y presidente de la Asociación Andaluza de directores/as de Centros de Infantil, Primaria y Residencias Escolares (ASADIPRE) en esta provincia y vicepresidente a nivel autonómico, ha hecho hincapié en la

“Hay muchas dudas ante el nuevo curso”

importancia de contar con enfermeras escolares más allá del COVID-19: “exigimos que haya enfermeras escolares en este escenario, pero también sin él porque más allá de la pandemia, en el día a día,

tenemos alumnos que requieren medicación, puntual o crónica, otros que sufren caídas... nosotros somos profesores, no sanitarios. Además, las enfermeras escolares desempeñan una labor educativa en el ámbito de la prevención y la adquisición de hábitos saludables muy importante”.

Familias y alumnos también lo tienen claro. Así, para Leticia Vázquez Ferreira, presidenta de la Confederación Andaluza de Asociaciones de Madres y Padres del Alumnado por la Educación Pública (CODAPA), “contar con una enfermera escolar en el centro da seguridad a los padres y eso repercute en el buen funcionamiento del colegio”.

Y no ha faltado la visión de los alumnos y para ello la sesión ha contado con Pedro Hernández, actualmente en la Universidad Complutense de Madrid y que el año pasado cursaba el bachillerato en el Colegio Base de Madrid. Hernández ha compartido su experiencia durante el curso anterior: “Al principio, teníamos muchas dudas sobre cómo iba a transcurrir el curso en semipresencialidad. En nuestro caso, contábamos con una enfermera escolar y ella fue clave: eso nos dio una gran seguridad en nuestro día a día”.



Estas son las claves del cuidado de la DERMATITIS ATÓPICA

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Con la llegada del otoño las personas con pieles atópicas tienden a ver cómo su problema se acentúa y aquellos que habían pasado un verano más o menos tranquilo —gracias a los beneficios de la exposición solar— vuelven a sufrir los síntomas de una enfermedad que no da tregua. La dermatitis atópica es una disfunción de la barrera cutánea que se caracteriza por el eczema, el prurito, el engrosamiento de la epidermis y la sequedad. Sólo la constancia en los cuidados y el tratamiento permiten reestablecer la barrera cutánea, reducir o hacer desaparecer las lesiones y con ello controlar el intenso que picor al que se asocian.

Formación

Dentro de la campaña “En la piel de la enfermera”, puesta en marcha por el Consejo General de Enfermería y CE-

RAVE con el objetivo de potenciar la formación enfermera en el cuidado y prevención de las afecciones de la piel, ambas entidades acaban de presentar una infografía y un vídeo animado que recogen los principales cuidados de las pieles atópicas. En ella han participado dos enfermeras, M.ª Cruz Pérez Llorente, de la Unidad de Dermatología y

Hay que controlar el picor

Venerología del Hospital Río Hortega de Valladolid, y Guadalupe Fontán, del Instituto de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería, junto al dermatólogo Álvaro González Cantero, del Hospital Universitario

Ramón y Cajal de Madrid y del Grupo Pedro Jaén.

Romper la espiral del picor

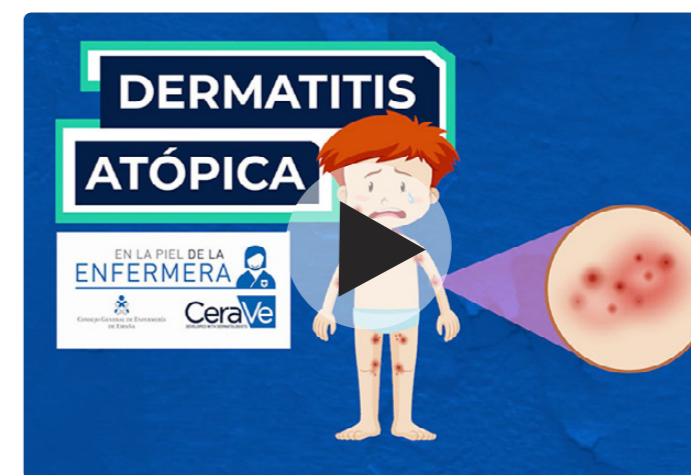
Los materiales recogen los cuidados esenciales que deben seguir las personas con pieles atópicas, algunos relacionados con su higiene y cuidado diarios, como la hidratación dos veces al día con un emoliente adecuado y sin perfume y otros asociados a cuestiones como el tipo de ropa, el hogar o el estilo de vida. En este sentido, María Cruz Pérez Llorente hace hincapié en que “la constancia es esencial cuando hablamos de dermatitis atópica. La hidratación debe ser diaria, las duchas cortas y con agua tibia y hay que evitar frotar la piel. Por ello, hay que evitar el uso de esponjas y para secarse, por ejemplo, reco-



mendamos emplear toallas de algodón y hacerlo a pequeños toques, sin fricción”.

Uno de los síntomas más molestos que sufren estos pacientes es el del picor que llega a ser muy intenso y desemboca en el rascado de la piel y en un picor aún mayor, generando una espiral de la que es difícil salir y puede desembocar en lesiones que llegan incluso a infectarse. Para romper con esta espiral, apunta Guadalupe Fontán, debemos “recurrir siempre al tratamiento farmacológico que se haya prescrito por el profesional sanitario y nunca automedicarse”. Además, se recomienda utilizar productos hidratantes que sean emolientes y conservarlos en la nevera —puesto que el frío contribuye al alivi—, y técnicas como la del pijama húmedo o la aplicación de vendas mojadas.

Para Álvaro González Cantero, “la formación de los pacientes y de sus padres, cuando hablamos de niños, es fundamental para conseguir el correcto control de la enfermedad. Muchas veces, cuando nos llega un paciente nuevo que ya ha probado varios tratamientos y no sabe qué hacer, la clave no está tanto en cambiar el tratamiento como en que sepa cómo y cuán-



do debe aplicarlo y conozca los cuidados que pueden ayudarle. Para ello, es fundamental contar con enfermeras expertas que le explique paso a paso estos cuidados, resuelvan sus dudas y le ayude a incorporarlos a su día a día”.

La constancia es clave en el tratamiento

Formación e investigación

Estos materiales son los segundos que el Consejo Gene-

ral de Enfermería y CERAVE presentan conjuntamente fruto de su colaboración. Como explica el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, “En la piel de la Enfermera’ es una campaña de amplio recorrido que se inició hace unos meses y contempla varias acciones, entre ellas, la primera beca ‘En la piel de la enfermera’, una oportunidad para que nuestras profesionales puedan presentar un proyecto dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas a través del cuidado de la piel. De todas las ideas que se reciban, aquella que resulte ganadora obtendrá 6.000 euros para llevarla a cabo. Desde aquí animo a todas nuestras enfermeras a participar porque, insisto, creemos que es un gran oportunidad”.

Por su parte, Isabel Castillejo, directora de Relaciones Médicas de L’Oreal Cosmética Activa, ha destacado el compromiso decidido de CeraVe para ayudar a “contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas a través del cuidado de la piel y de forma muy especial en pacientes con dermatitis atópica; donde la enfermería juega un importante papel en el cuidado de estos pacientes”.

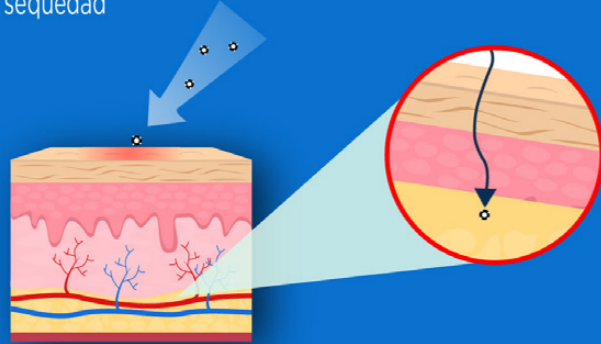




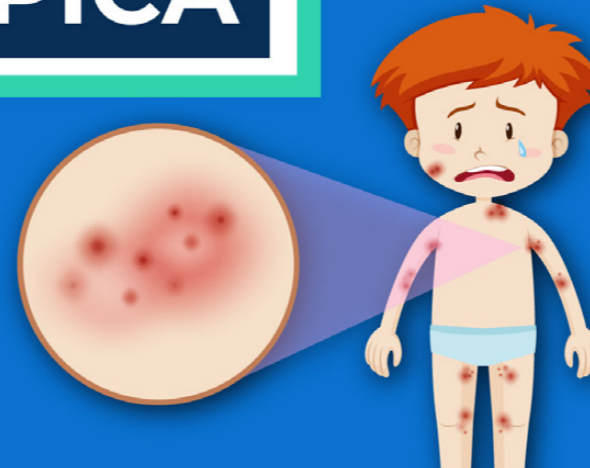
A QUÉ ES

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PIEL

Eczema, prurito, engrosamiento de la epidermis, sequedad



DERMATITIS ATÓPICA



B DATOS DE INTERÉS

PREVALENCIA:

15% ETAPA INFANTIL

1-3% POBLACIÓN ADULTA

Creciente en países desarrollados

Tiende a desaparecer con la edad

Persistencia edad adulta:
formas más graves

Recidivas estacionales:
primavera y otoño

ETIOLOGÍA / FACTORES DE RIESGO:

- Predisposición genética
- Mayor edad de la madre
- Tabaquismo: activo y pasivo
- Disminución de la lactancia materna

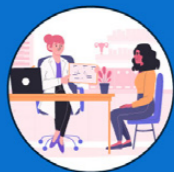
C LOS CUIDADOS

EVITAR:

Calor y sudor, alérgenos, irritantes (ej. detergentes), baja humedad...



**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO;
NO AUTOMEDICARSE**



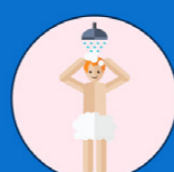
CUIDADOS E HIGIENE DIARIOS:

- Jabones hipergrasos o syndet
- Duchas cortas de agua tibia
- Evitar esponjas
- Secarse sin frotar
- Hidratación: 2 veces al día
- Evitar: esponjas, desodorante, tatuajes



CONTROL DEL PICOR:

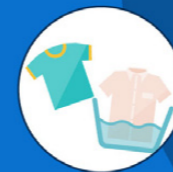
- Hidratación emoliente
- Frío: enfriar emoliente en nevera
- Agua termal
- Técnica pijama húmedo / vendas mojadas



OTRAS RECOMENDACIONES:

Ropa:

- Algodón o lino
- Quitar etiquetas
- Lavar antes de estrenar con detergente líquido sin suavizantes y extra de aclarado
- Calzado: piel o tela
- Guantes de algodón antes de colocar de goma



Hogar:

- Habitaciones bien aireadas
- Limpiar frecuentemente moquetas, edredones, alfombras...

Estilo de vida:

- Control de estrés
- Tras actividades deportivas acuáticas una ducha rápida



EN LA PIEL DE LA
ENFERMERA





ENFERMERAS EXPERTAS EN UROLOGÍA: mejoran la calidad de vida y ahorran costes

ÁNGEL M. GREGORIS. Sevilla

Los pacientes con problemas urológicos tienen una elevada carga de dependencia y afectación sobre su calidad de vida. Estas situaciones suponen, en muchas ocasiones, un sufrimiento añadido, alta vulnerabilidad y una enorme fragilidad en su día a día. Con el objetivo de apoyar, cuidar y prevenir posibles complicaciones, el Consejo General de Enfermería (CGE) y la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) piden al Gobierno central y a los autonómicos que se apueste de verdad por la figura de la enfermera experta en Urología para mejorar el proceso de enfermedad de los pacientes.

“La enfermera urológica tiene un papel fundamental en el seguimiento de aquellos pacientes con afecciones de este tipo, tanto en la preparación

Ejerce un papel favorecedor con su presencia

de una cirugía, durante su hospitalización o los cuidados posteriores. La evidencia científica ha demostrado que todo ello va a repercutir tanto en la

seguridad de los pacientes como en la calidad asistencial”, afirma José Luis Cobos, vicepresidente tercero del CGE.

En la misma línea se muestra Francisco Milla, actual presidente de la AEEU, que explica que “la enfermera urológica ejerce un papel favorecedor con su presencia y cuidado, acompaña al paciente en este escenario y armoniza la relación entre usuarios y sistema, vertebrando a todos los profesionales del equipo multidisciplinar que intervienen en su proceso”.

Congreso

Más de 200 enfermeras de Urología se han reunido en Sevilla en el XL Congreso de la AEEU, donde se ha puesto de manifiesto la importancia y la necesidad de contar con ellas para la óptima atención de estos pacientes. Tal y como explica Milla, “la enfermería urológica se encuentra en un momento esencial y necesario en el que potenciar el desarrollo de proyectos que, de forma sistemática y organizada, pongan en relieve el impacto y resultado que obtienen nuestros cuidados para el éxito de cual-



quier estrategia que se proponga mejorar la salud de los ciudadanos”.

Desde la AEEU consideran que “más que hablar de números hay que hablar de proporcionalidad en cuanto a dedicación de recursos pertinentes que cubran las necesidades y expectativas que se demandan por la ciudadanía, con la finalidad de proporcionar una mejor y mayor calidad en los cuidados que se reciben”.

Cuidar

Actualmente, en un momento en el que el paradigma de la sanidad debe cambiar de un modelo basado en el curar a uno basado en el cuidar, las enfermeras cobran más importancia que nunca y deben gestionar los cuidados y el trato con estos pacientes. “Tenemos el deber y la obligación de incorporar las competencias específicas que repercutan e intervengan en un mayor nivel de independencia y autonomía, tanto del paciente como de su entorno”, apunta Francisco Milla.

Por su parte, José Luis Cobos subraya la importancia de que las administraciones sean

conocedoras de esta necesidad. “Crear la figura de la enfermera experta en Urología es fundamental para contribuir a una mejora en el sistema sanitario a todos los niveles, tanto en lo que se refiere a la mejora de la calidad de vida del paciente como en el ahorro para el sistema

Una infografía explica las competencias de estas profesionales

sanitario. Un paciente tratado por una enfermera experta reduce muchas visitas a urgencias y otras consultas por posibles complicaciones, lo que ayuda a minimizar los gastos. En definitiva, las enfermeras expertas en Urología son un recurso humano coste-efectivo para el sistema”, puntualiza.

Lucha

En este sentido, el presidente de la AEEU urge a las diferentes esferas políticas e institu-

ciones sanitarias a invertir en la definición de estrategias que sitúen y pongan en valor esta práctica. “Vamos a poner especial énfasis y dedicar todos nuestros esfuerzos en reivindicar y luchar por posicionar la importancia y trascendencia que adquiere nuestro rol dentro de las instituciones sanitarias”, concluye.

Las enfermeras de Urología contarán también a partir de ahora con una infografía y un vídeo animado de uso libre en el que se especifican todas las competencias que tienen en el trato y los cuidados con estos pacientes.

En el seno del Congreso de la Asociación, además de mesas redondas y presentación de comunicaciones, este miércoles se ha llevado a cabo una nueva reunión del Grupo CAB, en la que se han sentado las bases para trabajar en un proyecto de visibilidad de las competencias enfermeras en el cuidado del paciente urológico. Así, durante cuatro horas se han establecido las acciones a seguir, entre las que destacan la creación de píldoras formativas para profesionales y pacientes, en diferentes ámbitos de la urología.





COMPETENCIAS ENFERMERAS CON EL PACIENTE UROLÓGICO

Prescripción enfermera

Indica, usa y autoriza la dispensación de medicamentos y productos sanitarios que se utilizan en este contexto.



Estudio urodinámico / sondaje vesical intermitente / diario miccional

Realiza y colabora en las pruebas diagnósticas, intervenciones y actividades asistenciales y docentes de seguimiento.



Atención urgente: manejo y resolución de crisis disrefléxicas de etiología urinaria/fecal

El síntoma principal es un aumento en la tensión arterial que puede provocar graves complicaciones.



Plan de cuidados

Permiten unificar criterios de actuación que revertirán en la calidad de la atención al paciente y servirán para evidenciar la aportación específica del cuidado.



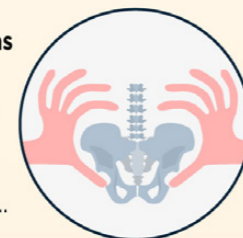
Apoyo psicológico y emocional

Gestión de la parte emocional y estado psicológico del paciente y familia en cualquier momento del proceso.



Reeducación suelo pélvico y terapias de manejo de la incontinencia

Terapias que comprenden diferentes técnicas y tratamientos para el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, entrenamiento vesical...



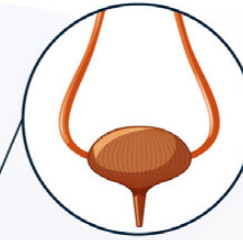
Gestión y organización de RRHH y/o RRMM

Los enfermeros de cuidados urológicos desempeñan estrategias de gestión, ejerciendo un liderazgo eficaz en el manejo del equipo y el uso de los recursos sanitarios.



Cuidados enfermeros y gestión de autocuidados en la vejiga neurógena

El adiestramiento, efectividad docente y seguimiento suponen un pilar básico de atención sanitaria.



Educación para la salud

Debe comenzar lo antes posible para favorecer la interiorización de los autocuidados desde todos los niveles asistenciales evitando reingresos.



Asesoramiento y cuidados en patología y salud sexual

Seguimiento del manejo de dispositivos y fármacos que garanticen una elevada adherencia a los tratamientos para la disfunción.



Cuidados enfermeros al paciente

Gestionar los cuidados de los pacientes urológicos y familia, curas, sondaje vesical permanente (lavados vesicales), manejo de materiales, dispositivos urológicos y ostomías con la máxima calidad.



Comunicación y trabajo en equipo

Habilidades de comunicación y competencias que facilitan el trabajo multidisciplinar para una asistencia sanitaria más efectiva y satisfactoria.



Generación y difusión de conocimiento relacionados con los cuidados urológicos

A través de la docencia, la investigación y la innovación contribuyen a mantener los conocimientos actualizados.



Enfermeras de urología de toda España reclaman en Sevilla un reconocimiento a sus competencias

MARINA VIEIRA. Sevilla

Multitud de enfermeras se han dado cita en el último Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Un encuentro que, en esta ocasión, ha sido aún más especial por celebrar también la vuelta a la presencialidad. Una oportunidad para reclamar el sitio y el reconocimiento de las competencias de las enfermeras urológicas. “Llevo muchos años trabajando en Urología. Siempre he vivido que la enfermera tiene peso en el sistema de salud y en ámbito hospitalario en su unidad, pero no nos conocen, no saben lo que hacemos. No saben en qué consisten las

pruebas que hacemos. Lo hacemos de forma autónoma, somos independientes. No dependemos de un médico para poder realizar nosotros

Celebraban, también, la vuelta a los encuentros presenciales

un diagnóstico enfermero, un tratamiento o un seguimiento. La gente no lo conoce. No sólo a nivel sanitario, en el mundo no sanitario na-

die lo conoce”, ha reclamado Maribel Martínez, enfermera urológica del Hospital Clínico San Cecilio (Granada) y una de las ponentes del congreso. “Nos tenemos que hacer visibles, porque si no estamos siempre en la sombra. Lo más importante es que nos vean, que estamos ahí. El paciente tiene que ser consciente de que no somos una secretaria del médico que nuestra labor es muy importante”, añadía Goretti Zugazaga, enfermera urología Hospital Universitario Galdakao (Vizcaya) y también asistente al encuentro.

Tres días de ponencias

Durante tres días, enfermeras de toda España que trabajan con pacientes urológicos han tenido la oportunidad de compartir vivencias y presentar nuevos proyectos para hacer visibles sus competencias. “Hemos presentado un proyecto que se va a iniciar a nivel audiovisual donde vamos a presentar las competencias de la enfermera urológica. En las consultas, en hospitalización para dar visibilidad a todo el mundo, tanto a la población en general como a nuestros pacientes, como también a nuestros compañeros profesionales sanitarios”, relata María Isabel Serrano, enfermera clínica en el Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona) para describir la ponencia en la que ha participado junto a otras compañeras. “Hemos presentado las funciones de enfermería dentro del campo que trabajamos. Ellas hablan de la parte urológica y yo de la parte gestora y de la parte docente. Doy clases en la facultad y



queremos darle visibilidad a todas las funciones que tiene la enfermería y qué es lo más relevante”, añade Amparo Pardo, supervisora unidad de lesión medular Hospital La Fe (Valencia).

Personalidades enfermeras

En el encuentro se ha contado con la presencia de personalidades del mundo de la enfermería que han sido los encargados de inaugurar el evento. En estas sesiones inaugurales ha cobrado protagonismo la necesidad de fomentar la hu-

manización dentro de la profesión. “Hemos planteado la importancia que tiene el liderazgo humanizado. Hay que conocer que hay diferentes enfoques y el principal que es

Con todas las medidas frente al COVID-19

la importancia que tienen los profesionales y los ciudadanos. Cuando hablamos de cuidado, que es nuestra competencia, también tenemos

que entender que cada vez que tenemos una práctica de cuidados, cuidamos personas y debemos tener estrategias de humanización”, puntualizaba Carmen Ferrer, enfermera y jefa del servicio de información y atención al paciente en el Hospital Central de Cruz Roja (Madrid) y encargada de la ponencia inaugural. Por su parte, José María Rueda, presidente del Colegio de Enfermería de Sevilla asistió al evento y recordó que, a pesar de que celebra la vuelta a la presencialidad, hay que seguir manteniendo las medidas de seguridad porque no hay que perder el miedo al virus.





Atención a la cronicidad, un modelo que debe cambiar

GEMA ROMERO. Madrid



El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la cronicidad obligan a replantearse el modelo de atención sanitaria como lo habíamos concebido hasta ahora si se quiere hacer frente a las necesidades de cuidados de la población. Para abordar cómo ha de ser este nuevo modelo y el papel que han de jugar las enfermeras, el programa *El debate* de CANAL ENFERMERO ha reunido a cuatro de los autores de los documentos de competencias en el ámbito de la cronicidad que ha publicado el Consejo General de Enfermería de la mano de su instituto de investigación y con el apoyo de Boehringer Ingelheim. Dos documentos, uno centrado en el papel de las **enfermeras gestoras de casos** y otro **en la continuidad asistencial**, que van a marcar el futuro del abordaje de la cronicidad desde la profesión enfermera.

La realidad demográfica en nuestro país demuestra que, hoy por hoy, el envejecimiento de la población es un hecho imparable. Ante esta situación Gonzalo Duarte, profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Sra. De la Candelaria en Tenerife, sostiene que “hay que partir de una idea clara: la transición epidemiológica que vivimos, con mayor envejecimiento, mayores procesos crónicos, genera más dependencia y por tanto más necesidad de

cuidados. Si se necesitan más cuidados hemos de cambiar el sistema sanitario que está diseñado para curar, fundamentalmente procesos agudos, a cuidar procesos crónicos, y eso implica reestructurar la organización”.

Unos cambios que, poco a poco, sí empiezan a notarse en los hospitales. Así lo sostiene

No se tiene en cuenta la evidencia científica

M.^a José del Olmo, supervisora asistencial en el hospital 12 de Octubre de Madrid, para quien esta conversión hacia el cuidar se observa al hablar de procesos asistenciales y no de patologías. “El proceso asistencial indica un continuo en la enfermedad desde todos los agentes que intervienen en ese proceso, también desde todos los ámbitos asistenciales”.

Evidencia

Sin embargo, para María Luisa Ruiz Miralles, enfermera gestora de casos en el Centro de Salud San Vicente I de Alicante, a los pacientes crónicos hay que cuidarlos donde están, que es en su casa. “Lo que necesitan es una atención

domiciliaria de calidad y para eso necesitamos más profesionales y tender muchos más puentes entre niveles para dar una atención integral en todos los ámbitos. La gestión de casos ha demostrado, en la evidencia científica, que es eficiente y coste-efectiva”.

Sin embargo, y pese a tener datos que lo demuestran, “no estamos en la situación en la que nuestros políticos vean a la enfermería como un potencial, que puede participar directamente en la organización de las políticas que favorezcan este abordaje de la cronicidad”, señala Magdalena Cuevas, enfermera gestora de casos en el Servicio Andaluz de Salud.

Como explica Gonzalo Duarte con cierta indignación “las evidencias existen, las experiencias existen —en España hay comunidades como Canarias o Andalucía que tienen implantado su modelo de gestión de crónicos desde hace 20 años—, pero no se están usando para la toma de decisiones”.

A este respecto, los expertos destacan que “nadie se está parando a planificar para los próximos 10 años o los próximos cinco años”. Para el profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Sra. De la Candelaria en Tenerife los planes actuales “son muy genéricos, no incluyen iniciativas alrededor de la continui-





dad, de la gestión de casos”. Además, como apostillaba Magdalena Cuevas, “tampoco estamos en el mismo nivel de implicación o de desarrollo en las distintas comunidades autónomas”.

Abandonados en pandemia

“Desgraciadamente con el abordaje del COVID, la mayoría de los recursos, de los profesionales, se han ido a la identificación de casos, al rastreo de contactos, después a la vacunación y se ha dejado un poco de lado a la enfermedad crónica y al paciente crónico que, en cierta manera, se ha visto abocado a la no asistencia, porque desde Atención Primaria estamos desbordados. Son pacientes que están en los domicilios, en el ambiente comunitario, y mucha de la estructura que teníamos montada de seguimiento de pacientes crónicos, no sólo desde la gestión de casos, sino también desde la enfermería familiar y comunitaria, ahora mismo está prácticamente paralizada por el abordaje del COVID”, cuenta Cuevas. Una situación que conoce muy bien como gestora de casos en Andalucía.

Pero no todo ha sido negativo durante la pandemia “pese a lo malo que ha sido, también hemos aprendido muchísimo y nos ha permitido implementar mejoras en la coordinación”, entre los ámbitos sanitario y sociosanitario, sostiene la supervisora asistencial del 12 de Octubre. “Previamente ya teníamos una coordinación bastante sólida, pero era necesario hacer mejoras e implementar cosas nuevas para coordinarnos todos los agentes que están implicados, con la continuidad asis-



tencial liderando”, narra M.^a José Olmo.

Retos de futuro

Uno de los principales retos de la cronicidad va a ser la escasez de enfermeras. Tal y como detalla la supervisora del 12 de Octubre “con la falta de enfermeras que tenemos va a ser difícil que podamos abordar la promoción de la salud, el abordaje de la enfermedad y la gestión de casos. No tenemos suficiente personal,” ni ahora ni a medio-largo plazo.

“No tenemos suficientes enfermeras para todo”

Y sin embargo no es difícil conocer con exactitud cuántas enfermeras son necesarias. “Los enfoques de estratificación de pacientes que tenemos en diferentes comunidades autónomas nos permitirían planificar esa necesidad a partir de la cantidad de pacientes que tenemos en cada estrato”, destaca Gonzalo Duarte. La cuestión también estriba en el tipo de profesionales. “Necesitamos más enfermeras expertas, especialistas y de práctica avanzada”, destaca el profesor tinerfeño. También, según

propone M.^a Luisa Ruiz, se hace preciso establecer las necesidades de cuidados. “Un paciente con diabetes no es lo mismo que tenga 35 años o que tenga 60, sus necesidades son muy diferentes”.

Además, tal y como coinciden los ponentes, “a la Atención Primaria hay que darle un liderazgo auténtico y que el hospital sea un paso del paciente, puntual. Ahí, la continuidad asistencial tiene que intervenir y liderar para que el paciente venga al hospital lo menos posible”, subraya M.^a José del Olmo. Con respecto a la gestión de casos, Cuevas sostiene que “al tratarse de una gestión multicompetente, es preciso ajustar muy bien a quién va dirigida, con qué intensidad, y cuáles son las intervenciones para que sea efectiva”. Para Duarte, “no debemos olvidarnos de los familiares, pues no terminamos de darle el apoyo necesario para que puedan atender de forma adecuada al paciente”, destaca.

Como concluye María Luisa Ruiz “se pueden hacer grandes cosas siempre que los que están en el nivel donde hay que tomar las decisiones cuenten con nosotras. Nuestro sistema sanitario debe cambiar, pues tal y como está evolucionando la población no hay más remedio: o tomamos medidas o tomamos medidas”.

Petición del Parlamento Europeo

La violencia contra las enfermeras, delito grave y transfronterizo



GEMA ROMERO. Madrid

Con 427 votos a favor, 119 en contra y 140 abstenciones, el pleno del Parlamento Europeo ha pedido a la Comisión leyes y políticas específicas para abordar todos los tipos de violencia y discriminación basadas en el género (contra mujeres y niñas, pero también dirigidas a personas LGBTIQ+) como un “delito especialmente grave y con dimensión transfronteriza”. Ello incluiría también la violencia contra las enfermeras al ser un colectivo eminentemente feminizado.

Así, los eurodiputados reclaman, en concreto, que la CE defina la violencia de género como un nuevo ámbito delictivo en virtud del Artículo 83(1) del Tratado de la UE, junto a otros delitos que hay que combatir con criterios comunes, como el tráfico de personas, drogas y armas. Esto serviría como base para una directiva europea centrada en las víctimas, según la Convención de Estambul y otras normas internacionales.

Formas de violencia de género

Los eurodiputados denuncian el feminicidio como la forma más extrema de violencia de género contra las mujeres y las niñas y recalcan que la denegación del aborto legal y sin riesgo también es una forma de violencia de género. Recuerdan a este respecto que el Tribunal Europeo de Dere-

En España se limita a la pareja o expareja

chos Humanos ha dictaminado en varias ocasiones que la legislación restrictiva sobre el aborto y la falta de aplicación violan los derechos humanos de las mujeres.

Asimismo, agregan que las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos, incluida la violencia sexual, ginecológica y obstétrica y las prácticas nocivas, constituyen una forma de violencia de género contra las mujeres y las niñas, así como contra las personas transgénero y no binarias.

Para la Federación Europea de Enfermeras (EFN, en sus siglas en inglés), “las enfermeras deben estar protegidas de cualquier tipo de discriminación y violencia de género”. Pues, tal y como recuerdan, a nivel mundial, la OMS estima que las mujeres representan el 70% del sector sanitario y social (OMS, 2019) y el 89% de las enfermeras son mujeres (OMS, 2020). “Esto implica que toda la violencia, el acoso y la discriminación que pueden sufrir las mujeres en general pueden afectar también a la mayoría de las enfermeras”, tal y como sostienen en su informe sobre la violencia contra las enfermeras.

No en vano, una de cada tres mujeres de la UE ha experimentado violencia física y/o sexual. Alrededor de cincuenta mujeres son asesinadas cada semana en episodios de violencia de género y el 75% de las mujeres en el entorno profesional declaran haber sufrido acoso sexual.

Tal y como recuerda Pilar Fernández, vicepresidenta I del Consejo General de Enfermería y experta en violencia de género, “en España la legislación sobre violencia de género se circunscribe al ámbito de la pa-

“Se debe promover la seguridad de las enfermeras”

reja o expareja. De prosperar la petición del Parlamento Europeo el concepto redundará en modificaciones legislativas para proteger a las mujeres en todos los ámbitos, incluido el laboral. Ello implicaría hacer de la reducción de la violencia contra las enfermeras una prioridad en las agendas nacionales, regionales, locales y de la UE, y asegurarse de implementar políticas que promuevan la seguridad y el bienestar de las enfermeras”, ha destacado en declaraciones a ENFERMERÍA FACULTATIVA.

Para José Luis Cobos, vicepresidente III y encargado del área internacional, “la violencia y el acoso contra las enfermeras no son nuevos y tienen un gran impacto negativo tanto en el bienestar psicológico y físico de las enfermeras como en su motivación laboral. Ello provoca que muchas enfermeras dejen la profesión, lo que pone en riesgo la calidad y seguridad de la atención que se presta a los pacientes. Es hora de actuar para acabar con esta lacra”, ha destacado.

Próximos pasos

Durante su segundo discurso sobre el Estado de la Unión, la presidenta de la Comisión, Úrsula von der Leyen ya afirmó que antes de final de año propondrá una ley para combatir la violencia contra las mujeres en todos los ámbitos.



Nueva actualización de la Estrategia de Atención al Parto Normal

GEMA ROMERO. Madrid

En 2007 el Ministerio de Sanidad establecía la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, actualizada posteriormente en 2010. Sin embargo, 11 años después los cambios normativos y el avance de la evidencia científica obligan a una actualización de este marco de referencia para los profesionales que trabajan en este ámbito. Por ello, y coincidiendo con día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 en el que se reclama reducir las prácticas innecesarias y nocivas para mujeres y recién nacidos en el parto, el Ministerio ha celebrado la primera reunión con todas las partes implicadas para actualizar esta estrategia.

En la reunión, en la que han estado presentes la Ministra de Sanidad, el Consejo General de Enfermería, y las distintas asociaciones enfermeras y médicas, se ha dado el pistoletazo de salida para adecuar la estrategia a los últimos modificaciones legislativas, incluyendo la reforma de la ley del aborto en la que está trabajando el Ministerio de Igualdad, así como incluir la evidencia científica más actual.

Como explica José Luis Cobos, vicepresidente del Consejo General de Enfermería, “he-

mos ofrecido al Ministerio nuestra colaboración tanto para los grupos de trabajo que se creen para elaborar la nueva estrategia, como para posteriormente formar a los profesionales sanitarios para que los cambios se implementen de forma real en la asistencia sanitaria y que repercuta en la calidad y seguridad de la atención que se presta a las mujeres en el embarazo, parto y posparto”, ha destacado.

Busca mejorar la calidad de los cuidados

Por su parte, Montserrat Angulo, vocal matrona del CGE, “esta actualización demuestra el interés de todos por revisar la forma en la que tra-

bajamos y mejorar la calidad de los cuidados que prestamos a nuestras pacientes”.

Violencia obstétrica

En la reunión también se ha hablado de la llamada “violencia obstétrica”, un término que para el CGE “no es el más acertado, pues puede estigmatizar la actuación profesional”, tal y como ha señalado José Luis Cobos. A este respecto, desde el Ministerio también pretenden incluir en la nueva estrategia aquellas prácticas a evitar en la atención al parto.

Las mujeres, en algunas ocasiones, refieren prácticas que consideran que no son adecuadas. A este respecto Montserrat Angulo señala que “es preciso tener en cuenta su opinión y saber exactamente a qué situaciones se refieren para que podamos mejorar la atención que les prestamos”.



Un momento de la reunión presidida por la Ministra de Sanidad, Carolina Darias



La ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Carolina Darias

Sanidad ningunea a las enfermeras al dejarlas fuera del Comité de Gestión del COVID

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Con más de 325.000 profesionales en activo en España, las enfermeras representan el colectivo sanitario más numeroso del SNS. Su formación y experiencia han sido clave para hacer frente a la pandemia y a esto se añade que son los profesionales más cercanos al paciente. A pesar de todo ello, el Ministerio de Sanidad, con Carolina Darias al frente, ha preferido no tenerles en cuenta en la constitución del Comité Evaluador de la Gestión del COVID-19, una decisión que el Ministerio de Sanidad ha tomado de forma unilateral.

Desde el CGE critican lo que califican como “ninguneo” a la profesión. Como explica su secretario general, Diego Ayuso, “se nos excluye sin ningún motivo. Carece de sentido que no se nos tenga en cuenta” y es que “durante la pandemia, las enfermeras hemos estado en to-

dos los frentes de batalla tanto en el ámbito asistencial —en primaria, hospitalaria, sociosanitario...— como en el control y seguimiento de contactos estrechos —rastreadores— y ahora con la vacunación, donde llevamos casi 70 millones de dosis administradas gracias a

“Se nos excluye sin ningún motivo. Carece de sentido”

las enfermeras y enfermeros españoles. Y también a nivel organizativo y gestor, donde las enfermeras gestoras, las directoras y supervisoras han estado coordinando recursos,

abriendo unidades de enfermería sin descanso... Ese conocimiento debería ser aprovechado en grupos como el Comité Evaluador de la Gestión del COVID-19. No es razonable que se nos excluya sin motivo alguno”.

Reconocimiento social

La exclusión llega además en un momento en el que, precisamente por su actuación en la pandemia, la visibilidad y el reconocimiento social de la profesión es manifiesto. “Estamos las 24 horas del día a su lado, excluirnos de grupos como este es no tener en cuenta al paciente”.

“Desde el CGE —añade— pedimos que se cuente con las enfermeras, que se nos incluya en la toma de decisiones. Por nuestra formación y experiencia tenemos mucho que aportar”. Además, ha reconocido que en el punto en el que nos encontramos frente a la pandemia se hace necesario aprender de los errores, que reconoce ha habido, pero también poner en valor lo que se ha hecho bien, que, en su opinión, ha sido mucho. “El sistema debe mejorar y para ello es preciso que se reoriente hacia un modelo más dirigido a la prevención y al cuidado, un modelo en el que Atención Primaria tenga más peso”, ha apuntado.

A estas críticas se han sumado también colegios de enfermería como el de Valencia, que ha emitido un comunicado en el que califica como “fuera de toda lógica” el que no se haya contado con “el colectivo profesional más numeroso y con toda su experiencia para el freno de la transmisión del COVID-19 en todos los ámbitos sanitarios”.

Albert Cortés, enfermero experto en gestión

“Si eres gestor sanitario no puedes ocultar nada a los profesionales”



DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Albert Cortés Borra es director del proyecto HUGES. Actualmente es enfermero en el centro de salud Sanllehy, en Barcelona, pero ha sido supervisor del área materno infantil del hospital Vall d'Hebrón en el turno de noche, supervisor de la dirección de información... Ha ocupado muchos puestos que le han permitido tener esa visión de cómo haciendo pe-

queños cambios se pueden lograr cosas importantes con el dinero común en beneficio de los pacientes y los profesionales.

En tu último libro “Humanizar la gestión sanitaria” (Herder) llama la atención que, si la sanidad es algo que se trabaja con personas, ¿acaso la sanidad es inhumana?

El concepto humanización tal vez es un concepto que suena extraño. Somos personas que cuidamos a personas y personas que son cuidadas por nosotros. Por desgracia ha habido una serie de factores alrededor de la atención sanitaria que han hecho que esta atención a veces no fuera tan próxima, tan humana, tan cercana, como sería el mercantilismo, la burocracia o la tecnología. Y estamos trabajando para rehumanizarla, de volver a ese trato humano, personal y próximo porque no hemos de olvidar que los profesionales están al cargo de unas personas que en ese momento necesitan una atención personal y humanizada. Y aquí es en lo que tenemos que hacer énfasis, que el paciente vuelva a encontrarse bien y sea atendido de esa manera próxima que se ha perdido por esas causas que os he mencionado anteriormente.

¿De qué manera cuando tienes un puesto de responsabilidad puedes humanizar esa gestión?

Este libro surgió por unos comentarios de unos alumnos en un curso de gestión enfermera en el Colegio de Enfermería de Barcelona. En mi experiencia como gestor he visto que, si a los profesionales les das ese protagonismo, esa visión de poder ser importantes dentro del sistema (que lo son), refuerzas su papel, haces que el sentido de pertenencia a las instituciones sea cada vez más grande, tomas en cuenta sus decisiones, estás por ellos y en definitiva los cuidas.

Lo he comprobado estando al cargo de un turno de noche complejo, con muchas enfermeras y técnicos de cuidados de enfermería a tu cargo. Viendo que eran cuidados como personas y como profesio-



nales el rendimiento mejoró, disminuyó el absentismo laboral, el profesional iba a trabajar más contento porque quien era el responsable les hacía sentir bien en el trabajo. Eso también lo predicaban empresas multinacionales —fuera de la salud— que dicen que hay que cuidar al empleado porque se cuidará a los clientes. Por esto nació el libro, para transmitir a futuros gestores que hay maneras de hacer las cosas mejor.

Cada capítulo tiene un aporte que complementa nombres de primerísimo nivel...

No soy nadie para escribir un libro entero hablando de humanización y en mi experiencia docente he comprobado que los ejemplos llegan mucho más que la teoría, por eso pensé que podía buscar compañeros o amigos que expliquen su vivencia en el mundo de la gestión. Enfermeras de primer nivel muy conocidas con presencia tanto a nivel docente como asistencial y enseguida se brindaron. Es muy importante explicar anécdotas, experiencias personales que han servido desde el punto de vista de la gestión de cómo mejorar el sistema sanitario para dar un mejor cuidado. Qué mejor imagen que el ejemplo. Una imagen vale más que mil palabras, 21 imágenes, 21 personajes, 21 profesionales de la salud, mayoritariamente enfermeras, que han querido aportar su visión de la humanización aplicada a la gestión.

¿No crees que de primeras la enfermería tiene problemas para acceder a puestos de gestión?

El acceso a los puestos de gestión enfermera no es sencillo por una razón muy impor-



tante: son puestos que no están profesionalizados. Se habla mucho de profesionalizar la enfermería con especialidades, con profesionales muy formados en las diferentes ramas de conocimiento, pero para acceder a la gestión no existe una verdadera profesionalización. Por desgracia cualquiera puede acceder a la gestión, a veces sin tener la formación y las capacidades necesarias. Aquí es donde hay que hacer el cambio. Ver que el gestor enfermero es tan profesional como el que es especialista, el generalista o el que está en Urgencias.

“Hay maneras de hacer las cosas mejor”

Muchas veces esos cargos tienen una naturaleza política, por afinidades...

Las condiciones salariales pueden ser un aliciente para acceder a la gestión pero luego te das cuenta de que no es tanto. Son unos pluses que no te arreglan la vida y tienes que dedicar muchas más horas, a nadie que hace gestión le han

puesto una pistola en el pecho. Hacer las planillas de las vacaciones, de las fiestas requiere un esfuerzo que muchas veces no es comprendido. Aquí es donde hacer énfasis, debe ser una gestión de proximidad con transparencia, es uno de los subtítulos del libro en el que hablo de tres valores y uno es la transparencia.

¿Hasta qué punto ha contribuido la pandemia para humanizar o deshumanizar la Sanidad?

Partimos de la base de que la pandemia de por sí ha sido una etapa deshumanizadora cien por cien en sus inicios. Enfrentarse a algo desconocido, a pacientes solos en sus habitaciones, a la muerte en soledad, al miedo de los profesionales que no sabíamos cómo actuar porque todo era nuevo, pero poco a poco fueron surgiendo iniciativas individuales, colectivas... para hacer que es pandemia se rehumanizara mediante el uso de videoconferencias, permitiendo la entrada de algún familiar para despedirse de su ser querido... Poco a poco hemos ido haciendo estrategias que han hecho mejor la pandemia, y se ha humanizado un poco más.

De la mano del Instituto de Formación Sanitaria (ISFOS)

Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

MARINA VIEIRA. Madrid

La labor de las enfermeras no se reduce al ámbito asistencial. La profesión crece gracias a la labor de enfermeras investigadoras, gestoras o con cargos ejecutivos en todo tipo de instituciones sanitarias. Uno de los objetivos del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es reivindicar y fomentar el liderazgo en enfermería. Por esta razón, el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), centro de formación de la Organización Colegial de Enfermería, apuesta por la formación en liderazgo enfermero. El centro, en su primer año de actividad, ha formado en este ámbito a través de un [curso internacional](#) y gratuito a más de 14.500 enfermeras. Esta actividad formativa se ha enmarcado en el Reto Nightingale del Consejo Internacional de Enfermeras, una iniciativa que cuenta con el objetivo de promover el liderazgo en la profesión. ISFOS nació en 2020 con el objetivo de ofrecer formación continuada gratuita o a precio de coste a todas las enfermeras de España y ha cerrado su primer año con más de 61.000 asistentes —concretamente 61.351— a sus formaciones online a través de más de 120 cursos de formación continuada y expertos universitarios.

Pilar Fernández, directora de ISFOS explica que este centro nació “con el objetivo

de ofrecer un mejor servicio a las enfermeras y enfermeros —a través de sus colegios de Enfermería— para que puedan dar respuesta a situaciones como a las que nos enfrentamos”, por esta razón, para la directora es “más que un orgullo cerrar el año con estas cifras. Significan que la formación que ofrecemos está demandada entre nuestras profesionales y que es útil para su crecimiento”.

“Queremos llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas”

Formación frente al COVID-19

Otra de las grandes apuestas formativas del centro han sido las relacionadas con el COVID-19. En concreto, el seminario online “Actualización en el plan de respuesta ante el COVID-19”, el webinar “Vacunación: nuevos escenarios y nuevos tiempos” y los seminarios *online* sobre pruebas diagnósticas y herramientas de apoyo psicológico ante la pandemia suman más de 15.000 asistentes. Le sigue

el curso universitario “Liderazgo enfermero, desafío Nightingale” con un total de 14.586 alumnos. “La profesión avanza y las enfermeras necesitan adaptar su formación a los nuevos tiempos. Por esta razón estamos en continua creación de cursos que se adapten a las necesidades del momento de nuestras profesionales. Ahí está la clave del éxito, estamos a la vanguardia de lo que requiere cada situación concreta”, recalca Pilar Fernández, directora de ISFOS.

El objetivo de ISFOS es dar servicio a los colegios provinciales de Enfermería, diseñando cursos en base a las necesidades formativas que vayan surgiendo desde ámbitos enfermeros como la asistencia, la gestión, la investigación o la educación para la salud. Además de los cursos específicos de herramientas frente al COVID-19, desde ISFOS, en este primer año, se han impartido formaciones sobre prevención de agresiones al personal sanitario, competencias enfermeras para la gestión de equipos, estrés postraumático y otras patologías o experto universitario en enfermería escolar, entre otros.

“Nuestro objetivo es llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas. La formación continuada es la receta para la excelencia en los cuidados que caracteriza a las en-



fermeras de nuestro país y queremos que todas nuestras profesionales puedan tener acceso a ella”, afirma Pilar Fernández.

Clave durante la pandemia

Este último año, el COVID-19 ha puesto en jaque al sistema sanitario español e ISFOS ha dado respuesta a las necesidades de las enfermeras a través de todos sus cursos. Desde el primer momento se vio la necesidad de desarrollar cursos adaptados a esta nueva enfermedad y han resultado ser un gran triunfo. “Han sido un éxito sin precedentes no sólo en España,

también en varios países de América Latina, que son países con los que siempre hemos trabajado e intercambiado experiencias formativas”, resalta Pilar Fernández, directora de ISFOS.

ISFOS no tiene ánimo de lucro y, por tanto, realiza toda su formación a precio de coste para que los colegios provinciales de enfermería puedan dar acceso a sus colegiados a una oferta formativa de primer nivel. “El objetivo final es ofrecer un mejor servicio a las enfermeras y enfermeros para que puedan dar respuesta a situaciones como la que estamos viviendo en estos momentos”, concluye Pilar Fernández.



**Sergio Alonso**Fundador y director del suplemento
A Tu Salud, del diario *La Razón*

La sanidad pública estallaría en pedazos con el fin de Muface

Vaya por delante que no me he declarado en la vida un ferviente defensor del modelo Muface. Nunca entendí que un amplio colectivo de trabajadores públicos gozara de un derecho que se escapa al común de los mortales: el de poder elegir la Sanidad que recibe —pública o privada— bajo el paraguas de la financiación del Estado. Pero, dicho esto, considero que la supresión de este régimen de mutualismo administrativo, como pretende un sector de la izquierda desde tiempos inmemoriales, constituiría una aberración. Y un golpe sonado a la Sanidad pública que tanto se dice defender. Vienen estas reflexiones a cuento de la última proposición no de ley que ha presentado Unidas Podemos en el Congreso de los Diputados. En ella, la formación morada defiende incluir directamente a las nuevas remesas de empleados que se incorporen a la Administración en el régimen general de la Seguridad Social. La propuesta puede parecer anecdótica pero tiene trampa. Es, de hecho, una bomba de relojería: como las plantillas están muy envejecidas, más pronto que tarde los nuevos funcionarios que vengan en su sustitución no podrían acudir a la Sanidad privada en caso de necesidad, engordando la población protegida por el sistema público. ¿Imaginan lo que pasaría en ese último si en el transcurso de unos años 1,8 millones de personas que ahora no lo utilizan quedaran obligatoriamente bajo su cobertura? ¿Imagina alguien lo que ocurriría



con las listas de espera, teniendo en cuenta que los enfermos aguardan ahora una media de 148 días para una operación, y que en algunas autonomías la espera supera holgadamente los 200 días? Las respuestas son bien sencillas. Aunque la iniciativa legislativa de los socios del Gobierno es un torpedo en la línea de flotación de las aseguradoras y de la Sanidad privada en su conjunto, abocaría en realidad al colapso a la Sanidad pública, que se encuentra ya al límite por la insuficiencia presupuestaria, la pandemia, el envejecimiento poblacional y el aumento del gasto farmacéutico y tecnológico. Un estudio del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) estima, por ejemplo, que el cambio de modelo de mutualidades dispararía esa lista de espera en una media de entre 34 y 37 días, e implicaría además un sobre coste para el sistema de entre 720 y 800 millones de euros. ¿Por qué? porque el Estado destina actualmente 917 euros para la atención de cada empleado protegido por el modelo Muface, entendiendo como tal a Muface, Mugeju e Isfas. El coste destinado a cada usuario de la Sanidad pública es de 1.368 euros. Ahí está la diferencia. La proposición no dejaría de ser un simple fuego de artificio si no hubiera precedentes. La Comisión de Reconstrucción de hace más de un año ya planeaba asestar el golpe definitivo al mutualismo sanitario. Los tiros van por ahí.

**Premios de Investigación**
Consejo General de Enfermería**Contribuye al avance de la profesión con tu iniciativa**

Premios de Investigación del Consejo General de Enfermería

6 galardones**55.000 € en premios**Manda tu propuesta a
instituto@consejogeneralenfermeria.org**TIENES
HASTA EL****OCTUBRE****15**

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA



XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA

Fecha:
del 7 al 9 de octubre de 2021
Lugar:
Oviedo
Organiza:
Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
<https://www.aneh.es/noticias.html>



XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Fecha:
del 21 al 23 de octubre de 2021
Lugar: Alicante
Email:
congreso@mpmundo.com
<https://aesmatronas.com/congreso>



LIV CONGRESO NACIONAL SEPAR

Fecha:
Fecha: del 4 al 7 noviembre 2021
Lugar:
Sevilla
Organiza:
SEPAR
Email: secretaria@separ.es
<https://www.separ.es/>



PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Organiza:
Consejo General de Enfermería
Plazo de presentación de solicitudes:
Hasta el 15 de octubre de 2021
Temática: Investigación Enfermera
Dotación total:
55.000 euros
Más información:
<https://bit.ly/BasesPremiosCGE>

XXXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA «CIUDAD DE SEVILLA»

Organiza:
Colegio de Enfermería de Sevilla
Plazo de presentación:
31 de octubre de 2021
Tema: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro premio o certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
Dotación: 4.140€ para el trabajo premiado en primer lugar; 2.070€ para el premiado en segundo lugar y 1.380€ para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven 1.150€.
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/servicios/participa/certamen-nacional-de-enfermeria/>

XXVII CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA "JOSÉ LÓPEZ BARNEO"

Organiza:
Colegio de Enfermería de Jaén
Objetivo: fomentar y promocionar la investigación en la Profesión Enfermera
Dotación: primer premio 4.000 euros, segundo premio 1.800 euros y accésit de 1.000 euros
Plazo de presentación: 31 de enero de 2022
Más información:
<https://enfermeriajaen.com/wp-content/uploads/2021/07/Bases.pdf>

VII CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

Fecha:
del 20 al 21 de octubre de 2021
Lugar: online
Organiza:
Fundación edad y vida
<https://www.congresoedadyvida.com/index.php>



CONGRESO DEL CIE ENFERMERÍA POR EL MUNDO

Fecha:
del 2 al 4 de noviembre de 2021
Lugar: online
Organiza:
Consejo Internacional de Enfermeras
<https://icncongress2021.org/es/>



XXVIII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA Y IV CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Fecha:
del 24 al 26 de noviembre de 2021
Organiza:
Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene)
Más información:
C/Fuerteventura 4,
Planta baja, Oficina 4,
28703 San Sebastián de los Reyes,
Madrid
Email:
sedene@sen.org.es
Tel.: 664 295 264

International Nursing Review

EN ESPAÑOL

La revista de la comunidad científica internacional de enfermería eleva su nivel de impacto

- **International Nursing Review (INR)** la revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), cuya edición en español está totalmente apoyada por el Consejo General de Enfermería, amplía contenidos.
- Todos los enfermeros que lo deseen pueden sumarse a los autores de más de 120 países que comparten sus investigaciones y experiencias de campo dentro de la revista, fortaleciendo así la contribución de la enfermería española y latinoamericana en el escenario internacional.
- ¡Disfrute de la lectura de la revista informándose de los numerosos e importantes avances de la enfermería en todo el mundo!



Suscríbete llamando al 902 50 00 00

Nuevo Toyota Yaris Cross Electric Hybrid

PEQUEÑO, PERO ROBUSTO

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Pocos visionarios pudieron intuir que la fiebre por los vehículos tipo SUV iba a llevar a contagiar incluso a los modelos más pequeños. Parecía un contrasentido que un modelo ciudadano como un Clío o un 208 tuviera una versión elevada y semicampera. Pero si los fabricantes apuestan por ese concepto es porque saben a ciencia cierta que existe una demanda real por parte del público. Un nuevo exponente de esta mo-

da es el nuevo Yaris Cross, la versión robusta de un coche con tan buena aceptación co-

La cuarta generación del Yaris

mo el querido Yaris, un mechero silencioso con el que da gusto moverse por la ciudad con los consolidados motores híbridos de Toyota .

La base es la cuarta generación del Yaris —vigente coche del años en Europa— y que ha cambiado mucho respecto a su predecesor, un coche simpático, fiable, bien hecho, equilibrado. Ahora el Yaris parece un coche más robusto y deportivo —en su versión normal, ni siquiera hace falta fijarse en el SUV ni al acabado GR Yaris— y seguro seguirá alcanzando buenas cifras de ventas.

Juega con el concepto 'Big-small', en el que una carroce-



ría de dimensiones contenidas da paso a un habitáculo amplio y espacioso, con una capacidad de carga sobresaliente gracias a los casi 400 litros de volumen de carga en el maletero, sensiblemente superior a los 270 del modelo convencional.

El diseño exterior resulta atractivo, sin llevar a parecerse demasiado a los SUV que fabrica Toyota, por orden de tamaño de menor a mayor: el C-HR, RAV4 y el enorme Highlander. En el interior destaca la pantalla elevada siguiendo las tendencias actuales y una palanca que divide a los conductores entre los que siempre quieren tener a mano este tipo de selector de marcha y aquellos que prefieren la minipalanca que ya traían los Prius o el antiguo Auris y creen que una palanca de cam-



bio clásico supone una pérdida de espacio.

Respecto a los motores, tenemos el híbrido eléctrico de cuarta generación 1.5 Dynamic Force de 85 kW / 116 CV y tracción delantera o total eléctrica (AWD-i) en una propuesta única dentro del

segmento de SUV compactos.

Comparado con la versión habitual del Yaris, dar el salto en altura —3 cm más respecto al suelo— y las cualidades mejoradas para circular por vías no tan bien asfaltadas supone unos 4.000 euros más de inversión.





Dune

La adaptación al cine de lo imposible



ÍÑIGO LAPETRA. Madrid

La nueva versión de *Dune* es una magnífica adaptación de la trilogía de novelas de ciencia ficción escritas por Frank Herbert entre 1965 y 1976 que desde el primer momento pasaron a ser literatura de culto para los aficionados a la ciencia ficción. Por eso resulta hasta divertido leer las quejas de algunos críticos y espectadores abrumados por la complejidad y la densidad de la trama de la película que, sin embargo, refleja fielmente el argumento de la novela en la que se basa.

El director Denis Villeneuve cumple con creces su cometido de adaptar para la gran pantalla la compleja obra de Herbert y plasmar en imágenes la grandiosidad del planeta Dune, la majestuosidad de los ejércitos de las familias rivales, la desesperación y el miedo de los soldados y el sentimiento de soledad y vértigo del joven protagonista

ante su destino. Si uno tiene suficiente capacidad de absorción, durante las más de dos horas y media de metraje el realizador consigue introducirte de lleno en el universo Dune y en una trama que a pesar del entorno galáctico donde sucede, versa sobre te-

Villeneuve nos adentra en el universo de Frank Herbert

mas tan antiguos como la lucha entre el bien y el mal, donde sin embargo, nadie es del todo bueno ni del todo malo.

Dune es el origen del cine galáctico, George Lucas, creador de la mítica saga Star Wars

reconoce haberse inspirado en esta novela para crear su particular universo. Una inspiración que, teniendo en cuenta todos los elementos que coge prestados de Herbert, raya el plagio: un planeta desértico, un emperador deformado que es la personificación del mal, guerreros entrenados y un joven mesías cuya llegada había sido predicha y viene a salvar al pueblo de la opresión del imperio.

En definitiva, merece la pena acompañar a Denis Villeneuve en esta adaptación fiel de *Dune* para la que ha contado con un elenco galáctico como son Timothée Chalamet, Zendaya, Oscar Isaac, Javier Bardem o Josh Brolin.

VALORACIÓN

★★★★☆

“Merece la pena acompañar a Denis Villeneuve en esta adaptación fiel de la trilogía”



Alice Neel, la “rebelión contra lo decente”

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Sin duda, la norteamericana Alice Neel (1900 – 1984) es una de las artistas más radicales y transgresoras del siglo XX. Su autorretrato a la edad de 80 años, una de las obras que ya pueden verse en la exposición que alberga el museo Guggenheim de Bilbao hasta el 6 de febrero de 2022, da muestra de esa imperante irreverencia que caracterizó a la pintora durante toda su vi-

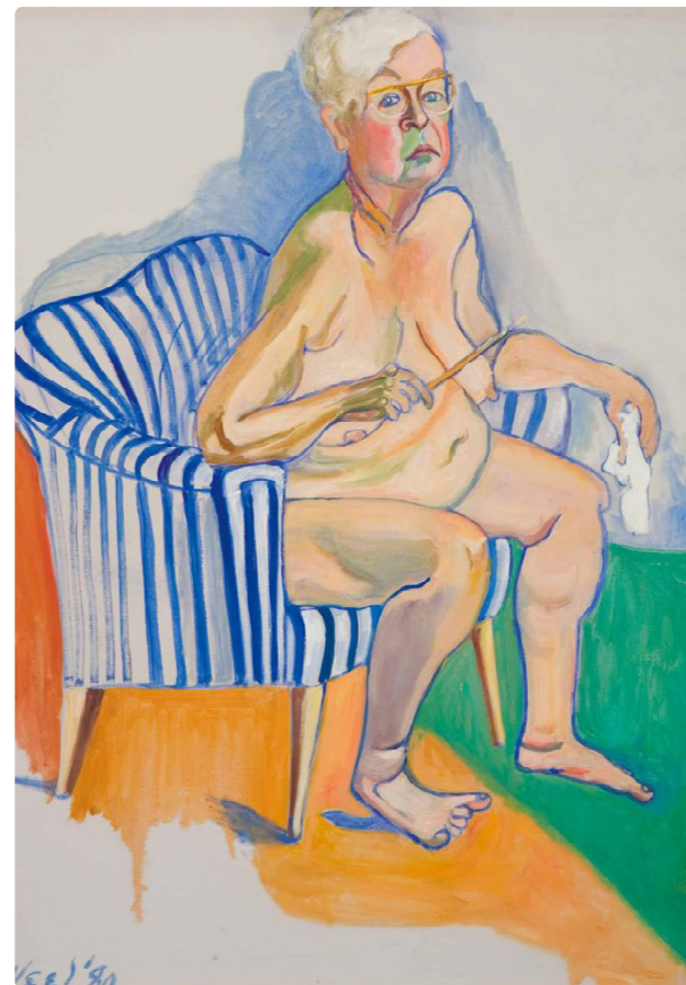
da. En ella, Neel se muestra desnuda ante el espectador. Su cuerpo es el de una mujer anciana, de 80 años, que ha dado a luz a cuatro hijos y ha vivido intensamente. Posa en la misma butaca de rayas azules y blancas en la que tantas veces había pedido a otros que lo hicieran. Sólo la acompañan el pincel y un trapo, atributos que la habían acompañado durante seis dé-

cadadas, y el par de gafas tras las cuales se vislumbra la mirada firme y decidida de esta gran artista que, a sabiendas de que habría a quien el retrato podría horrorizarle, a ella simplemente le fascinó por tratarse de una “rebelión contra todo lo decente”.

Esta es una de las obras más representativas de la muestra. Junto a ella, se encuentran otras cargadas de un fuerte erotismo, alejadas del sentimentalismo y marcadas por una rotunda honestidad. Es el caso de la obra de 1935 en la que Neel se muestra junto a su amante John Rothschild, ambos a la edad de 35 años, en una escena de mutuo desinterés, en el baño y claramente tras un encuentro sexual.

La artista fue defensora de la justicia social

Pero esta es sólo una de las facetas la artista. Neel, a lo largo de su trayectoria, destacó por ser una gran defensora de la justicia social, del humanismo y de la dignidad de las personas. En sus obras combate el sexismo, el racismo y el capitalismo y para ello pinta a personas de condiciones y orígenes muy diversos. Nueva York fue su escenario por excelencia y sobre ella plasmó acontecimientos del siglo XX como la Gran Depresión o los movimientos feministas y por los derechos civiles.



 MÁS INFORMACIÓN

<https://www.guggenheim-bilbao.eus>



H&M



Mango



Uterqüe

Orange is the new black, historia real

MARINA VIEIRA. Madrid

No estamos hablando de la serie internacional americana. Tampoco de presidiarios. Afirmamos que, esta temporada, la afirmación de la serie protagonizada por carcelarias ha hecho que podamos decir que no hay lugar *fashionista* sin incluir tonos naranjas en alguna de sus prendas. Parece que, en estas nuevas colecciones, el naranja es el color básico de cualquier evento y de cualquier complemento. Podemos afirmar, y contundentemente, que este otoño el naranja es el nuevo negro. Tras investigación, que ha propiciado este artículo, hemos definido que además hay un tono que no se escapa de ninguna colección: naranja butanero. Como siempre hemos buscado las prendas y accesorios que confirman nuestra teoría, siempre al precio mejor y más asequible.

No hablamos de la serie. Es moda

Mango

La imitación en el color de moda del bolsito negro de Prada lo encontramos en la marca barcelonesa. Con un precio muy asequible para

aburrirnos cuando queramos, pero poder sacarle partido. La marca propone su versión en naranja. Lo podemos encontrar tanto en tienda como en la *web* y cuesta, tan sólo, 19,99 euros. Un chollazo.

H&M

Una idea para hacer frente a los primeros días de frío con un poco más de alegría. Así es este jersey que se encuentra en la colección de otoño de la marca sueca. No dejará indiferente a nadie cuando nos vean con él puesto. Está disponible tanto en *web* como en tienda por 29,99 euros.

Uterqüe

Una de las más tristes noticias de esta temporada ha sido la decisión que se ha tomado de que la marca más *cool* del grupo Inditex vaya a desaparecer y formar parte de Massimo Dutti. Por esta razón, creímos imprescindible buscar opciones para aprovechar el último tirón de su colección. Alegra cualquier *look* y encima estamos calentitos ¿qué más se puede pedir? Esta camisa, estrafalaria como muchas veces lo es Uterqüe, es sólo para atrevidas pero creemos que puede quedar muy estilosa. Cuesta 79 euros y está disponible tanto en tiendas físicas como *online*.

ULTRAPANORÁMICOS

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Cada vez más trabajos de oficina requieren —o se hacen de forma más sencilla— de dos monitores de cierto tamaño. No hace falta ser diseñador o ingeniero. La evolución

natural pasa por tener un gran monitor donde organizar las ventanas de trabajo y la buena noticia es que, espoleados por

el teletrabajo y la fiebre “gamer”, los fabricantes se han puesto las pilas y hay opciones de 49” cada vez más asequibles.



Dell U4919DW

Monitor curvo de gran formato con la ventaja de que podemos inclinarlo más o menos así como regularlo en altura. Buena resolución y calidad de color pero cuesta unos 1.500 euros.



Acer Nitro

Una buena relación calidad-precio y tener altavoces integrados son algunas de las ventajas de este monitor curvo de una marca fiable pero no muy cara como Acer. Ronda los 860 euros.



Phillips Brilliance 499P9H/00

Altavoces, cámara incorporada, un diseño atractivo y tres entradas para USB-C, dos de HDMI y una de USB convencional que siempre se agradece. Precio: 1.150 euros.

Samsung QLED

Un monitor con tecnología muy orientada a estabilizar imágenes con mucho movimiento, como las de los juegos de acción. La máxima resolución de la marca coreana con un papel QLED como en sus teles de alta gama. En torno a 1.000 euros.



LG 49WL95C-WE

Otro monitor equivalente a dos pantallas de 27”. Permite conectarle dos ordenadores a la vez, tiene unos buenos altavoces de 10W, control del brillo automático y es muy bonito. Eso sí, cuesta 1.220 euros.



Prevalencia y perfil clínico-sociodemográfico del paciente dual usuario de una unidad psiquiátrica de corta estancia

Leticia Anadón Ruiz

Especialista sanitaria en Enfermería de Salud Mental. Hospital Obispo Polanco (Teruel).

E-mail: leticia.anadon@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las adicciones constituyen un fenómeno relevante que acarrea importantes implicaciones sociales, sanitarias y legales. Esta problemática también atañe al ámbito de la salud mental, dónde un notable porcentaje de pacientes con patología psiquiátrica consumen y/o abusan de sustancias psicótropas tanto legales como ilegales, situación clínica conocida como patología dual.

Objetivo: cuantificar el número de pacientes duales que ingresan en la planta de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel y establecer un perfil clínico-sociodemográfico de estos usuarios.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio durante cinco meses.

Resultados: existe una prevalencia de dualidad del 35% y destacan como rasgos de este colectivo una mayor presencia de hombres, edad media de 46 años, solteros, con estudios secundarios, beneficiarios de pensiones económicas por discapacidad/incapacidad, que viven solos en el domicilio o con su familia de origen, con buena percepción de sus vínculos familiares y sociales, existe conciencia de enfermedad pero baja adherencia al tratamiento, siendo las drogas legales más prevalentes (tabaco, alcohol y benzodiacepinas) seguidas de las ilegales (cannabis y estimulantes), predominan los trastornos de la personalidad como comorbilidad y existe elevado riesgo autolítico.

Conclusiones: Por todo ello, se debería fomentar la prevención primaria, secundaria y terciaria de las drogodependencias en este colectivo, incluir a estos pacientes en las estrategias de prevención del suicidio, así como unificar los recursos disponibles para el tratamiento de la patología mental y las adicciones.

Palabras clave: Psiquiatría, diagnóstico dual, prevalencia, características de la población.

INTRODUCCIÓN

Las drogodependencias constituyen un fenómeno relevante al alza, un grave problema de salud pública que afecta a un elevado número de individuos y que acarrea importantes implicaciones sanitarias, sociales, laborales, familiares y legales. Esta situación también atañe al ámbito de la salud mental, donde un notable porcentaje de pacientes con patología psiquiátrica consumen y/o abusan de sustancias psicótropas tanto legales como ilegales, así como igualmente encontramos una elevada prevalencia de psicopatología entre los sujetos que han desarrollado una adicción.

La patología dual (PD), a pesar de que no existe un criterio diagnóstico determinado, se puede definir como la existencia simultánea de un trastorno por uso de sustancias (TUS) y una patología mental. Por lo que dentro de este grupo encontramos una población muy heterogénea, lo cual dificulta la caracterización clínica de la misma, así como la toma de decisiones respecto a los tratamientos más eficaces⁽¹⁾.

El modelo integrado de abordaje del paciente dual se considera ideal⁽²⁾, sin embargo, la división entre los sistemas asistenciales en redes de salud mental y de adicciones todavía sigue vigente, conduciendo hacia una asistencia sanitaria poco eficaz de estos individuos⁽³⁾.

La unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estancia (UCE) ubicada en el Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel presta atención y cuidados integrales en régimen de internamiento a pacientes mayores de edad en situaciones agudas en las que hay un riesgo psicopatológico que requiere una intervención inmediata durante un tiempo reducido⁽⁴⁾. Existen otros dispositivos en la red asistencial turolense de recursos de prevención y atención a las adicciones: los Centros de Prevención Comunitaria (CPC) y la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA), unidad de referencia para el abordaje dicha problemática⁽⁵⁾.

La bibliografía acerca de la prevalencia de PD en la población española, concretamente en las unidades psiquiátricas de hospitalización breve, es escasa, sin embargo, este dato, así como el conocimiento de las características de este grupo, es susceptible de mejorar la asistencia sanitaria desarrollando tratamientos específicos a las particularidades de estos usuarios. Por ello, a lo largo del presente estudio, se pretende cuantificar el número de pacientes con PD que ingresan en el servicio de psiquiatría de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel para conocer la prevalencia de este fenómeno, y posteriormente, realizar un perfil sociodemográfico y clínico de estos usuarios con la finalidad de aportar datos relevantes que permitan mejorar la asistencia sanitaria de los pacientes duales.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel durante cinco meses (diciembre de 2020- abril 2021).

Para cuantificar la prevalencia del trastorno dual, se contabilizaron todos los pacientes que accedieron a la UCE durante el periodo de tiempo estudiado, y se plasmó en el Cuaderno de Recogida de Datos si presentaban o no el dictamen de PD (ANEXO I).

Para establecer las características clínicas y sociodemográficas, la población susceptible de estudio fueron aquellos pacientes que ingresaron en la UCE durante el periodo de tiempo descrito y cuyos diagnósticos médicos reflejados en el informe de psiquiatría, eran compatibles con el dictamen de patología dual.

Como criterios de exclusión se propusieron:

No aceptar voluntariamente la participación en el estudio.

- Reingresos. Los pacientes sólo serán susceptibles de formar parte del estudio una vez.
- Barrera idiomática.
- Adicciones comportamentales sin sustancia.
- Adicción exclusiva a nicotina.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se recogieron de forma prospectiva las variables posteriormente descritas. Para ello, se facilitó a los pacientes un cuestionario auto-administrado (ANEXO II) que contempla cuatro áreas con sus variables a estudio:

1. Social: edad, sexo, estado civil, estudios, convivencia, relación familiar y de amistad.
2. Económica: fuente de ingresos.
3. Sanitaria-asistencial: ingresos previos, seguimiento médico, intentos autolíticos, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y estancia en centros de adicciones.
4. Toxicológica: sustancias consumidas y conciencia de adicción.

Para la obtención de información se recurrió al uso de bases de datos, seleccionando los documentos de acceso gratuito en castellano que ofrecieron resultados significativos respecto a los objetivos planteados. Se utilizó el sistema Vancouver para la citación de la bibliografía y el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

Se ha cumplido en todo momento con las premisas reflejadas en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos personales

y garantía de los derechos digitales, salvaguardando el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. Los sujetos han sido informados de la naturaleza del proyecto y, posteriormente, han otorgado libre y voluntariamente su consentimiento por escrito.

RESULTADOS:

La prevalencia del colectivo dual en la unidad supone el 35%.

- En cuanto al área social:
 - Edad media de 46 años.
 - 52% de los individuos eran hombres.
 - El 52% pertenecen a la categoría “soltero” y un 19% estaban casados, misma cifra que los divorciados/separados.
 - 52% de los pacientes afirman poseer estudios secundarios (formación profesional y similares).
 - Un 29% de los encuestados viven solos, mismo porcentaje que los que viven con su familia de origen.
 - El 52% califica su vínculo familiar como “bueno”.
 - Un 67% afirma tener amistades.
- Respecto al área económica:
 - El 38% de los encuestados percibe una pensión por discapacidad/incapacidad, un 24% afirma encontrarse sin fuentes de ingresos y un 95% subsiste exclusivamente gracias a su empleo.
- Aludiendo al área sanitaria-asistencial:
 - El 57% de los encuestados había sido hospitalizado con anterioridad en unidades de psiquiatría entre 1-5 veces.
 - El 62% eran usuarios de Unidades de Salud Mental (USM). Solo un individuo se encontraba en atención combinada (USM y UASA).
 - El 76% refiere intentos autolíticos.
 - Un 67% admiten padecer una enfermedad psiquiátrica.
 - Las enfermedades psiquiátricas diagnosticadas corresponden (TABLA I):

TABLA 1

Comorbilidad Psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje
Comorbilidad	Trastorno de la conducta disruptiva: TDAH	1, 4,8%
	Trastorno bipolar	1, 4,8%
	Esquizofrenia	4, 19%
	Trastorno depresivo	2, 9,5%
	Trastorno de ansiedad	2, 9,5%
	Trastorno de la personalidad	9, 42,9%
	Trastorno mixto ansioso-depresivo	2, 9,5%
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia

- Un 90% afirma, en alguna ocasión, haber abandonado el tratamiento farmacológico o tomado intencionadamente de forma incorrecta.
- El 52% no ha estado nunca en un centro de ayuda a la drogodependencia.

– Atendiendo al área toxicológica:

- Consumo de sustancias legales (GRÁFICO 1):
- Consumo de sustancias ilícitas (GRÁFICO 2):
- 19% de los encuestados niega sufrir alguna adicción.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prevalencia del paciente dual en la UCE del HOP representa un 35% de los ingresos, dato similar al obtenido en el estudio Madrid⁽⁶⁾. La escasa literatura existente hasta la fecha en España acerca de este fenómeno arroja cifras muy variadas que oscilan entre el 22% y el 49%⁽⁷⁻⁸⁾, incluso llegando al 77%⁽⁹⁾. Estas diferencias se deben a la metodología utilizada, la población estudiada, la inclusión de la nicotina como variable a estudio y a la dificultad de establecer un diagnóstico de patología dual. A pesar de ello, estos resultados ponen de manifiesto una presencia relevante del colectivo dual que no puede pasar desapercibida.

Atendiendo al perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con PD, los resultados muestran mayor prevalencia en individuos jóvenes y varones, coincidiendo con la literatura consultada, pero difiriendo las cifras ligeramente, edades medias que oscilan desde 37 años^(6,9) hasta 41⁽⁸⁾, frente a los 46 del presente estudio.

En cuanto al sexo, en la red de salud mental el predominio masculino es menos destacado que en la red de drogodependencias⁽¹⁰⁾, concordando con los resultados obtenidos en este documento.

Respecto al estado civil, la mayoría de este colectivo aseguran ser solteros, condición ratificada por la literatura, cuya prevalencia supera el 50% de la población dual^(1,10-11).

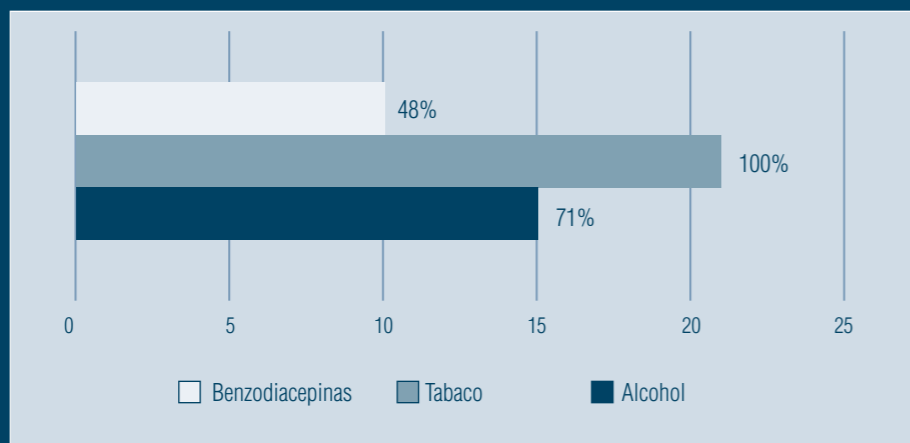
Observamos, que un porcentaje relevante de pacientes conviven con su familia de origen^(1,9,11) o solos. Sin embargo, hasta la fecha, no existe literatura que corrobore que gran parte de los pacientes duales vivan solos. Esta situación, al igual que el elevado número de solteros, puede explicarse, en algunos casos, a las conductas socialmente inapropiadas como abandono de responsabilidades, aislamiento social, manejo inadecuado del dinero⁽¹²⁾ que provocan relaciones de pareja y familiares conflictivas, suponiendo una sobrecarga de los allegados que puede dar lugar a la claudicación. Por otro lado, el hecho de que los pacientes duales que ingresaron en la UCE vivan solos, puede responder a un déficit de contención familiar y social que se traduce en una descompensación psicopatológica con búsqueda de atención sanitaria.

A pesar de ello, la mayoría de los individuos califican su vínculo familiar como bueno, similar a lo confirmado en otros artículos^(9,11). El apoyo familiar se considera un factor protector, ya que garantiza la estabilidad de la situación clínica y psicosocial del paciente⁽¹³⁾. E, indagando sobre la red social, la mayor parte de los encuestados afirma tener lazos de amistad. En contraposición a ello, Simancas⁽¹⁴⁾ determina que esta patología acaba derivando en dificultades familiares y nula red social.

Aproximadamente la mitad de los pacientes afirman poseer estudios secundarios (formación profesional y equivalentes), coincidiendo con los trabajos realizados por Szerman et al⁽¹⁵⁾ y Recio⁽¹⁾. Otros artículos postulan la existencia mayoritaria de estudios básicos en pacientes duales^(6,11). Estos datos reflejan un nivel educativo medio-bajo de este colectivo.

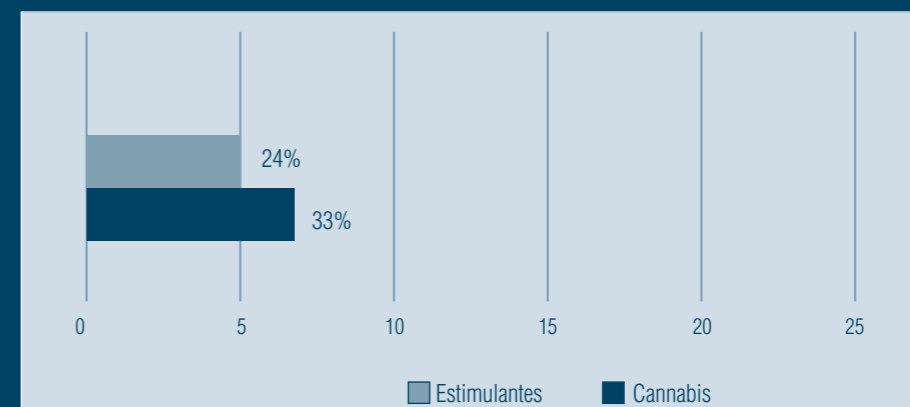
En cuanto a la fuente de ingresos económicos, un porcentaje relevante recibe una pensión por discapacidad/incapacidad,

GRÁFICO 1 Consumo de sustancias legales



Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 2 Consumo de sustancias legales



Fuente: elaboración propia

seguido de individuos que no perciben ingresos económicos de ningún tipo, situación similar a la publicada en la tesis de Recio⁽¹⁾. El cobro de prestaciones económicas puede suponer en casos concretos un perjuicio, ya que, no tener una ocupación diaria establecida y acceder a una cantidad de dinero periódicamente aumenta el riesgo de consumo de sustancias psicótropas y, por tanto, de descompensación psicopatológica. La existencia de individuos que no perciben ningún tipo de retribución pone de manifiesto la precariedad económica que sufre este colectivo. Por ello se evidencia la necesidad de intervención de los trabajadores sociales con pacientes duales para estudiar cada caso de manera individualizada y estimar si se considera o no necesaria la percepción de retribuciones económicas de ayuda social o por el contrario fomentar y facilitar la incorporación de este colectivo en el mundo laboral⁽¹³⁾.

Existe una elevada tasa de reingresos en los servicios de hospitalización psiquiátrica breve. Este dato pone de manifiesto la cronicidad de esta patología, así como sus potenciales descompensaciones y altos índices de fracaso terapéutico. Situación que concuerda con numerosos estudios^(7-9,11) concluyendo que el paciente dual es un paciente hiperfrecuentador de la red sanitaria asistencial.

La mayoría de los individuos son pacientes de Unidades de Salud Mental⁽¹⁾, sin embargo, un elevado porcentaje refiere no haber estado en contacto con centros de ayuda a la drogodependencia. Este hecho, y la elevada hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, ponen de manifiesto un fracaso terapéutico y por lo tanto la necesidad de implementar un modelo integrado de tratamiento del paciente dual⁽²⁾, en el cual se proporcione un abordaje simultáneo de las comorbilidades, reagrupando las redes de adicciones y salud mental en una, a ser posible en el ámbito público, de manera que se facilite el acceso de este colectivo y se asegure una atención integral y específica.

En líneas generales se presupone que el colectivo dual tiene escaso insight⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, no observando esta situación en el presente estudio. Puede deberse a que la población estudiada es usuaria de la red asistencial de salud mental y en estos servicios una de las metas principales es favorecer la conciencia de enfermedad.

A pesar de ello, la adherencia al tratamiento es muy baja⁽¹⁶⁾, lo que se relaciona con una mala evolución de la psicopatología⁽¹⁷⁾.

Un elevado porcentaje afirma intentos autolíticos, situación corroborada por estudios epidemiológicos^(6,11) que, además, encuentran diferencias significativas en cuanto a un mayor riesgo de conductas suicidas en pacientes duales frente a pacientes con diagnóstico exclusivo de TUS^(8,11,18). Por ello, es necesario incluir al paciente dual en los planes y estrategias de prevención del suicidio.

El diagnóstico comórbido mayoritariamente asociado al TUS es el trastorno de la personalidad. Hecho concordante con estudios de características similares^(8,11,14). La Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) sugiere que adicción y personalidad están de algún modo relacionadas⁽¹⁹⁾.

Las sustancias más consumidas fueron las legales (tabaco⁽⁷⁻⁸⁾, alcohol y benzodiacepinas). Puesto que la nicotina es excluida de numerosos estudios, es el alcohol la droga más asociada con la presencia de PD^(6,9,16,20). En el presente estudio destaca un elevado consumo de benzodiacepinas, no pudiendo contrastar este dato con la literatura, donde el consumo de cannabis, estimulantes (cocaína) y opiáceos se encuentra por encima^(9,21). Este hecho podría explicarse por la existencia de un porcentaje relevante de mujeres en la muestra, ya que está descrito un mayor consumo de hipnosedantes en el sexo femenino⁽²²⁾, y que, además, son usuarios de los recursos de salud mental, lo que hace pensar en tratamientos farmacológicos basados en la prescripción de benzodiacepinas, predisponiendo

a su abuso. Aludiendo a las sustancias ilegales, el cannabis seguido de las drogas estimulantes fueron los tóxicos más consumidos⁽⁶⁾. Por ello, se debería fomentar la prevención primaria, secundaria y terciaria de las drogodependencias desde la red asistencial sanitaria, así como desde el ámbito de la educación.

Puesto que un mayor conocimiento acerca de la patología dual ayudará a tratar de forma más efectiva y eficiente a estos pacientes, sería interesante llevar a cabo estudios epidemiológicos en la línea del presente, así como formalizar su inclusión en los sistemas de clasificación diagnóstica como una entidad claramente diferenciada.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se puede haber incurrido en un sesgo de selección al imponer criterios de exclusión, así como cabe la posibilidad de un sesgo de respuesta derivado de la deshonestidad de los participantes al cumplimentar el cuestionario administrado.

Por ello, y debido al pequeño tamaño muestral, los resultados obtenidos no pueden ser extrapolables al resto de la población dual usuaria de unidades psiquiátricas de corta estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Recio Vivas AM. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con patología dual. Análisis de su evolución en un centro de tratamiento específico. [Tesis Doctoral]. 2013 Febrero.; p. 490.
- Roncoo C, Casas M. Patología dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos. 1st ed. Sabadell (Barcelona): Marge Books; 2016.
- López Clófent MT. Patología dual: estudio de un caso único. [Online].; 2016 [cited 2021 Abril 16. Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/142047/TFM_L%20c3%b3pez_Clofent_Teresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Hospital Obispo Polanco. [Online]. [cited 2021 Abril 20. Available from: <http://www.opolanco.es/servicios-medicos-psiquiatria.php>.
- Gobierno de Aragón. Directorio de recursos de drogodependencias. [Online]. [cited 2021 Marzo 20. Available from: <https://www.aragon.es/-/directorio-de-recursos-de-drogodependencias>.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones. 2013; 25(1).
- Rodríguez-Jiménez R, Aragüés M, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. Invest Clin. 2010; 2(49): p. 195 – 205.
- Vidal Millares M, Lamas Naveira AR, de Usabel Guzmán P, Armas Barbazán C, García Mahía MdC. Patología Dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados. SISO SAUDE-Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental. 2016;(58-59).
- Cervero López S. Patología dual en una unidad de hospitalización de adultos de psiquiatría: características generales del perfil clínico-asistencial durante los años 2015-2016. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza-Facultad de Medicina]. 2016.
- Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. Adicciones. 2017; 29(3): p. 186-194.
- Albalat Alcaraz C. Perfil clínico y de personalidad en patología dual [Tesis doctoral]. 2015.
- Fundación Hospital Provincial de Castellón. Manual para familiares de enfermos de patología dual. [Online]. [cited 2021 Abril 21. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/Manualfamilia-respatologiadual.pdf>.
- Fundación Acorde y Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Con la salud mental y el bienestar social. [Online].; 2014 [cited 2021 Abril 21. Available from: <http://www.fundacionacorde.com/factores-de-proteccion-y-riesgo.html>.
- Simancas Santos D. El perfil y el proceso de intervención biopsicosocial del paciente con patología dual. [Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social-Universidad de la Laguna]. 2017.
- Szerman Bolotner N, Arias Horcajadas F, Vega Astudillo P, Babín Vich F, Mesías Pérez B, Basurte Villamor I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. Adicciones. 2011; 23(3): p. 249-255.
- Esfors Hernández J, Villar García M, Rubio Perlado B, Juan-Porcar M, Romero Marmaneu F, Nieves Rodríguez M, et al. Unidad Hospitalaria de Patología Dual Grave: un año de experiencia. Revista Española de drogodependencias. 2014; 1(39): p. 31-44.
- Roncero C, Gómez-Baeza S, Vázquez JM, Terán A, Szerman N, Casas M, et al. Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. Actas Esp Psiquiatr. 2013; 41(6): p. 319-29.
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Notas de prensa. [Online].; 2018 [cited 2021 Abril 21. Available from: https://patologiadual.es/prensa/np/NP_M%20c3%a1s%20de%2040%25%20de%20los%20pacientes.pdf.
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD). Patología Dual y trastorno de la personalidad. [Online].; 2013 [cited 2021 Abril 21. Available from: <https://www.patologiadual.es/docs/personalidad-y-adicciones.pdf>.
- Vicente Alba J, García Mahía M, Ortega Ruibal F, Buján López A, Carrera Machado I, Pardal M, et al. Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría y Neurociencias. 2013;(12): p. 29-34.
- Sánchez-Morate Tristante M, Miñarro-López J, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). Revista Internacional de Investigación en Adicciones. 2017; 3(2): p. 12-20.
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Encuesta sobre Alcohol, drogas y otras adicciones en España: EDADES 2019/2020. Madrid.; 2020.

ANEXO

Herramienta para la recogida de datos

ANEXO I

Cuaderno de Recogida de Datos

NÚMERO PACIENTE	¿PATOLOGÍA DUAL? SÍ/NO

ANEXO II:

Prevalencia y perfil clínico-sociodemográfico del paciente dual usuario de una unidad psiquiátrica de corta estancia.

Me dirijo a usted como autor principal de un proyecto de investigación que va a ser realizado en la planta de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco. Me gustaría solicitar su participación, siendo esta voluntaria. Debe conocer que los datos personales recogidos, así como los obtenidos en esta encuesta serán confidenciales, tratados exclusivamente para el trabajo de investigación al que hace referencia este documento y disociados para evitar la identificación personal tal y como recoge la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales. La participación en el estudio no supone ningún riesgo sobre su salud ni sobre la atención sanitaria recibida durante su estancia presente o futura. Si decide participar, deberá rellenar la siguiente encuesta. Tras ser informado sobre el proyecto, deseo participar voluntariamente:

Sí No

• Edad: _____ años

• Sexo:

- Hombre
 Mujer

• Estado civil:

- soltero
 casado
 en pareja
 divorciado
 separado
 viudo

• Nivel estudios:

- sin estudios
 primarios (básicos / enseñanza obligatoria)
 secundarios (formación profesional y similares)
 universitarios

ANEXO

Continúa

- Fuente de ingresos económicos:
 - Empleo
 - Subsidio por desempleo
 - Pensión de jubilación
 - Pensión por discapacidad/incapacidad
 - Sin ingresos
 - Otros: _____
- En su domicilio actual, vive:
 - Solo
 - Acompañado ¿de quién?: _____
- ¿Cómo considera su relación familiar?
 - Excelente
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - Muy mala
- ¿Tiene amigos?
 - Sí
 - No
- ¿Ha intentado alguna vez hacerse daño con la finalidad de acabar con su vida?:
 - Sí
 - No
- ¿Alguna vez ha dejado de tomar su medicación o la ha tomado intencionadamente de forma incorrecta?
 - Sí
 - No
 - Nunca me han recetado fármacos ni inyectables
- ¿Durante los últimos meses usted ha consumido con frecuencia...?:

SÍ/NO

Alcohol

Cannabis (marihuana, hachís)

Opiáceos (heroína)

Estimulantes (cocaína/anfetaminas)

Tabaco

Medicamentos sin seguir la orden médica (Escribir el nombre del fármaco):

Otras

ANEXO

Continúa

- Número de ingresos anteriores en unidades de psiquiatría:
 - Ninguno
 - Entre 1 y 5
 - Entre 5 y 10
 - Más de 10
- ¿Cree usted que sufre una enfermedad psiquiátrica?:
 - Sí
 - No
- En seguimiento de su patología psiquiátrica por:
 - Sin seguimiento
 - Unidad de Salud Mental
 - UASA
 - Otros _____
- ¿Cree usted que sufre un problema de abuso/adicción a alguna sustancia?
 - Sí
 - No
- ¿Ha estado alguna vez en un centro de ayuda a la drogodependencia?
 - Sí
 - No

GRACIAS POR PARTICIPAR

* A cumplimentar por el investigador: Diagnóstico médico: _____

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

ENFERMERÍA FACULTATIVA con el objetivo de dar visibilidad y difundir la investigación y experiencias de innovación en cuidados de las enfermeras y enfermeros de España, inicia la publicación de un apartado específico dedicado a los trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, casos clínicos, trabajos de innovación en la práctica clínica y demás artículos referentes al campo profesional de la Enfermería, que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades.

Dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (**Normas de Vancouver**), en su última versión y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas normas producirá un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación, pudiendo ser también causa de rechazo.

Todos los trabajos recibidos serán valorados por el Instituto Español de Investigación Enfermera según los criterios de evaluación establecidos.

INSTRUCCIONES GENERALES



El documento deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen).

La presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior derecha, un cuerpo de letra de 12 Calibri. Si se envían imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Los autores podrán enviar su documento en un idioma distinto al español, preferiblemente en inglés.

El texto del documento, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de

3.000 palabras y con un máximo de 6 tablas, gráficos o figuras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Deben estar en Word o programa similar de edición de textos. Se intentarán restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La página del título deberá contener: el título del trabajo, el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a, sin abreviaturas ni contracciones, sustrayendo los apellidos. Podrá añadirse una afiliación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales (recomendamos incluir el ORCID, si dispone del mismo; el número máximo de autores será de 6. Si se superase este máximo, deberían de asignarse un nombre al grupo. Sólo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional, pero no la categoría profesional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica (e-mail) y el teléfono de contacto del autor/a para correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes estructurados y 150 en los no estructurados, (estos últimos sólo en artículos de práctica clínica o algunos casos clínicos si los autores así lo prefieren) y entre tres y ocho palabras clave, las cuales han de estar normalizadas según el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS), siempre que sea posible.

La bibliografía utilizada tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábiga, entre paréntesis en formato normal, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente, según las Normas de Vancouver.

Asimismo, en todo el documento ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, así como el número de proyecto, convenio o contrato.

En caso de no contar con financiación externa se hará constar como "Financiación: ninguna". Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Cuando se incluya un apartado de **Agradecimientos**, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de

autoría, si hayan facilitado la realización del trabajo.

TIPOS DE ARTÍCULOS



Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier campo de la Enfermería. Contendrá los siguientes apartados:

- Título: Debe ser claro, conciso y concreto. Se considera adecuado si no supera las 15 palabras

- Resumen y palabras clave tendrá la siguiente estructura: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones.

- Introducción: Contendrá los antecedentes, justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.

- Método: Especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados y los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.

- Resultados: Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, acotadas en el texto. Número máximo: 6 ilustraciones. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir sólo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.

- Discusión y Conclusiones: Se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio.

- Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

Proyectos de investigación: Contendrá los mismos apartados referidos con anterioridad para los artículos originales a excepción de Resultados, Discusión y Conclusio-

nes; puede incluirse un apartado de Consideraciones finales que contemple implicaciones para la práctica, logística del estudio, cuestiones relacionadas con el equipo investigador, etc.

Práctica clínica: Incluye trabajos que describan la puesta en marcha de actividades, procedimientos, programas, de innovación en cuidados, etc. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados: Introducción que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo; uno o varios epígrafes que den respuesta a dicho/s propósito/s; Conclusiones o Consideraciones finales.

Casos clínicos deben constar de: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del Plan de Cuidados y Conclusiones.

Artículos de revisión: tienen su propia clasificación de tipos como revisión narrativa o integradora, entre otras posibilidades.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES



Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe algún conflicto de interés. Estos pueden ser: laborales, de investigación, económicos o morales. De la misma manera, si no lo hay deberá hacerse constar como "Conflicto de intereses: ninguno". La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial.

Para garantizar la protección de personas, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato, la confidencialidad de los datos y las normas éticas indicando si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética

en Investigación. Seguir indicaciones de la "Declaración de Helsinki" y las Guías de las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito.

En el caso de artículos que ya han sido publicados, el/la autor/a es el que debe obtener el permiso de la revista/publicación/entidad pertinente para su posterior publicación en un medio distinto al original, siendo su responsabilidad cumplir con este.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, como el equipo editorial declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material.

El Instituto Español de Investigación Enfermera (IEInstituto) y el Consejo General de Enfermería declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no se garantizan las afirmaciones de cualquier producto referenciado en el artículo.

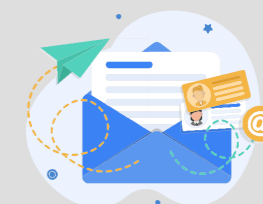
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- Las personas autoras declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.
- Todos los autores/as han participado en la redacción del documento y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en ENFERMERÍA FACULTATIVA.
- En el caso de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para aparecer.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el documento.
- Se cede a ENFERMERÍA FACULTATIVA los derechos de reproducción de datos o ilus-

traciones en otras publicaciones de la editorial, así como los derechos de difusión.

- La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

ENVÍO DE DOCUMENTOS



El documento será enviado por correo electrónico a instituto@consejogeneralenfermeria.org. Junto al documento ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior.

Se enviará acuse de recibo de todos los documentos que le sean remitidos, en un plazo máximo de 10 días, asignando un número de registro que deberá ser utilizado para cualquier consulta o información referente al trabajo.

PROCESO EDITORIAL



El IEInstituto realizará una evaluación de los trabajos recibidos por un comité de expertos. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del documento, los autores/as deben remitir, en el plazo que se establezca, dicha versión con los cambios destacados en color de fuente distinto al del resto del documento.

Una vez que haya sido aceptado el documento, y por lo tanto dentro del proceso editorial, no podrá ser retirado por los autores/as.

El envío de un documento a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación.



¿Sabías que también
estamos en **Instagram**?

◀ @cgenfermeria ▶

Síguenos también en

